De impact van een LOK training over het stoppen van antidepressiva voor huisartsen: een pre- en poststudie

Frederik Nies, UGent

Helena Van de Poele, UGent

Charles Van De Walle, UGent

Promotor: Prof. Dr. Ellen Van Leeuwen, UGent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2023– 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.

Dankwoord

Graag willen wij iedereen bedanken die heeft bijgedragen aan de totstandkoming van deze masterproef.

In het bijzonder wensen wij onze promotor, prof. dr. Ellen Van Leeuwen, te bedanken voor haar inhoudelijke expertise, kritische feedback en blijvende betrokkenheid gedurende het volledige traject. Haar wetenschappelijke begeleiding en enthousiasme voor het onderwerp vormden een belangrijke meerwaarde voor dit onderzoek.

Daarnaast willen wij onze copromotor, dr. Elisabeth Schelfhout, oprecht bedanken voor haar waardevolle ondersteuning en input tijdens de eerste fase van dit onderzoeksproject. Hoewel haar betrokkenheid halverwege het traject stopte, heeft haar bijdrage mee richting gegeven aan de verdere uitwerking van deze masterproef.

Ook willen wij de onderzoeksgroep psychofarmaca@UGent bedanken voor hun ondersteuning bij het opstellen van de LOK-interventie en het delen van hun expertise rond psychofarmacologie en AD-afbouw. Hun input was essentieel voor de inhoudelijke kwaliteit en praktische relevantie van de vorming.

Verder danken wij dr. Vincent Delens voor het eenmalig verzorgen van een LOK-sessie en zijn bereidheid om bij te dragen aan dit project.

Tot slot willen wij alle huisartsen en huisartsen in opleiding bedanken die deelnamen aan de LOK-sessies en bereid waren om tijd vrij te maken voor het invullen van de vragenlijsten. Zonder hun engagement en openheid zou dit onderzoek niet mogelijk zijn geweest.

Afkortingen

DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
AD	Antidepressivum/-a
WHO	Wereldgezondheidsorganisatie
IMA	InterMutualistisch Agentschap
HAIO	Huisarts in opleiding
SSRI	Selectieve serotonine-heropnameremmers
NSAID	Niet-steroïdale anti-inflammatoire middelen
SNRI	Selectieve noradrenaline-heropnameremmer
BCFI	Belgisch Centrum voor farmacotherapeutische Informatie
LOK	Lokale kwaliteitsgroep
ICHO	Interuniversitair Centrum voor HuisartsenOpleiding
REDCap	Research Electronic Data Capture
STACO	Stagecoördinator
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap

Abstract

Inleiding: Het langdurig gebruik van AD in België neemt toe, te vaak worden ze langer gebruikt dan wat de richtlijnen aanbevelen. Huisartsen spelen een sleutelrol in het initiëren, het begeleiden en het afbouwen van AD. Uit onderzoek blijkt dat zowel huisartsen als patiënten verschillende barrières ervaren tot afbouw van AD. Deze pilootstudie onderzoekt de impact van een interactieve LOK-vorming op de perceptie, kennis, zelfvertrouwen, motivatie en gedragsdeterminanten van huisartsen en HAIO's m.b.t. het afbouwen van AD.

Methode: Voor deze onderzoeksvraag werd gebruik gemaakt van een interventie (een interactieve LOK-training) over de afbouw van AD bij Vlaamse huisartsen en HAIO's in 2025. Een voormeting, tevredenheidsmeting en nameting werd uitgevoerd bij de deelnemers van deze interventie via gestructureerde vragenlijsten. Op een totaal van 78 deelnemers werd de voormeting door 66 deelnemers ingevuld. Drie maanden later werd de nameting ingevuld door 39 deelnemers. Alle data werden verzameld via REDCap en nadien geanalyseerd via SPSS Statistics 31. De data werden geanalyseerd aan de hand van de Wilcoxon signed-rank test en McNemar-test

Resultaten: Ten gevolge van de interventie ontwikkelden deelnemers een kritischere houding t.a.v. langdurig AD-gebruik. Ze rapporteerden een significante toename in zelfvertrouwen en kennis omtrent afbouw-strategieën. Ook het vermogen om onttrekkingsverschijnselen van terugval te onderscheiden verbeterde significant. Een toegenomen gebruik van evidence-based richtlijnen werd vastgesteld als gevolg van de interventie. De motivatie om AD af te bouwen nam daarnaast ook significant toe. Rond percepties betrekkende initiatiefverantwoordelijkheid werden dan weer geen significante veranderingen aangetoond. Dit was ook het geval bij andere componenten rond attitude, mogelijk valt dit te verklaren door plafondeffecten of andere contextuele factoren.

Conclusie: De interventie had een significant positieve impact op kennis, zelfvertrouwen, perceptie en motivatie van huisartsen en HAIO's m.b.t. afbouw van AD. Hoewel sommige gedragsdeterminanten onveranderd bleven, ondersteunen deze resultaten het potentieel van gerichte educatieve interventies om rationeel voorschrijfgedrag van AD te bevorderen. Verdere grootschalige interventies en studies zijn aangewezen om deze resultaten te bevestigen en te vertalen naar klinische uitkomsten.

Inhoudsopgave

1. Introductie 1

1.1. Wat is depressie 1

1.2. Behandeling 1

1.3. Epidemiologie 3

1.4. Bijwerkingen 4

1.5. Stoppen met antidepressiva 4

1.6. Onttrekkingsverschijnselen versus terugval 6

1.7. De afbouw 7

1.8. Pilootstudie: De impact van een LOK training over het stoppen van antidepressiva voor huisartsen: een pre- en poststudie 8

2. Methodiek van het kwantitatief onderzoek 9

2.1. Studieontwerp 9

2.2. Vragenlijsten 9

2.3. Tijdslijn 10

2.4. Interventie 10

2.5. Datacollectie 11

2.6. Data-analyse 11

2.7. Tevredenheidsmeting 12

3. Resultaten 13

3.1. Demografie 13

3.2. Analyse vragenlijst voormeting 15

3.3. Tevredenheidsmeting 19

3.4. Analyse vragenlijst nameting 21

3.4.1. Perceptie over langdurig gebruik 21

3.4.2. Zelfvertrouwen, kennis en competenties van artsen rond het informeren, begeleiden en afbouwen van antidepressiva 23

3.4.3. Initiatief tot afbouw 25

3.4.4. Onttrekkingsverschijnselen versus terugval 27

3.4.5. Ondersteunende middelen bij antidepressiva-afbouw 27

3.4.6. Samenwerking met andere zorgverleners 29

3.4.7. Motivatie en attitude tot afbouw 30

4. Discussie en conclusie 31

4.1. Perceptie over langdurig gebruik AD 31

4.2. Zelfvertrouwen, kennis en competenties van artsen rond het informeren, begeleiden en afbouwen van antidepressiva 31

4.3. Initiatief tot afbouw 32

4.4. Onttrekkingsverschijnselen versus terugval 33

4.5. Ondersteunende middelen bij antidepressiva-afbouw 33

4.6. Samenwerking met andere zorgverleners 34

4.7. Motivatie en attitude tot afbouw 34

5. Sterktes en beperkingen van het onderzoek 36

5.1. Aanbevelingen voor verder onderzoek 37

5.2. Aanbevelingen voor de praktijk 37

6. Conclusie 39

7. Bronnen 40

1. Introductie

1.1. Wat is depressie

Depressie is een complexe en veelvoorkomende aandoening. In de klinische praktijk manifesteert zij zich als een continuüm, gekenmerkt door een brede variatie aan symptomen en gradaties van de ernst. Een onderscheid wordt gemaakt tussen depressieve klachten, een dysthyme stoornis en een depressieve stoornis. Van een depressieve stoornis (depressie) is sprake wanneer voldaan wordt aan de DSM-5-criteria, die bestaan uit kernsymptomen en bijkomende symptomen. De kernsymptomen omvatten een persisterende sombere stemming en/of een uitgesproken verlies van interesse of plezier. Daarnaast kunnen ook diverse bijkomende symptomen optreden, waaronder veranderingen in gewicht of slaap, psychomotorische veranderingen, vermoeidheid, gevoelens van waardeloosheid of schuld, cognitieve problemen en suïcidale gedachten of gedragingen. Als de patiënt voldoet aan één van de kernsymptomen en minstens vijf van de overige symptomen en dat voor een termijn van ten minste twee weken kunnen we volgens deze criteria spreken van een depressie. (1)

1.2. Behandeling

De richtijn ‘depressie’ van Domus Medica deelt de behandelingsmogelijkheden van depressie op in 2 categorieën: de niet-medicamenteuze en de medicamenteuze behandeling. De niet-medicamenteuze behandeling van depressie bestaat volgens deze richtlijn uit psycho-educatie. Een actieve opvolging door de huisarts wordt aanbevolen met de nadruk op het opbouwen van een therapeutische relatie. Praktische maatregelen zoals slaaphygiëne, dagstructurering en gedragsactivatie worden ook aanbevolen. Bij milde tot matige depressie hebben psychologische interventies zoals begeleide zelfhulp, groepsinterventies en fysieke activatie de voorkeur. Bij klachten die aanhouden of ernstiger zijn, wordt psychotherapie aanbevolen. Cognitieve gedragstherapie is hierbij de eerste keuze. Een multidisciplinaire aanpak wordt sterk aangeraden, met zo nodig opschaling van de behandeling afhankelijk van ernst en evolutie van de klachten. (2)

De medicamenteuze behandeling van depressie wordt volgens de Domus Medica-richtlijn vooral overwogen bij matige tot ernstige depressie. AD zijn het meest effectief bij ernstige depressies, terwijl het effect bij milde tot matige depressie beperkt is. Daarom is terughoudendheid aangewezen. Bij

matige tot ernstige depressie wordt wel aanbevolen om een AD op te starten, bij voorkeur in combinatie met psychotherapie. (2)

Bij de opstart van een AD moet de patiënt vooraf goed geïnformeerd worden over het verwachte effect en de mogelijke bijwerkingen. Regelmatige opvolging is aangewezen, vooral in de eerste weken na de opstart van de behandeling. Een respons wordt pas verwacht na vier tot zes weken. Bij een goede respons wordt de behandeling minstens zes maanden aangehouden. Nadien dient de behandeling stelselmatig afgebouwd te worden. Bij onvoldoende respons, kan de behandelende arts voorstellen om de huidige therapie aan te passen. Dit kan door de dosis van het AD te wijzigen of door een ander AD voor te schrijven. Bij ernstige aanhoudende en therapieresistente depressie wordt een verwijzing naar de psychiater aanbevolen. (1, 2)

De richtlijnen rond het gebruik van AD adviseren een behandelingsduur van 6-12 maand na remissie. Bij patiënten met een verhoogd risico op terugval of bij patiënten met een voorgeschiedenis van recidiverende depressie, kan de behandelduur worden verlengd tot 2 jaar na remissie. (3) Hoewel sommige patiënten langdurig AD nodig hebben om het risico op terugval en recidief van depressie te verminderen, blijkt uit onderzoek dat veel langdurige gebruikers in de eerstelijnszorg geen blijvende voordelen meer ervaren van AD-gebruik. Bij deze patiënten kan het overwogen worden om de medicatie geleidelijk af te bouwen, met een minimaal risico op terugval, mits zorgvuldig gemonitord en met de mogelijkheid de behandeling opnieuw op te starten indien nodig. (4)

Uit de beschikbare gegevens blijkt dat bijna 75% van de AD-gebruikers in België langdurig wordt behandeld, waarbij langdurig gebruik wordt gedefinieerd als een behandelduur van meer dan één jaar. Dit aandeel is de afgelopen tien jaar toegenomen. Het aandeel patiënten met een zeer korte behandelduur is licht afgenomen, waarbij jongvolwassenen tussen 18 en 25 jaar gemiddeld korter AD gebruiken dan oudere leeftijdsgroepen. (5)

De achterliggende biochemische processen achter de werking van AD zijn grotendeels onbekend en staan wetenschappelijk ter discussie. Een bekende, maar achterhaalde hypothese is dat depressie wordt veroorzaakt door een tekort aan serotonine en AD helpen bij het herstel van de serotonine balans in de hersenen. Tot op heden is er echter geen bewijs dat deze ‘serotonine hypothese’ klopt. Doch, deze stelling circuleert reeds decennia bij vele zorgverleners en patiënten. (6)

1.3. Epidemiologie

Depressie vormt een belangrijk volksgezondheidsprobleem en gaat gepaard met een aanzienlijke vermindering van de levenskwaliteit. In België is deze aandoening verantwoordelijk voor het grootste verlies aan gezonde levensjaren, groter dan dat veroorzaakt door coronair hartlijden of longkanker. (5) Op internationaal niveau schat de WHO dat jaarlijks ongeveer 4% van de wereldbevolking met een depressieve stoornis wordt geconfronteerd. (7)

Volgens de gezondheidsenquête van Sciensano leed in 2023-2024 in België ongeveer één op acht personen (12,7%) van 15 jaar of ouder aan een depressieve stoornis. 6,8% van de bevolking lijdt aan een majeure depressieve stoornis, iets meer dan de helft van de geregistreerde gevallen van alle depressieve stoornissen. De prevalentie van depressieve stoornissen in 2023-2024 (12,7%) is significant gestegen ten opzichte van de cijfers uit 2018, waar de prevalentie 9,4% was. Depressieve stoornissen vertonen de sterkste toename bij jongeren in de leeftijdsgroep van 15-24 jaar. (8)

In 2023 gebruikte 13,7% van de volwassenen in België minstens eenmaal een AD. Hoewel dit percentage de afgelopen tien jaar relatief stabiel is gebleven, wordt sinds 2021 een lichte toename vastgesteld. (9) Leeftijdsspecifieke analyses op basis van cijfers van het IMA tonen aan dat het gebruik van AD toeneemt met de leeftijd. De mediane leeftijd van de AD gebruikers in 2024 is 58 jaar. (10) In de leeftijdsgroep van 18 tot 25 jaar wordt een lichte stijging waargenomen, terwijl het gebruik bij personen tussen 26 en 64 jaar relatief stabiel blijft. De mediane leeftijd waarop depressieve symptomen voor het eerst optreden bedraagt 26 jaar. Het hoogste gebruik wordt vastgesteld bij personen van 65 jaar en ouder, bij wie ongeveer 20% AD gebruikt. Dit is opmerkelijk, aangezien depressie geen intrinsiek onderdeel vormt van het normale verouderingsproces. In woonzorgcentra liggen deze cijfers nog aanzienlijk hoger, met een gebruik dat oploopt tot net geen 49%. (9) In alle leeftijdscategorieën ligt het gebruik bij vrouwen bijna tweemaal zo hoog als bij mannen, wat in overeenstemming is met internationale bevindingen waaruit blijkt dat depressie vaker voorkomt bij vrouwen dan bij mannen. (9) De toename in het gebruik van AD wordt grotendeels gedreven door de lange behandelduur, die vaak langer is dan de richtlijnen aanbevelen. (10)

74% van de Belgische AD-gebruikers gebruikt deze al langer dan één jaar. (9) De inzet van AD is primair gericht op depressie en angststoornissen, met een aanzienlijke overlap tussen beide indicaties. (4) In België wordt 73% van de AD voorgeschreven door huisartsen. Wanneer ook HAIO's worden

meegerekend, loopt dit aandeel op tot 78%. Het aandeel van specialisten in het totale aantal voorschriften blijft beperkt en betreft voornamelijk psychiaters. (11)

1.4. Bijwerkingen

Het niet stoppen met AD-gebruik na de aanbevolen behandelduur kan leiden tot potentiële schade en onnodige kosten. De mogelijke bijwerkingen zijn onder andere slaapproblemen, gewichtstoename, gastro-intestinale klachten, seksuele dysfunctie en in zeldzame gevallen een verhoogd risico op bloedingen. Ook misselijkheid, veranderingen van eetlust, hoofdpijn, droge mond en hyponatriëmie zijn beschreven. (12) Daarnaast kunnen patiënten emotionele afvlakking en afhankelijk ervaren. Gebruik van AD op lange termijn kan ook de autonomie van de patiënt aantasten en hun afhankelijkheid van medische diensten en medicatie verhogen. (13-15) Deze bijwerkingen kunnen in sommige gevallen jaren aanhouden, zelfs nadat de behandeling is beëindigd. (16)

Daarnaast moet bij het voorschrijven van AD ook rekening gehouden worden met verschillende klinisch belangrijke interacties. Zoals eerder besproken verhogen SSRI's het risico op gastro-intestinale bloedingen. Vooral bij gelijktijdig gebruik van NSAID's of anti-aggregantia neemt dit risico toe. Daarnaast kan combinatie met andere serotoninerge medicatie leiden tot een serotoninesyndroom. Bovendien neemt het risico toe op ongewenste extrapyramidale effecten bij geassocieerd gebruik met antipsychotica. Ook wordt er een verhoogd risico gezien op hyponatriëmie wanneer SSRI's/SNRI's worden gecombineerd met diuretica. Sommige AD, zoals citalopram en escitalopram, kunnen bovendien QT-verlenging veroorzaken. Hierdoor dient voorzichtigheid geboden te worden bij gelijktijdig gebruik van andere geneesmiddelen die QT-verlenging kunnen veroorzaken. Paroxetine en tricyclische AD hebben bijvoorbeeld een gekend anticholinerg effect waardoor voorzichtigheid moet geboden worden in combinatie met andere anticholinerge medicatie. Verder moet rekening gehouden worden met mogelijke medicamenteuze interacties bij combinatie van verschillende AD-klassen, waarbij een verhoogd risico op ongewenste effecten kan optreden. Bij overschakelen van AD is hiervoor soms een wash-outperiode noodzakelijk. (2, 17)

1.5. Stoppen met antidepressiva

Een succesvolle stopzetting van AD-gebruik hangt zowel af van patiënt-gerelateerde als arts-gerelateerde factoren. Van Leeuwen et al. identificeerden in een systematische kwalitatieve review

factoren die het stoppen van AD bemoeilijken, daarnaast werd er ook op zoek gegaan naar facilitatoren die het stoppen van AD kunnen bevorderen. (4)

Van Leeuwen et al. onderzocht in een kwalitatieve studie de verschillende barrières die patiënten in België ondervinden bij het afbouwen van AD. Een belangrijke drempel is angst voor herval. Wanneer patiënten zich stabiel voelen, schrijven zij dit vaak toe aan AD. De patiënten vrezen dat de situatie zal verslechteren wanneer ze de AD zouden afbouwen. De medicatie wordt vaak als noodzakelijk beschouwd. Hierdoor is er soms weinig motivatie om de behandeling te wijzigen en nemen patiënten zelden zelf het initiatief om AD af te bouwen, waardoor langdurig gebruik vaak onbewust en soms onnodig wordt voortgezet. Verder spelen psychosociale omstandigheden een rol: bij stressvolle levenssituaties voelen patiënten zich minder klaar om af te bouwen. Daarnaast bestaat er vaak angst voor ontwenningssymptomen of een destabilisatie van de mentale toestand tijdens het afbouwproces. (18)

De systematische review van Van Leeuwen et al. beschreef daarnaast ook verscheidene barrières bij artsen die het afbouwen van AD in de weg staan. Het idee bestaat bij artsen dat langdurig gebruik van AD aanhoudende positieve effecten heeft. Bovendien beschouwen veel artsen AD als een veilig geneesmiddel dat geschikt is voor langdurig gebruik. Hierdoor wordt het langdurig gebruik van AD door veel artsen niet als een probleem aanzien. Daarnaast heerst bij veel artsen de overtuiging dat depressie een chronische aandoening is die blijvend behandeld moet worden. Verder is er bij de arts een aanzienlijke angst voor terugval en/of destabilisatie van de patiënt bij het afbouwen van AD. Ook praktische factoren spelen een rol bij de arts. Het afbouwen van AD wordt als complex en tijdsintensief beschouwd waardoor dit in de praktijk vaak lage prioriteit krijgt. AD worden in de praktijk frequent automatisch hernieuwd zonder grondige (her-)evaluatie, waardoor langdurig gebruik vaak wordt voortgezet zonder dat het in vraag wordt gesteld. Het doorbreken van deze routine en het proactief evalueren van de noodzaak tot voortzetting wordt door artsen als moeilijk ervaren. Sommige artsen twijfelen ook of het hun rol is om het stoppen te initiëren. Zonder vraag van de patiënt, neemt de arts zelden initiatief. Wanneer AD oorspronkelijk door een andere arts of specialist werd voorgeschreven, voelen huisartsen zich minder verantwoordelijk om het stopproces op te starten. (4)

Daarnaast wordt in de systematische kwalitatieve review van Van Leeuwen et al. ook facilitatoren onderzocht die het stoppen van AD bij artsen kunnen bevorderen. Een duidelijke aanleiding om de behandeling te heroverwegen, zoals gezondheidsproblemen bij de patiënt, een expliciete vraag van de patiënt om te stoppen of een positieve levensgebeurtenis, kunnen een belangrijke facilitator zijn. In dergelijke situaties ervaren artsen meer motivatie om het afbouwen te starten en schatten zij de kans

op succes hoger in. Positieve levensgebeurtenissen, zoals een nieuwe relatie, een nieuwe job of een verbeterde sociale situatie, worden gezien als alternatieven die de stabiliteit van de patiënt ondersteunen tijdens het afbouwen. Een positieve houding van de arts ten aanzien van het stoppen van AD speelt ook voor de patiënt een belangrijke rol. Wanneer artsen zich meer bewust zijn van de mogelijke nadelen van langdurig gebruik van AD en de beperkte wetenschappelijke evidentie voor langdurige effectiviteit, dan zijn ze ook meer geneigd om de afbouw te overwegen. Ook het vooraf bespreken van een mogelijke stopstrategie bij het starten van AD maakt het later gemakkelijker om de afbouw te initiëren. (4)

Verder wordt een multidisciplinaire aanpak als belangrijke facilitator beschouwd. Artsen geven aan dat overleg met psychologen of andere zorgverleners over de stabiliteit en copingvaardigheden van de patiënt het vertrouwen in een afbouwproces kan vergroten. Ook concrete praktische hulpmiddelen zoals duidelijke richtlijnen, een stapsgewijze afbouwstrategie en informatiemateriaal voor patiënten kunnen artsen ondersteunen bij het initiëren en begeleiden van de afbouw van AD. (4)

1.6. Onttrekkingsverschijnselen versus terugval

Het abrupt stoppen van een AD of een te snelle afbouw van AD kan leiden tot onttrekkings-verschijnselen. Onttrekkingsverschijnselen zijn typisch fysieke symptomen. Het optreden van deze symptomen kan het afbouwproces aanzienlijk bemoeilijken. Het Engelse acroniem 'FINISH' is een geheugensteun voor de belangrijkste onttrekkingsverschijnselen: *flu-like symptoms, insomnia, nausea, imbalance, sensory disturbances* en *hyperarousal*. (3, 17) Deze ontstaan meestal binnen een paar dagen na het abrupt stoppen of verlagen van de dosis, zelden na 1 week. Bij heropstart van de vorige dosis verdwijnen deze symptomen meestal volledig binnen de 1-3 dagen. Wanneer deze klachten langer aanhouden, moet er gedacht worden aan een eventuele terugval. (17)

Het onderscheid tussen onttrekkingsverschijnselen en terugval in depressie is soms moeilijk te maken en wordt voornamelijk gebaseerd op de aard van de symptomen, de snelheid van optreden en de snelheid van het verdwijnen na herstarten van het AD. Terugval in depressie kenmerkt zich in tegenstelling tot onttrekkingsverschijnselen vooral door psychische symptomen, treedt typisch op minstens 2-3 weken na het stoppen van het AD, met een geleidelijke verergering van de depressieve symptomen. Deze symptomen verdwijnen bij een terugval na een aantal weken tot maanden bij herstart van een AD, bij onttrekkingsverschijnselen verdwijnen de symptomen typisch na een aantal uren tot dagen. (19)

De prevalentie van onttrekkingsverschijnselen bij het abrupt stoppen van een AD varieert tussen de 20% en de 78% van de patiënten. (17) Risicofactoren die het optreden van onttrekkingsverschijnselen beïnvloeden zijn onder andere de halfwaardetijd van het AD, de dosis waarbij de patiënt een therapeutisch effect ondervindt en of al eerder onttrekkingsverschijnselen werden ervaren bij een onderbreking van de behandeling. Bij een langzame en geleidelijke afbouw van het AD komen onttrekkingsverschijnselen minder frequent voor. Ondersteunende cognitieve gedragstherapie kan eventueel bijdragen aan het voorkomen van een terugval of het verminderen van de onttrekkingsverschijnselen. Het optreden van onttrekkingsverschijnselen geeft eerder aan met welke snelheid het AD kan worden afgebouwd, meer dan of afbouw al dan niet mogelijk is. (17, 20)

1.7. De afbouw

Volgens het BCFI moeten AD geleidelijk worden afgebouwd, dit om onttrekkingsverschijnselen te vermijden. Indien de patiënt een hogere dosis dan de standaard gebruikt, wordt deze eerst gedurende ongeveer 2 tot 4 weken afgebouwd tot de standaarddosis. Vervolgens kan de dosis gehalveerd en na nog eens twee tot vier weken kan het AD worden gestopt. De totale afbouwperiode bedraagt doorgaans 4 tot 8 weken. Tijdens de afbouw is regelmatige opvolging belangrijk. Wanneer onttrekkingsklachten optreden, wordt aangeraden tijdelijk terug te keren naar de vorige dosis om nadien verder trager af te bouwen. Bij patiënten met risicofactoren, zoals gebruik van hoge dosissen, eerdere problemen bij afbouw of reeds klachten bij het vergeten van een dosis, wordt een tragere en meer geleidelijke afbouw aanbevolen. Na een eerste reductie naar de standaarddosis over twee tot vier weken, wordt de dosis verder stapsgewijs verminderd in kleinere stappen met tussenpozen van enkele weken, afhankelijk van de tolerantie van de patiënt. De totale afbouw kan hierbij 8 tot 10 weken of langer duren. Indien onttrekkingsverschijnselen optreden, wordt het afbouwschema vertraagd en/of wordt tijdelijk teruggekeerd naar de vorige dosis. Soms zijn magistrale bereidingen noodzakelijk voor kleinere doseerdosissen om voldoende geleidelijk te kunnen afbouwen. (17)

Alternating therapie waar AD dag om dag wordt ingenomen is afgeraden omdat de meeste AD beschikken over een korte halfwaardetijd en dit farmacologisch overeen komt met telkens abrupt te stoppen. Fluoxetine bezit een lange halfwaardetijd en vormt hierdoor een uitzondering op de regel. Concrete afbouwschema's van courant gebruikt AD in de eerste lijn in België zijn te raadplegen in de BCFI folia van januari 2024. (17)

1.8. Pilootstudie: De impact van een LOK training over het stoppen van antidepressiva voor huisartsen: een pre- en poststudie

Het onderzoeken van de perceptie, attitude en kennis van huisartsen over de afbouw van AD is belangrijk omdat deze factoren een belangrijke invloed hebben op de afbouw van AD in de klinische praktijk. Huisartsen zijn de grootste groep voorschrijvers van AD en kunnen ze dus een sleutelrol spelen in het verminderen van langdurig gebruik. Om deze reden is het relevant om hun perceptie, attitude en kennis over de afbouw van AD te onderzoeken en te peilen naar de belangrijkste barrières en facilitatoren in dit domein. Dit is belangrijk omdat deze factoren een belangrijke invloed hebben op de afbouw van AD in de klinische praktijk. Daarnaast is het ook belangrijk om te onderzoeken of we deze factoren kunnen beïnvloeden aan de hand van gerichte interventies.

In deze pilootstudie werd het effect onderzocht van een interactieve vorming, georganiseerd als een LOK-sessie, gegeven door een duo van huisartsen en/of HAIO's, bij voorkeur in aanwezigheid van een psycholoog. Nadien werd deze vorming ook gegeven aan HAIO's in seminariegroepen die georganiseerd worden van het ICHO. De inhoud van deze vorming omvat het verantwoord gebruik van AD, het belang van een geleidelijke afbouw en praktische handvaten voor het implementeren van deze afbouw in de klinische praktijk. De inhoud van deze vorming wordt meer gedetailleerd besproken in de methodiek van deze thesis.

De studie zal het volgende onderzoeken:

- Het effect van de vorming op de bereidheid van huisartsen/HAIO's om AD af te bouwen, zowel voor als na de vorming.
- Het effect op het geloof in eigen kunnen (*self-efficacy*) van huisartsen/HAIO's met betrekking tot de afbouw van AD.
- Het effect op determinanten die het voorschrijfgedrag bepalen met betrekking tot het stoppen van AD.

Er wordt gebruik gemaakt van een voor- en nameting om het effect van de LOK-vorming op de determinanten die het voorschrijfgedrag van huisartsen beïnvloeden, te evalueren. De studie beoogt inzicht te krijgen in de impact van een educatieve interventie op de perceptie, attitude en kennis van huisartsen/HAIO's over de afbouw van AD.

2. Methodiek van het kwantitatief onderzoek

2.1. Studieontwerp

Voor deze masterthesis werd er een prospectief kwantitatief onderzoek opgesteld om te peilen naar onder andere kennis, perceptie en vertrouwen rond het gebruik en afbouw van AD van huisartsen en HAIO's in Vlaanderen. Er werd in samenwerking met de onderzoeksgroep psychofarmaca@Ugent een interactieve vorming opgesteld rond het sensibiliseren van het langdurig AD-gebruik in Vlaanderen, het aanreiken van communicatieve tools om de afbouw te initiëren en de samenwerking met andere zorgverleners hierbij. De inhoud van deze vorming van de LOK is te vinden in bijlage (bijlage 1). Deze vorming werd gebracht tijdens 8 verschillende LOK's, waarvan initieel 5 aan huisartsen en nadien 3 aan HAIO's tijdens het seminarie om de studiegroep uit te breiden. Alle artsen woonden in de periode van februari 2025 - mei 2025 de LOK bij. De LOK werd voorgedragen door verschillende trainers van de psychofarmaca@Ugent. De LOK's tijdens een seminarie voor HAIO's werd gegeven door de HAIO-onderzoekers.

2.2. Vragenlijsten

In de studie werd er via gestructureerde vragenlijsten een voormeting, een tevredenheidsmeting en een nameting uitgevoerd waarbij de LOK als interventie wordt beschouwd. Deze vragenlijsten zijn opgesteld na overleg en samenwerking met de promotor en copromotor, hierbij werd gebruik gemaakt van REDCap. REDCap is een beveiligd webgebaseerd platform voor het opzetten en beheren van online databanken en enquêtes. De vragenlijsten werden verstuurd via REDCap onder supervisie van de copromotor.

De vragenlijsten bestaan uit een identieke voor- en nameting. Dit heeft als doel het effect van de LOK op de factoren die gerelateerd zijn aan de afbouw van AD te onderzoeken. De vragenlijsten zijn opgesteld na samenwerking tussen de HAIO-onderzoekers en de onderzoeksgroep psychofarmaca@Ugent. De vragenlijsten bestaan elk 33 vragen die pijlen naar perceptie over langdurig gebruik (vraag 1-4, 25, 28, 30 en 31); zelfvertrouwen, kennis en competenties van artsen rond het informeren, begeleiden en afbouwen van AD (vraag 5, 11-15, 18 en 19); initiatief tot afbouw (vraag 6-10); onttrekkingsverschijnselen versus terugval (vraag 16, 17); ondersteunende middelen bij AD afbouw (vraag 20, 21 en 33); samenwerking met andere zorgverleners (vraag 22-24) en motivatie en attitude tot afbouw (vraag 26, 27, 29 en 32). De vragen worden gescoord aan de hand van een 5-punts

Likertschaal waarbij de waarde 1 overeen komt met ‘Helemaal niet akkoord’ en de waarde 5 met ‘Helemaal akkoord’. De inhoud van deze vragenlijsten kan ook terug gevonden worden in de bijlage (bijlage 2).

2.3. Tijdslijn

De voormeting werd doorgestuurd twee weken voor het doorgaan van de LOK of seminarie vanuit REDCap via mail naar de deelnemende artsen. De artsen hadden tijd om deze voormeting in te vullen tot het moment dat de LOK van start ging. Alle artsen tekenden vooraf de *informed consent*, dewelke te vinden is in de bijlage (bijlage 3). Direct na de LOK werd met een tevredenheidsmeting gepeild naar de opinie van de artsen over de inhoud van de LOK alsook naar de wijze waarop deze voorgedragen werd. Drie maand na het doorgaan van de LOK werd via een identieke nameting gepeild naar de opgedane kennis en de impact van de LOK op hun perceptie rond langdurig gebruik van AD en hun vertrouwen tot afbouw ervan.

2.4. Interventie

De interventie omvat een interactieve vorming voor LOK-groepen en seminaries over het afbouwen van AD in de huisartsenpraktijk. Drie keer werd de vorming gemodereerd door het het vaste duo van de onderzoeksgroep psychofarmaca@Ugent bestaande uit een huisarts met een psycholoog, telkens tijdens een LOK. Nadien werd, om de studiepopulatie te vergroten, drie keer een vorming gemodereerd door een duo HAIO-onderzoekers tijdens een seminarie. Eénmaal werd een vorming gemodereerd door een duo HAIO-onderzoekers tijdens een LOK. Uitzonderlijk heeft één arts individueel één LOK gemodereerd. Deze vormingen werden georganiseerd vanuit de onderzoeksgroep psychofarmaca@Ugent. Deze dienst stelde ook het vormingspakket samen. LOK-groepen zijn lokale samenwerkingsverbanden van huisartsen. Ongeveer 8 tot 25 huisartsen komen per kwartaal samen om hun medische praktijkvoering in groep te bespreken en kritisch te evalueren via peerreview. Dit alles met het doel om de kwaliteit van de zorg in de regio te optimaliseren. Als huisarts is het verplicht deel te nemen aan een LOK. Bovendien dient er jaarlijks aan minstens twee van de in totaal vier georganiseerde LOK-bijeenkomsten deelgenomen te worden.

De onderzoeksgroep psychofarmaca@Ugent bouwde vooraf dit LOK-vormingspakket doelgericht op met bijzondere aandacht voor de onderliggende factoren die het handelen van huisartsen sturen. De intentie is het realiseren van een zo groot mogelijke impact op de dagelijkse praktijkvoering van de

deelnemende artsen/HAIO's. Inhoudelijk bestond de presentatie uit drie hoofdstukken voorafgaand aan een situerende inleiding (slide 1-10). In het eerste deel (slide 11-28) wordt het langdurig gebruik van AD in de eerste lijn behandeld. Het tweede deel ging over hoe de afbouw bij langdurig gebruik aan te pakken (slide 29-54). In het derde hoofdstuk (slide 55-66) werd besproken welke andere zorgverleners er betrokken kunnen worden bij de afbouw van AD.

Tijdens de vorming werd er gebruik gemaakt van voorbeeldcasussen en was er veel aandacht voor interactie met de deelnemers. De presentatie werd opgesteld aan de hand van de meest recente richtlijnen die te raadplegen zijn in folia van het BCFI en is in lijn met het meest recente wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot de afbouw van AD bij langdurig gebruik. De volledige presentatie is zichtbaar in bijlage (bijlage 1).

2.5. Datacollectie

In totaal werden er 8 LOK's gegeven waarvan 5 aan huisartsen en 3 aan HAIO's. Er werden actieve praktiserende Vlaamse huisartsen en HAIO's gerekruteerd. Artsen werden gecontacteerd via LOK's en via seminariegroepen van het ICHO. Verschillende huisartsen werden bereikt via de regionale LOK verantwoordelijken. De HAIO's werden bereikt via de seminariegroepen vanuit het ICHO met toestemming van de verantwoordelijke STACO. Alle vragenlijsten kwamen via mail, verzonden vanuit REDCap, tot bij de deelnemers. De Commissie voor medische ethiek verbonden aan de Universiteit Gent en het Universitair Ziekenhuis Gent heeft goedkeuring van het onderzoek gegeven op 24/02/2025 met referentie ONZ-2024-0572. Dit advies is te vinden in de bijlage (bijlage 4).

2.6. Data-analyse

Alle data van de georganiseerde LOK's werden verzameld via RedCap. Vanuit het rapport voor de voor- en nameting werd een frequentietabel geëxporteerd. Om de voor- en nameting statistisch met elkaar te vergelijken en na te gaan of deze significant met elkaar verschillen werd de Wilcoxon-test gebruikt. Het gaat namelijk over twee gepaarde groepen en de variabelen zijn categorisch en ordinaal. Om deze redenen lijkt de Wilcoxon-test de meest geschikte statistische test. Dit geldt voor vraag 1 tot en met 32. Voor het interpreteren van vraag 33 werd een Chi-kwadraat test gebruikt, namelijk de McNemar test. Deze test wordt gebruikt om de verschillen na te gaan tussen een dichotome afhankelijke variabele tussen twee gepaarde groepen. Daarnaast werden er ook beschrijvende cijfers verzameld over de demografie van alle deelnemers zoals geslachtsverdeling, de verdeling per provincie, leeftijd

en het aantal jaren werkervaring. Een test was statistisch significant indien de p-waarde kleiner is dan 0,05. Het programma waarvan gebruikt werd gemaakt op de statistische analyse uit te voeren is SPSS Statistics 31.

2.7. Tevredenheidsmeting

Een tevredenheidsmeting werd opgesteld via REDCap die elke deelnemer onmiddellijk na de LOK-training vrijblijvend kon invullen, met als doel de tevredenheid van de LOK-training in kaart te brengen om de toekomstige edities gericht te kunnen optimaliseren. De tevredenheidsmeting peilde naar meerdere aspecten van de kwaliteit en relevantie van de LOK-training. Zo werd nagegaan in welke mate deelnemers leerwinst ervaarden, of de aangereikte inhoud bruikbaar en toepasbaar was in de eigen praktijk, en of zij zich na de vorming beter ondersteund en competenter voelden in het benaderen van afbouw van AD volgens de richtlijnen. Daarnaast werd de mate van interactie en participatie tijdens de sessie bevraagd, evenals de meerwaarde van het multidisciplinaire duo huisarts-psycholoog als begeleidingsvorm. Tot slot werd ook de algemene tevredenheid over de training geëvalueerd via een globale score. De volledige tevredenheidsmeting kan worden teruggevonden in bijlage (bijlage 2).

3. Resultaten

3.1. Demografie

Er werden 114 huisartsen uitgenodigd om aan de interventie deel te nemen. In totaal namen 48 huisartsen en 30 HAIO's deel aan de LOK-sessies. Allen werden uitgenodigd voor deelname aan de studie. De voormeting werd volledig ingevuld door 66 artsen. De nameting werd volledig ingevuld door 39 artsen, wat overeenkomt met een responsgraad van 50,0% voor de nameting op het totale aantal deelnemers. Aangezien pas later beslist werd ook HAIO's te laten deelnemen aan de studie en alles anoniem werd behandeld kan er in de resultaten geen onderscheid gemaakt worden tussen HAIO's en huisartsen.

Van de deelnemers aan de voormeting was 66,7% vrouw (n = 44) en 33,3% man (n = 22). De grootste leeftijdscategorie was 25–35 jaar (62,1%; n = 41), gevolgd door 36–45 jaar (19,7%; n = 13), 46–55 jaar (9,1%; n = 6), 56–65 jaar (7,6%; n = 5) en > 65 jaar (1,5%; n = 1). Dit wijst op een jonge groep van artsen. Geografisch was het merendeel van de artsen werkzaam in de provincie Oost-Vlaanderen (93,9%; n = 62). Daarnaast waren twee artsen actief in Antwerpen (3,0%) en twee artsen in Vlaams-Brabant (3,0%). Er namen geen artsen deel die werkzaam zijn in Limburg of West-Vlaanderen. De werkervaring van de deelnemende artsen was hoofdzakelijk beperkt: 51,5 (n = 34) % had minder dan 6 jaar huisartsrelevante ervaring. Daarnaast had 27,3 % tussen 6 en 15 jaar ervaring (n = 18), 12,1% tussen 16 en 30 jaar (n = 8) en 9,1% meer dan 30 jaar (n = 6). Dit valt te verklaren door het aanzienlijke aandeel van HAIO's die deelnamen. Tot slot werkte het grootste deel van de deelnemers in een groepspraktijk (87,9%; n = 58), gevolgd door solopraktijken (10,6%; n = 7) en wijkgezondheidscentra/forfaitaire praktijken (1,5%; n = 1). De volledige demografie is te vinden in tabel 1.

Kenmerk	Categorie	Aantal (n)	Percentage (%)
Geslacht	Vrouw	44	66,7
	Man	22	33,3
Leeftijd	25–35 jaar	41	62,1
	36–45 jaar	13	19,7
	46–55 jaar	6	9,1
	56–65 jaar	5	7,6
	> 65 jaar	1	1,5
Werkgebied	Oost-Vlaanderen	36	93,9
	Antwerpen	2	3,0
	Vlaams-Brabant	2	3,0
	Limburg	0	0
	West-Vlaanderen	0	0
Werkervaring	< 6 jaar	34	51,5
	6–15 jaar	18	27,3
	16–30 jaar	8	12,1
	> 30 jaar	6	9,1
Praktijkvorm	Groepspraktijk	58	87,9
	Solopraktijk	7	10,6
	Wijkgezondheidscentrum/forfaitair	1	1,5

Tabel 1: Demografie n=66

3.2. Analyse vragenlijst voormeting

	Helemaal niet akkoord (%)	Niet akkoord (%)	Neutraal (%)	Akkoord (%)	Helemaal akkoord (%)
Vraag 1. Ik vind dat langdurig gebruik van antidepressiva gerechtvaardigd is zolang de patiënt goed functioneert, geen bijwerkingen ervaart en stabiel blijft.					
Voormeting	1,5	33,3	15,2	48,5	1,5
Vraag 2. Ook bij langdurig gebruik blijven antidepressiva effectief.					
Voormeting	1,5	19,7	28,8	48,5	1,5
Vraag 3. Ook bij gebruik van antidepressiva langer dan een jaar blijven de bijwerkingen ervan aanwezig.					
Voormeting	0,0	3,0	24,2	59,1	13,6
Vraag 4. Ik vind het belangrijk om de patiënt te informeren over de risico's van langdurig gebruik van antidepressiva.					
Voormeting	0,0	0,0	3,0	47,0	50,0
Vraag 5. Ik voel mij voldoende zelfzeker om de patiënt te informeren over afhankelijkheid bij langdurig gebruik van antidepressiva.					
Voormeting	0,0	30,3	21,2	36,4	12,1
Vraag 6. Ik vind dat het initiatief om het antidepressivum te stoppen van de patiënt moet komen.					
Voormeting	7,6	71,2	10,6	10,6	0
Vraag 7. Ik vind dat het initiatief om het antidepressivum te stoppen van de huisarts moet komen.					
Voormeting	0,0	15,2	24,2	50,0	10,6
Vraag 8. Ik vind dat het initiatief om het antidepressivum te stoppen van de apotheker moet komen.					
Voormeting	25,8	42,4	25,8	6,1	0,0
Vraag 9. Als het antidepressivum is opgestart door een andere huisarts, is het de verantwoordelijkheid van deze huisarts om het antidepressivum te stoppen.					
Voormeting	9,1	63,6	15,2	12,1	0,0
Vraag 10. Als het antidepressivum is opgestart door een psychiater, is het de verantwoordelijkheid van deze psychiater om het antidepressivum te stoppen.					
Voormeting	3,0	50,0	27,3	19,7	0,0

	Helemaal niet akkoord (%)	Niet akkoord (%)	Neutraal (%)	Akkoord (%)	Helemaal akkoord (%)
Vraag 11. Ik voel me comfortabel om het afbouwen van het antidepressivum aan te brengen bij iemand die net de aanbevolen behandelduur heeft afgerond.					
Voormeting	0,0	7,6	16,7	69,7	6,1
Vraag 12. Ik voel me comfortabel om het afbouwen van het antidepressivum aan te brengen bij iemand die al jarenlang een antidepressivum gebruikt en stabiel is.					
Voormeting	1,5	21,2	22,7	51,5	3,0
Vraag 13. Als arts voel ik mij vertrouwd om de patiënt te begeleiden in het traject om antidepressiva af te bouwen.					
Voormeting	0,0	15,2	25,8	57,6	1,5
Vraag 14. Ik weet hoe ik het afbouwen van antidepressiva farmacologisch moet aanpakken.					
Voormeting	0,0	19,7	25,8	53,0	1,5
Vraag 15. Ik voel me zeker in het opstellen van een afbouwschema op maat van de patiënt.					
Voormeting	1,5	21,2	30,3	45,5	1,5
Vraag 16. Onttrekkingsverschijnselen maken het moeilijk om antidepressiva te stoppen.					
Voormeting	1,5	16,7	25,8	51,5	4,5
Vraag 17. Bij de afbouw van antidepressiva kan ik als arts het verschil maken tussen onttrekkingsverschijnselen en een mogelijk herval van een depressie.					
Voormeting	6,1	24,2	27,3	39,4	3,0
Vraag 18. Bij de afbouw bij chronisch gebruik van antidepressiva, plan ik pro-actief opvolgconsulten in.					
Voormeting	0,0	0,0	7,6	66,7	25,8
Vraag 19. Ik ben goed getraind in communicatie om patiënten te motiveren om antidepressiva af te bouwen.					
Voormeting	1,5	10,6	50,0	34,8	3,0
Vraag 20. Ik beschik over goede richtlijnen en hulpmiddelen zoals afbouwschema's om antidepressiva af te bouwen.					
Voormeting	3,0	27,3	25,8	36,4	7,6
Vraag 21. Ik maak gebruik van brochures/patiëntfolders in een gesprek over het afbouwen van antidepressiva.					
Voormeting	10,8	66,2	12,3	9,2	1,5

	Helemaal niet akkoord (%)	Niet akkoord (%)	Neutraal (%)	Akkoord (%)	Helemaal akkoord (%)
Vraag 22. Bij de afbouw van antidepressiva betrek ik de apotheker en laat ik dit systematisch weten aan de apotheker.					
Voormeting	12,1	53,0	25,8	9,1	0,0
Vraag 23. Een goede samenwerking met de apotheker maakt het afbouwproces makkelijker.					
Voormeting	1,5	1,5	16,7	72,7	7,6
Vraag 24. Ik weet in welke gevallen ik dien te verwijzen naar een psycholoog bij het stoppen van antidepressiva.					
Voormeting	1,5	31,8	31,8	34,8	0,0
Vraag 25. Ik vind dat langdurig gebruik van antidepressiva een probleem is.					
Voormeting	0,0	15,2	18,2	51,5	15,2
Vraag 26. Ik voel mij gemotiveerd om het langdurig gebruik van antidepressiva in mijn praktijk te verminderen.					
Voormeting	0,0	1,5	22,7	68,2	7,6
Vraag 27. Ik haal voldoening uit het succesvol afbouwen van antidepressiva bij patiënten.					
Voormeting	0,0	0,0	18,2	59,1	22,7
Vraag 28. Ik ben ervan overtuigd dat antidepressiva-afbouw de gezondheid van mijn patiënten ten goede komt.					
Voormeting	0,0	4,5	9,1	63,6	22,7
Vraag 29. Het stoppen van antidepressiva is een prioriteit binnen mijn praktijk.					
Voormeting	6,1	39,4	48,5	4,5	1,5
Vraag 30. De meeste patiënten zijn weinig gemotiveerd om te stoppen met antidepressiva.					
Voormeting	0,0	27,3	33,3	37,9	1,5
Vraag 31. Het risico op terugkeer van depressieve klachten tijdens en na het afbouwen weegt voor mij zwaarder door dan de voordelen van het afbouwen van antidepressiva.					
Voormeting	4,5	34,8	45,5	15,2	0,0
Vraag 32. Ik evalueer regelmatig of het antidepressivum nog noodzakelijk is.					
Voormeting	0,0	18,2	30,3	50,0	1,5

Vraag 33. Als ik informatie zoek over afbouwen gebruik ik... (1 of meerdere)							
	De Richtlijn Depressie bij volwassenen van Domus Medica (%)	De NHG-Standaard Depressie (%)	Afbouwschema's BCFI Folia (%)	Eigen ervaring (%)	Advies van een collega(%)	Schema's geneesmiddelenfirma's (%)	Nog iets anders (%)
Voormeting	28,2	63,6	69,7	40,9	33,3	15,2	6,1

Tabel 2: Resultaten voormeting (n=66)

In deze alinea beschrijven we de relevante resultaten van de voormeting die we kunnen terugvinden in tabel 2. In de beschrijving van de resultaten wordt ter eenvoud de antwoorden 'Akkoord' en 'Helemaal akkoord' samengevoegd als percentages tenzij expliciet vermeld. Analoog wordt dit ook voorzien bij de antwoorden 'Niet akkoord' en 'Helemaal niet akkoord'.

Een grote meerderheid (66,7%) van alle artsen vond het langdurig gebruik van AD een probleem. Sterker nog: 86,3% was reeds overtuigd dat afbouw van AD de patiënt ten goede kwam. 72,7% was ervan overtuigd dat ook bij langdurig gebruik van AD de bijwerkingen aanwezig bleven en 97% gaf aan dat ze het belangrijk vonden patiënten te informeren over de risico's van langdurig gebruik. Toch zagen we dat de helft (50%) van alle artsen vooraf het langdurig gebruik van AD gerechtvaardigd vond, zolang de patiënt geen bijwerkingen ervaarde en stabiel bleef. Daartegenover stond dat één derde (34,8%) van alle artsen dit niet gerechtvaardigd vond.

Een meerderheid (50%) was er ook van overtuigd dat AD ook bij langdurig gebruik effectief bleef. 6% beschouwde de afbouw van AD in de praktijk als een prioriteit. 51,5% van de artsen gaf aan dat ze regelmatig evalueerden of het AD nog noodzakelijk was bij de patiënt. Een meerderheid (39,4%) gaf aan dat patiënten vaak weinig gemotiveerd waren tot afbouw, al liepen de opinies van de artsen over deze stelling uiteen. Op de stelling of het risico op terugkeer van depressieve klachten tijdens het afbouwen opwoog tegenover de voordelen van het afbouwen van AD, werd overwegend neutraal (45,5%) gereageerd. 39,3% was niet akkoord met deze stelling.

97% van alle artsen waren het ermee eens dat het belangrijk was om de patiënt te informeren over de risico's van langdurig AD-gebruik. 30,3% gaf aan zich onvoldoende zelfzeker te voelen om de patiënt te informeren over afhankelijkheid bij langdurig AD-gebruik. Bovendien voelde 75,8% van alle artsen zich comfortabel om het afbouwen van AD aan te brengen bij iemand die net de aanbevolen behandelduur had afgerond. Wanneer het AD reeds jarenlang gebruikt werd en de patiënt stabiel was, daalde dit cijfer tot 54,5%.

10,6% van alle artsen gaf aan akkoord te gaan met de stelling dat het initiatief om te stoppen met AD van de patiënt moest komen. 60,6% vond dat het initiatief om het AD te stoppen bij de huisarts lag. Een kleine minderheid (6,1%) vond dat ook de apotheek het initiatief moest nemen om AD af te bouwen. Wanneer het AD was opgestart door een andere arts, ging de meerderheid (72,7%) niet akkoord met de stelling dat het de verantwoordelijkheid van deze arts was om het AD ook te stoppen. Wanneer het AD was opgestart door een psychiater, daalde dit cijfer tot 53%. 59,1% van alle artsen voelde zich vertrouwd om de patiënt te begeleiden in het traject om AD af te bouwen. 54,5% gaf ook aan te weten hoe ze dit farmacologisch moesten aanpakken. In het opstellen van een afbouwschema op maat van de patiënt voelde 47% van de artsen zich zeker. 44% gaf aan te beschikken over goede richtlijnen en hulpmiddelen zoals afbouwschema's om AD af te bouwen. Wel gaf 56% van de artsen aan dat onttrekkingsverschijnselen het moeilijk maakten om AD te stoppen. 42,4% van de artsen gaf aan het verschil te kunnen maken tussen onttrekkingsverschijnselen en een mogelijk herval van depressie.

Bij de afbouw van AD bij chronisch gebruik plande 92,8% van alle artsen proactief opvolgconsulten in. 37,8% voelde zich goed getraind in de communicatie om patiënten te motiveren AD af te bouwen. 10,7% van de artsen maakte gebruik van brochures en patiëntenfolders in een gesprek rond afbouw. Ook de rol van de apotheek werd bevraagd. Zoals reeds vermeld, vond een kleine minderheid van de artsen (6,1%) dat ook de apotheek het initiatief moest nemen om AD af te bouwen. 9,1% gaf ook aan de apotheker te betrekken bij de afbouw van AD door hem systematisch te contacteren. Desalniettemin ging 80,3% akkoord met de stelling dat een goede samenwerking met de apotheek het afbouwproces gemakkelijker maakte. Bij de stelling of artsen wisten wanneer te verwijzen naar een psycholoog bij het stoppen van AD waren de antwoorden verdeeld. 34,8% ging akkoord met deze stelling, terwijl 33,3% niet akkoord ging.

Tot slot voelde 75,8% van de artsen zich gemotiveerd om langdurig gebruik van AD in hun praktijk te verminderen. Meer dan 80% gaf ook aan voldoening te halen uit het succesvol afbouwen van AD bij hun patiënten.

3.3. Tevredenheidsmeting

De tevredenheidsmeting van deze vorming toont over het algemeen zeer positieve resultaten, al dient rekening gehouden te worden met een relatief lage responsgraad. Van de 78 deelnemende artsen

werd door 28 van hen de tevredenheidsmeting ingevuld, wat overeenkomt met een respons van 35,9%. Daarnaast was één van deze 28 vragenlijsten onvolledig ingevuld. Hierdoor zijn de resultaten waarschijnlijk niet volledig representatief voor alle deelnemers, maar geven ze wel een waardevolle indicatie van de ervaringen van de responsgroep.

	Helemaal niet	Eerder niet	Neutraal	Eerder Wel	Zeker wel
Heeft u iets geleerd tijdens deze bijeenkomst?	0 (0,0%)	1 (3,6%)	0 (0,0%)	12 (42,9%)	15 (53,6%)
Kan u iets met de aangebrachte inhoud in uw praktijk?	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (3,6%)	9 (32,1%)	18 (64,3%)
Voelt u zich na deze voordracht meer ondersteund / beter onderlegd om depressieve klachten te benaderen conform de richtlijnen?	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (7,1%)	14 (50%)	12 (42,9%)

Tabel 3: Resultaten tevredenheidsmeting deel 1 (n=28)

Binnen deze groep geven vrijwel alle artsen aan iets geleerd te hebben tijdens de vorming: 96,5% antwoordt dat dit eerder tot zeker het geval is. 96,4% geeft aan de aangebrachte inhoud te kunnen toepassen in de eigen praktijk. Daarnaast voelt 92,9% zich na de voordracht beter ondersteund of beter onderlegd om depressieve klachten conform de richtlijnen te benaderen.

	Te weinig	Goed	Te Veel
Wat vond u van de mate van interactie en participatie tijdens deze bijeenkomst?	1 (3,6%)	27 (96,4%)	0 (0.0%)

Tabel 4: Resultaten tevredenheidsmeting deel 2 (n=28)

De mate van interactie en participatie tijdens de bijeenkomst werd door bijna alle deelnemers als passend beoordeeld, met 96,4% die dit als “goed” omschrijft en één persoon die te weinig interactie ervaarde.

	Nee		Een stukje / Schuin		Ja
Had u voor deze training de aanbeveling depressie (Domus Medica, 2017) reeds doorgenomen?	21 (75,0%)		7 (25,0%)		0 (0,0%)
	Nee			JA	
Heeft u al eerder een vorming gevolgd over het thema depressie?	11 (40,7%)			16 (59,3%)	
	1	2	3	4	5
Geef uw tevredenheid over deze lok weer in een score van 1 (zeer slecht) t.e.m. 5 (zeer goed).	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (7,1%)	10 (35,7%)	16 (57,1%)

Tabel 5: Resultaten tevredenheidsmeting deel 3 (n=28)

Verder blijkt dat driekwart (75,0%) van de deelnemers vooraf de Domus Medica-richtlijn niet had doorgenomen, wat het belang van de vorming als introductie of actualisatie van de richtlijn benadrukt. Tegelijk had 59,3% reeds eerder een opleiding rond depressie gevolgd, wat erop wijst dat de sessie zowel voor minder ervaren als meer ervaren artsen relevant bleef. De globale tevredenheid ligt hoog: niemand gaf een lage score en 92,8% beoordeelde de vorming met een 4 (= goed) of 5 (= zeer goed) op 5, waarvan meer dan de helft de maximale score toekende.

Samengevat wijzen de resultaten op een inhoudelijk sterke, praktijkgerichte en goed opgebouwde vorming met een hoge tevredenheid en duidelijke meerwaarde voor het klinisch functioneren, al moeten de bevindingen voorzichtig geïnterpreteerd worden gezien de beperkte responsgraad.

3.4. Analyse vragenlijst nameting

In de beschrijving van de resultaten wordt ter eenvoud de antwoorden ‘Akkoord’ en ‘Helemaal akkoord’ samengevoegd als percentages tenzij expliciet vermeld. Analoog wordt dit ook voorzien bij de antwoorden ‘Niet akkoord’ en ‘Helemaal niet akkoord’.

3.4.1. Perceptie over langdurig gebruik

Vraag 1 tot en met 4, evenals vraag 25, 28, 30 en 31, bevragen de perceptie van de deelnemers ten aanzien van dit pilootproject rond de problematiek van het langdurig gebruik van AD bij hun patiënten. Om verschillen tussen de voor- en nametingen te analyseren, werd, zoals eerder beschreven, de Wilcoxon signed-rank test toegepast. Dit geldt voor alle onderstaande vragen van 1-32.

	Helemaal niet akkoord (%)	Niet akkoord (%)	Neutraal (%)	Akkoord (%)	Helemaal akkoord (%)	Wilcoxon-Z	P-Waarde
Vraag 1. Ik vind dat langdurig gebruik van antidepressiva gerechtvaardigd is zolang de patiënt goed functioneert, geen bijwerkingen ervaart en stabiel blijft.							
Voormeting	2,6	35,9	7,7	53,8	0,0	-2,291	**0,022***
Nameting	2,6	53,8	17,9	23,1	2,6		
Vraag 2. Ook bij langdurig gebruik blijven antidepressiva effectief.							
Voormeting	2,6	12,8	33,3	48,7	2,6	-3,111	**0,002***
Nameting	5,1	38,5	20,5	35,9	0,0		
Vraag 3. Ook bij gebruik van antidepressiva langer dan een jaar blijven de bijwerkingen ervan aanwezig.							
Voormeting	0,0	0,0	30,8	61,5	7,7	0,504	0,614
Nameting	0,0	7,7	10,3	74,4	7,7		
Vraag 4. Ik vind het belangrijk om de patiënt te informeren over de risico's van langdurig gebruik van antidepressiva.							
Voormeting	0,0	0,0	5,1	48,7	46,2	0,905	0,366
Nameting	0,0	0,0	0,0	51,3	48,7		
Vraag 25. Ik vind dat langdurig gebruik van antidepressiva een probleem is.							
Voormeting	0,0	15,4	20,5	48,7	15,4	3,038	**0,002***
Nameting	0,0	0,0	17,9	56,4	25,6		
Vraag 28. Ik ben ervan overtuigd dat antidepressiva-afbouw de gezondheid van mijn patiënten ten goede komt.							
Voormeting	0,0	7,7	10,3	61,5	20,5	1,000	0,317
Nameting	0,0	0,0	5,1	64,1	30,8		
Vraag 30. De meeste patiënten zijn weinig gemotiveerd om te stoppen met antidepressiva.							
Voormeting	0,0	17,9	38,5	43,6	0,0	0,619	0,536
Nameting	2,6	17,9	28,2	46,2	5,1		
Vraag 31. Het risico op terugkeer van depressieve klachten tijdens en na het afbouwen weegt voor mij zwaarder door dan de voordelen van het afbouwen van antidepressiva.							
Voormeting	7,7	35,9	35,9	20,5	0,0	-0,623	0,533
Nameting	2,6	51,3	33,3	12,8	0,0		

*Tabel 6: Voor- en nameting, perceptie over langdurig gebruik (n = 39), *= signifcant (p<0.05)*

In deze paragraaf beschrijven we de impact van de LOK-training na drie maanden, als aanvulling op de resultaten weergegeven in tabel 6. Voor vraag 1 (p = 0,022), vraag 2 (p = 0,002) en vraag 25 (p = 0,002) werd een statistisch significant verschil vastgesteld tussen de metingen vóór en na de LOK-vergadering. De interventie had een duidelijke impact op de perceptie van de artsen en gaan nu minder akkoord over de effectiviteit (51,3% naar 35,9% Z = −3,111; p = 0,002) en rechtvaardigheid van voorschrijven (53,8% naar 25,7% Z = −2,291; p = 0,022) bij langdurig gebruik van AD (vraag 1 en 2). Vraag 25 toont dat de artsen langdurig gebruik van AD nu veel meer als een probleem beschouwen (64,1% naar 82,0% Z = 3,038; p = 0,002). Op de vragen waar er na de nameting geen significant verschil is (vraag 3,4 en 28), gaven de artsen al blijk van een goede perceptie. Zo is een meerderheid van de artsen er van overtuigd dat zelfs na langdurig gebruik van AD de bijwerkingen aanwezig blijven (69,2% naar 82,1% Z = 0,504; p = 0,614), dat de patiënt hierover geïnformeerd moet worden (94,9% naar 100% Z = 0,905; p = 0,366) en dat dit de gezondheid van de patiënt ten goede komt (82,0% naar 94,9% Z = 1,000; p = 0,317). De interventie had weinig invloed op de overtuiging van de artsen dat de meeste patiënten weinig gemotiveerd zijn om te stoppen met AD (43,6% naar 51,3 Z = 0,619; p = 0,536). Ten slotte werd voor vraag 31, waarin het risico op herval werd afgewogen tegen de voordelen van afbouw, een lichte daling gezien in het aandeel van meer akkoord (20,5% naar 12,8% Z = −0,623; p = 0,533).

3.4.2. Zelfvertrouwen, kennis en competenties van artsen rond het informeren, begeleiden en afbouwen van antidepressiva

Vraag 5, 11-15 en 18-19 peilen naar het zelfvertrouwen, de kennis en competenties van de deelnemende artsen rond het informeren en het begeleiden van de patiënt tijdens het afbouwen van AD.

	Helemaal niet akkoord (%)	Niet akkoord (%)	Neutraal (%)	Akkoord (%)	Helemaal akkoord (%)	Wilcoxon-Z	P-Waarde
Vraag 5. Ik voel mij voldoende zelfzeker om de patiënt te informeren over afhankelijkheid bij langdurig gebruik van antidepressiva.							
Voormeting	0,0	33,3	23,1	33,3	10,3	3,780	**<0,001***
Nameting	0,0	2,6	7,7	76,9	12,8		
Vraag 11. Ik voel me comfortabel om het afbouwen van het antidepressivum aan te brengen bij iemand die net de aanbevolen behandelduur heeft afgerond.							
Voormeting	0,0	5,1	20,5	69,2	5,1	2,645	**0,008***
Nameting	0,0	2,6	2,6	76,9	17,9		
Vraag 12. Ik voel me comfortabel om het afbouwen van het antidepressivum aan te brengen bij iemand die al jarenlang een antidepressivum gebruikt en stabiel is.							
Voormeting	0,0	25,6	23,1	48,7	2,6	3,084	**0,002***
Nameting	0,0	12,8	7,7	64,1	15,4		
Vraag 13. Als arts voel ik mij vertrouwd om de patiënt te begeleiden in het traject om antidepressiva af te bouwen.							
Voormeting	0,0	12,8	23,1	64,1	0,0	2,996	**0,003***
Nameting	0,0	2,6	10,3	79,5	7,7		
Vraag 14. Ik weet hoe ik het afbouwen van antidepressiva farmacologisch moet aanpakken.							
Voormeting	0,0	17,9	20,5	61,5	0,0	3,573	**<0,001***
Nameting	0,0	2,6	10,3	76,9	10,3		
Vraag 15. Ik voel me zeker in het opstellen van een afbouwschema op maat van de patiënt.							
Voormeting	2,6	17,9	25,6	53,8	0,0	2,846	**0,004***
Nameting	0,0	7,7	10,3	76,9	5,1		
Vraag 18. Bij de afbouw bij chronisch gebruik van antidepressiva, plan ik pro-actief opvolgconsulten in.							
Voormeting	0,0	0,0	12,8	66,7	20,5	1,698	0,090
Nameting	0,0	0,0	2,6	69,2	28,2		
Vraag 19. Ik ben goed getraind in communicatie om patiënten te motiveren om antidepressiva af te bouwen.							
Voormeting	2,6	10,3	48,7	38,5	0,0	1,330	0,183
Nameting	0,0	7,7	43,6	41,0	7,7		

*Tabel 7: Voor- en nameting, zelfvertrouwen, kennis en competenties van artsen rond het informeren, begeleiden en afbouwen van antidepressiva (n=39), *= signifcant (p<0.05)*

In deze paragraaf beschrijven we de impact van de LOK-training na drie maanden, als aanvulling op de resultaten weergegeven in tabel 7. Voor vraag 5, 11-15 werd een statistisch significant verschil vastgesteld tussen de metingen vóór en na de LOK-vergadering. De interventie had tot gevolg dat de artsen zich meer zelfzeker voelen om de patiënten te informeren over de afhankelijkheid bij langdurig AD-gebruik (43,6% naar 89,7% Z = 3,780; p < 0,001). Het maakte de artsen ook meer comfortabel om afbouw van AD aan te brengen bij patiënten die net de aanbevolen behandelduur hebben afgerond (74,3% naar 94,8% Z = 2,645; p = 0,008) en bij patiënten die al jarenlang een AD gebruiken en stabiel zijn (51,3% naar 79,5% Z = 3,084; p = 0,002). Ook het vertrouwen om patiënten te begeleiden tijdens het afbouwtraject nam duidelijk toe (64,1% naar 87,2% Z = 2,996; p = 0,003). De LOK heeft ook geleid tot een verbetering van de kennis over de farmacologische aanpak van AD-afbouw (61,5% naar 87,2 Z = 3,573; p < 0,001) en een toename in de zelfzekerheid in het opstellen van een afbouwschema op maat van de patiënt (53,8% naar 82,0% Z = 2,846; p = 0,004). Voor vraag 18, die het proactief plannen van opvolgconsulten tijdens de afbouw betreft, was reeds bij de voormeting een hoog aandeel meer akkoord aanwezig (87,2%), dat in de nameting verder toenam tot 97,4% echter zonder significantie (Z = 1,698; p = 0,090). Ten slotte bleef voor vraag 19, over communicatieve vaardigheden om patiënten te motiveren tot afbouw, het aandeel meer akkoord relatief stabiel (38,5% naar 48,7% Z = 1,330; p = 0,183).

3.4.3. Initiatief tot afbouw

Vraag 6-10 bevragen de houding van de artsen ten aanzien van de verantwoordelijkheid voor het initiëren van de afbouw van het AD.

	Helemaal niet akkoord (%)	Niet akkoord (%)	Neutraal (%)	Akkoord (%)	Helemaal akkoord (%)	Wilcoxon-Z	P-Waarde
Vraag 6. Ik vind dat het initiatief om het antidepressivum te stoppen van de patiënt moet komen.							
Voormeting	7,7	71,8	10,3	10,3	0,0	-1,559	0,119
Nameting	17,9	71,8	7,7	2,6	0,0		
Vraag 7. Ik vind dat het initiatief om het antidepressivum te stoppen van de huisarts moet komen.							
Voormeting	0,0	12,8	25,6	51,3	10,3	-0,221	0,825
Nameting	2,6	10,3	23,1	59,0	5,1		
Vraag 8. Ik vind dat het initiatief om het antidepressivum te stoppen van de apotheker moet komen.							
Voormeting	28,2	41,0	23,1	7,7	0,0	1,171	0,242
Nameting	25,6	35,9	25,6	12,8	0,0		
Vraag 9. Als het antidepressivum is opgestart door een andere huisarts, is het de verantwoordelijkheid van deze huisarts om het antidepressivum te stoppen.							
Voormeting	10,3	59,0	15,4	15,4	0,0	-1,286	0,198
Nameting	23,1	51,3	12,8	12,8	0,0		
Vraag 10. Als het antidepressivum is opgestart door een psychiater, is het de verantwoordelijkheid van deze psychiater om het antidepressivum te stoppen.							
Voormeting	0,0	56,4	28,2	15,4	0,0	0,548	0,584
Nameting	7,7	43,6	25,6	20,5	2,6		

Tabel 8: voor- en nameting initiatief tot afbouw

In deze paragraaf beschrijven we de impact van de LOK-training na drie maanden, als aanvulling op de resultaten weergegeven in tabel 8. Voor vraag 6-10 werd geen statistisch significant verschil vastgesteld tussen de metingen vóór en na de LOK-vergadering. Vraag 6 bracht aan het licht dat de artsen niet vinden dat het initiatief voor afbouw bij de patiënt ligt wat versterkt werd na de interventie (79,5% naar 89,7% Z= −1,559; p = 0,119). Volgens de resultaten van vraag 7 is de huisarts van de patiënt verantwoordelijk als initiatiefnemer maar heeft de interventie hier weinig invloed op gehad (61,6% naar 64,1% Z = −0,221; p = 0,825). Echter, de huisartsen zijn niet van mening dat de verantwoordelijkheid ligt bij de andere huisarts die het AD heeft opgestart, ook na de interventie (69,3% naar 74,4% Z = −1,286; p = 0,198). Vraag 8 maakte duidelijk dat de artsen niet van mening zijn dat de apotheker de initiatiefnemer moet zijn en ook hier had de interventie weinig invloed op (69,2%

naar 61,5% in de nameting Z = 1,171; p = 0,242). Ten slotte bleef volgens vraag 10 de verantwoordelijkheid niet meer of minder bij de psychiater te liggen dan na de interventie (56,4% naar 51,3% Z = 0,548; p = 0,584).

3.4.4. Onttrekkingsverschijnselen versus terugval

Vragen 16 en 17 peilden naar de kennis van huisartsen en HAIO's met betrekking tot het correct identificeren en differentiëren tussen onttrekkingsverschijnselen en terugval.

	Helemaal niet akkoord (%)	Niet akkoord (%)	Neutraal (%)	Akkoord (%)	Helemaal akkoord (%)	Wilcoxon-Z	P-Waarde
Vraag 16. Onttrekkingsverschijnselen maken het moeilijk om antidepressiva te stoppen.							
Voormeting	0,0	17,9	25,6	48,7	7,7	1,146	0,252
Nameting	0,0	7,7	25,6	59,0	7,7		
Vraag 17. Bij de afbouw van antidepressiva kan ik als arts het verschil maken tussen onttrekkingsverschijnselen en een mogelijk herval van een depressie.							
Voormeting	5,1	15,4	35,9	43,6	0,0	3,697	**<0,001***
Nameting	0,0	0,0	23,1	71,8	5,1		

*Tabel 9: voor- en nameting onttrekingsverschijnselen versus terugval (n=39), *= signifcant (p<0.05)*

In deze paragraaf beschrijven we de impact van de LOK-training na drie maanden, als aanvulling op de resultaten weergegeven in tabel 9. De interventie had tot gevolg dat de artsen beter het verschil kunnen maken tussen onttrekkingsverschijnselen en een mogelijk herval van een depressie (43,6% naar 76,9% Z = 3,697; p < 0,001). Dit wijst op een duidelijke toename in klinische zelfzekerheid na de LOK-sessie. De artsen beschouwen onttrekkingsverchijnselen als een drempel om AD af te bouwen en gaan hier meer mee akkoord na de interventie zonder statistische significantie (56,4% naar 66,7% Z = 1,146; p = 0,252).

3.4.5. Ondersteunende middelen bij antidepressiva-afbouw

Vragen 20, 21 en 33 onderzochten het gebruik van richtlijnen en ondersteunende hulpmiddelen, zoals afbouwschema's, evenals het gebruik van patiëntfolders in de klinische praktijk bij het afbouwen van AD. Vraag 33 peilde naar het gebruik van 7 verschillende informatiebronnen: De richtlijn depressie bij volwassenen van Domus Medica, de NHG-Standaard depressie afbouwschema's, BCFI Folia, eigen ervaring, advies van een collega, schema's geneesmiddelenfirma's en nog andere bronnen. Het gebruik

van informatiebronnen tijdens de voormeting werd vergeleken met het gebruik tijdens de nameting. Via de McNemar-test die wordt gebruikt voor gepaarde data met een nominale binaire uitkomst (ja/nee) werd nagegaan of het verschil tussen de voor- en nameting significant verandert.

	Helemaal niet akkoord (%)	Niet akkoord (%)	Neutraal (%)	Akkoord (%)	Helemaal akkoord (%)	Wilcoxon-Z	P-Waarde
Vraag 20. Ik beschik over goede richtlijnen en hulpmiddelen zoals afbouwschema's om antidepressiva af te bouwen.							
Voormeting	2,6	30,8	23,1	38,5	5,1	4,004	**<0,001***
Nameting	0,0	5,1	5,1	79,5	10,3		
Vraag 21. Ik maak gebruik van brochures/patiëntfolders in een gesprek over het afbouwen van antidepressiva.							
Voormeting	10,3	66,7	10,3	12,8	0,0	2,696	**0,007***
Nameting	12,8	35,9	25,6	25,6	0,0		

Vraag 33. Als ik informatie zoek over afbouwen gebruik ik... (1 of meerdere)							
	De Richtlijn Depressie bij volwassenen van Domus Medica (%)	De NHG-Standaard Depressie (%)	Afbouwschema's BCFI Folia (%)	Eigen ervaring (%)	Advies van een collega(%)	Schema's geneesmiddelenfirma's (%)	Nog iets anders (%)
Voormeting	23,1	56,4	69,2	38,5	30,8	15,4	5,1
Nameting	56,4	56,4	94,9	28,2	25,6	5,1	5,1
P-Waarde	**0,004***	1,000	**0,002***	0,344	0,687	0,125	1,000

*Tabel 10: voor- en nameting ondersteunende middelen (n=39), *= signifcant (p<0.05)*

In deze paragraaf beschrijven we de impact van de LOK-training na drie maanden, als aanvulling op de resultaten weergegeven in tabel 10. De interventie heeft de artsen merkbaar geïnformeerd over de beschikbare richtlijnen en hulpmiddelen voor de afbouw van AD. Vooraf gaf 43,6% van de respondenten aan meer akkoord te zijn met het beschikken over richtlijnen en hulpmiddelen voor het afbouwen van AD. Bij de nameting steeg het aandeel meer akkoord tot 89,8% ($Z = 4,004$; $p < 0,001$). De LOK-sessie had ook tot gevolg dat meer artsen gebruik maken van brochures en patiëntfolders (12,8%, naar 25,6% $Z = 2,696$; $p = 0,007$) bij de afbouw van AD.

Met vraag 33 werd dieper ingegaan welke specifieke bronnen gebruikt worden voor de afbouw van AD. De interventie tot gevolg gehad dat de 'richtlijn depressie bij volwassenen' van Domus Medica (23,1% naar 56,4% p = 0,004) en de afbouwschema's BCFI Folia (69,2% naar 94,9% p = 0,002) meer geraadpleegd worden. De andere bronnen (NHG-Standaard depressie afbouwschema's, eigen ervaring, advies van een collega, schema's geneesmiddelenfirma's en nog iets anders) verschilden niet significant na de interventie.

3.4.6. Samenwerking met andere zorgverleners

Aan de hand van vragen 22 tot en met 24 werd nagegaan in welke mate huisartsen en HAIO's samenwerkten met paramedici, zoals apothekers en psychologen, bij de begeleiding van patiënten tijdens de afbouw van AD.

	Helemaal niet akkoord (%)	Niet akkoord (%)	Neutraal (%)	Akkoord (%)	Helemaal akkoord (%)	Wilcoxon-Z	P-Waarde
Vraag 22. Bij de afbouw van antidepressiva betrek ik de apotheker en laat ik dit systematisch weten aan de apotheker.							
Voormeting	12,8	51,3	33,3	2,6	0,0	1,280	0,201
Nameting	12,8	41,0	33,3	10,3	2,6		
Vraag 23. Een goede samenwerking met de apotheker maakt het afbouwproces makkelijker.							
Voormeting	2,6	2,6	12,8	74,4	7,7	-0,486	0,627
Nameting	0,0	5,1	23,1	61,5	10,3		
Vraag 24. Ik weet in welke gevallen ik dien te verwijzen naar een psycholoog bij het stoppen van antidepressiva.							
Voormeting	0,0	28,2	33,3	38,5	0,0	2,553	**0,011***
Nameting	0,0	10,3	28,2	61,5	0,0		

*Tabel 11: voor- en nameting samenwerking met andere zorgverleners (n=39), *= signifcant (p<0.05)*

In deze paragraaf beschrijven we de impact van de LOK-training na drie maanden, als aanvulling op de resultaten weergegeven in tabel 11. Na de interventie geven artsen aan beter in te schatten wanneer ze hun patiënt dienen te verwijzen naar een psycholoog bij het stoppen van AD (38,5% naar 61,% Z = 2,553; p = 0,011). De interventie had weinig invloed op de betrekking en samenwerking met de apotheker voor de afbouw van AD. De artsen betrekken slecht zelden de apotheker maar beschouwen een goede samenwerking ermee wel als facilitator.

3.4.7. Motivatie en attitude tot afbouw

Vragen 26, 27, 29 en 32 hadden als doel de motivatie en attitude van huisartsen te evalueren ten aanzien van het verminderen van langdurig AD-gebruik, evenals de mate waarin dit een prioriteit vormt en systematisch wordt geëvalueerd in de praktijk.

	Helemaal niet akkoord (%)	Niet akkoord (%)	Neutraal (%)	Akkoord (%)	Helemaal akkoord (%)	Wilcoxon-Z	P-Waarde
Vraag 26. Ik voel mij gemotiveerd om het langdurig gebruik van antidepressiva in mijn praktijk te verminderen.							
Voormeting	0,0	2,6	25,6	64,1	7,7	2,837	**0,005***
Nameting	0,0	0,0	7,7	74,4	17,9		
Vraag 27. Ik haal voldoening uit het succesvol afbouwen van antidepressiva bij patiënten.							
Voormeting	0,0	0,0	23,1	51,3	25,6	1,877	0,061
Nameting	0,0	0,0	5,1	64,1	30,8		
Vraag 29. Het stoppen van antidepressiva is een prioriteit binnen mijn praktijk.							
Voormeting	10,3	41,0	41,0	5,1	2,6	1,947	0,052
Nameting	2,6	30,8	53,8	10,3	2,6		
Vraag 32. Ik evalueer regelmatig of het antidepressivum nog noodzakelijk is.							
Voormeting	0,0	17,9	33,3	46,2	2,6	1,689	0,091
Nameting	0,0	7,7	25,6	64,1	2,6		

*Tabel 12: voor- en nameting motivatie en attitude tot afbouw (n=39), *= signifcant (p<0.05)*

In deze laatste paragraaf beschrijven we de impact van de LOK-training na drie maanden, als aanvulling op de resultaten weergegeven in tabel 12. De interventie heeft tot gevolg gehad dat de artsen meer gemotiveerd zijn om AD af te bouwen in hun praktijk (71,8% naar 92,3%, Z = 2,837; p = 0,005). De artsen halen na de LOK ook meer voldoening uit het succesvol afbouwen van AD, alleen was dit resultaat statistisch niet significant (76,9% naar 94,9% Z = 1,877; p = 0,061). Ook evalueren de artsen na de interventie meer regelmatig of het AD nog noodzakelijk is maar ook dit was statistisch niet significant (48,8% naar 66,7% Z = 1,689; p = 0,091). Desondanks beschouwen de artsen het afbouwen van AD niet als een prioriteit in hun praktijk en had de LOK hier weinig invloed op (7,7% naar 12,9% Z = 1,947; p = 0,052).

4. Discussie en conclusie

4.1. Perceptie over langdurig gebruik AD

De pilootstudie toonde significante veranderingen aan omtrent de perceptie van langdurig gebruik van AD. Met name voor de opvattingen over de rechtvaardigheid en effectiviteit van langdurig gebruik van AD werd een statistisch significante verschuiving vastgesteld, waarbij deelnemers na de interventie significant minder geneigd waren langdurig gebruik als gerechtvaardigd of effectief te beschouwen. Daarnaast nam de erkenning toe dat langdurig AD-gebruik problematisch kan zijn. Deze resultaten tonen aan dat de deelnemers na de interventie een meer kritische houding aannamen ten opzichte van het langdurig AD-gebruik, wat een zeer positief effect rekening houdend met het de wereldwijd stijgende cijfers van het langdurig AD-gebruik.

Tegelijkertijd bleven meerdere percepties onveranderd na de interventie. We zien dat de overgrote meerderheid van de deelnemers reeds voor de interventie overtuigd waren dat de bijwerkingen van AD aanwezig blijven ook na een jaar gebruik, ze vonden het reeds belangrijk de patiënt te informeren over de risico's van langdurig gebruik en waren er al van overtuigd dat het afbouwen ervan de gezondheid van de patiënt ten goede komt. Deze resultaten waren dus reeds bij de voormeting goed, waardoor de interventie op deze onderwerpen weinig kon bijdragen. Dit kunnen we toeschrijven aan het plafondeffect. Het plafondeffect is een fenomeen waarbij scores op een test niet verder kunnen stijgen omdat de bovengrens van de meetschaal reeds is bereikt.

Daarnaast veranderde de overtuiging dat patiënten weinig gemotiveerd zijn om AD te stoppen niet significant, de deelnemers vonden ook na de interventie dat veel patiënten motivatie missen om AD te stoppen. Nochtans blijkt uit onderzoek dat patiënten die chronisch AD nemen wel degelijk gemotiveerd zijn tot afbouw en vaak wachten op het initiatief van de arts. (18) Ook de afweging tussen risico's van terugval en voordelen van afbouw werd niet significant beïnvloed, hoewel we hier toch een lichte positieve verschuiving zien.

4.2. Zelfvertrouwen, kennis en competenties van artsen rond het informeren, begeleiden en afbouwen van antidepressiva

Op basis van deze resultaten kan worden geconcludeerd dat de interventie een duidelijke significant positieve impact had op het zelfvertrouwen, de kennis en de competenties van huisartsen met betrekking tot het informeren, begeleiden en afbouwen van AD bij langdurig gebruik.

Na de vorming voelden artsen zich zekerder om patiënten te informeren over afhankelijkheid van het landurig AD-gebruik. De vorming had een bijzonder grote impact. Waar initieel één op drie artsen aangaf zich onvoldoende zelfzeker te voelen, waande na de meting bijna 90% van de artsen zich voldoende zelfzeker om de patiënt te informeren over de afhankelijkheid bij langdurig AD-gebruik. Ook waren de deelnemers significant comfortabeler om het afbouwen bespreekbaar te maken, zowel na een afgeronde behandeling als bij langdurig stabiel gebruik. Daarnaast rapporteerden de artsen significant meer vertrouwen in hun begeleidende rol in het traject om AD af te bouwen. Daarnaast verbeterde hun farmacologische kennis ook opvallend sterk, ook dit resultaat was significant. Waar bij de voormeting bijna 18 % aangaf niet wist hoe de afbouw van AD farmacologisch aan te pakken, daalde dit cijfer in de nameting tot nog geen 3% en wist 87,2% na de vorming hoe dit moest gebeuren. Het zelfvertrouwen om een afbouwschema op te stellen op maat van de patiënt verbeterde ook significant in de positieve zin na de vorming bij de deelnemers.

Voor proactieve opvolgplanning en communicatieve motivatievaardigheden werd geen statistisch significante verandering vastgesteld. Dit komt voornamelijk doordat de deelnemende artsen reeds op voorhand aangaven steeds pro-actief opvolgconsulten in te plannen. Dit werd ook tijdens de interventie gepromoot. Daarnaast zagen we ook geen significante wijziging in de opinie van artsen over of ze zich goed getraind voelen in de communicatie om patiënten te motiveren AD af te bouwen.

4.3. Initiatief tot afbouw

De resultaten rond het initiatief tot afbouw van AD tonen dat de interventie geen statistisch significante veranderingen teweegbracht in de opvattingen van huisartsen en HAIO's met betrekking tot het initiatief en de verantwoordelijkheid voor het stoppen van AD. Over alle bevraagde actoren—de patiënt, de huisarts, de apotheker, een andere voorschrijvende huisarts en de psychiater—bleven de percepties vóór en na de interventie grotendeels stabiel.

Hoewel geen significante verschillen werden vastgesteld, wijzen enkele tendensen op een lichte verschuiving in perceptie. De overtuiging dat het initiatief tot afbouw niet primair bij de patiënt ligt, bleef behouden en nam na de interventie in lichte mate toe. De rol van de huisarts als potentiële initiatiefnemer bleef behouden zonder duidelijke versterking. Eveneens veranderde de toeschrijving van verantwoordelijkheid aan andere zorgverleners, zoals apothekers of psychiaters, niet betekenisvol. Er is wel een lichte toename van deelnemers die vinden dat het initiatief ook door de

apotheek kan komen. Dit zou kunnen wijzen op een licht toegenomen bewustwording bij artsen van het belang van een interprofessionele samenwerking bij de afbouw van AD.

4.4. Onttrekkingsverschijnselen versus terugval

De interventie had een positieve invloed op de kennis van de deelnemende artsen over het onderscheid tussen onttrekkingsverschijnselen en klinische terugval. Na de interventie voelden de deelnemers zich significant meer vertrouwd om correct het onderscheid in te schatten tussen onttrekkingsverschijnselen en een mogelijke terugval van depressie. Dit wijst op een duidelijke toename van inhoudelijke kennis en diagnostische competentie. Het vermogen om beide fenomenen te differentiëren is klinisch relevant, aangezien een foutieve interpretatie kan leiden tot onnodige heropstart of verlenging van antidepressieve behandeling.

Daarentegen veranderde de opvatting dat onttrekkingsverschijnselen het stoppen bemoeilijkt niet significant. Dit resultaat is opvallend aangezien na de interventie meer artsen aangeven dat onttrekkingsverschijnselen de afbouw van AD bemoeilijken dan vooraf. Dit valt mogelijks te verklaren doordat de interventie de kennis van het bestaan van onttrekkingsverschijnselen heeft vergroot, waardoor het expliciet benoemen ervan de perceptie van artsen ten aanzien van de moeilijkheid tot afbouw heeft beïnvloed.

4.5. Ondersteunende middelen bij antidepressiva-afbouw

De interventie had een duidelijke invloed op het gebruik van richtlijnen en andere ondersteunende hulpmiddelen bij AD-afbouw door de deelnemende huisartsen en HAIO's. Na de vorming rapporteerden deelnemers significant vaker te beschikken over adequate richtlijnen en hulpmiddelen, evenals een toegenomen gebruik van brochures en patiëntfolders tijdens gesprekken over afbouw. Daarnaast werd een significante toename vastgesteld in het raadplegen van specifieke, *evidence-based* informatiebronnen, met name de richtlijn over depressie bij volwassenen van Domus Medica en de afbouwschema's in de folia van het BCFI. Dit wijst erop dat de interventie artsen mogelijk bewuster heeft gemaakt van betrouwbare en gestandaardiseerde bronnen voor klinische besluitvorming rond AD-afbouw. Vooral de toename in gebruik van de afbouwschema's in de folia van het BCFI is opvallend, vooraf werden deze reeds door de meerderheid van de artsen gebruikt (69,2%). In de nameting steeg dit cijfer tot bijna 95%. Dit valt mogelijks te verklaren doordat deze tijdens de interventie naar voor

werden geschoven. Ook zagen we meer dan een verdubbeling van het gebruik van de richtlijn over depressie bij volwassenen van Domus Medica. Het gebruik van andere informatiebronnen, zoals de NHG-standaard, eigen ervaring of advies van collega's bleef grotendeels ongewijzigd. De NHG-standaard depressie werd vooraf reeds door meer dan de helft van de deelnemers gebruikt. Bij gebruik van eigen ervaring of het advies van een collega valt een daling op. Doch statistisch niet significant, is het wel opvallend dat meer dan 10% van de artsen aangeeft na de vorming zich niet meer te baseren op de eigen ervaring en eerder gebruik te maken van andere bronnen.

4.6. Samenwerking met andere zorgverleners

Na drie maanden rapporteerden artsen significant vaker dat zij aanvoelen in welke gevallen een verwijzing naar een psycholoog aangewezen is bij het stoppen van AD. Dit suggereert dat de interventie erin slaagde om het bewustzijn rond de multidisciplinaire aanpak bij afbouw te versterken. Dit is een relevant resultaat, aangezien psychologische begeleiding een belangrijke rol speelt bij zowel hervalpreventie als het opvangen van onttrekkingsverschijnselen tijdens afbouw.

Daartegenover staat dat de interventie geen significante invloed had op het systematisch betrekken van apothekers bij de afbouw van AD. Hoewel artsen een goede samenwerking met apothekers duidelijk beschouwen als een facilitator van het afbouwproces, vertaalt deze attitude zich niet in een verhoogde betrokkenheid in de praktijk. Dit wijst op een discrepantie tussen perceptie en gedrag, die mogelijk verklaard kan worden door structurele barrières zoals tijdsgebrek en gebrek aan duidelijke afspraken. Daarnaast kan het zijn dat artsen de apotheker vooral zien als een uitvoerende partner, eerder dan als een actieve mede-behandelaar in het afbouwproces.

4.7. Motivatie en attitude tot afbouw

De resultaten van deze studie wijzen erop dat de interventie een positieve invloed had op de motivatie van de deelnemende huisartsen en HAIO's om langdurig AD-gebruik in de praktijk te verminderen. Na de interventie rapporteerden deelnemende artsen zich vaker gemotiveerd te voelen om AD af te bouwen. Na de interventie was meer dan 90 % van de deelnemende artsen gemotiveerd om langdurig gebruik van AD in hun praktijk te verminderen. Dit verschil is statistisch significant. Deze bevinding suggereert dat gerichte educatieve interventies kunnen bijdragen aan het versterken van professionele betrokkenheid bij rationeel AD-gebruik, wat een essentiële voorwaarde vormt voor het initiëren en volhouden van afbouwtrajecten.

Voor andere attitude gerelateerde aspecten werden wel trends in positieve richting waargenomen, maar deze waren statistisch niet significant. Zo gaven artsen na de interventie vaker aan voldoening te halen uit het succesvol afbouwen van AD. Bij deze stelling is er sprake van het 'plafond effect', aangezien vooraf reeds meer dan 75 % van de artsen aangaven voldoening te halen uit het succesvol afbouwen van AD. Dit cijfer steeg door naar bijna 95% bij de nameting, maar door de hoge baseline en de kleine steekproefgrootte is het moeilijker om een statistisch significant resultaat te bekomen.

Ook was er geen statistisch significant resultaat bereikt voor de stellingen over het stopzetten van AD als prioriteit binnen hun praktijk en het meer regelmatig evalueren of voortgezet gebruik van AD nog noodzakelijk is. Het uitblijven van significante effecten op deze domeinen kan erop wijzen dat attitudeveranderingen meer tijd vergen dan motivatiewijzigingen, of dat contextuele factoren een grote rol spelen, zoals onder andere tijdsdruk of vrees voor terugval.

5. Sterktes en beperkingen van het onderzoek

Onze interventie is de eerste studie in België die gericht is op het sensibiliseren rond chronisch gebruik van AD en het aanreiken van praktische handvatten voor de afbouw ervan bij zowel huisartsen als HAIO's. Bovendien heeft onze interventie een positief effect op meerdere determinanten van het voorschrijfgedrag van huisartsen ten aanzien van het stoppen van AD.

Aangezien deze studie werd opgezet als een pilootproject, moet rekening worden gehouden met enkele beperkingen. Een pilootstudie is in de eerste plaats gericht op het verkennen van de haalbaarheid en het optimaliseren van de onderzoeksopzet, eerder dan het aantonen van definitieve effecten. Hierdoor gaat het doorgaans om een kleine en mogelijk niet-representatieve steekproef, wat de generaliseerbaarheid van de resultaten beperkt. De bevindingen moeten daarom vooral als verkennend en hypothesevormend worden beschouwd en vereisen bevestiging in groter vervolgonderzoek.

Deze interventie is uitgevoerd op een kleine schaal in een klein aantal groepen. Er werd gekozen voor uitbreiding naar HAIO-groepen tijdens een seminarie, maar bij deze HAIO-groepen werd geen gebruik gemaakt van het klassieke trainersduo huisarts-psycholoog. Deze interventies werden gegeven door haio's. Gezien de rol van de psycholoog belangrijk is voor de niet-medicamenteuze adviezen, kan dit aspect minder aan bod gekomen zijn bij de interventies gegeven door haio's. Hierdoor is de interventie niet overal identiek. Er werd er wel telkens gebruik gemaakt van dezelfde powerpoint en zowel het duo huisarts-psycholoog als de HAIO's die de interventie gaven, kregen dezelfde trainers training.

De studie steunt op zelfgerapporteerd gedrag, wat gevoelig kan zijn voor sociale wenselijkheid en *recall bias*. Eveneens werd geen directe koppeling gemaakt met objectieve klinische uitkomsten of patiëntgerelateerde uitkomsten. Hierdoor blijft het onduidelijk in welke mate de gerapporteerde veranderingen zich vertalen naar klinische praktijkverbetering. Desondanks kan een toegenomen motivatie worden beschouwd als een essentiële voorwaarde voor gedragsverandering in het voorschrijfgedrag van artsen en vormt dit een belangrijke eerste stap richting duurzame verbetering.

Er kan binnen de deelnemersgroep sprake zijn van selectiebias, aangezien niet alle aanwezigen de vragenlijsten hebben ingevuld. De artsen die effectief de voor- en nameting beantwoordden, zouden meer betrokken of gemotiveerd kunnen zijn dan de non-responders. Dit kan de resultaten in een gunstige richting vertekenen en zo een overschatting geven van het werkelijke effect van de interventie. Bovendien zou er ook een selectiebias kunnen verwacht worden dat de artsen die

deelnamen aan de interventie intrinsiek meer gemotiveerd of meer geïnteresseerd zijn in het thema van AD-afbouw dan de gemiddelde huisarts. Echter aangezien huisartsen in Vlaanderen verplicht zijn jaarlijks een aantal LOK's bij te wonen, vormt dit in ons pilootproject geen selectiebias.

Een bijkomende beperking van dit onderzoek betreft de samenstelling van de studiepopulatie. De deelnemersgroep bestond hoofdzakelijk uit relatief jonge artsen. Meer dan 60 % van alle deelnemers waren artsen tussen de 25 en 35 jaar. Daarnaast had meer dan de helft van de deelnemers minder dan 6 jaar werkervaring. Dit valt deels te verklaren doordat een aanzienlijk aantal vormingen plaatsvond binnen seminariegroepen die exclusief uit HAIO's bestonden. Deze HAIO's zijn gemiddeld jonger en beschikken over minder klinische ervaring dan gevestigde huisartsen. Hierdoor is de steekproef mogelijk niet representatief voor de bredere populatie van praktiserende huisartsen. Dit kan de generaliseerbaarheid van de bevindingen beperken. Er werd geen onderscheid gemaakt in antwoorden van huisartsen en HAIO's, gezien pas laattijdig beslist is om de vormingen ook bij HAIO's te laten plaatsvinden om zo de studiegroep uit te breiden.

5.1. Aanbevelingen voor verder onderzoek

De belangrijkste beperking van deze pilootstudie betreft het lage responspercentage op de vragenlijst na drie maanden. Hoewel tijdens seminaries herhaaldelijk mondeling werd aangedrongen op deelname om uitval te beperken, ontvingen de overige huisartsen slechts één schriftelijke herinnering per e-mail. In toekomstig onderzoek wordt aanbevolen meerdere gestandardiseerde herinneringen te versturen om de responsgraad te verhogen en selectiebias te reduceren.

De resultaten van deze pilootstudie zijn veelbelovend, maar grootschaliger onderzoek is noodzakelijk. Daarnaast is het aangewezen om een langere opvolgperiode dan drie maanden te voorzien om de duurzaamheid van de effecten te evalueren. In dit kader kan overwogen worden om op een later tijdstip een herhaalde meting via de vragenlijst uit te voeren, dan wel een tweede interventie te implementeren. Dergelijke strategieën kunnen bijdragen aan het up-to-date houden van artsen en het blijvend benadrukken van de relevantie van het beoogde voorschrijfgedrag.

5.2. Aanbevelingen voor de praktijk

Binnen het kader van praktijkverbetering zouden huisartsenpraktijken een barometer kunnen implementeren. Dit zou kunnen bijdragen aan het vergroten van het bewustzijn bij artsen omtrent hun

voorschrijfgedrag met betrekking tot AD. Door middel van gerichte feedback zou deze tool een ondersteunende rol kunnen spelen in het bevorderen van *evidence-based* voorschrijven.

Bovendien zou een gestructureerd afbouwprogramma voor AD ontwikkeld kunnen worden. Een dergelijk programma kan worden vormgegeven als een gezamenlijk gedragen traject, waarbij arts, patiënt en apotheker betrokken zijn. Dit afbouwprogramma zou de therapietrouw en betrokkenheid van alle partijen kunnen bevorderen en zo het afbouwproces op een veilige en gecontroleerde manier kunnen faciliteren.

6. Conclusie

Deze pilootstudie toont het effect van een interactieve LOK-vorming op determinanten van het stoppen van AD bij huisartsen. De resultaten tonen aan dat de interventie gepaard ging met een toename in motivatie om AD af te bouwen en met positieve trends in kennis, zelfvertrouwen en attitude ten aanzien van AD-afbouw. Drie maanden na de interventie waren de deelnemers kritischer ten aanzien van chronisch AD-gebruik en voelden ze zich competenter om afbouw te initiëren en te begeleiden. Deze bevindingen suggereren dat gerichte educatieve initiatieven binnen LOK-verband een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan rationeler gebruik en afbouw van AD in de huisartsenpraktijk. Gezien het pilootkarakter en de beperkte steekproefgrootte moeten de resultaten echter voorzichtig geïnterpreteerd worden en vormen zij vooral een basis voor verder, grootschaliger onderzoek.

7. Bronnen

1. Chinenye Onyemaechi MD. What is Depression 2024. Available from: https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression.
2. Tom Declercq HH, Hans van den Ameele, Jan Callens, Jan De Lepeleire, Hanne Cloetens. Depressie bij volwassenen 2017. Available from: https://www.domusmedica.be/richtlijnen/depressie-bij-volwassenen.
3. NHG-werkgroep: Claassen N GB, Heineman H, Kool M, Kurver MJ, Magnee T, Oud M, Ruhe HG, Van der Does AMB, Zelst-Wind LA. Depressie 2024. Available from: https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/depressie.
4. Van Leeuwen E, Maund E, Woods C, Bowers H, Christiaens T, Kendrick T. Health care professional barriers and facilitators to discontinuing antidepressant use: A systematic review and thematic synthesis. J Affect Disord. 2024;356:616–27.
5. Sciensano. Ziektelast: verloren gezonde levensjaren, Health status Report 2025. Available from: https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/ziektelast/verloren-gezonde-levensjaren.
6. Moncrieff J, Cooper RE, Stockmann T, Amendola S, Hengartner MP, Horowitz MA. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. Mol Psychiatry. 2023;28(8):3243–56.
7. Organization) WWH. Depressive disorder (depression) 2025. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression?fbclid=IwY2xjawPqtd9leHRuA2FlbQIxMQBzcnRjBmFwcF9pZAEwAAEe105b1hQmYgB9M_qczzUWFIm6YK2cxgeXv--GKHnGGEQZqJHzQT3o51i6oaA_aem_lshDwvpSjgzGb3XVfI17Ug.
8. Gisle L HL, Duveau C. G. Gezondheidsenquête 2023-2024: Geestelijk gezondheid. Brussel, Belgium; 2025.
9. Agentschap) II. Antidepressiva. Available from: https://atlas.ima-aim.be/mosaic/nl-nl/ima-atlas/geneesmiddelengebruik/antidepressiva#:~:text=Gebruikers%20van%20antidepressiva%20worden%20in,internationale%20meeteenheid%20van%20de%20WHO.
10. RIZIV. Antidepressiva 2025. Available from: https://www.gezondbelgie.be/nl/medische-praktijkvariaties/geneesmiddelen/zenuwstelsel/antidepressiva#kerncijfers.
11. RIZIV. Goed gebruik van de geneesmiddelen - Besparingsmaatregelen geneesmiddelen 2022–2023. 2022.
12. Folia B-. Risico van hyponatriëmie door SSRI's en venlafaxine 2026. Available from: https://www.bcfi.be/nl/risico-van-hyponatriemie-door-ssris-en-venlafaxine/.
13. Coupland C, Dhiman P, Morriss R, Arthur A, Barton G, Hippisley-Cox J. Antidepressant use and risk of adverse outcomes in older people: population based cohort study. Bmj. 2011;343:d4551.
14. Ferguson JM. SSRI Antidepressant Medications: Adverse Effects and Tolerability. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2001;3(1):22–7.
15. Ellen VL, Anthierens S, van Driel ML, Sutter A, Branden EVD, Christiaens T. 'Never change a winning team': GPs' perspectives on discontinuation of long-term antidepressants. Scand J Prim Health Care. 2021;39(4):533–42.
16. Bet PM, Hugtenburg JG, Penninx BW, Hoogendijk WJ. Side effects of antidepressants during long-term use in a naturalistic setting. Eur Neuropsychopharmacol. 2013;23(11):1443–51.

17. Folia B-. Handvaten voor het afbouwen van antidepressiva 2024. Available from: https://www.bcfi.be/nl/handvaten-voor-het-afbouwen-van-antidepressiva-update-2024/.
18. 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.
19. Sørensen A, Jørgensen KJ, Munkholm K. Description of antidepressant withdrawal symptoms in clinical practice guidelines on depression: A systematic review. J Affect Disord. 2022;316:177–86.
20. Maund E, Stuart B, Moore M, Dowrick C, Geraghty AWA, Dawson S, et al. Managing Antidepressant Discontinuation: A Systematic Review. Ann Fam Med. 2019;17(1):52–60.

Bijlage 1: LOK vorming presentatie

Het afbouwen van antidepressiva in de huisartsenpraktijk



Psychofarmacagroep@Ugent
Klinische Farmacologie, Universiteit Gent
Gefinancierd door FOD Volksgezondheid

Uw sprekers van dienst:
Joke Pauwelyn (huisarts) & Hanne Creupelandt (psycholoog)

UNIVERSITEIT GENT

DMG DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE ULB

RIZIV

Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu

Het afbouwen van antidepressiva in de huisartsenpraktijk



Neemt u nog even de tijd om de vragenlijst in te vullen?
U vindt de link in uw mailbox

UNIVERSITEIT GENT

DMG DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE ULB

RIZIV

Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu

Antidepressiva (AD)

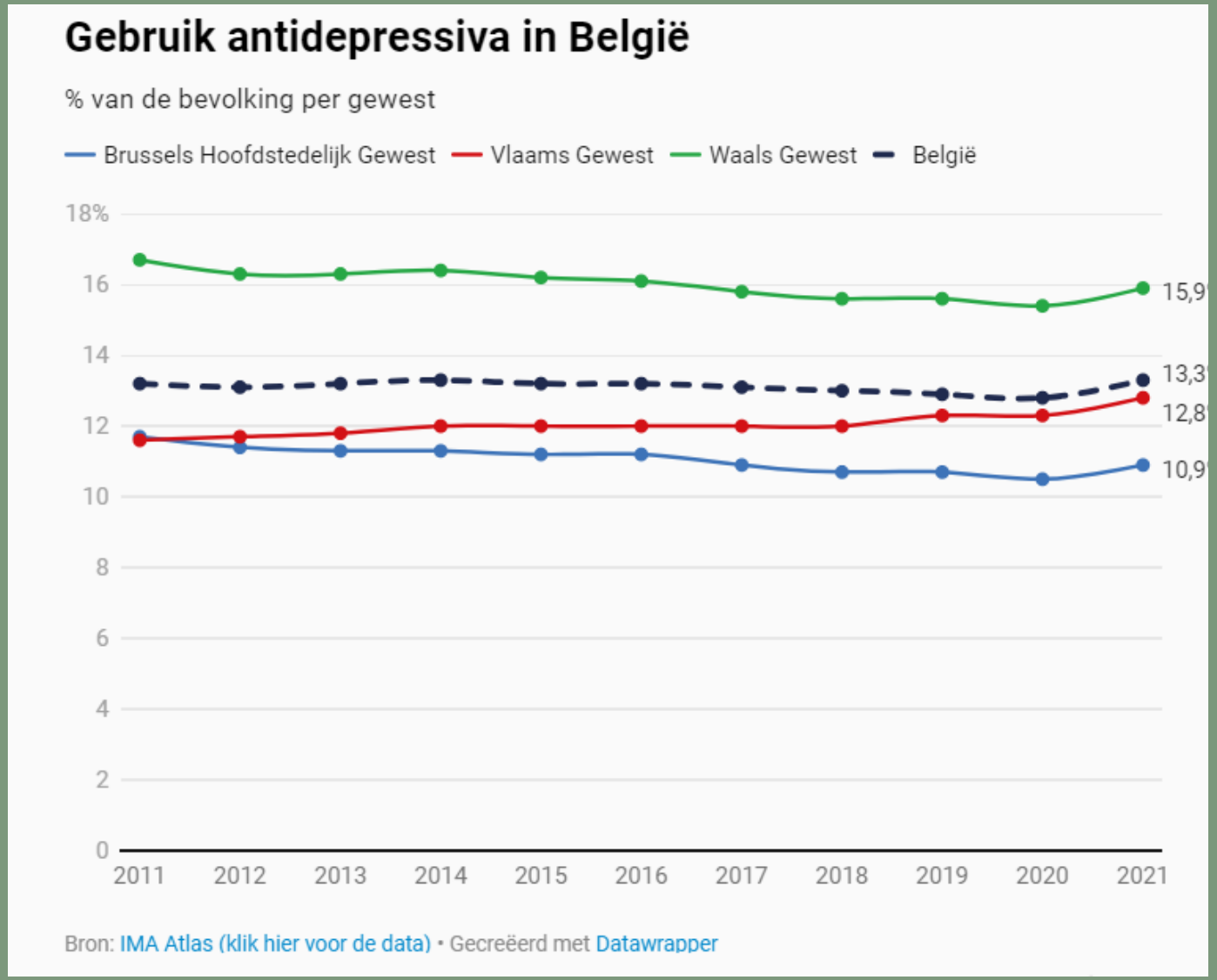


antidepressiva (AD)

Hoeveel % van de Belgen neemt elke dag een AD?



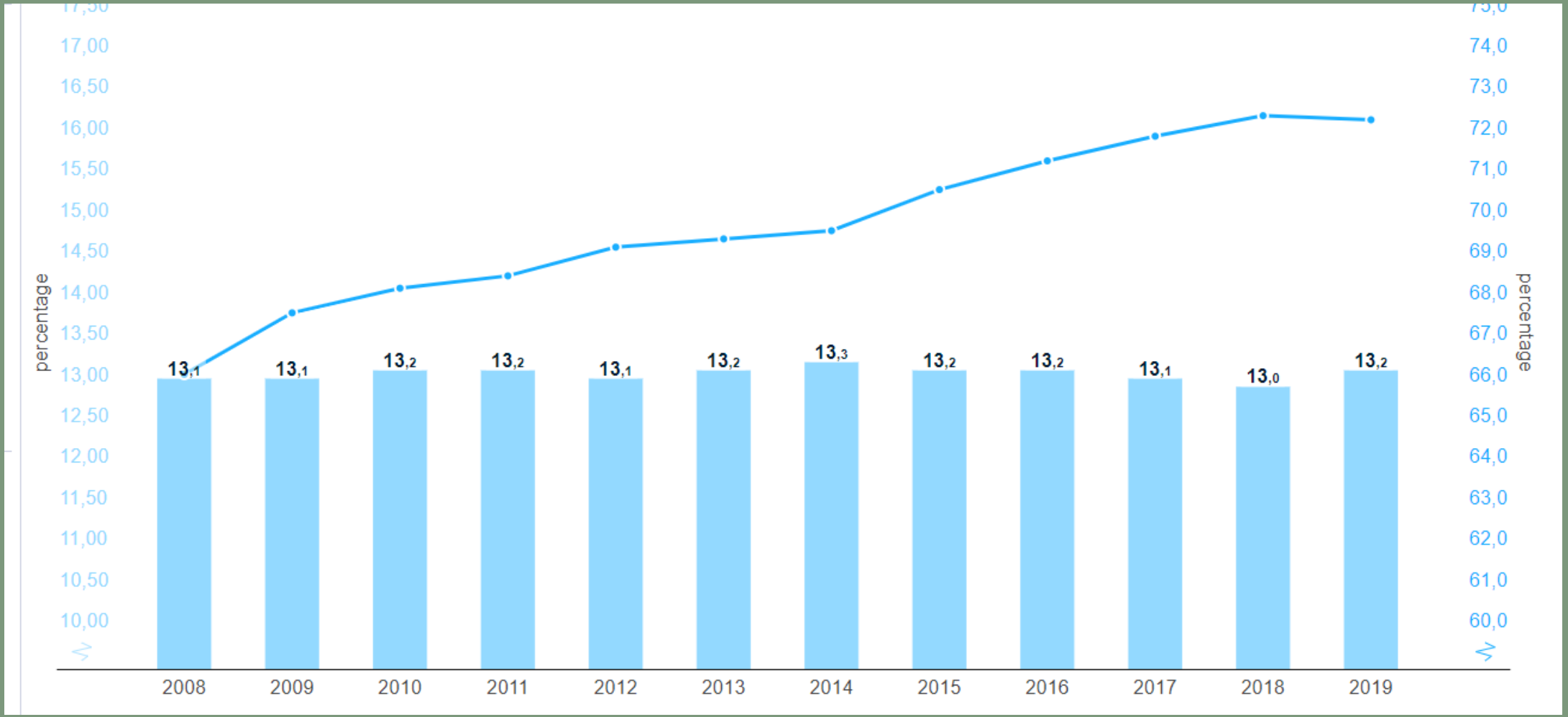
+/- 13% van de Belgen neemt elke dag een AD



78% van de AD worden voorgeschreven door de huisarts.

73% van de AD door huisartsen, 5% door HAIO’s





Vooral het aantal mensen dat AD langer dan 1 jaar gebruikt, stijgt. (4/10 langer dan 3 jaar in 2022!)



Als AD bij depressie nodig zijn:

tot 6 maanden na verbetering bij 1e episode

tot 2 jaar na verbetering bij hoog risico op terugval

Vooral het aantal mensen dat AD langer dan 1 jaar gebruikt, stijgt.
(4/10 langer dan 3 jaar in 2022!)

langdurig gebruik van antidepressiva (AD)

- Herhaalvoorschriften zonder gesprek
- Arts en patiënt wachten op elkaar
- Angst voor terugval

“Never change a winning team”?



Agenda

A

langdurig gebruik van AD bij depressie in de 1e lijn

B

langdurig AD gebruik afbouwen

C

Bondgenoten



Rita had 7 jaar geleden een matige depressie rond de periode van haar pensioen.
Naar aanleiding hiervan werd AD opgestart.

Ondertussen lijkt het goed met haar te gaan. Je kent haar als een actieve bezige bij.

Ze vraagt trouw haar herhaalvoorschriften en heeft nog nooit gesuggereerd dat ze wil stoppen met AD.

Rita

Depressie in de 1e lijn

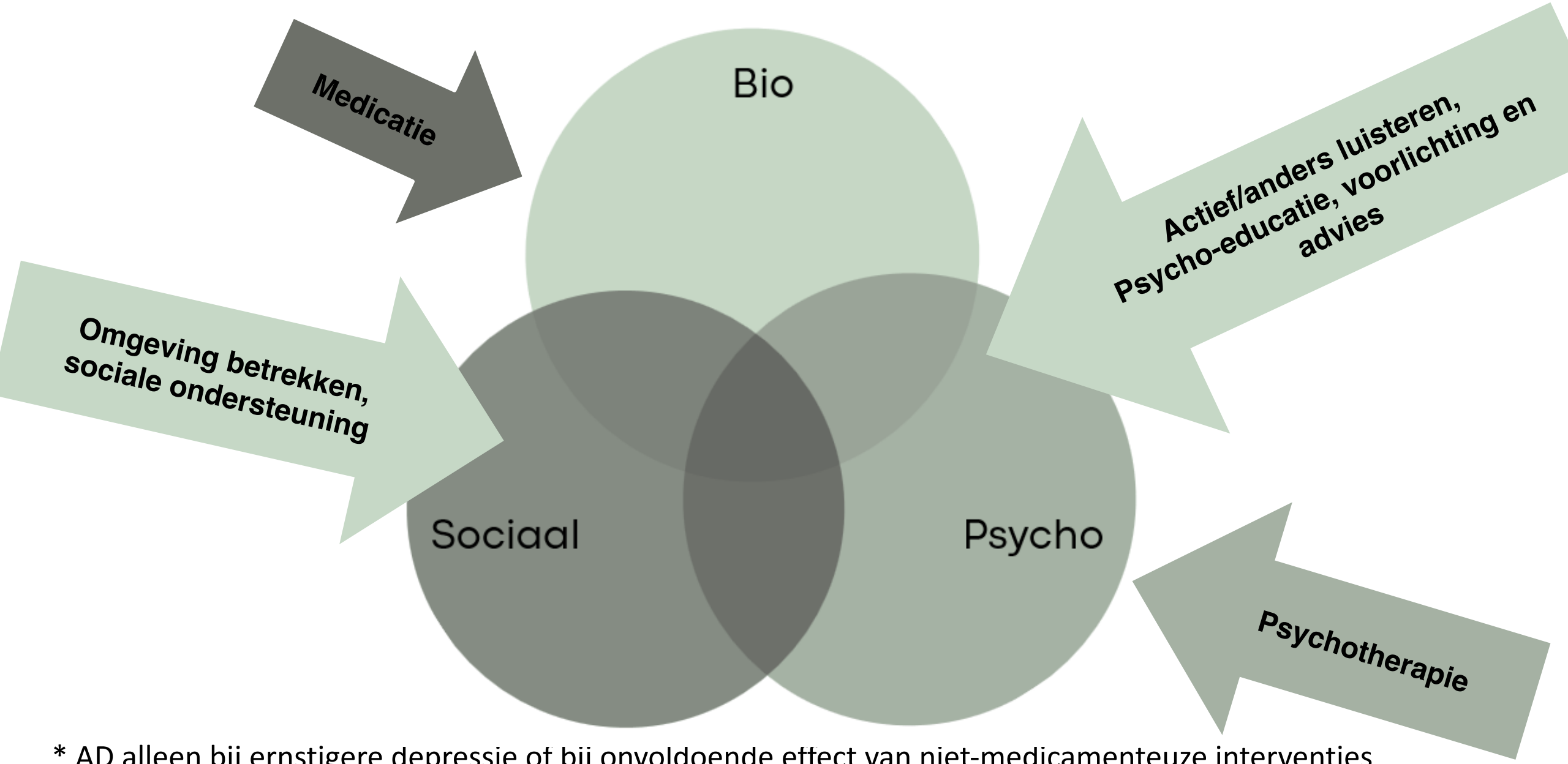
- Bio Psycho Sociaal perspectief op depressie
- Stepped/Matched Care op basis van ernstinschatting

Maakt de behandeling **nooit enkel medicamenteus**

Maakt van AD **niet hèt antwoord**



Stepped / Matched Care: BPS



* AD alleen bij ernstigere depressie of bij onvoldoende effect van niet-medicamenteuze interventies

Depressie in de 1e lijn

- Natuurlijk verloop: 50% herstelt na 6 maanden
- 50-60% maakt slechts 1 depressieve episode door.

- 35% tot 40% zal in de komende 15 jaar één of meer nieuwe depressies doormaken
- 15% van de mensen ontwikkelt een chronische depressie

Alertheid voor terugval is nodig, maar er is

geen indicatie om preventief levenslang te behandelen



✓ AD herstellen het serotonine gehalte in de hersenen?



Systematic Review | Open Access | Published: 20 July 2022

The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence

Joanna Moncrieff, Ruth E. Cooper, Tom Stockmann, Simone Amendola, Michael P. Hengartn A. Horowitz

Molecular Psychiatry (2022) | Cite this article

721k Accesses | **13** Citations | **7999** Altmetric | Metrics

provide no consistent evidence of there being an association between serotonin and depression, and [redacted] that depression is caused by lowered serotonin activity or concentrations. Some evidence was consistent with the possibility that

STOP de serotonine mythe = te simplistische voorstelling

✓ **Beschouw jij AD als een veilig geneesmiddel?**



Bekende bijwerkingen

Gewichtstoename,

seksuele disfunctie,

droge mond,

overvloedig zweten, slaperig overdag,

duizeligheid,

spijsverteringsstoornissen,

slaapproblemen, …

Minder merkbare bijwerkingen

Emotionele afvlakking

Gevoel van “psychische” afhankelijkheid

Zeldzame, maar ernstige bijwerkingen

Risico op bloeding

Orthostatische hypotensie

Hyponatriëmie (vooral bij ouderen)

Toenemend valrisico bij ouderen

Serotoninesyndroom

Ritmestoornissen

Hartziekten

….

Interacties met andere geneesmiddelen, voeding of alcohol



Potentiële voordelen na 6 weken

Risico’s persisteren > 1 jaar

✓ **Acht jij AD nog werkzaam na jaren gebruik?**



Beschermt langdurig AD gebruik tegen terugval?

- Er zijn een aantal studies die een voordeel van AD suggereren (50-70% minder terugval), maar er zijn grote beperkingen:
  - uitgevoerd in de 2e lijn
  - afbouw zeer abrupt ipv traag
  - geen onderscheid tussen terugval / onttrekkingsverschijnselen
  - …
- Er zijn momenteel geen conclusies mogelijk over de beste behandelingsduur
  m.a.w.: We weten niet of langdurig AD gebruik beschermt tegen terugval



De huidige richtlijn om AD pas 6m (of 2j) na remissie af te bouwen is er momenteel o.b.v. consensus (expert opinion)



Rita had 7 jaar geleden een matige depressie rond de periode van haar pensioen.
Naar aanleiding hiervan werd AD opgestart.

Ondertussen lijkt het goed met haar te gaan.

Ze vraagt trouw haar herhaalvoorschriften en heeft nog nooit gesuggereerd dat ze wil stoppen met AD.

Rita

Stoppen start bij het 1e voorschrift!

Investeer in medicatie-educatie bij de opstart van een AD

- Depressie én dus ook de aanpak van depressie is een BPS verhaal
- AD hebben voor- en nadelen
- AD hebben pas gewenste effecten na enkele weken
- Plots stoppen kan gepaard gaan met onttrekkingsverschijnselen
- AD zijn bedoeld om je een periode te ondersteunen en dan af te bouwen
- We zullen jouw welzijn en het AD gebruik geregeld blijven opvolgen
- Jij mag ook altijd zelf het AD gebruik op de agenda zetten
- …

Stoppen start bij het 1e voorschrift



- ✓ Hoe vaak heb je de afgelopen 3 maanden een AD afgebouwd bij een patiënt?

A niet
B 1x
C 2 tot 5x
D 6 tot 10x
E meer dan 10x

- ✓ Hoe vaak heb je de afgelopen 3 maanden een afbouw van AD geadviseerd aan een patiënt?



Rita had 7 jaar geleden een matige depressie rond de periode van haar pensioen.
Naar aanleiding hiervan werd AD opgestart.

Ondertussen lijkt het goed met haar te gaan.

Ze vraagt trouw haar herhaalvoorschriften en heeft nog nooit gesuggereerd dat ze wil stoppen met AD.

Rita

Is afbouw bij Rita aangewezen?



- ✓ Angst voor een terugval?

- ✓ Hoe vaak denk je dat onttrekkingsverschijnselen voorkomen bij (plots) stoppen van antidepressiva?

  20%
  50%
  80%

- Grote angst voor terugval, bij zowel arts als patiënt
  - Er zijn weinig studies over terugval
  - We weten niet of langdurig AD gebruik beschermt tegen terugval

- Verwar onttrekkingsverschijnselen niet met terugval
  - Informeer je patiënt hierover en bouw voldoende traag af

- AD afbouwen is bij een grote groep patiënten (+- 50%) mogelijk
  - Een gemotiveerde en goed geïnformeerde patiënt, leidt tot meer succesvol afbouwen
  - Psychologische ondersteuning bij afbouw leidt tot meer succesvol stoppen

- Bij sommige patiënten (20-30%?) kan terugval inderdaad spelen: medische opvolging is nodig



terugval of onttrekkingsverschijnselen?

Onttrekkingsverschijnselen tonen hoe traag/snel het afbouwen mag gaan,

niet of afbouw mogelijk/aangewezen is

	Terugval	Onttrekkingsverschijnselen
Aard van de symptomen	*psychische klachten*	*fysieke klachten*
Snelheid van optreden bij afbouw AD	*weken / maanden*	*uren / dagen*
Snelheid van verdwijnen bij herstart AD	*weken / maanden*	*uren / dagen*



terugval of onttrekkingsverschijnselen?

Agenda

A

langdurig gebruik van AD bij depressie in de 1e lijn

B

langdurig AD gebruik afbouwen

C

Bondgenoten

Bij welke patiënten zou jij zelf afbouw van AD overwegen?

Wat heb jij als arts nodig om te kunnen inschatten of AD afbouwen aangewezen/mogelijk is?

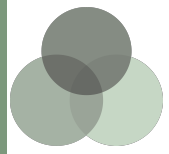


langdurig AD gebruik hanteren in de praktijk

1. Bespreek en breng actief in kaart

1. Welbevinden

- *Hoe gaat het nu met jou?*
- *Hoe komt dat?*
- *Hoe kijk je momenteel naar je depressieve episode (uit het verleden)?*
- *Wat is er sindsdien veranderd?*



Exploreer/introduceer een BPS perspectief (op depressie / welbevinden)

Sta niet toe dat een patiënt alles wat momenteel goed gaat aan AD toeschrijft.



Valideer al wat er sindsdien ten goede veranderd is, bekrachtig de patiënt in alle helpende stappen die gezet zijn.

langdurig AD gebruik hanteren in de praktijk

1. Bespreek en breng actief in kaart

1. Welbevinden

- *Hoe gaat het nu met jou?*
- *Hoe komt dat?*
- *Hoe kijk je momenteel naar je depressieve episode (uit het verleden)?*
- *Wat is er sindsdien veranderd?*

2. Ervaring met AD

- *Welke ervaring heb je met dit AD?*
- *Ben je al eens gestopt of een dosis vergeten?*
- *Wat heeft dit AD toen betekend / betekent het nu nog voor jou?*
- *Deze AD geven vaak ook xyz als bijwerking; kan je die zelf ook herkennen?*



Paracetamol metafoor

Pleister metafoor

“En nu ik hier toch ben, … ook nog een herhaalvoorschrift escitalopram.. mijn doos is bijna leeg…”



langdurig AD gebruik hanteren in de praktijk

1. Bespreek en breng actief in kaart
2. Evalueer de zinvolheid



langdurig AD gebruik hanteren in de praktijk

1. Bespreek en breng actief in kaart
2. Evalueer de zinvolheid
3. Informeer en streef naar gedeelde besluitvorming



Motivationele gespreksvoering!

Informeer en streef naar gedeelde besluitvorming







Het probleem aansnijden: medicatie - educatie

Wie niet zaait, kan niet oogsten

De patiënt laten ‘rijpen’: motivationele gespreksvoering

Zorg voor omstandigheden die doen groeien

De patiënt ondersteunen bij afbouw van AD

Oogst de ‘rijpe’ vruchten

Informeer en streef naar gedeelde besluitvorming



Het probleem aansnijden: medicatie - educatie

Wie niet zaait, kan niet oogsten

Vraag het mandaat om informatie te geven. Spreek geen verbod uit, maar verwoord een bezorgdheid over langdurig AD gebruik.

- Geef informatie gedoseerd en gestructureerd.
- Stimuleer je patiënt om vragen te stellen of te reageren
- Exploreer (*Hoe klinkt dat voor jou? Waar ben je bang voor?).*
- Ga niet in discussie, maar volg het tempo van je patiënt.



Hoe vraag jij het mandaat om medicatie-educatie te geven?



Waaruit bestaat jouw informatie / medicatie-educatie?

Welke boodschap geef jij je patiënt?

langdurig AD gebruik hanteren in de praktijk

1. Bespreek en breng actief in kaart
2. Evalueer de zinvolheid
3. Informeer en streef naar gedeelde besluitvorming

<u>Het probleem aansnijden: informeer en adviseer afbouw</u>

- **Langdurig AD gebruik is niet onschuldig.**

AD hebben heel wat ongewenste effecten (ook bij langdurig gebruik) waar patiënten zich niet altijd bewust van zijn.

langdurig AD gebruik hanteren in de praktijk

1. Bespreek en breng actief in kaart
2. Evalueer de zinvolheid
3. Informeer en streef naar gedeelde besluitvorming

<u>Het probleem aansnijden: informeer en adviseer afbouw</u>

- **Langdurig AD gebruik is niet onschuldig.**
- **Afbouw is mogelijk en vaak succesvol.**

Je stelt het momenteel goed en bent al een tijd hersteld van die depressie.

De aanbevolen behandelingsduur bij depressie is 6 maand na herstel – jij neemt deze medicatie nu al een stuk langer dan dat.

Veel mensen bouwen hun AD af en dit verloopt vaak goed.

paracetamol-metafoor
pleister-metafoor

langdurig AD gebruik hanteren in de praktijk

1. Bespreek en breng actief in kaart
2. Evalueer de zinvolheid
3. Informeer en streef naar gedeelde besluitvorming

<u>Het probleem aansnijden: informeer en adviseer afbouw</u>

- **Langdurig AD gebruik is niet onschuldig.**
- **Afbouw is mogelijk en vaak succesvol.**
- **Je staat er niet alleen voor.**

Indien je akkoord bent om de AD stap voor stap af te bouwen,
dan zal ik je ondersteunen en dan doen we dit samen op jouw tempo.

We zullen samen zoeken wat jij nodig hebt om dit te kunnen.

Bart Schols (50) maakt al tien jaar de rauwe actualiteit verteerbaar in *De afspraak* op Canvas met toefjes duiding, analyse en spitante vragen. Vanaf dit seizoen bemant hij het vlaggenschip weer alleen, zonder de hulp van Phara de Aguirre. Ook op persoonlijk vlak vindt hij, ondanks het verlies van zijn adoptievader, weer vaste grond onder de voeten. 'Het is een bevrijding dat ik niet meer door iedereen graag gezien hoef te worden.'



RAF LIEKENS 26 augustus 2024, 10:00

DeMorgen.

Beschouw je je depressie van 2019 als een afgesloten hoofdstuk?

"Ik voel die donkerte totaal niet meer, maar ik blijf op mijn hoede en neem nog altijd een onderhoudsdosis medicatie. Kort na mijn depressie ben ik er eens mee gestopt, maar dat was te snel."

Stompen die antidepressiva je emoties niet af?

"In het begin wel, nu heb ik er geen last meer van. De hoogste pieken en diepste dalen afvlakken kan geen kwaad. Het gaat goed met mij, dus waarom zou ik die medicatie niet blijven nemen? Ik ga ook nog om de twee maanden naar mijn therapeut, om energie te tanken."

“Ik ben daar goed mee hoor dokter… dat kan toch eigenlijk geen kwaad”

“Ik heb daar geen bijwerkingen van hoor!” … “Ik neem dat nu al zo lang…”

“Ik heb gelezen dat ik dat heel mijn leven mag nemen…”



Hoe reageer jij op dit soort ‘dooddoeners’?

Informeer en streef naar gedeelde besluitvorming





Het probleem aansnijden: medicatie - educatie

Wie niet zaait kan niet oogsten

De patiënt laten ‘rijpen’: motivationele gespreksvoering

Zorg voor omstandigheden die doen groeien

“Ik wil me echt nooit meer zo voelen zoals toen, dokter…”

Wat met angst voor terugval?

empathiseer en exploreer

informeer

pleister metafoor



Informeer en streef naar gedeelde besluitvorming







Het probleem aansnijden: medicatie - educatie

Wie niet zaait kan niet oogsten

De patiënt laten ‘rijpen’: motivationele gespreksvoering

Zorg voor omstandigheden die doen groeien

De patiënt ondersteunen bij afbouw van AD

Oogst de ‘rijpe’ vruchten

langdurig AD gebruik hanteren in de praktijk



1. Bespreek en breng actief in kaart



2. Evalueer de zinvolheid



3. Informeer en streef naar gedeelde besluitvorming

4. Concreet AD afbouwen

- Bekrachtig de patiënt
- Geef aan dat je de patiënt zal begeleiden en opvolgen:

  we doen dit samen!

langdurig AD gebruik hanteren in de praktijk

1. Bespreek en breng actief in kaart
2. Evalueer de zinvolheid
3. Informeer en streef naar gedeelde besluitvorming

4. Concreet AD afbouwen

- Bekrachtig de patiënt
- Geef aan dat je de patiënt zal begeleiden en opvolgen:

  we doen dit samen!

Informeer over een trage, stapsgewijze afbouw
met het oog op onttrekkingsverschijnselen.

“We gaan die pleister - die er nu al lang opzit - er beetje bij beetje afhalen.”

“Je neemt deze medicatie nu al zo lang, dat je lichaam kan reageren op een verandering: we weten dat AD afbouwen onttrekkingsverschijnselen kan geven.”



“Het kan onaangenaam voelen om een pleister van je huid af te halen, ook als de wonde genezen is.”

	Terugval	Onttrekkingsverschijnselen
Aard van de symptomen	*psychische klachten*	*fysieke klachten*
Snelheid van optreden bij afbouw AD	*weken / maanden*	*uren / dagen*
Snelheid van verdwijnen bij herstart AD	*weken / maanden*	*uren / dagen*



Onttrekkingsverschijnselen tonen hoe traag/snel het afbouwen mag gaan, niet of afbouw mogelijk/aangewezen is

langdurig AD gebruik hanteren in de praktijk



1. Bespreek en breng actief in kaart



2. Evalueer de zinvolheid



3. Informeer en streef naar gedeelde besluitvorming

4. Concreet AD afbouwen

- Bekrachtig de patiënt
- Geef aan dat je de patiënt zal begeleiden en opvolgen:

  we doen dit samen!

- Informeer over een trage, stapsgewijze afbouw

  met het oog op onttrekkingsverschijnselen.
- Exploreer en anticipeer: hulpbronnen, valkuilen, coping?

“Het je een idee wat je zou kunnen helpen om dit vol te houden?
“Wat zijn de dingen die jou op andere moeilijke momenten helpen?”
“Heb je zelf een idee op welke momenten het moeilijk zal zijn om dit vol te houden?”
“Wie zou je kunnen steunen hierbij?”

langdurig AD

besluitvorming

Sertraline

1. Schema 1: afbouw naar de gebruikelijke dosering

Startdosering (mg/d)	Stap 1	Stap 2	Stap 3
> 50	↓ naar 50 mg over ≥ 4 weken	50 mg ged. ≥ 2 weken	Ga naar "Schema 3"

2. Schema 2: afbouwschema in afwezigheid van consistente risicofactoren

Startdosering (mg/d)	Stap 1	Stap 2
50	25 mg ged. 4 weken	Stop

3. Schema 3: afbouwschema in aanwezigheid van 1 of meer consistente risicofactoren

Startdosering (mg/d)	Stap 1	Stap 2	Stap 3	Stap 4	Stap 5	Stap 6	Stap 7	Stap 8
50	25 mg ged. 1 week	15 mg ged. 1 week	10 mg ged. 1 week	7,5 mg ged. 1 week	5 mg ged. 1 week	2,5 mg ged. 1 week	1,25 mg ged. 1 week	Stop

4. Commercieel beschikbare sterktes voor orale toediening en over magistrale bereiding

- Commercieel beschikbare sterktes voor orale toediening zijn 50 mg- en 100 mg-tabletten sertraline. Alle 50 mg- en sommige 100 mg-tabletten zijn deelbaar.
- Sertraline in een sterkte van 1,25 mg, 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg, 10 mg en 15 mg is niet commercieel beschikbaar en moet magistraal bereid worden.

Concreet AD afbouwen

samen een plan (dat lang mag duren)

- Bouw traag af (min 4 weken)
- Hou een dosis voldoende lang aan
- Bij hoge dosis, (vroeger) onttrekkingsverschijnselen, risicofactoren: trager / kleinere doseringsstappen!

- Afbouwschema's BCFI Folia



langdurig AD gebruik hanteren in de praktijk

1. Bespreek en breng actief in kaart
2. Evalueer de zinvolheid
3. Informeer en streef naar gedeelde besluitvorming

4. Concreet AD afbouwen

- Maak <u>samen</u> een plan (dat lang mag duren)
    - Bouw traag af (min 4 weken)
    - Hou een dosis voldoende lang aan
    - Bij hoge dosis, (vroeger) onttrekkingsverschijnselen, risicofactoren trager / kleinere doseringsstappen!
    - Afbouwschema's BCFI Folia



- Volg actief op

"Wanneer kom je me vertellen hoe het gaat?"

"Hoe spreken we af als het moeilijk zou gaan?"

Betrek jij soms andere hulpverleners?



Agenda

A

langdurig gebruik van AD bij depressie in de 1e lijn

B

langdurig AD gebruik afbouwen

C

Bondgenoten

langdurig AD gebruik hanteren in de praktijk

1. Bespreek en breng actief in kaart
2. Evalueer de zinvolheid
3. Informeer en streef naar gedeelde besluitvorming

Betrek bondgenoten!

- Maak <u>samen</u> een plan



wie zal wat opvolgen, welke symptomen opvolgen, hoe vaak, tussentijds contact bij problemen. …

Informeer jij de apotheek, als je afbouw start?



langdurig AD gebruik hanteren in de praktijk

1. Bespreek en breng actief in kaart
2. Evalueer de zinvolheid
3. Informeer en streef naar gedeelde besluitvorming

Betrek bondgenoten!

De apotheek: een belangrijke bondgenoot!

magistrale bereiding voor lagere dosis

ondersteuning en motivering tijdens en na afbouw

toegankelijk vangnet als het minder goed gaat

Gebruik een brief om te informeren over het stoppen (cfr project benzo: magistraal taperen)

Ook bij ‘langdurig gebruik’ gebruik een bondgenoot:

Medicatie-educatie,

Opvolging bijwerkingen,

Aanspreekpunt voor vragen over stoppen

Review ikv medicatienazicht

langdurig AD gebruik hanteren in de praktijk

1. Bespreek en breng actief in kaart
2. Evalueer de zinvolheid
3. Informeer en streef naar gedeelde besluitvorming

Betrek bondgenoten!



De apotheek

De psycholoog

Een BPS perspectief
ondersteuning, motivatie
copingvaardigheden

ondersteuning door een psycholoog bij het afbouwproces zorgt voor betere slaagpercentages!

vb ELP (conventie GGZ)

langdurig AD gebruik hanteren in de praktijk

1. Bespreek en breng actief in kaart
2. Evalueer de zinvolheid
3. Informeer en streef naar gedeelde besluitvorming

Betrek bondgenoten!

De apotheek

De psycholoog

Een steunfiguur? De partner?

Belangrijke anderen kunnen afbouw ondersteunen maar ook al je inspanningen teniet doen.

Hoe kijkt jouw partner daarnaar?
Steunt je partner je in met het afbouwen?

Is er iemand in jouw omgeving, die je kan steunen?

Zou je het goed vinden om eens samen met je partner langst te komen om het hierover te hebben?

Zijn er succesverhalen in de zaal?



- Een Bio Psycho Sociaal perspectief op depressie introduceren en bewaken.

- Jarenlang gebruik van AD heeft negatieve gevolgen en is niet bewezen effectief.

- Werk met de patiënt:



1. Bespreek en breng actief in kaart



2. Evalueer de zinvolheid



3. Informeer en streef naar gedeelde besluitvorming

- Bouw traag af, op maat van de patiënt.
- Betrek bondgenoten (omgeving, apotheek, psycholoog, …).

Kernboodschappen

- ✓ Patiëntenbrochure antidepressiva / depressie

  www.gebruikvanpsychofarmaca-gids.be

- ✓ www.thuisarts.nl/depressie/ik-kies-behandeling-voor-mijn-depressie

  www.thuisarts.nl/depressie/ik-wil-stoppen-met-mijn-medicijnen-tegen-depressie

- ✓ Afbouwschema's BCFI

Tools

Wat neem je mee naar jouw praktijk?

- De niet medicamenteuze aanpak van depressie
- De niet medicamenteuze aanpak van insomnia
- Het afbouwen van BZD
- Het afbouwen van AD

Zin in meer? LOK aanbod

Psychofarmaca@Ugent

Klinische Farmacologie, Universiteit Gent

Gefinancierd door FOD Volksgezondheid

Santé publique
Sécurité de la Chaîne alimentaire
Environnement

Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu

- Depressie deel 1 : diagnostiek
- Depressie deel 2 : behandeling
- Benzoconsult deel 1: exploratie en anamnese
- Benzoconsult deel 2: niet-medicamenteuze interventies

https://www.health.belgium.be/nl/e-services/e-learning

BCFi
CBiP

- E-learning: afbouw AD

  https://www.bcfi.be/nl/nieuwe-e-learning-afbouwen-van-antidepressiva/
- E-learning : afbouw BZD

  https://www.bcfi.be/nl/nieuwe-e-learning-afbouwen-van-benzodiazepines/

Zin in meer? E-learning

Het afbouwen van antidepressiva



Neemt u nog even de tijd om de vragenlijst in te vullen?

Dank!

UNIVERSITEIT GENT

DMG DÉPARTEMENT DE MÉDECINE GÉNÉRALE ULB

RIZIV

Volksgezondheid
Veiligheid van de Voedselketen
Leefmilieu

Bijlage 2: Voormeting, Nameting en Tevredenheidsmeting

Voormeting

Ter verduidelijking: bij vermelding van 'langdurig gebruik van antidepressiva' wordt in deze vragenlijst steeds het gebruik omwille van de indicatie depressie bedoeld, langer dan aanbevolen in richtlijnen.

Hieronder volgen 32 stellingen. Kies telkens één antwoord dat weergeeft in welke mate u akkoord gaat

		Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
1)	Ik vind dat langdurig gebruik van antidepressiva gerechtvaardigd is zolang de patiënt goed functioneert, geen bijwerkingen ervaart en stabiel blijft.	○	○	○	○	○
2)	Ook bij langdurig gebruik blijven antidepressiva effectief.	○	○	○	○	○
3)	Ook bij gebruik van antidepressiva langer dan een jaar blijven de bijwerkingen ervan aanwezig	○	○	○	○	○
4)	Ik vind het belangrijk om de patiënt te informeren over de risico's van langdurig gebruik van antidepressiva	○	○	○	○	○
5)	Ik voel mij voldoende zelfzeker om de patiënt te informeren over afhankelijkheid bij langdurig gebruik van antidepressiva	○	○	○	○	○
6)	Ik vind dat het initiatief om het antidepressivum te stoppen van de patiënt moet komen.	○	○	○	○	○
7)	Ik vind dat het initiatief om het antidepressivum te stoppen van de huisarts moet komen.	○	○	○	○	○
8)	Ik vind dat het initiatief om het antidepressivum te stoppen van de apotheker moet komen.	○	○	○	○	○
9)						

	Als het antidepressivum is opgestart door een andere huisarts, is het de verantwoordelijkheid van deze huisarts om het antidepressivum te stoppen.	○	○	○	○	○
10)	Als het antidepressivum is opgestart door een psychiater, is het de verantwoordelijkheid van deze psychiater om het antidepressivum te stoppen.	○	○	○	○	○
11)	Ik voel me comfortabel om het afbouwen van het antidepressivum aan te brengen bij iemand die net de aanbevolen behandelduur heeft afgerond.	○	○	○	○	○
12)	Ik voel me comfortabel om het afbouwen van het antidepressivum aan te brengen bij iemand die al jarenlang een antidepressivum gebruikt en stabiel is.	○	○	○	○	○

		Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
13)	Als arts voel ik mij vertrouwd om de patiënt te begeleiden in het traject om antidepressiva af te bouwen.	○	○	○	○	○
14)	Ik weet hoe ik het afbouwen van antidepressiva farmacologisch moet aanpakken	○	○	○	○	○
15)	Ik voel me zeker in het opstellen van een afbouwschema op maat van de patiënt.	○	○	○	○	○
16)	Onttrekkingsverschijnselen maken het moeilijk om antidepressiva te stoppen.	○	○	○	○	○
17)	Bij de afbouw van antidepressiva kan ik als arts het verschil maken tussen onttrekkingsverschijnselen en een mogelijk herval van een depressie.	○	○	○	○	○

18)

Bij de afbouw bij chronisch gebruik van antidepressiva, plan ik pro-actief opvolgconsulten in.	○	○	○	○	○
19) Ik ben goed getraind in communicatie om patiënten te motiveren om antidepressiva af te bouwen.	○	○	○	○	○
20) Ik beschik over goede richtlijnen en hulpmiddelen zoals afbouwschema's om antidepressiva af te bouwen.	○	○	○	○	○
21) Ik maak gebruik van brochures/patiëntfolders in een gesprek over het afbouwen van antidepressiva	○	○	○	○	○
22) Bij de afbouw van antidepressiva betrek ik de apotheker en laat ik dit systematisch weten aan de apotheker.	○	○	○	○	○
23) Een goede samenwerking met de apotheker maakt het afbouwproces makkelijker.	○	○	○	○	○
24) Ik weet in welke gevallen ik dien te verwijzen naar een psycholoog bij het stoppen van antidepressiva.	○	○	○	○	○

	Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
25) Ik vind dat langdurig gebruik van antidepressiva een probleem is.	○	○	○	○	○
26) Ik voel mij gemotiveerd om het langdurig gebruik van antidepressiva in mijn praktijk te verminderen	○	○	○	○	○
27) Ik haal voldoening uit het succesvol afbouwen van antidepressiva bij patiënten.	○	○	○	○	○
28) Ik ben ervan overtuigd dat antidepressiva-afbouw de gezondheid van mijn patiënten ten goede komt.	○	○	○	○	○
29) Het stoppen van antidepressiva is een prioriteit binnen mijn praktijk.	○	○	○	○	○
30)					

De meeste patiënten zijn weinig gemotiveerd om te stoppen met antidepressiva.	◯	◯	◯	◯	◯
31) Het risico op terugkeer van depressieve klachten tijdens en na het afbouwen weegt voor mij zwaarder door dan de voordelen van het afbouwen van antidepressiva.	◯	◯	◯	◯	◯
32) Ik evalueer regelmatig of het antidepressivum nog noodzakelijk is.	◯	◯	◯	◯	◯

33) Als ik informatie zoek over afbouwen gebruik ik... (1of meerdere)

- ☐ De Richtlijn Depressie bij volwassenen van Domus Medica
- ☐ De NHG-Standaard Depressie
- ☐ Afbouwschema's BCFI Folia
- ☐ Eigen ervaring
- ☐ Advies van een collega
- ☐ Schema's geneesmiddelenfirma's
- ☐ Nog iets anders

Hieronder volgen nog enkele vragen ter verzameling van demografische gegevens.

34) Wat is uw gelacht

- ◯ man
- ◯ vrouw
- ◯ zeg ik liever niet

35) Wat is uw leeftijd?

- ◯ 26 - 35 jaar
- ◯ 36 - 45 jaar
- ◯ 46 - 55 jaar
- ◯ 56 - 65 jaar
- ◯ > 65 jaar

36) In welke provincie bent u werkzaam?

- ◯ Antwerpen
- ◯ Oost-Vlaanderen
- ◯ Limburg
- ◯ Vlaams-Brabant
- ◯ West-Vlaanderen

37) Hoeveel jaren werkervaring heeft u als huisarts?

- ◯ 30 jaar

38) In welk soort praktijk bent u werkzaam?

- ◯ Solo-praktijk
- ◯ Groepspraktijk
- ◯ Wijkgezondheidscentrum/forfaitair
- ◯ Associatie

39) Op welke datum gaat de LOK over de afbouw van antidepressiva door? _____

40) Op welke locatie gaat de LOK over de afbouw van antidepressiva door? _____

Nameting

Ter verduidelijking: bij vermelding van 'langdurig gebruik van antidepressiva' wordt in deze vragenlijst steeds het gebruik omwille van de indicatie depressie bedoeld, langer dan aanbevolen in richtlijnen.

Hieronder volgen 32 stellingen. Kies telkens één antwoord dat weergeeft in welke mate u akkoord gaat.

		Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
1)	Ik vind dat langdurig gebruik van antidepressiva gerechtvaardigd is zolang de patiënt goed functioneert, geen bijwerkingen ervaart en stabiel blijft.	○	○	○	○	○
2)	Ook bij langdurig gebruik blijven antidepressiva effectief.	○	○	○	○	○
3)	Ook bij gebruik van antidepressiva langer dan een jaar blijven de bijwerkingen ervan aanwezig	○	○	○	○	○
4)	Ik vind het belangrijk om de patiënt te informeren over de risico's van langdurig gebruik van antidepressiva	○	○	○	○	○
5)	Ik voel mij voldoende zelfzeker om de patiënt te informeren over afhankelijkheid bij langdurig gebruik van antidepressiva	○	○	○	○	○
6)	Ik vind dat het initiatief om het antidepressivum te stoppen van de patiënt moet komen.	○	○	○	○	○
7)	Ik vind dat het initiatief om het antidepressivum te stoppen van de huisarts moet komen.	○	○	○	○	○
8)	Ik vind dat het initiatief om het antidepressivum te stoppen van de apotheker moet komen.	○	○	○	○	○
9)						

	Als het antidepressivum is opgestart door een andere huisarts, is het de verantwoordelijkheid van deze huisarts om het antidepressivum te stoppen.	○	○	○	○	○
10)	Als het antidepressivum is opgestart door een psychiater, is het de verantwoordelijkheid van deze psychiater om het antidepressivum te stoppen.	○	○	○	○	○
11)	Ik voel me comfortabel om het afbouwen van het antidepressivum aan te brengen bij iemand die net de aanbevolen behandelduur heeft afgerond.	○	○	○	○	○
12)	Ik voel me comfortabel om het afbouwen van het antidepressivum aan te brengen bij iemand die al jarenlang een antidepressivum gebruikt en stabiel is.	○	○	○	○	○

		Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
13)	Als arts voel ik mij vertrouwd om de patiënt te begeleiden in het traject om antidepressiva af te bouwen.	○	○	○	○	○
14)	Ik weet hoe ik het afbouwen van antidepressiva farmacologisch moet aanpakken	○	○	○	○	○
15)	Ik voel me zeker in het opstellen van een afbouwschema op maat van de patiënt.	○	○	○	○	○
16)	Onttrekkingsverschijnselen maken het moeilijk om antidepressiva te stoppen.	○	○	○	○	○
17)	Bij de afbouw van antidepressiva kan ik als arts het verschil maken tussen onttrekkingsverschijnselen en een mogelijk herval van een depressie.	○	○	○	○	○

18)

	Bij de afbouw bij chronisch gebruik van antidepressiva, plan ik pro-actief opvolgconsulten in.	○	○	○	○	○
19)	Ik ben goed getraind in communicatie om patiënten te motiveren om antidepressiva af te bouwen.	○	○	○	○	○
20)	Ik beschik over goede richtlijnen en hulpmiddelen zoals afbouwschema's om antidepressiva af te bouwen.	○	○	○	○	○
21)	Ik maak gebruik van brochures/patiëntfolders in een gesprek over het afbouwen van antidepressiva	○	○	○	○	○
22)	Bij de afbouw van antidepressiva betrek ik de apotheker en laat ik dit systematisch weten aan de apotheker.	○	○	○	○	○
23)	Een goede samenwerking met de apotheker maakt het afbouwproces makkelijker.	○	○	○	○	○
24)	Ik weet in welke gevallen ik dien te verwijzen naar een psycholoog bij het stoppen van antidepressiva.	○	○	○	○	○

		Helemaal niet akkoord	Niet akkoord	Neutraal	Akkoord	Helemaal akkoord
25)	Ik vind dat langdurig gebruik van antidepressiva een probleem is.	○	○	○	○	○
26)	Ik voel mij gemotiveerd om het langdurig gebruik van antidepressiva in mijn praktijk te verminderen	○	○	○	○	○
27)	Ik haal voldoening uit het succesvol afbouwen van antidepressiva bij patiënten.	○	○	○	○	○
28)	Ik ben ervan overtuigd dat antidepressiva-afbouw de gezondheid van mijn patiënten ten goede komt.	○	○	○	○	○
29)	Het stoppen van antidepressiva is een prioriteit binnen mijn praktijk.	○	○	○	○	○
30)						

De meeste patiënten zijn weinig gemotiveerd om te stoppen met antidepressiva.	◯	◯	◯	◯	◯
31) Het risico op terugkeer van depressieve klachten tijdens en na het afbouwen weegt voor mij zwaarder door dan de voordelen van het afbouwen van antidepressiva.	◯	◯	◯	◯	◯
32) Ik evalueer regelmatig of het antidepressivum nog noodzakelijk is.	◯	◯	◯	◯	◯

33) Als ik informatie zoek over afbouwen gebruik ik... (1of meerdere)

- ☐ De Richtlijn Depressie bij volwassenen van Domus Medica
- ☐ De NHG-Standaard Depressie
- ☐ Afbouwschema's BCFI Folia
- ☐ Eigen ervaring
- ☐ Advies van een collega
- ☐ Schema's geneesmiddelenfirma's
- ☐ Nog iets anders

Hieronder volgen nog enkele vragen ter verzameling van demografische gegevens.

34) Wat is uw gelacht

- ◯ man
- ◯ vrouw
- ◯ zeg ik liever niet

35) Wat is uw leeftijd?

- ◯ 26 - 35 jaar
- ◯ 36 - 45 jaar
- ◯ 46 - 55 jaar
- ◯ 56 - 65 jaar
- ◯ > 65 jaar

36) In welke provincie bent u werkzaam?

- ◯ Antwerpen
- ◯ Oost-Vlaanderen
- ◯ Limburg
- ◯ Vlaams-Brabant
- ◯ West-Vlaanderen

37) Hoeveel jaren werkervaring heeft u als huisarts?

- ◯ 30 jaar

38) In welk soort praktijk bent u werkzaam?

- ◯ Solo-praktijk
- ◯ Groepspraktijk
- ◯ Wijkgezondheidscentrum/forfaitair
- ◯ Associatie

39) Op welke locatie ging de LOK over de afbouw van antidepressiva door? _____

Indien u op de hoogte wenst gehouden te worden over de onderzoeksresultaten, gelieve te mailen naar lok.depressie@gmail.com.

Tevredenheidsmeting

Please complete the survey below.

Thank you!

1) Datum LOK

_____

2) Locatie LOK

_____

3) Heeft u iets geleerd tijdens deze bijeenkomst?

◯ Helemaal niet
◯ Eerder niet
◯ Neutraal
◯ Eerder wel
◯ Zeker wel

4) Kan u iets met de aangebrachte inhoud in uw praktijk?

◯ Helemaal niet
◯ Eerder niet
◯ Neutraal
◯ Eerder wel
◯ Zeker wel

5) Voelt u zich na deze voordracht meer ondersteund / beter onderlegd om depressieve klachten te benaderen conform de richtlijnen?

◯ Helemaal niet
◯ Eerder niet
◯ Neutraal
◯ Eerder wel
◯ Zeker wel

6) Wat vond u van het inzetten van een duo huisarts-psycholoog voor het begeleiden van deze bijeenkomst?

◯ Geeft geen meerwaarde
◯ Neutraal / Geen mening
◯ Geeft wel een meerwaarde

7) Wat vond u van de mate van interactie en participatie tijdens deze bijeenkomst?

◯ Te weinig
◯ Goed
◯ Te veel

8) Welke van uw vragen of verwachtingen rond de aanpak van depressie werden niet ingelost?

_____

9) Had u voor deze training de aanbeveling depressie (Domus Medica, 2017) reeds doorgenomen?

◯ Nee
◯ Een stukje/schuin
◯ Ja

10) Heeft u al eerder een vorming gevolgd over het thema depressie?

◯ Nee
◯ Ja

11) Geef uw tevredenheid over deze lok weer in een score van 1 (zeer slecht) t.e.m. 5 (zeer goed).

◯ 1
◯ 2
◯ 3
◯ 4
◯ 5

12) Wat moet er veranderen aan deze vorming om een 5/5 te krijgen?

_____

Hartelijk dank voor uw medewerking aan dit project!!

Bijlage 3: Informed Consent

Geïnformeerde toestemming

Beste huisarts,

Binnenkort neemt u deel aan een gratis LOK-training over het afbouwen van antidepressiva. In ruil voor deze gratis vorming vragen wij u om deze vragenlijst in te vullen vóór de LOK-training start. Dit duurt ongeveer 7 minuten.

Dit kadert binnen een HAIO-masterproef onder leiding van Dr. Ellen Van Leeuwen (Ugent), waarbij er gepeild wordt naar de effectiviteit van deze vorming.

De dataverwerking gebeurt op anonieme wijze en GDPR-proof via de tool REDCap van de Universiteit Gent.

Bij vragen kan u ons altijd contacteren via volgend e-mailadres: lok.depressie@gmail.com.

Alvast dank voor uw medewerking!

Dr. Ellen Van Leeuwen, dr. Elisabeth Schelfhout

Huisartsen-in-opleiding Frederik Nies, Charles Van De Walle, Helena Van de Poele

---

Hieronder vindt u het document 'geïnformeerde toestemming' voor dit onderzoek, dat is goedgekeurd door de ethische commissie van de Universiteit Gent. Door hieronder aan te vinken dat u akkoord gaat, krijgt u toegang tot de vragenlijst.

---

1) Informatiebrief

Informatiebrief voor de deelnemers

Titel van de studie: De impact van een LOK training over 'de aanpak het stoppen van antidepressiva'

Beste,

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

1. BESCHRIJVING EN DOEL VAN DE STUDIE

De dienst Klinische Farmacologie en de dienst Farmaceutische Zorg van de Universiteit Gent voert een onderzoek bij huisartsen uit over de impact van een lok-training over de aanpak van depressie .
Via een online-bevraging vlak vooraf de LOK-vorming en 3-6 maanden na de LOK-vorming "aanpak van afbouw van antidepressiva in de huisartsenpraktijk" willen we nagaan of er een verandering is op vlak van kennis, attitude, skills, en self-efficacy bij de huisartsen die deze training volgden. Daarnaast volgt ook een tevredenheidstraining onmiddellijk na de LOK.
U kan aan deze studie deelnemen indien u huisarts bent en indien u de LOK "aanpak van afbouw van antidepressiva in de huisartsenpraktijk" volgt. Huisartsen die niet werkzaam zijn in een huisartspraktijk of niet de LOK-training gevolgd hebben kunnen niet deelnemen.
Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om deze vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 7 a 10 min van uw tijd in beslag nemen. Als u een rapport van de studieresultaten wenst te ontvangen kan u op het einde van de online vragenlijst uw emailadres invullen.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies.

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

2. TOESTEMMING EN WEIGERING

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

3. VOORDELEN

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

4. KOSTEN

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

5. VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS

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

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

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terug koppelen naar uw persoonlijk dossier door middel van een code). De sleutel tot de codes zal enkel toegankelijk zijn voor de onderzoekende en behandelende arts of de door hem/haar aangestelde vervanger.
De verzamelde gepseudonimiseerde gegevens kunnen gedeeld worden met andere (toekomstige) onderzoekers. Dit kan leiden tot hergebruik van uw

gepseudonimiseerde gegevens voor toekomstige academische onderzoeksprojecten en studies, uitsluitend in het kader van dezelfde of een vergelijkbare ziekte/pathologie of behandeling. Dergelijke nieuwe studie en hergebruik van gegevens dient steeds ingediend en goedgekeurd te worden door het ethisch comité. Indien u wenst dat uw gegevens niet gebruikt worden voor toekomstig onderzoek, kan u de DPO hiervoor contacteren (zie contactgegevens onder hoofdstuk 5).
Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden voor analyse van de gegevens en in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd.

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

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

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

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

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

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

6. VERZEKERING

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie.

Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004, de Belgische wet van 7 mei 2017 betreffende klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de Belgische Wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00; polisnummer voor UZ Gent BEL001889 – polisnummer voor UGent BEL000862).

7. CONTACT

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

Naam:
Dr Ellen Van Leeuwen

Klinische Farmacologie, Vakgroep Toegepaste en Fundamentele Med. Wet. & Volksgezondheid en Eerstelijnszorg Corneel Heymanslaan 10, 9000 Gent, België

Ellen.vanleeuwen@ugent.be

Studie naar de impact van een LOK training over de aanpak het afbouwen van antidepressiva

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR DE DEELNEMERS

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

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

- Door verder te klikken naar de vragenlijst ga ik akkoord met bovenstaande informatie.
- □ Ik bevestig dat ik meerderjarig ben.
- □ Ik ben ervan op de hoogte dat de gegevens verwerkt worden voor deze studie en ga akkoord met deelname aan de studie door deze vragenlijst in te vullen.
- Optioneel :
  - □ Ik wens een rapport met de resultaten van deze studie te ontvangen. Dit rapport mag verstuurd worden naar mijn emailadres :
    Gelieve uw persoonlijk emailadres hier toe te voegen :

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

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

*Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Studie naar de impact van een LOK training over de aanpak het afbouwen van antidepressiva

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

1)	Aankruisen indien akkoord.	☐ Door verder te klikken naar de vragenlijst ga ik akkoord met bovenstaande informatie.
2)	Aankruisen indien akkoord.	☐ Ik bevestig dat ik meerderjarig ben.

Bijlage 4: Advies Ethisch Comite

Afzender: Commissie voor medische ethiek

Dr. Ellen Van Leeuwen
Vakgroep Fundamentele en
Toegepaste Medische Wetenschappen
Universiteit Gent

Contact	Telefoon	E-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**Datum**	**Pagina**
Florian Stul	24/02/2025	1/7
Onze referentie	**Belgisch Uniek Nummer**	
ONZ-2024-0571	B6702025000026	

Betreft:

De impact van een LOK training over de aanpak van slaapstoornissen op de kennis, vaardigheden, attitude en self-efficacy van huisartsen ivm het behandelen van patiënten met insomnia.

The impact of a GP training in the approach of sleepdisorders on GPs' knowledge, skills, attitudes and self-efficacy regarding the treatment of patients with insomnia.

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

Beste collega,

De Commissie voor medische ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (UGent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht en besproken op haar vergadering van 04/02/2025.

Dit project valt onder het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon.

Na raadpleging van de aangeleverde informatie en ingediende documenten met betrekking tot dit dossier, geeft de Commissie voor medische ethiek volgend advies op (24/02/2025):

Positief advies. De CME is van oordeel dat voorgestelde studie wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is.

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor medische ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

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



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

Unofficial translation in English:

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

The Medical ethics committee (EC) of Ghent University (UGent) and Ghent University Hospital (UZ Gent) has examined and discussed the above mentioned dossier at its meeting of 04/02/2025.

This project falls within the scope of the Law of 7 May 2004 regarding experiments on the human person.

After consulting the information provided and documents submitted, the Medical ethics committee provides the following advice on (24/02/2025):

Positive advice. The CME considers the proposed study scientifically relevant and ethically justified.

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

Bijlage 1: Ingediende documenten

Categorie: Antwoord onderzoeker op opmerkingen CME U(Z) Gent
- Antwoord op opmerkingsbrief CME, ontvangen dd. 24/02/2025 (NL/EN)

Categorie: CV
- Ellen Van Leeuwen, dd. 26/10/2024

Categorie: Diverse
- LOK presentatie insomnia, versie ontvangen dd. 25/11/2024 (nederlands)

Categorie: GCP certificaat
- Ellen Van Leeuwen, dd. 29/11/2022

Categorie: Gegevensverwerkingsregister
- data management plan - GDPR, dd. 02/12/2024 (nederlands)

Categorie: Informatie- en toestemmingsformulier
- informed consent form (clean), versie 2.1 dd. 24/02/2025 (nederlands)

Categorie: Opmerkingsbrief CME U(Z) Gent
- Opmerkingsbrief CME, dd. 20/02/2025 (NL/EN)

Categorie: Rekruteringsmateriaal
- e-mail insomnia LOK1, versie 2.0 dd. 20/01/2025 (nederlands)

Categorie: Vragenlijsten
- vragenlijst LOK-training, versie 1.0 dd. 02/12/2024 (nederlands)

Bijlage 2: Overzicht leden CME U(Z) Gent

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

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

Bijlage 3a: Aandachtspunten

Dit project valt onder het toepassingsgebied van de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon.

De CME bevestigt te werken in overeenstemming met de ICH-GCP-principes (International Conference on Harmonization Guidelines on Good Clinical Practice), de Verklaring van Helsinki, het Oviedoverdrag inzake Mensenrechten en Biogeneeskunde en alle toepasselijke wet- en regelgeving.

Het is de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker om ervoor te zorgen dat elk lid van het onderzoeksteam over een geldig GCP-certificaat beschikt.

De ICH-GCP vereist dat jaarlijks een voortgangsrapport aan de CME wordt verstrekt, tenzij het onderzoek binnen het jaar wordt beëindigd.

De CME benadrukt de verantwoordelijkheid van de hoofdonderzoeker en de promotor van dit onderzoek voor het waarborgen van de privacy van de persoons- en patiëntgegevens in contacten met patiënten en bij het inkijken van patiëntgegevens, inclusief de correcte omgang hiermee door medewerkers en studenten. De hoofdonderzoeker/promotor is verantwoordelijk voor de uitvoering van het projectvoorstel in overeenstemming met de toepasselijke wet- en regelgeving waaronder, maar niet beperkt tot, de EU-verordening 2016/679 (Algemene Verordening Gegevensbescherming), de Belgische Wet betreffende de patiëntenrechten van 06/02/2024, en het beleid van de instelling waar het onderzoek wordt uitgevoerd.

Het is de verantwoordelijkheid van de opdrachtgever om ervoor te zorgen dat eventueel vertaalde documenten conform zijn met de Nederlandstalige documenten.

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

Gelieve rekening te houden met de reglementen van het ziekenhuis inzake weefselbeheer, de reglementen van de wet van 19 december 2008 en het koninklijk besluit van 9 januari 2018 betreffende de biobanken.

De hoofdonderzoeker dient erover te waken dat publicaties, rapporten voor de overheid, enz. steeds het eigen standpunt betreffende de resultaten van dit onderzoek weergeven.

U wordt eraan herinnerd dat met betrekking tot klinische onderzoeken elke waargenomen ernstige gebeurtenis onmiddellijk moet worden gemeld aan de sponsor en de ethische commissie, zelfs als het oorzakelijke verband met de studie onduidelijk is.

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

Dit gunstige advies van de CME houdt niet in dat zij de geplande studie op zich neemt. De opdrachtgever blijft verantwoordelijk voor het onderzoek.

De CME verwacht dat de sponsor bij een volgende indiening rekening houdt met haar huidige opmerkingen.

De goedkeuring van de CME voor een specifiek project is een jaar geldig. Wij verzoeken u om ons te informeren als het onderzoek niet wordt opgestart, binnen een jaar na goedkeuring.

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

Annex 3b: Points of concern

This project falls within the scope of the law of 7 May 2004 regarding experiments on the human person.

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

It is the responsibility of the principal investigator to make sure that each member of the study team has a valid GCP-certificate.

The ICH-GCP requires that a progress report be provided annually to the CME unless the study is terminated within the first year.

The EC emphasises that it is the responsibility of the principal investigator and the promotor of this study to safeguard the privacy of the personal and patient data during contacts with patients and when consulting patient data, including the correct handling thereof by employees and students. The principal investigator/promotor is responsible for the implementation of the project proposal in accordance with the applicable laws and regulations including, but not limited to, the EU regulation 2016/679 (General Data Protection Regulation), the Belgian the Law on the Rights of the Patient of 06/02/2024, and the policy of the institution where the research is carried out.

It is the responsibility of the sponsor to make sure that any translated documents comply with the Dutch documents.

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

Please take into account the hospital's regulations concerning tissue management, the regulations of the law of 19 December 2008, and the Royal Decree of 9 January 2018 concerning the biobanks.

The principal investigator must ensure that publications, government reports, etc. always reflect his or her own position regarding the results of this research.

With regard to clinical trials, any observed serious event should be immediately reported to the sponsor and ethics committee, even if the causal relationship to the study is unclear.

The EC confirms that in the event of a conflict of interest, members involved will not participate in the vote on the study.

The EC's favourable advice does not imply that it assumes responsibility for the planned study. The sponsor remains responsible for the study.

The EC expects the sponsor to take its current comments into account in any future submission.

The EC approval for a specific project is valid for one year. We request that you inform us if the study is not initiated within the first year after approval.

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