

KUNNEN ANTIDEPRESSIVA NA JARENLANG GEBRUIK GESTOPT WORDEN?

Ellen Van Leeuwen

Unit Klinische Farmacologie & Centrum huisartsgeneeskunde

Vakgr. Toegep Fund Med. Wet. & Volksgez. en Eerstelijnszorg

Universiteit Gent

Ellen Van Leeuwen

Eenheid Klinische Farmacologie & Centrum huisartsgeneeskunde
Universiteit Gent

Huisarts Wijkgezondheidscentrum Nieuw gent
Geen conflict of interest

Prof Dr Thierry Christiaens
Klinische Farmacologie
Universiteit Gent

OVERZICHT

Enkele vraagjes

Langdurig AD gebruik

Waarom langdurig gebruik stoppen?

Kan langdurig gebruik van AD gestopt worden?

Waarom stoppen HA en patiënten al dan niet?

Aandachtspunten om patiënten te helpen stoppen

ENKELE VRAGEN

TESTVRAAG

Ik ben

A apotheker

B arts

C iets anders

DE LAATSTE 3 MAANDEN HEB IK ... KEER EEN AD
AFGEBOUWD OF GEADVISEERD TE STOPPEN?

A Geen

B 1x

C 2 tot 5x

D 6 tot 10x

E meer dan 10x

ALS IK EEN AD STOP OF DIT ADVISEER,
STOP OF ADVISEER IK TE STOPPEN OVER:

A 0 tot 4 weken

B 4 weken tot 8 weken

C 8 weken tot 6 maanden

D 6 maanden tot jaren

HOE STOPPEN?

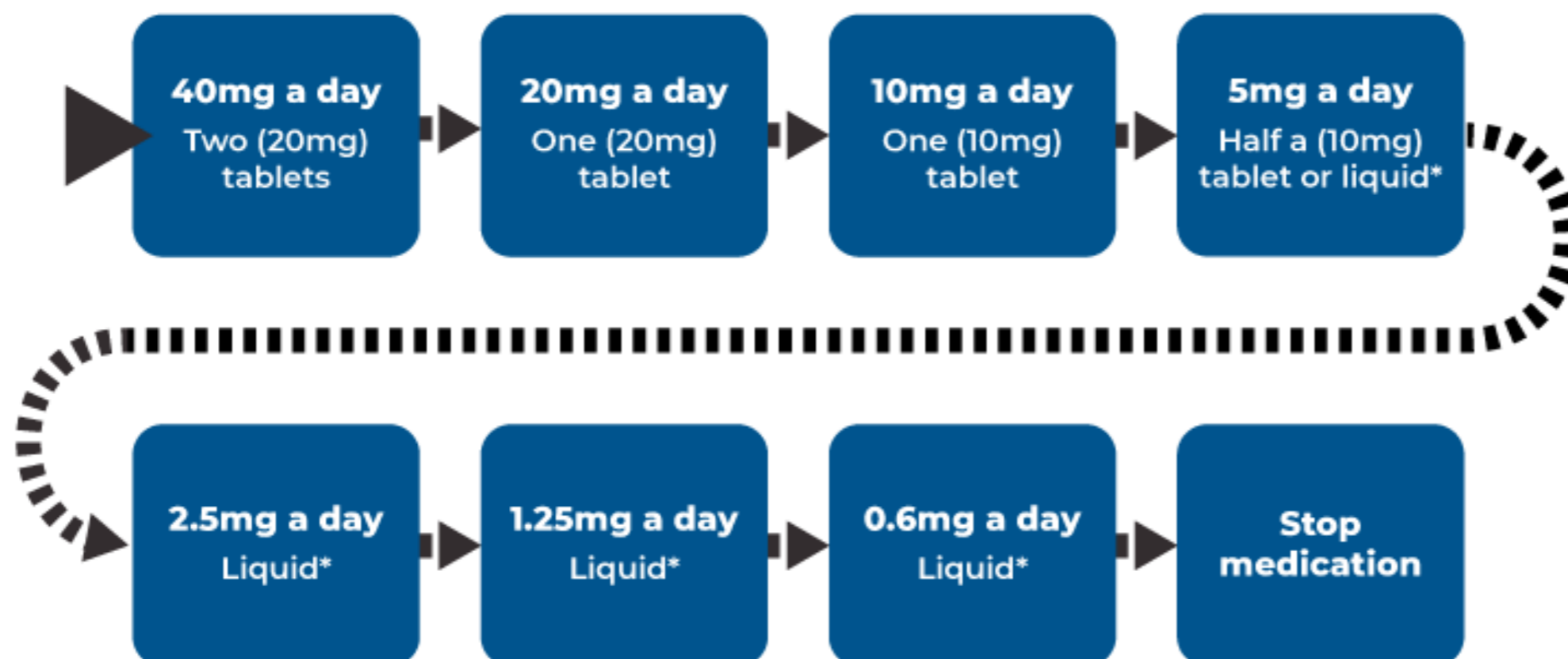
Afbouwen van antidepressiva:

- adviseer de patiënt om het antidepressivum geleidelijk te stoppen onder controle van de klachten (GCP);

Citalopram

Updated October 2020

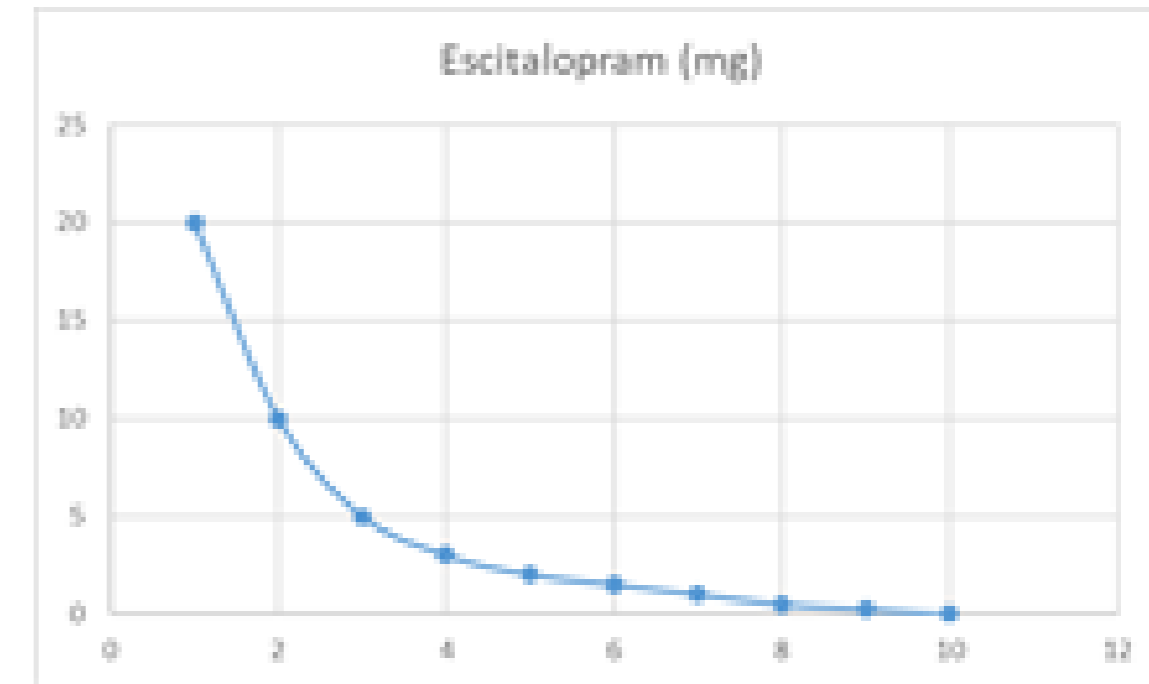
Reduction of dose by 50%, every 2-4 weeks. Some people may need to reduce more slowly.



1.4.14 When stopping a person's antidepressant medication:

NICE 2022

- take into account the pharmacokinetic profile (for example, the half-life of the medication as antidepressants with a short half-life will need to be tapered more slowly) and the duration of treatment
- slowly reduce the dose to a proportion of the previous dose (for example, prescribe 75% or 50% of the previous dose), rather than by a fixed dose reduction



NHG 2019

Maak samen met de patiënt afspraken over het tempo en de doseringsstappen bij afbouwen en de snelheid is afhankelijk van het verloop van het proces.

Halveer de dosis en staak vervolgens na 2 tot 4 weken volledig.

Bij risicofactoren: geleidelijker afbouwschema qua doseringsstappen en tempo

Tabel 3: Afbouwschema bij aanwezigheid van 1 of meer risicofactoren (gebaseerd op NHG)

| Stap | Duur | Eenheid | CIT | EsCIT | FLV | PAR | SER | DUL | VLX | AMT |
|---------|--------|---------|------|-------|------|------|------|-----|------|------|
| Stap 1 | 1 week | mg/d | 20 | 10 | 100 | 20 | 50 | 60 | 75 | 75 |
| Stap 2 | 1 week | mg/d | 10 | 5 | 50 | 10 | 25 | 30 | 37,5 | 50 |
| Stap 3 | 1 week | mg/d | 6 | 3 | 30 | 7 | 15 | 15 | 20 | 40 |
| Stap 4 | 1 week | mg/d | 4 | 2 | 20 | 5 | 10 | 10 | 12 | 30 |
| Stap 5 | 1 week | mg/d | 3 | 1,5 | 15 | 3 | 7,5 | 6 | 7 | 25 |
| Stap 6 | 1 week | mg/d | 2 | 1 | 10 | 2 | 5 | 4 | 5 | 20 |
| Stap 7 | 1 week | mg/d | 1 | 0,5 | 5 | 1 | 2,5 | 2 | 3 | 15 |
| Stap 8 | 1 week | mg/d | 0,5 | 0,25 | 2,5 | 0,5 | 1,2 | 1 | 2 | 10 |
| Stap 9 | 1 week | mg/d | stop | stop | stop | stop | stop | | 1 | 5 |
| Stap 10 | | mg/d | | | | | | | stop | stop |

* Risicofactoren zijn:

- hogere dosering nodig tijdens behandeling
- onttrekkingsverschijnselen bij gemiste dosis
- eerdere mislukte stoppoging

Bron: Multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's & SNRI

Men kan alle bereidingen van een afbouwschema van 1 molecule op 1 voorschrift zetten. Men mag immers op 1 voorschrift tot maximaal **6 modules** (60 gelules) voorschrijven **voor 1 specifieke dosering**. In de voorgestelde schema's zit men nergens boven deze limiet. Hieronder vindt men 3 voorbeelden (citalopram, paroxetine en amitriptyline) van hoe magistrale voorschriften dienen opgesteld te worden in het geval men de voorgestelde afbouwschema's gebruikt:

Citalopram

R/ citalopram 5mg
f. gel. 1 DT 7
S/ volgens afbouwschema

R/ citalopram 2mg
f. gel. 1 DT 28
S/ volgens afbouwschema

R/ citalopram 1 mg
f. gel. 1 DT 21
S/ volgens afbouwschema

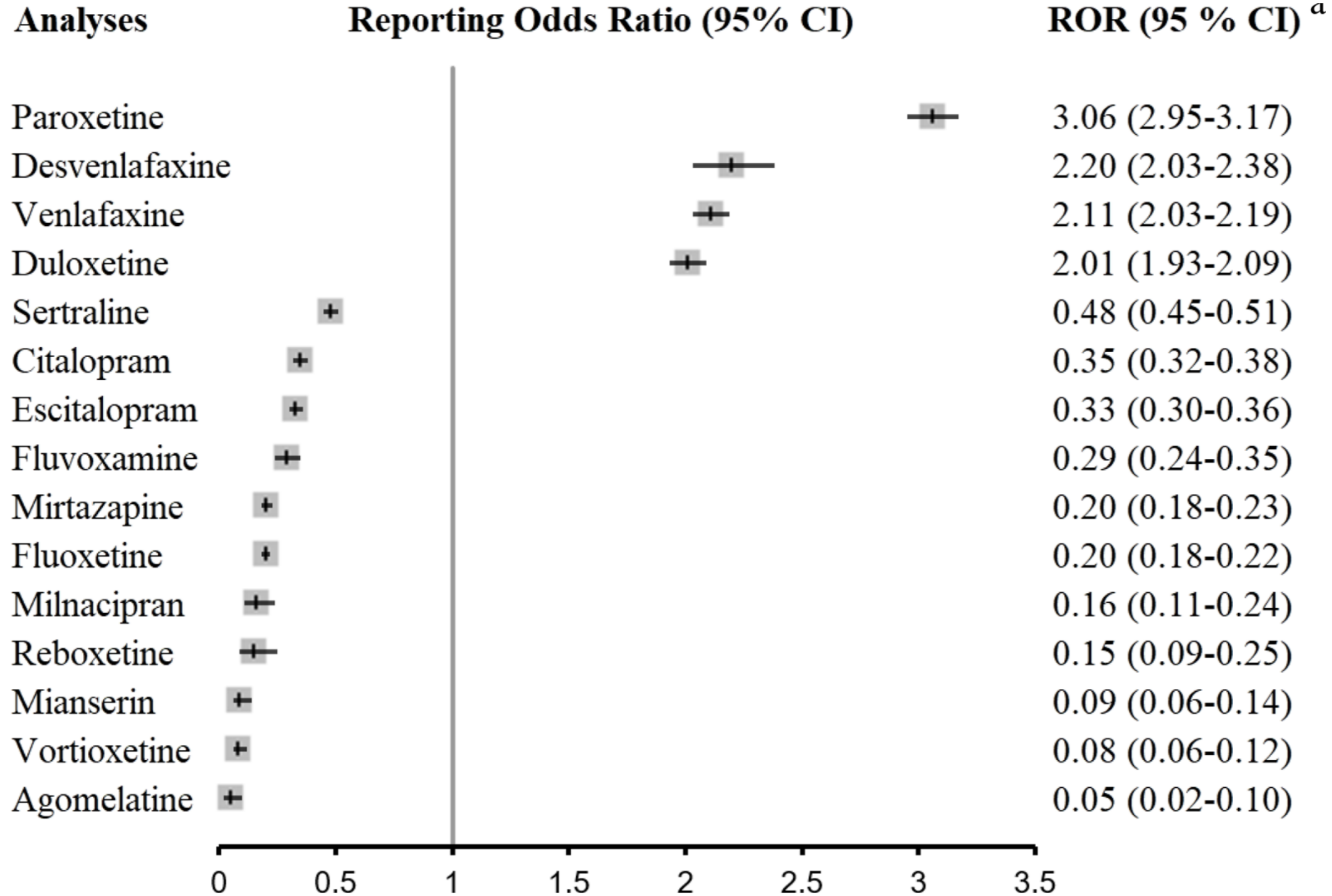
R/ citalopram 0,5 mg
f. gel. 1 DT 7
S/ volgens afbouwschema

BCFI FOLIA APRIL 2019

Tabel 1: gemiddelde halfwaardetijden van enkele frequent gebruikte antidepressiva

| Antidepressivum | Gemiddelde halfwaardetijd (in dagen) |
|--|---|
| Citalopram | 1,5 |
| Escitalopram | 1,5 |
| Paroxetine | 1,0 |
| Sertraline | 1,1 - 1,3 |
| Fluoxetine | 4 - 16* |
| Fluvoxamine | 0,6 |
| Duloxetine | 0,5 |
| Venlafaxine | 0,6** |
| Amitriptyline | 1 - 1,9 |
| * Fluoxetine + actieve metaboliet norfluoxetine | |
| ** Venlafaxine + actieve metaboliet desvenlafaxine | |

Let op: Interindividuele verschillen



IK GEEF ANDERE ADVIEZEN BIJ IEMAND MET GEEN OF 1 VROEGERE
DEPRESSIE VERSUS BIJ IEMAND MET 2 OF MEERDERE ?

A Ja

B Nee

WANNEER EN WIE KAN STOPPEN?

Richtlijnen benadrukken belang van voldoende lang antidepressiva voor de preventie van herhal van depressie

- 6 tot 12 maanden AD na verbetering bij eerste episode
- min 2 jaar AD na verbetering bij hoog risico op herhal

DE ONTTREKKINGSVERSCHIJNSELEN ZIJN VOOR MIJ DUIDELIJK
VERSCHILLEND VAN DE SYMPTOMEN VAN HERVAL

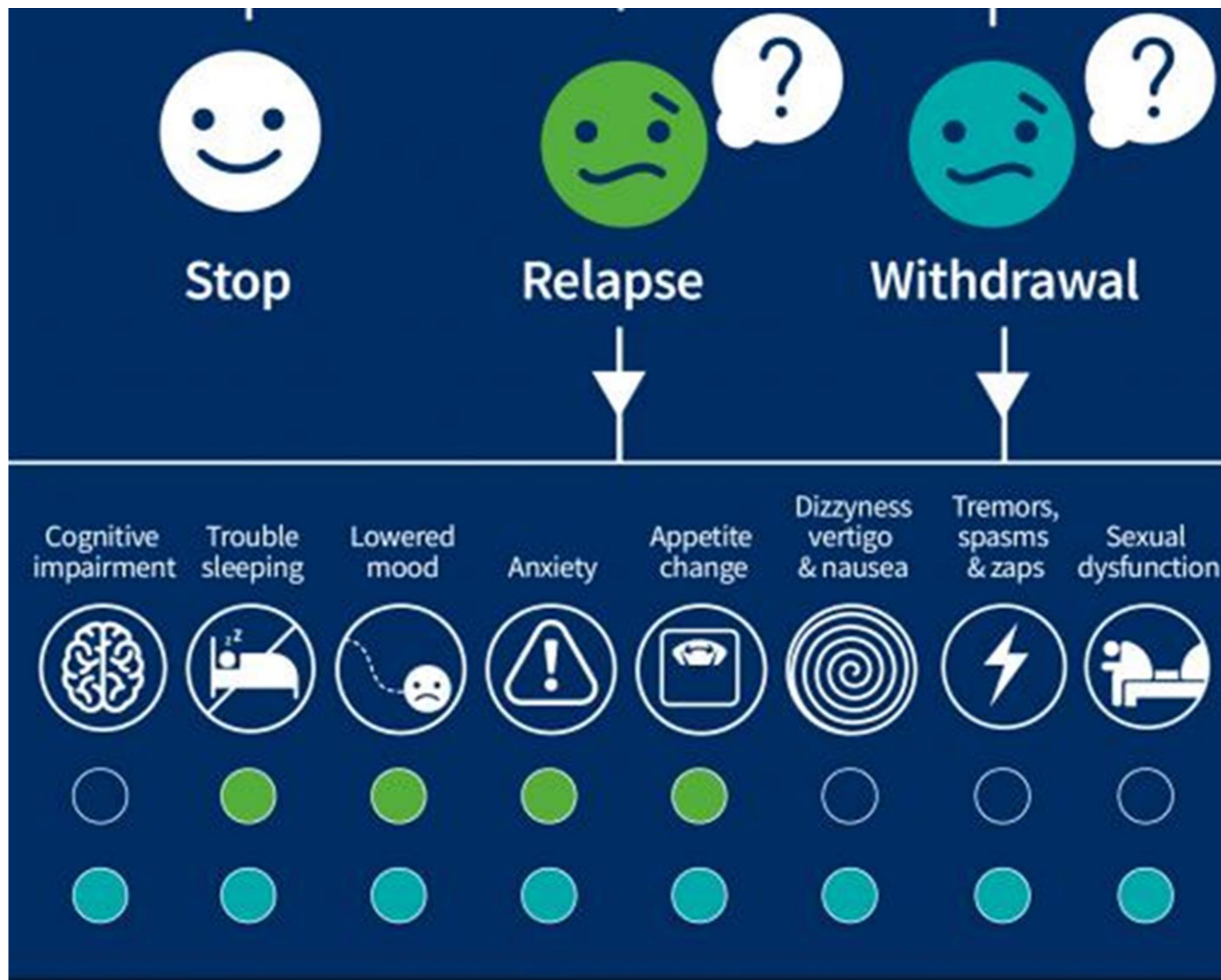
A Ja

B Nee

ONTTREKKINGSVERSCHIJNSELEN

Zeer divers

Verschil met
herval



IK INFORMEER DE APOTHEKER BIJ STOPPEN VAN HET AD

A goed idee

B liever niet

IK WAARSCHUW DE ARTS INDIEN EEN AD LANGER DAN 1 JAAR GEGEVEN WORDT

A goed idee

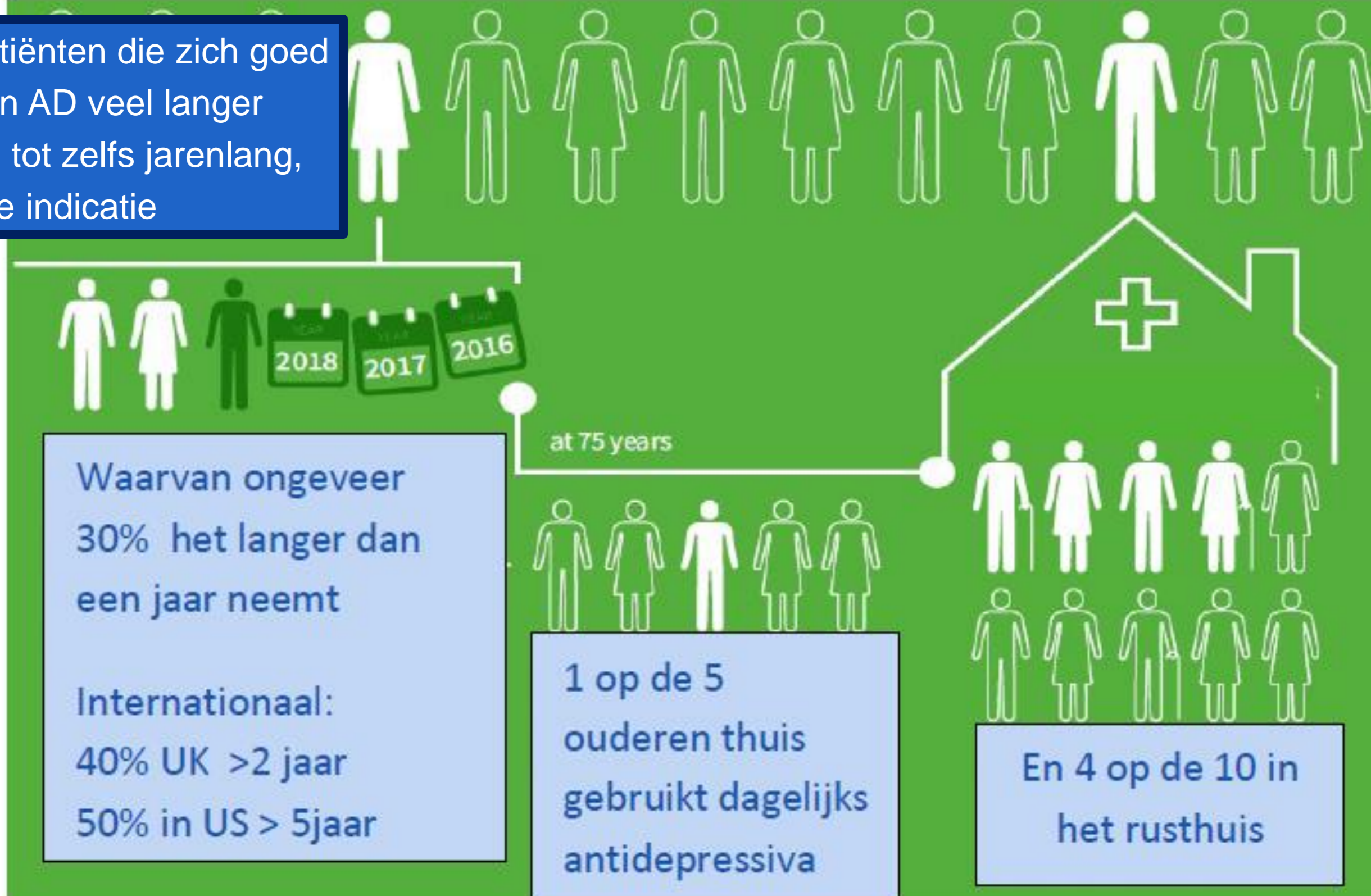
B liever niet

LANGDURIG GEBRUIK VAN ANTIDEPRESSIVA

ANTIDEPRESSIVA:

1 OP DE 10 BELGEN NEEMT DAGELIJKS EEN ANTIDEPRESSIVUM

Steeds meer patiënten die zich goed voelen gebruiken AD veel langer dan aanbevolen tot zelfs jarenlang, zonder duidelijke indicatie



IS LANGDURIG
GEBRUIK VAN AD EEN
PROBLEEM?

- Gewichtstoename
- Gastro-intestinale bijwerkingen
- Seksuele stoornissen
- Slaapstoornissen
- Onttrekkingsverschijnselen
- Emotionele afvlakking

Minder merkbaar, wel ernstig maar gelukkig zeer zelden

- Toenemend risico op bloeding
- Hyponatriëmie, vooral bij ouderen
- Toenemend valrisico bij ouderen
- Risico op QT verlenging
- Serotoninesyndroom
-
- Interacties

RISICO PERSISTEERT

2 op 3 gebruikers met gemiddeld 1 jaar AD gebruik (TCA, SSRI, mirtazapine of venlafaxine) gemiddeld 2,9 bijwerkingen (Bet 2013)

20% of meer: droge mond, overvloedig zweten, seksuele disfunctie, slaperigheid tijdens de dag en gewichtstoename als vaker gemeld

5-10%: rusteloosheid, spierspasmen, misselijkheid, constipatie, diarree of duizeligheid

TOEGENOMEN BLOEDINGSRISICO

- OR 1.67; 95%BI 1,13-2,5
 - Gastro-intestinale bloeding, transfusie na heupchirurgie
 - Risico toegenomen met NSAID OR 4.25 95% BI 2.82-6.42

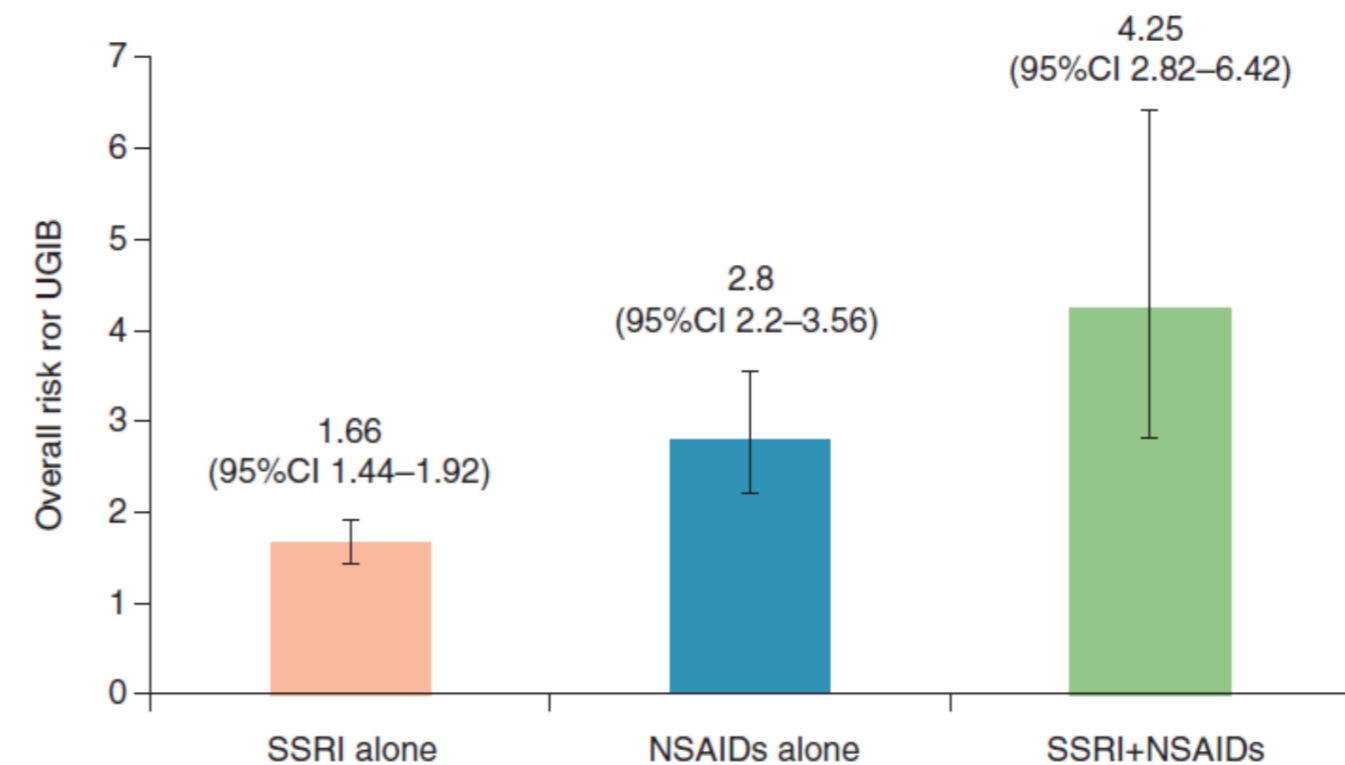
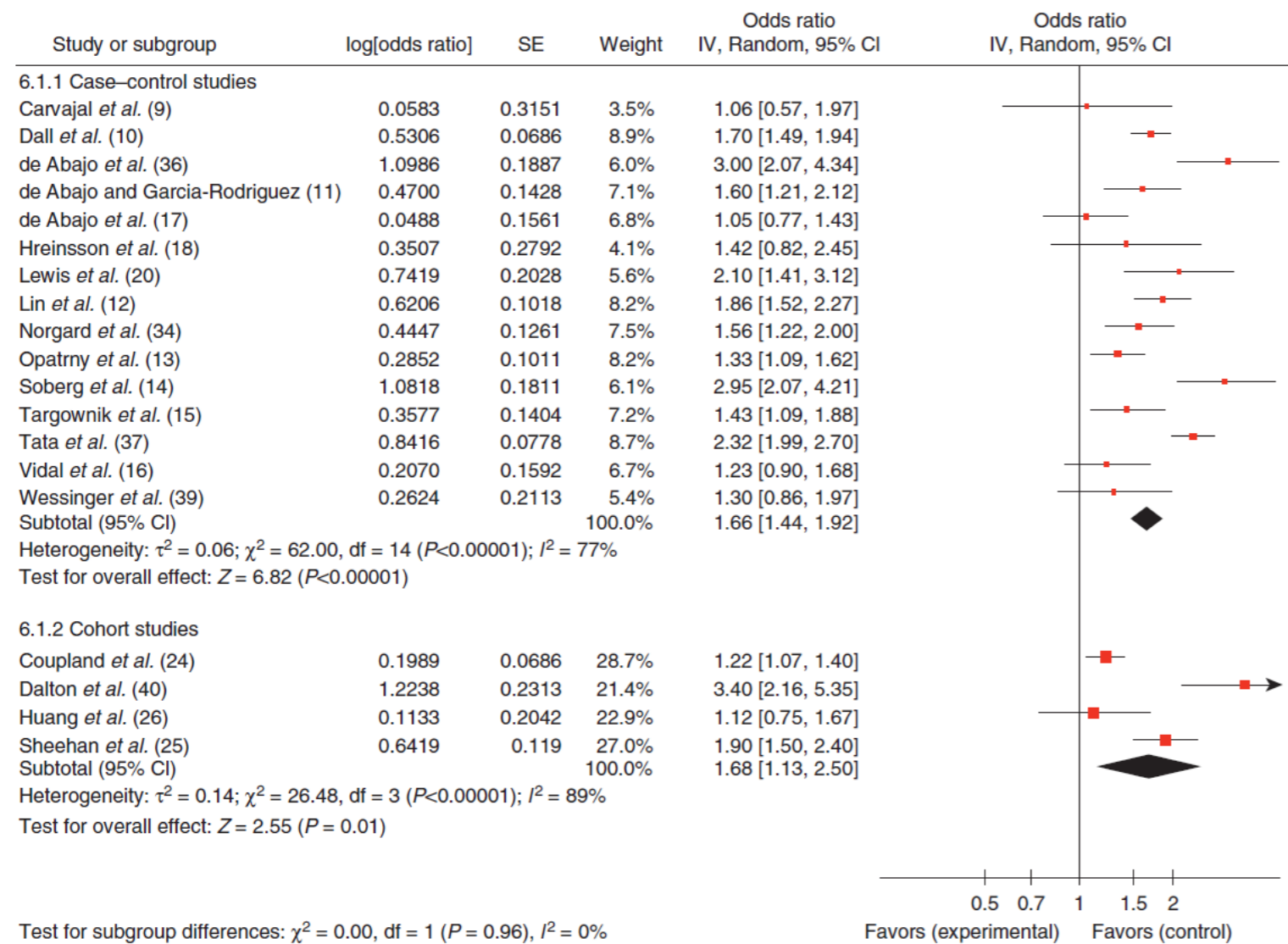


Figure 3. Relative contributions of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and nonsteroidal anti-inflammatories (NSAIDs) to the risk of upper gastrointestinal (GI) bleeding.

ORTHOSTATISCHE HYPOTENSIE

- TCA tov placebo: OR 6.30 (95% CI 2.86, 13.91) (Bhanu 2021)
- Daarbij vaak exclusie van ouderen

- In combinatie bij ouderen met *sotalol, verschillende antibiotica, haloperidol, sulpiride, domperidone, donepezil..*

SLAAPSTOORNISSEN

Thuiswonende oudere vrouwen met SSRI vs zonder (darowski 2009)

- Slaapduur van 5uur of minder (OR 2.15; 95% 1.04-4.47)
- Slaapkwaliteit 70% of minder (OR 2.37, 95%BI 1.32-4.25)
- Slaaplatentie 1uur of meer (OR 3.99, 95%BI 2.29-6.96)

- Impact op vallen

QT VERLENGING

- Onzichtbaar
- Risico neemt toe bij leeftijd, elektrolytenstoornis (bvb diuretica, PPI)
- In combinatie bij ouderen met *sotalol, verschillende antibiotica, haloperidol, sulpiride, domperidone, donepezil..*

SEROTONINESYNDROOM

- Zeer zelden
- Bij overdosering of in combinatie met van verschillende GM bvb SSRI en tramadol

Neuromusculaire agitatie:

clonus
hyperreflexie
myoclonus
rigiditeit
tremor

Autonome disfunctie

Hyperthermie
tachycardie

Veranderde mentale status:

agitatie
verwardheid

KAN JARENLANG
GEBRUIK VAN AD
GESTOPT WORDEN?

Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults

✉ Ellen Van Leeuwen, Mieke L van Driel, Mark A Horowitz, Tony Kendrick, Maria Donald, An IM De Sutter, Lindsay Robertson, Thierry Christiaens [Authors' declarations of interest](#)

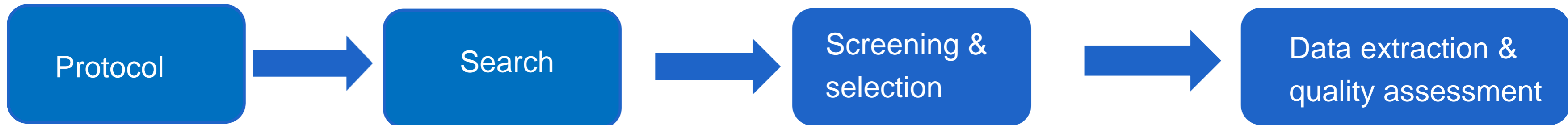
Version published: 22 April 2021 [Version history](#)

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013495.pub2> [↗](#)

Doel van de review:

bepalen van de effectiviteit en veiligheid van de verschillende methodes voor het stoppen van langdurig gebruik van antidepressiva (minimum zes maanden) voor depressie en angst

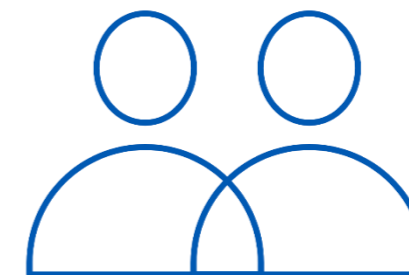
METHODE: 'COCHRANE HANDBOOK'



- Publicatie peer-reviewed protocol

- Cochrane Register of Studies, databases, trial registers, grey literature
- Geen restricties voor jaar of publicatiestatus
- Cochrane Information Specialist

- Dubbele onafhankelijke screening titels/abstracts
- Dubbele onafhankelijke screening van full-text studies



- Dubbele onafhankelijke data-extractie en kwaliteitsbeoordeling
- Derde persoon als arbiter bij verschil
- Cochrane Risk of Bias Tool

Discontinuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults

Ellen Van Leeuwen, Mieke L van Driel, An IM De Sutter, Kristen Anderson, Lindsay Robertson, Thierry Christiaens
Authors' declarations of interest
Version published: 03 February 2020 | Version history
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013495>

This is not the most recent version | [View the current version 22 April 2021](#)

Abstract

This is a protocol for a Cochrane Review (Intervention). The objectives are as follows:
To assess the feasibility and safety of discontinuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults aged over 18 years.



2020 Journal Impact Factor

9.289

ONDERZOEKSVRAAG

Patient

- Volwassenen van 18 jaar en ouder
- Min 6 maanden AD voor depressie of angst

Interventie (AD stoppen)

- Stoppen alleen (abrupt of taperen)
- Stoppen met psychologische begeleiding

Controle (AD voortzetten)

- AD niet stoppen en voortzetten

Uitkomst

- Primair: succesvol stoppen, herval, onttrekkingsverschijnselen, ongewenste effecten van AD
- Secundair: depressieve/angstsymptomen, QoL, sociaal functioneren

RESULTATEN AD REVIEW

In totaal 33 studies met 4995 patiënten die stabiel zijn en minimum 6 maanden AD gebruik

4w tot 156 weken met meeste max 6 maanden

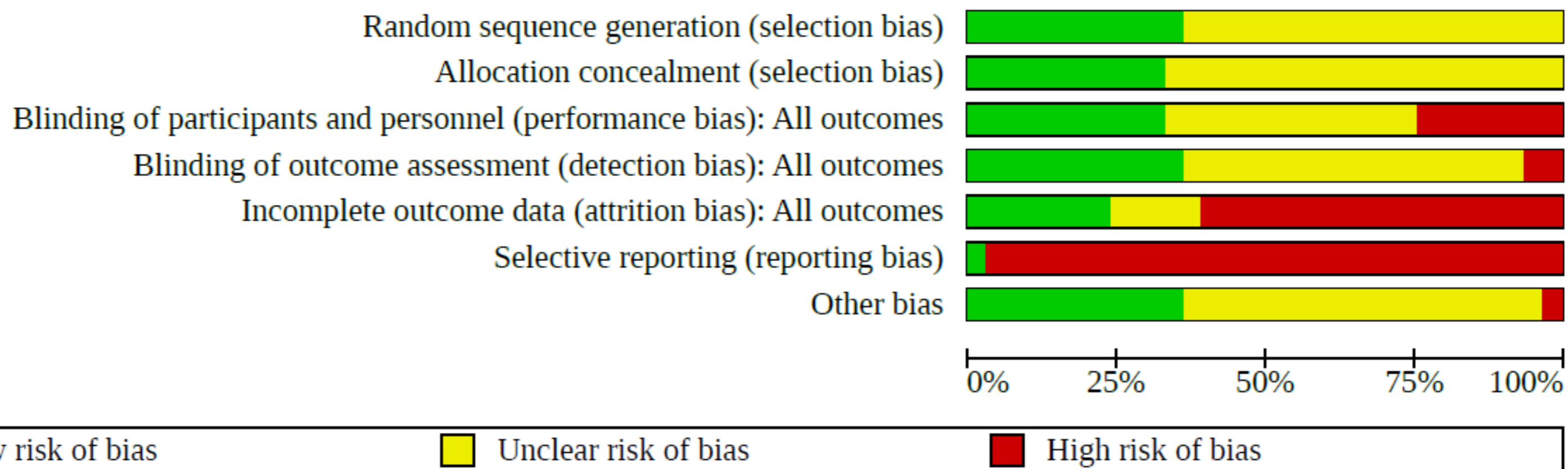
27 studies in specialistische (psychiatrische) setting

25 studies includeerden deelnemers met recidiverende depressie

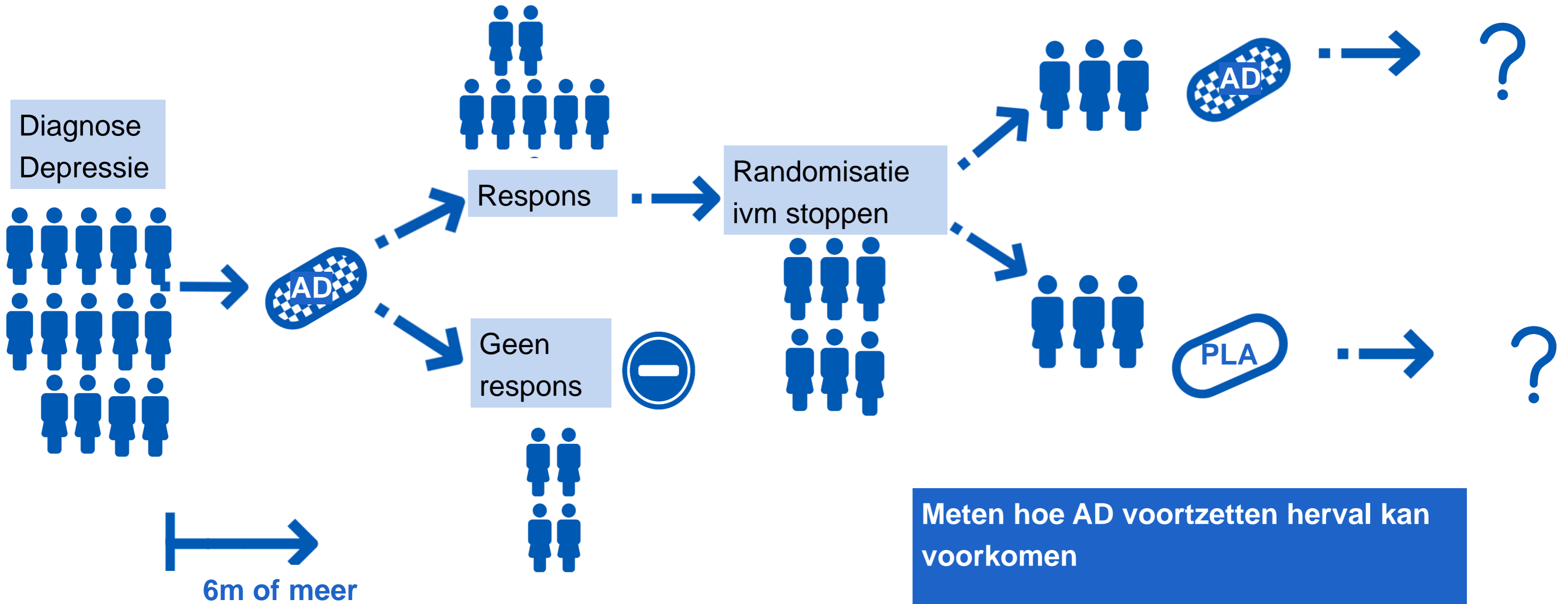
13 studies stoppen abrupt en 16 studies 'taperen' over 1week tot max 4weken;

Enkele studies stoppen in combinatie met intensieve psychologische begeleiding (MBCT, PCT)

Figure 3. Risk of bias graph: review authors' judgements about each risk of bias item presented as percentages across all included studies.



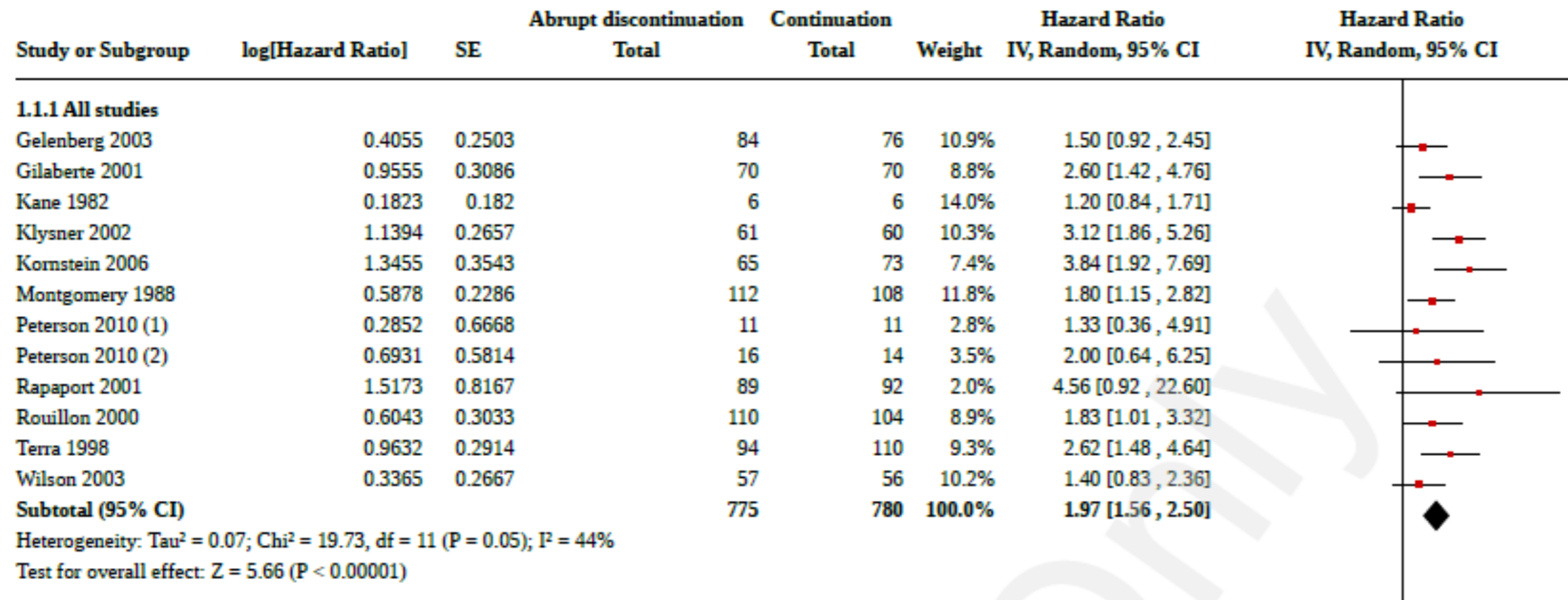
OPZET VAN "HERVAL PREVENTIE" STUDIES



Meten hoe AD voortzetten herval kan voorkomen
MAAR niet succesvol stoppen

KANS OP HERVAL BIJ ABRUPT STOPPEN?

Analysis 1.1. Comparison 1: Abrupt discontinuation versus continuation of antidepressants, Outcome 1: Relapse (as defined by study authors)



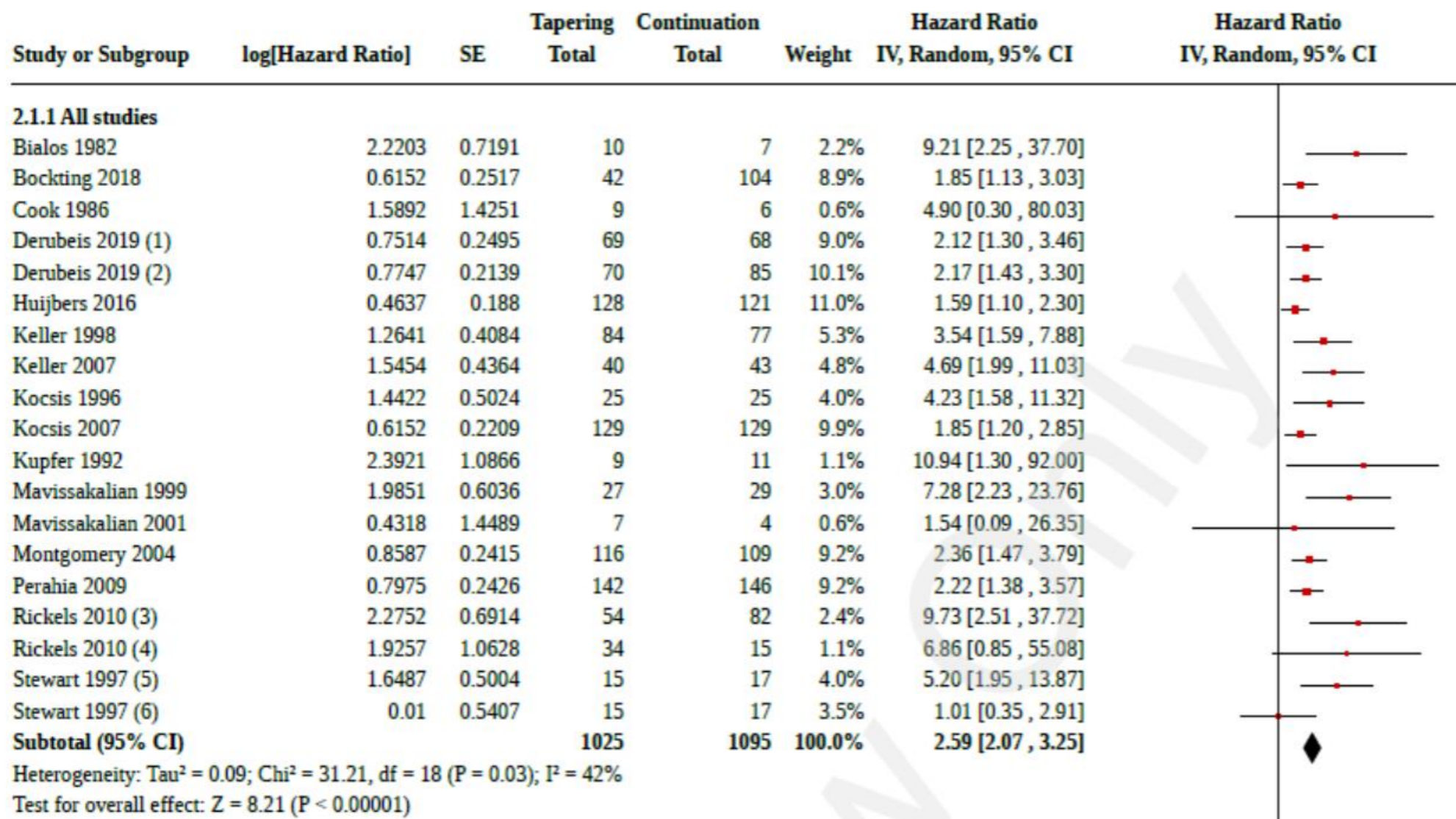
HR 2.09
(1.59 to 2.74)

1373
(10 RCTs)

⊕⊖⊖⊖
VERY LOW^b

KANS OP HERVAL BIJ STOPPEN MET 'TAPEREN'?

Analysis 2.1. Comparison 2: Discontinuation by tapering versus continuation, Outcome 1: Relapse (as defined by study authors)



Subgroep analyses tonen geen verschil tussen 1 versus meerdere depressies

HR 2.97
(2.24 to 3.93)

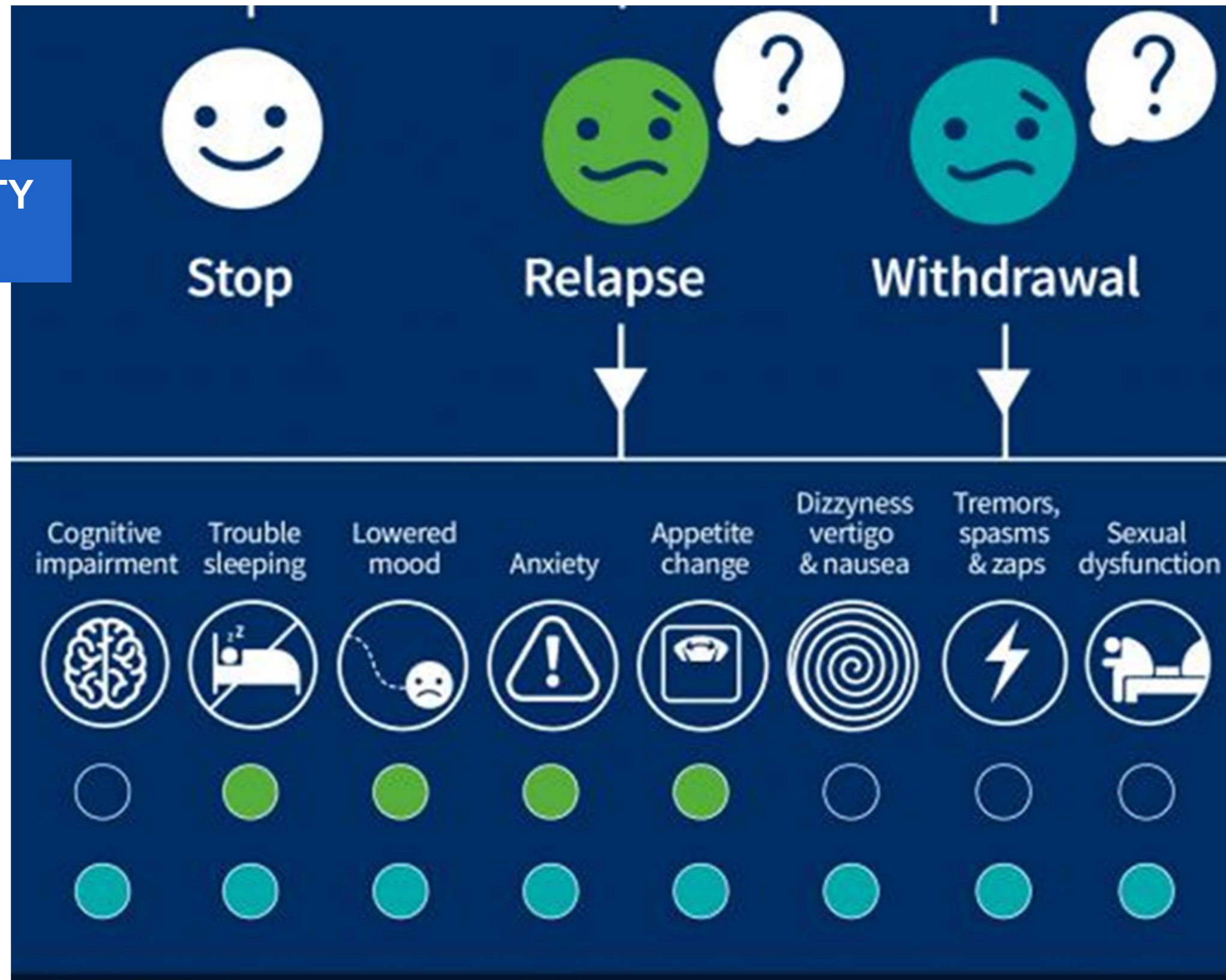
1546
(13 RCTs)

⊕⊖⊖⊖
VERY LOW^b

TAPEREN
(bijna alle studies 1 tot 4 WEKEN)

GROOT PROBLEEM: GEEN ONDERSCHIED TUSSEN DERVING EN HERVAL IN DE STUDIES

VERY LOW CERTAINTY EVIDENCE



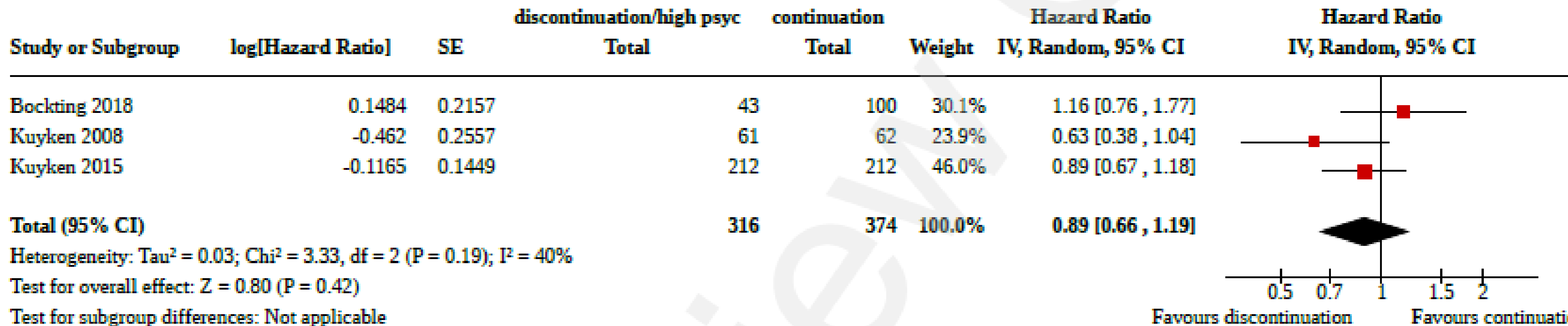
KANS OP SUCCESVOL STOPPEN MET PSYCHOLOGISCHE BEGELEIDING?

- 3 studies (n= 690)
- 40-75% stopte in de groep met psychologische begeleiding (MBCT, PCT)
- Aantal deelnemers die spontaan het AD stopten in de AD groep ongekend

VERY LOW CERTAINTY EVIDENCE

KANS OP HERVAL BIJ PSYCHOLOGISCHE BEGELEIDING?

Geen verschil in herval tussen stop- en controlegroep
LOW CERTAINTY EVIDENCE



BESLUITEN AD REVIEW (1)

Sterkte van de 'evidence' voor de stopmethodes is nogal problematisch: geen 'echte' conclusies mogelijk

1. Primaire uitkomst veelal herval, niet succesvol afbouwen (2 studies)
2. Meeste studies over patiënten met recidiverende depressies, meeste studies suggereren dat afbouw bij een aantal patiënten gepaard zal gaan met meer kans op herval
MAAR grote beperkingen:
 - a. Geen onderscheid derving versus herval
 - b. Afbouw is nog vrij abrupt
3. Onvoldoende duidelijkheid hoeveel psychologische begeleiding de kans op slagen verhoogt

BESLUITEN AD REVIEW (2)

3. Onvoldoende antwoord voor:

- a. Personen met 1 of geen vroegere depressie
- b. Ouderen
- c. Angst
- d. Stopmethode. Abrupt stoppen is niet aangewezen maar hoe geleidelijk moet stoppen?
- e. Hoe onderscheid maken tussen ontwenningverschijnselen en herval
- f. Welke type van psychologische ondersteuning helpt

?? Er blijven zeer veel vraagtekens ondanks tientallen jaren bestaan en wijdverspreid verbruik van antidepressiva ??

TOEKOMST

Veel aandacht voor topic

News

Antidepressants: Evidence on safe discontinuation is lacking, concludes Cochrane review

BMJ 2021 ; 373 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.n1065> (Published 22 April 2021)

Cite this as: BMJ 2021;373:n1065

Updates zullen volgen, betere studies verwacht



Depressie. Antidepressiva afbouwen valt velen bijzonder zwaar

'Afscheid nemen van de pillen voelt als een rouwproces'

Schrijfster Ann De Craemer getuigde op Twitter openhartig over het moeilijke proces om antidepressiva af te bouwen, een thema dat eerder ook Selah Sue ter sprake bracht. Wat maakt het zo moeilijk?

MICHEL MARTIN

Er is behoorlijk wat lef nodig om die stap te zetten, wetende hoe groot de lichtsdrak is bij depressie'

SHEILA CARTMOOR
PSYCHIATR

De knote pijn kan in principe een goede optie zijn. Er zijn echter steeds meer signalen dat kleine, langzame stappen resulteren in stopzettingen van de medicatie. "De eerste weken kunnen erg pijnlijk zijn", weet Cathoor. Ruwweg de helft van de mensen zou het hebben van klachten zoals hoofdpijn en rillingen maar ook angst of onzekerheid. "De eerste kan op zijn beurt een signaal in gang zetten", zegt Cathoor. Dan dreigt sprake te zijn van een terugval.

"Soms kan het eruit zien alsof het niet meer aan de hand is, maar onder begeleiding van een arts", zegt Van Leeuwen. Wie op eigen houtje te snel afbouwt, loopt het risico om harde stopzettingen te ervaren die verwarren met hervallen. "Dat kan het aanpakken voor mensen om weer medicatie te nemen en moet meer aan afbouwen te denken. Terwijl je eigenlijk gewoon trager moet afbouwen."

In zo benadrukt Van Leeuwen, een arts kan ook helpen focussen op het positieve. Het is waar De Craemer nu op let: "Ik wil niet zomaar een pilloos leven, ik wil vooral dat sporten en beweging mijn nieuwe medicatie wordt. Bij het nemen komt er ook allerlei stress vrij in je hersenen." Al komt het meten hoe frequent je in traject kan zijn. Ze brak zomet twee beertjes in haar voet. "Zo'n beertje maakt me dan meteen weer een beetje angstig."

EN WAT MET
VERDERZETTEN VAN
ANTIDEPRESSIVA?

BEWIJS VOOR LANGDURIG GEBRUIK VAN AD

Reviews: 50-70% herhal voorkomen

MAAR includeren dezelfde studies met dezelfde beperkingen

Slecht kwaliteit

WAT WETEN WE NOG

Eerstelijns patiënten globaal gunstige prognose

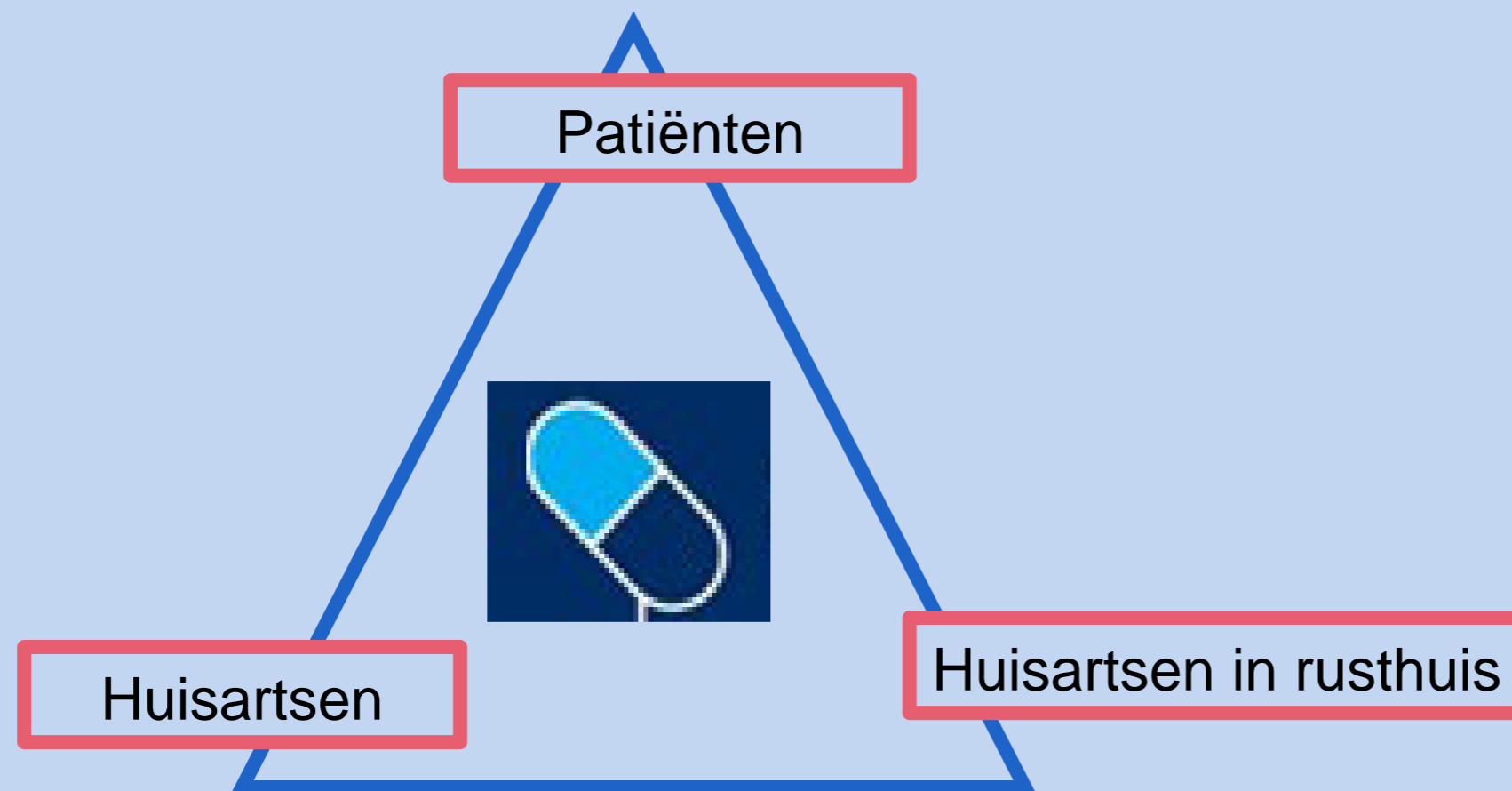
Uit onderzoek blijkt dat bij de grootste groep langdurig gebruikers het AD geen voordeel biedt

Chronisch AD alleen bij een kleine groep patiënten met chronische en terugkerende depressie

Maar dan ook nog steeds individueel te bekijken want dingen kunnen veranderen

WAAROM STOPPEN
ARTSEN EN PATIËNTEN
AL DAN NIET AD?

Doel studies: Zoeken naar de houding en hun drempels en motieven voor het stoppen van jarenlang gebruik via kwalitatief onderzoek en interviews bij



KWALITATIEF ONDERZOEK
Voordelen
Beperkingen

WAAROM IS DIT BELANGRIJK?



Zijn huisarts en patient wel 'klaar' om jarenlang gebruik van antidepressiva te stoppen???



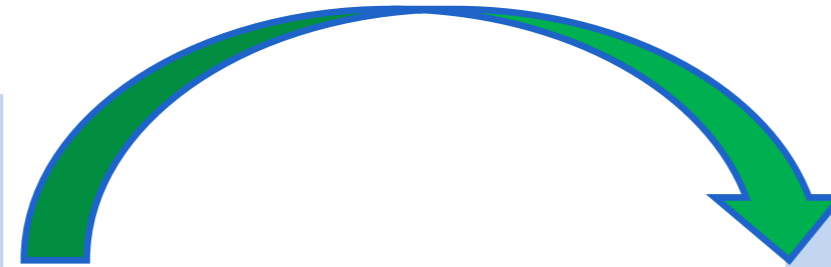
Essentieel voor

- 1) Opzetten goede pragmatische studies
- 2) Interventies om langdurig gebruik te verminderen

Doel: Verzameling van zoveel mogelijke verschillende ervaringen en visies over stoppen van langdurig gebruik van antidepressiva

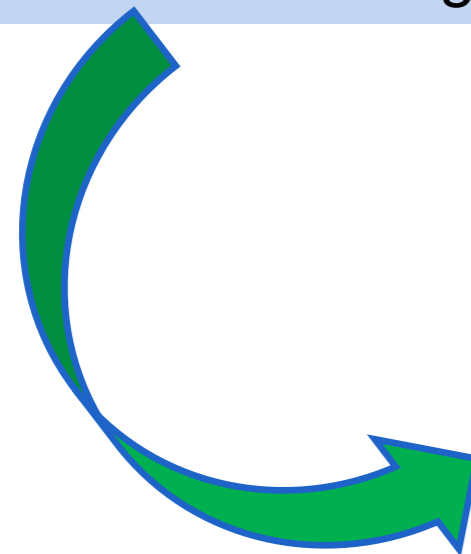
Sampling

Doelgericht deelnemers rekruteren op basis van kenmerken
Bvb leeftijd, man/vrouw, regio....



Data verzameling

Individuele interviews
Semigestructureerd schema van open vragen

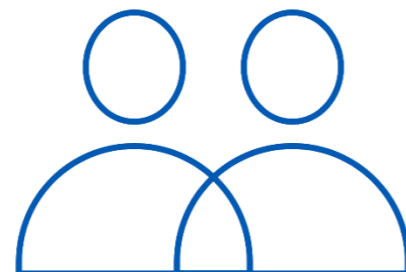


Data- Analyse

Thematische analyse
Data coderen
Groeperen tot categorieën en thema's
Voortdurende vergelijking



Datasaturatie



RESULTATEN KWALITATIEVE STUDIES

- 20 artsen (45 jaar gemiddeld, range 30 tot 68 jaar)
- 14 patiënten (54 jaar gemiddeld, 26 tot 69 jaar)
- Zeer veel redenen om AD niet te stoppen zowel bij arts als patient

ARTS: IS HET EEN PROBLEEM?

AD zijn nog steeds effectief en veilig

*Ik denk dat het
zoiets is van never
change a winning
team, ze zijn nu
goed (GP3, vrouw
58 jr)*

*of dat effect in uw hoofd nu
realistisch is of niet, ge hebt daar
10 jaar lang een positief gevoel
van he, dat gaat niet meer
weggaan he? (GP1, man, 46 jr)*

*ik bespreek het niet
meer,, hij zal maar
hervallen, want dan zijt
gij ook verantwoordelijk
dat hij hervalt. (GP10,
man, 65 jr)*

Risico op herval

*Er zijn aantal mensen
waarvan je met uw
empathisch vermogen, kunt
indenken dat ge een AD
nodig hebt. (GP 8, man, 48jr)*

PATIENT: "TO STOP OR NOT TO STOP"

Schrik voor
herval

*Als ik zou
stoppen en hervallen, vrees ik
dat het einde van heel mijn
relatie zou kunnen betekenen.
(vrouw, 59jr, 26jr AD gebruik)*

*"Mijn AD is goed voor mij en
het kan geen kwaad"*

*Ik heb eigenlijk nog nooit over
stoppen nagedacht. Neen, ik
zou eigenlijk niet weten
waarom, 'k ben nu zo goed...
(vrouw
64jr, 24jr AD gebruik)*

*"Ik ben onzeker over het voortzetten
van mijn AD"*

*Ik denk soms 'werkt dat eigenlijk
nog?', stel dat ik een keer echt
een periode zonder zou kunnen
om te zien welk verschil dat dat
geeft...'. Omdat ik het al, ja,
ondertussen, 20 jaar neem he
(vrouw; 51jr, 20jrAD gebruik)*

ARTS: IS HET DE MOEITE WAARD?

Stoppen is negatief

die depressie is weg en dat is misschien voor de mensen een afgesloten hoofdstuk, en dan ga ik daar terug oude koeien uit de sloot gaan halen, (GP8 vrouw, 42 jr)

Stoppen vraagt tijd en energie

Wat als ik hier allemaal mensen heb die komen voor een gesprek voor drie kwartier. Het moet ook werkbaar blijven (GP3, vrouw, 58jr)

PATIENT: KAN IK STOPPEN?

Weinig vertrouwen

Soms denk ik nu ook van 'ik zou beter afbouwen', maar als ik nu een week heb zoals deze week... Er zijn op het werk zoveel veranderingen, en het wordt echt teveel. (vrouw, 50jr, 7jr AD gebruik)

Vorige ervaringen met stoppen

Ik heb waarschijnlijk al 3 of 4 keer geprobeerd om af te bouwen. Afbouwen is heel moeilijk, heel lastig. Ik ben daar misselijk van, ik heb terug heel veel meer hoofdpijn, en heel de tijd een grieperig gevoel. Op hetzelfde moment, weet je ook 'oei, ik krijg hier minder stofjes binnen hiervan, en daardoor word ik ook wat negatiever'. Het is daarom ook dat ik telkens er niet geraak. (vrouw, 45 jr, 26 jr AD gebruik).

IN HET RUSTHUIS

Eens een rusthuisbewoner een AD neemt, lijkt het moeilijk om te stoppen voor de arts.

Grote schrik van de dingen
erger te maken

Stoppen is
futiel

*Moet ik dat nu nog echt
afnemen helemaal op het
einde na al die jaren? (GP20,
vrouw, 50jr)*

Risico van
verstoren
fragiel
evenwicht

*Als ik dat AD afneem, dan
kunnen die helemaal
emotioneler worden en dat
het leven dan voor hen niet
meer hoeft. (GP13, vrouw,
53jr)*

IN HET RUSTHUIS

Ik heb daar alle psychomedicatie gestopt uitgezonderd die antidepressiva, ge weet nooit of het toch iets doet. (GP9, man, 47jr)

je start dat dan op, dan heb je de indruk dat die wel verbeteren. Verbeteren ze dan onder het medicijn of hebben ze gewoon hun draai in het rusthuis gevonden en zijn ze daardoor gelukkiger? (GP18, man, 31jr)

Voordeel
van de
twijfel

IT TAKES AT LEAST THREE TO TANGO

Er zijn soms mensen die wat lastig zijn en dan zegt de verpleging : Als die nog ongelukkig en lastiger worden door te stoppen, dokter, gaan we dat wel doen? Voor ons is het ook gemakkelijk hé. Wij passeren daar eens een kwartiertje en we zijn weer weg(GP3, vrouw, 58jr)

**BONDGENOTEN
IN NIET STOPPEN**

Dat heb ik ook al meegemaakt als ik iets afbouw, dat die familie me die avond opbelt, waarom heb jij dat gestopt, ge gaat dat toch niet doen, ze hebben dan schrik dat ze ongelukkiger zal zijn, schrik dat ze zich gaan laten(GP2, vrouw, 35 jr)

Expliciet bij de bewoner bevragen, neen, dat niet. Ben je gelukkiger, dat vraag ik niet. Als de dochter niet klaagt, is het goed he (GP12, vrouw, 50jr)

GEVOLG

Iedereen wacht op elkaar en ondertussen wordt de status quo voortgezet

dan zeggen ze: "dokter je hebt dat al gevraagd en gezegd, neen ik heb geen bijwerkingen, ja ik wil het blijven nemen"

Als ge iedere keer op dezelfde muur botst dan geef je het op op een bepaald moment. (GP10, man, 65 jr)

Patiënten vragen niet om te stoppen

De andere arts heeft hun verteld om het AD te nemen. Dat veranderen zal toch moeten gebeuren door degene die het AD begonnen is (GP15, man, 30 jr)

Is het mijn rol?

Iedereen wacht op elkaar en ondertussen wordt de status quo voortgezet

“
*Wij gaan niet het initiatief nemen he ...
Want je loopt daar niet mee te koop...
maar als er niemand zegt 'stop ermee',
dan ga ik dat niet doen als ik er
goed mee ben.'* (M, 61jr, 4jr AD
gebruik)

Rol van de HA

*Niet van 'kijk, ik ga een heel plan
opschrijven, en doe nu maar'... Dan
heb je zoiets van 'awel, lukt het niet,
dan lukt het niet', er is toch niemand
die achter u zit.*

*Wel van 'hoe loopt het, hoe ver zit je al
en hoe gaat het?'. Dan ben je extra
gemotiveerd omdat je terug moet gaan
op korte termijn etc.'* (F, 60 jr, 3 jr AD
gebruik)

BESLUITEN KWALITATIEVE STUDIES

Succesfactoren om AD te stoppen:

1. Er is niet één oplossing
2. Kennis verhogen bij arts én patient: er is geen bewezen effect dat AD jarenlang blijven werken en er blijft risico op bijwerkingen
3. Hulp voor de arts ...
4. en ook voor de patient: het ter sprake brengen van het stoppen door de huisarts in de consultatie en regelmatige opvolging van patient tijdens stoppen.
5. Betrekken van mantelzorger en verpleegkundigen in het rusthuis

SUCCEESVERHALEN

Vraag van
een patient

Ze vroeg "kunnen we daar niet mee stoppen, dokter", ik had dat vroeger ook al een paar keer aangehaald maar geen poging ondernomen omdat zij dat helemaal niet zag zitten (GP1, man, 46 jr)

Positieve
levensgebeurtenis

*Als je denkt nu gaat het verdwijnen van het pilleke geen verschil maken omdat ze bezig zijn met van alles. Bvb vrolijk zijn wegens een kleinkind, dan moet je het doen
(GP8, vrouw, 42 jr)*

Gezondheidsissue

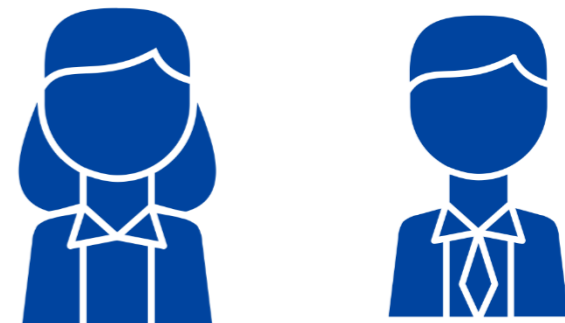
een vrouw, 32 jaar, die wou stoppen omdat ze zwanger wou worden. Het AD was een 8-tal jaar geleden gestart. Ze was ook zelf gemotiveerd: we willen een kind, het mag niet, dus we gaan dat dat doen. (GP3, vrouw 58 jr)

Stoppen gebeurt niet in isolatie

Stoppen is moeilijke beslissing voor de patient



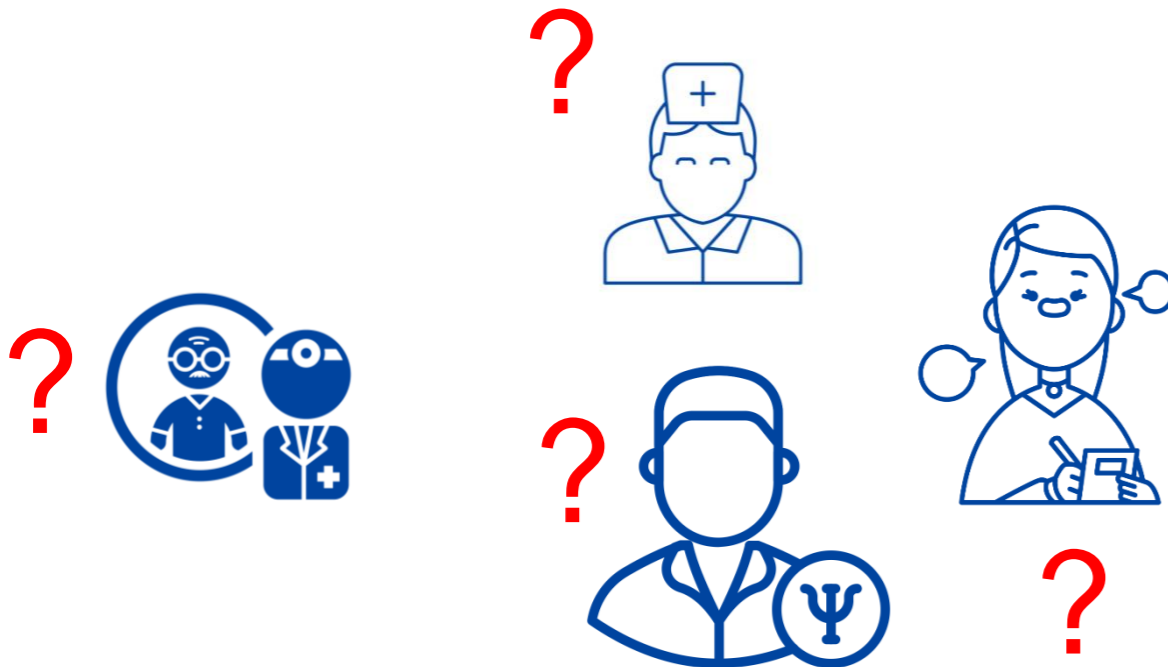
Wie neemt de eerste stap??



Stoppen is moeilijke beslissing voor de HA



Verwacht rusthuisbewoner stoppen??
En de familie??



Zijn de andere zorgverleners klaar om te stoppen?



AANDACHTSPUNTEN
VOOR DE PRAKTIJK
(NON EVIDENCE-
BASED)

STOPPEN BEGINT BIJ STARTEN

- Leg de voor- en nadelen van het opstarten van een AD behandeling duidelijk uit
- Stop serotonine mythes
- Benadruk dat AD tijdelijk zijn en kondig evaluatie aan

HET STOPPEN

A. Voorbereiding

- Zaadje planten
- Metafoor van de boottocht
- Bijna nooit haast om te stoppen



B. Betrek proactief de patient

- ICE?
- Moedig hen aan om familie en vrienden in te schakelen als ondersteuning
- Optimaliseer de niet-medicamenteuze opties
 - Beweging
 - Andere coping strategieën op maat van de patient (bvb yoga, meditatie...)
 - Psychologische steun.
 - Verwijs bij psychosociale problemen naar maatschappelijk werk

AFBOUWEN

- Start met afbouwen met 10-25% vermindering en evalueer; laatste stappen vragen meer tijd. Maak samen met de patient afspraken maken over een individueel afbouwschema
- Sommigen meer ondersteuning nodig
- Alternierend afbouwen met AD is niet aanbevolen.
- Stopplan
- Het optreden van ontwenningsverschijnselen betekent niet dat stoppen niet mogelijk is maar wel dat afbouwen langzamer moet

EN NOG

- “Pauzeer en evalueer” fase, herstarten is geen falen
- HA is de stuurder: gebruik uw vertrouwensrelatie en nabijheid
- De apotheker als bondgenoot voor praktische en naar ondersteuning toe
- Focus op het positieve

EINDE

Vragen?