

Werkwijze en eerste resultaten van multidisciplinaire afbouwpoli anti-depressiva

E. Dozeman, H.J. van der Lande, P.M. Bet, K. Fransen, I. Jager, J. Jonker, E. Philipppo, J. Reisman-Dolman, D.J.F. van Schaik, W. Scholten, I. van de Velde, V. Verheijen, M. van der Wart, M. van Zon, N. Batelaan, C.H. Vinkers

- Achtergrond** Stoppen met antidepressiva kan lastig zijn door onttrekkingsverschijnselen en kans op terugval. Wetenschappelijke evidentie over de vragen wie, wanneer en op welke wijze kan stoppen is beperkt. In Amsterdam is een multidisciplinaire afbouwpoli antidepressiva gestart voor advies en begeleiding.
- Doel** Onderbouwen van de opzet van de afbouwpoli. Centrale vragen zijn welke patiënten worden verwezen, wat de achtergrond van hun begeleidingsvraag is en hoe zij de opzet van de afbouwpoli ervaren.
- Methode** We beschrijven kenmerken van de eerste 51 patiënten van de afbouwpoli op basis van dossieronderzoek. Daarnaast namen we een enquête af naar patiëntervaringen.
- Resultaten** Ruim de helft van de patiënten (55%) startte daadwerkelijk met afbouwen, 39% kreeg advies om dit (nog) niet te doen. Patiënten bij de afbouwpoli gebruikten gemiddeld 10 jaar antidepressiva, en 76% deed eerder stoppogingen. In totaal was 21% inmiddels succesvol gestopt en 25% was tevreden met een gedeeltelijke afbouw. Eén patiënt was teruggevallen na afbouw.
- Conclusie** De eerste ervaringen zijn dat vooral patiënten met langdurig antidepressivagebruik en meerdere stoppogingen verwezen worden. De afbouwpoli kan helpen om meer kennis te krijgen over wie kan afbouwen op welk moment en hoe dat het beste kan gebeuren.

Antidepressiva zijn bij een grote groep patiënten effectief in het reduceren van angst- en depressieve klachten. Ongeveer 6% van de Nederlandse bevolking gebruikt een antidepressivum, naar schatting de helft voor depressie en een kwart bij angststoornissen (Vinkers & Vis 2021). Elk jaar stoppen honderdduizenden patiënten ook weer met hun antidepressivum. Enerzijds stopt men vanwege (langdurige) remissie van de klachten waarbij men antidepressiva dan ongewenst associeert met ziekte, anderzijds omdat het slikken van medicatie langdurige bijwerkingen kan geven of omdat men onvoldoende effect ervaart (Scholten e a. 2020). Langdurig antidepressivagebruik kunnen we beschouwen als een vorm van overbehandeling als dit vanwege langdurige remissie niet langer strikt geïndiceerd is, met als belangrijkste nadelen afgenomen kwaliteit van leven door bijwerkingen als emotionele afvlakking, seksuele

disfunctie, gewichtstoename en mogelijk verhoogde kans op metabool syndroom. Langdurig medicatiegebruik zonder indicatie staat vaak sterk in contrast met de wens van de patiënt en geeft meer risico op niet-gesuperviseerde stopzetting. Hoewel afbouw van antidepressiva conform de richtlijnen is, ervaren patiënten hierin weinig concrete handvatten en missen zij voldoende ondersteuning. Bekend is dat het stoppen met antidepressiva onttrekkingsverschijnselen kan geven. Daarbij is ook de kans op terugval een angst bij de overweging om wel of niet te stoppen. Een aantal belangrijke vragen is nog niet goed te beantwoorden, zoals de vraag wie, wanneer en op welke wijze kan stoppen met antidepressiva. Betrouwbare voorspelers van het individuele risico op terugval na het stoppen met antidepressiva zijn nog niet te identificeren (Ber-

AUTEURS

Els Dozeman, verpleegkundig specialist ggz, GGZ inGeest, Amsterdam.

Josephine van der Lande, verpleegkundig specialist ggz, GGZ inGeest, Amsterdam.

Pierre Bet, ziekenhuisapotheker, Amsterdam UMC, locatie VUmc.

Kirsten Fransen, verpleegkundig specialist ggz, GGZ inGeest, Amsterdam

Inge Jager, GZ-psycholoog, GGZ inGeest, Amsterdam.

Joep Jonker, apotheker i.o., Amsterdam UMC, locatie VUmc.

Esther Philippo, verpleegkundig specialist ggz i.o., GGZ inGeest, Amsterdam.

Julia Reisman-Dolman, psychiater, GGZ inGeest, Amsterdam.

Anneke van Schaik, UHD, psychiater, Amsterdam UMC, locatie VUmc.

Willemijn Scholten, GZ-psycholoog, GGZ inGeest, Amsterdam.

Iris van de Velde, poliklinisch apotheker, Amsterdam UMC, locatie VUmc.

Vicky Verheijen, psychiater, GGZ inGeest, Amsterdam.

Margot van der Wart, manager, GGZ inGeest, Amsterdam.

Mirjam van Zon, verpleegkundig specialist ggz, GGZ inGeest, Amsterdam.

Neeltje Batelaan, UHD, psychiater, GGZ inGeest, Amsterdam.

Christiaan Vinkers, hoogleraar Stress en veerkracht in de psychiatrie, Amsterdam UMC, locatie VUmc.

Correspondentie

Els Dozeman (E.Dozeman@ggzingeest.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-5-2022.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(9):574-579

wian e.a. 2017). Restklachten en het aantal eerdere episodes zijn plausibele risico-indicatoren, maar hebben beperkte wetenschappelijke onderbouwing. Afbouwstudies laten zien dat onderhoudsbehandeling met antidepressiva na remissie het risico op terugval gemiddeld halveert in vergelijking met het omzetten naar placebo (Geddes e.a. 2003; Williams e.a. 2007; Borges e.a. 2014; Baldessarini e.a. 2015; Batelaan e.a. 2017). Hierbij blijft echter de optimale tijdsduur van voortgezet antidepressivagebruik na remissie grotendeels onbekend. Er lijken aanwijzingen voor een minimumduur van 6 maanden, maar er is geen gerandomiseerd onderzoek gepubliceerd waarbij specifiek de optimale duur van antidepressivagebruik is vastgesteld na herstel. In de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn Depressie raadt men aan om minimaal 6 maanden door te behandelen met een antidepressivum na één depressieve episode, en minimaal één jaar na meerdere depressieve episodes. In de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen noemt men geen concrete gebruiksduur vanwege gebrek aan bewijs, al wordt vermeld dat de recidiefkans na stoppen kleiner is na één jaar vervolgbehandeling dan na een half jaar (Mavissakalian & Perel 2002).

In een recente cochrane review waren geen harde conclusies te trekken over de effectiviteit en veiligheid van afbouwstrategieën (van Leeuwen e.a. 2021). Een complicerende factor is dat het onderscheid tussen onttrekingsklachten (antidepressivadiscontinueringsymptomen; ADS) en terugval van de oorspronkelijke aandoening soms moeilijk te maken is (Renoir 2013, Horowitz & Taylor 2019). Het gaat om overlappende symptomen van lichamelijke en psychische klachten, die zowel bij

ADS als terugval kunnen passen. Patiënten hebben hierdoor ten onrechte het gevoel dat zij niet zonder antidepressiva kunnen, terwijl er mogelijk ADS zijn en niet een recidief van depressie of angststoornis. Bovendien is methodologisch goed onderzoek naar de incidentie van ADS schaars door selectie- en responsbias in bestaande studies. Ongeblindeerd afbouwen wordt daarnaast niet gecontroleerd voor nocebo-effecten (als iemand afbouwt en verwacht daar problemen mee te krijgen, dan zal iemand vaker last krijgen van ADS).

Het in 2018 gepubliceerde multidisciplinaire document 'Afbouwen SSRI's & SNRI's' (Horikx e.a. 2019) geeft, gebaseerd op de nog beperkte wetenschappelijke evidentie, handvatten bij afbouwen, rekening houdend met individuele risicofactoren voor het optreden van ADS (Ruhe e.a. 2019, 2020). Bij tricyclische antidepressiva (TCA), overige antidepressiva (zoals mirtazapine) en MAO-remmers is er nog minder bekend over afbouwen.

In de praktijk zal een beslissing om te stoppen vooral voortvloeien uit gezamenlijke besluitvorming tussen patiënt en behandelaar. Een aantal lopende wetenschappelijke onderzoeken naar de stopvragen (OPERA en TEMPO) sluit aan op de behoefte aan meer kennis over stoppen met antidepressiva (Vinkers e.a. 2021). Daarnaast is in 2021 de afbouwpoli antidepressiva van GGZ inGeest in samenwerking met AmsterdamUMC (www.ggzingeest.nl/afbouwpoli) opgericht, waarin een multidisciplinair team van verpleegkundig specialisten, psychologen, psychiaters en apothekers samenwerkt en patiënten helpt waar mogelijk af te bouwen. Via dit expertisecentrum is het mogelijk om op een structurele wijze kennis te verzamelen.

In dit artikel beschrijven wij de rationale en de opzet van deze afbouwpoli en de kenmerken en ervaringen van de eerste 51 patiënten. Centrale vragen zijn welke patiënten behoefte hebben aan dit aanbod, wat de achtergrond van hun begeleidingsvraag is en hoe zij de opzet van de afbouwpoli ervaren.

Het doel is te komen tot een toename van kennis over het stoppen van antidepressiva en het delen van deze kennis om patiënten op een goede en zorgvuldige manier te helpen.

METHODE

In januari 2021 startten de intakes bij de afbouwpoli. Data van 51 patiënten werden verzameld in de periode van januari tot november. Elke patiënt werd gevraagd diens geanonimiseerde data beschikbaar te stellen voor onderzoek en benaderd te mogen worden voor toekomstig onderzoek naar de afbouw van antidepressiva. De METC van het Amsterdam UMC beoordeelde deze geanonimiseerde dataverzameling uit zorgprocessen als niet-WMO-plichtig onderzoek (METC nr. 2021.0339). In juni werd eenmalig een enquêteformulier verstuurd aan de op dat moment in behandeling zijnde patiënten om in kaart te brengen of de afbouwpoli aansloot bij de verwachtingen en hierover tips te ontvangen. Een aantal vragen betroffen specifiek de tevredenheid met de informatie voor en tijdens de behandeling.

Opzet en rationale van de Afbouwpoli

Patiënten worden verwezen door de huidige voorschrijver, meestal de huisarts. Voorafgaand aan de intake krijgt de patiënt online psycho-educatie aangeboden over de afbouw van antidepressiva en een vragenlijst over medicatiegebruik en lichamelijke gezondheid. In de intake wordt de ziekte- en medicatiegeschiedenis besproken, naast de motivatie voor afbouw. Met het MINI-interview (Sheehan e.a. 1998) wordt beoordeeld of en hoe lang de klachten in remissie zijn.

Na de intake worden, op basis van het advies van het multidisciplinaire team, met de patiënt de voor- en nadelen van afbouw besproken en wordt gezamenlijk besloten wel of niet af te bouwen. Aspecten die hierin worden meegewogen, zijn de duur van de remissie, crisisgevoeligheid in het verleden, aanwezigheid van een andere primaire stoornis (bijv. eetstoornis, psychose of verslaving) en aanwezigheid van een steunsysteem. Wanneer voor afbouwen wordt gekozen, stelt men een persoonlijk afbouwplan op. Dit gebeurt in overleg met de betrokken apotheek.

De eigen voorschrijver kan het afbouwen begeleiden of de afbouwpoli. In het afbouwplan staat informatie over de doseringen die per stap worden voorgeschreven, de snelheid van afbouw, de monitoring van de klachten en het al dan niet inzetten van aanvullende psychologische interventies. Het maken van een terugvalpreventieplan, via een begeleide onlinemodule, wordt standaard aangeboden. Bij voorkeur wordt dit plan ook met betrokken

naasten besproken. De gekozen strategieën zijn gebaseerd op het genoemde multidisciplinaire document 'afbouwen SSRI's en SSNRI's', waarin gedeelde besluitvorming tussen patiënt, apotheker en behandelaar centraal staat. Het geven van voorlichting en laagdrempelige bereikbaarheid zijn daarbij het uitgangspunt. Daarnaast is het mogelijk dat een advies om (nog) niet af te bouwen wordt gegeven.

Drie trajecten

Patiënt en behandelaar bespreken de keuze tussen drie trajecten, traject A, B en C. De keuze wordt bepaald door de wensen van de patiënt, huidige klachten, bijwerkingen, voorgeschiedenis en eerdere stoppogingen.

In behandeltraject A wordt volstaan met een advies. Dit kan het advies zijn (nog) niet af te bouwen of het kan gaan om een afbouwadvies dat met de eigen voorschrijver wordt uitgevoerd.

Bij traject B wordt de afbouw op de afbouwpoli uitgevoerd samen met een verpleegkundig specialist of psychiater volgens een gezamenlijk stappenplan, zoveel mogelijk op basis van het multidisciplinaire document 'afbouwen SSRI's en SNRI's'. Het multidisciplinaire document geeft hieraan richting met voorbeeldtabellen die gebaseerd zijn op de bezetting van de serotoninetransporter (SERT). De hierin aanbevolen doseringen worden door de zorgverzekeraars vergoed. Tempo van afbouw en aantal afbouwstappen worden bepaald met inachtneming van risicofactoren op onttrekking. Dit betreft een of meer van de volgende factoren: hogere doseringen dan de minimaal effectieve dosis SSRI's/SNRI's die nodig waren voor een therapeutisch effect, onttrekkingsverschijnselen bij een gemiste dosis of therapie-ontrouw of eerdere mislukte stoppogingen (Harvey & Slabbert 2014).

Traject C is het intensiefste traject voor patiënten met de hoogst ingeschatte kans op terugval op basis van ernst en aantal van eerdere episodes of wanneer iemand weinig psychologische handvatten heeft overgehouden aan eerdere (CGT-)behandelingen. Het gaat hierbij om het leren verdragen van spanning, het herkennen en beïnvloeden van disfunctionele gedachten en het oplossen van dagelijkse problemen. In dit traject wordt afgebouwd met alle elementen uit traject B, met toevoeging van preventieve cognitieve gedragstherapie (PCT). Uit onderzoek is bekend dat PCT een alternatief kan zijn voor het continueren van antidepressiva bij mensen met 2 of meer voorgaande depressieve episodes en niet leidt tot meer terugval (Breedvelt e.a. 2020). Voor angststoornissen is dit nog onvoldoende onderzocht. Er is PCT voor begeleiding van afbouw bij depressie (Bockting e.a. 2018) en er is PCT voor angststoornissen (Scholten e.a. 2018). Getrainde psychologen geven de behandeling, die bestaat uit 8 individuele sessies, verspreid over het afbouwtraject. De behandeling bestaat uit het opsporen en veranderen van disfunctionele attitudes, waarvan wordt aangenomen dat deze mensen kwetsbaar maken voor terugval.

Monitoring en begeleiding

Alle afbouwtrajecten op de afbouwpoli worden gemonitord met een vragenlijst naar onttrekkingsverschijnselen (DESS; Rosenbaum e.a. 1998) en klachtenlijsten voor depressie- of angstklachten. De vooraf geschatte tijd voor traject B is 6 tot 9 maanden, voor traject C 12 maanden. Beide trajecten volgen de patiënt tot minimaal 3 maanden na de afbouw.

De afbouwpoli bestaat uit behandelaars van de academische depressiepoli, de angstpoli en de e-Healthpoli Mindway van GGZ inGeest. Dat betekent dat de behandeling zowel op locatie, als online via videobellen kan worden vormgegeven. Verschillende onlinemodules (zoals een terugvalpreventieplan en psycho-educatie over antidepressiva) ondersteunen de behandeling. Het blended werken maakt de behandeling bij de afbouwpoli toegankelijk vanuit heel Nederland.

Wanneer tijdens het ingezette traject het afbouwen problemen oplevert, is de keuze om het tempo te vertragen, begeleiding te intensiveren (als onttrekkingsverschijnselen verdragen worden) of PCT alsnog toe te voegen. Een alternatief is het verder afbouwen te stoppen op een lagere dosering of terug te keren naar de oude dosering. Bij terugval wordt een depressie- of angstbehandeling herstart of verwezen naar eigen regio.

Tabel 1. Medicatiegebruik (n = 51) , bij patiënten van de afbouwpoli

Kenmerk	N (%)
Stoornis waarvoor medicatie was voorgeschreven	
Depressie	25 (49)
Angststoornis	12 (24)
Dwangstoornis	3 (6)
Depressie en angststoornis	11 (21)
Aantal jaren medicatiegebruik	
Gem. (uitersten)	9,6 (1-36)
Aantal stoppogingen, n (%)	
Geen	17 (33)
1	11 (22)
2	10 (20)
> 2	13 (26)
Begeleiding bij eerdere stoppogingen (n=34), n (%)	
Ja	11 (32)
Nee	14 (41)
Begeleid & onbegeleid, n (%)	6 (18)
Onduidelijk, n (%)	3 (9)
Motivatie om te stoppen*, n (%)	
Het gaat nu goed	18 (35)
Bijwerkingen	18 (35)
Wil zonder AD leven	17 (27)
Bang voor gevolgen op lange termijn	6 (11.8)
Herseninfarct	1 (2)
Tinnitus	1 (2)
Twijfel over werking AD	1 (2)

*Meerdere redenen mogelijk > 100%

Naast psychiaters, verpleegkundig specialisten en psychologen zijn de apothekers van de Universitaire Poliklinische Apotheek Amsterdam UMC, locatie VUmc betrokken. Zij kunnen door de afbouwpoli geconsulteerd worden bij het opstellen van individuele afbouwplannen, voorzien patiënten van de benodigde afbouwmedicatie en begeleiden het gebruik. Door korte lijnen met de patiënt en de afbouwpoli is er vanuit de apotheek nauwe betrokkenheid en kan hoogwaardige farmaceutische zorg gerealiseerd worden.

RESULTATEN

De meeste aanmeldingen waren vrouwen (n = 37; 73%), met een gemiddelde leeftijd van 45,5 (uitersten: 23-76) jaar. Ongeveer de helft van hen kwam uit de regio Amsterdam (n = 27; 53%), nog eens 20% kwam uit Noord-Holland (n = 10). **Tabel 1** toont de kenmerken van het medicatiegebruik, de duur van het gebruik, aantal stoppogingen al dan niet onder begeleiding en de motivatie om te stoppen. Opvallend is dat de deelnemende patiënten antidepressiva langdurig gebruikten (gemiddeld meer dan 10 jaar), meestal in het kader van een depressie (45%), daarbij had 22% een depressie met een comorbide angststoornis. Bij 30% van de patiënten was de medicatie voorgeschreven in het kader van een angststoornis alleen. Het meest voorgeschreven antidepressivum was citalopram (22%) met paroxetine en venlafaxine op een gedeelde tweede plaats (20%). 22% had eenmaal eerder een stoppoging gedaan, 45% deed eerder twee of meer stoppogingen.

Tabel 2 beschrijft de soortnamen van de gebruikte antidepressiva, de doseringen en het aantal jaren gebruik. Paroxetine en fluoxetine waren de middelen die het langst werden gebruikt. Geen van de voorgeschreven antidepressiva had een opvallend afwijkende dosering, de waarden pasten binnen de geadviseerde doseringen. **Tabel 3** toont de eerste ervaringen met de behandeling. Een kleine meerderheid van de patiënten (n = 28; 55%) ging daadwerkelijk afbouwen, 39% (n = 20) kreeg het advies om dit (nog) niet te doen, niemand kreeg het advies bij de eigen behandelaar af te bouwen. De meest voorkomende redenen hiervoor waren dat de patiënt nog niet voldoende (lang) stabiel was of dat een medicatieswitch meer geïndiceerd was. Bijwerkingen vormden een belangrijke aanleiding in de wens tot stoppen, evenals het gevoel dat het op het moment goed ging en dat medicatie daarbij niet meer paste. 6 van de 28 patiënten (21%) die daadwerkelijk aan een afbouwtraject begonnen, waren inmiddels succesvol gestopt en 7 (25%) waren tevreden met een gedeeltelijke afbouw. Eén patiënt was teruggevallen na afbouw, het merendeel van de patiënten was nog bezig met het traject.

In **tabel 4** staan quotes van patiënten over de eerste ervaringen bij de afbouwpoli. 5 van de 34 verstuurdde enquêtes werden geretourneerd. Patiënten gaven aan dat zij de uitgebreide voorlichting, de mogelijkheid tot aanvullende psychologische behandeling, maar vooral

Tabel 2. Dosering en gebruik antidepressivum, bij patiënten van de afbouwpoli

Anti-depressivum	Aantal N (%)	Dosering in mg Mediaan (uitersten)	Jaren gebruik Mediaan (uitersten)
Bupropion	1 (2)	150	3
Citalopram	11 (22)	20 (10-40)	5 (1-21)
Clomipramine	2 (4)	55 (35-87)	4,5 (4-5)
Escitalopram	4 (8)	15 (10-20)	6,5 (1-13)
Fluoxetine	3 (6)	20 (20-60)	21 (21-36)
Lithium	1 (2)	600	7
Mirtazapine	1 (2)	7,5	1
Nortriptyline	2 (4)	92,5 (35-150)	4 (2-6)
Paroxetine	10 (20)	20 (5-30)	17,5 (5-35)
Sertraline	6 (12)	75 (25-150)	3 (1-7)
Venlafaxine	10 (20)	93,75 (37,50-225)	7 (2-25)

ook de reguliere contacten en laagdrempelige bereikbaarheid als prettig ervoeren. Daarbij noemden zij ook het directe contact met de apotheek.

DISCUSSIE

De afbouwpoli antidepressiva lijkt een passend aanbod voor een groep patiënten die langdurig antidepressiva

Tabel 3. Afbouwtrajecten bij de afbouwpoli

Kenmerk	N (%)
Traject*	
A	20 (42)
B	12 (25)
C	13 (27)
B > C	3 (6)
Nog niet vastgesteld	3 (6)
Afbouwtabel (n = 27)**	
tabel 2	4 (15)
tabel 3	19 (70)
tabel 2 > 3	1 (4)
Geen SSRI/SNRI	3 (11)
Tijd tussen afbouwstappen (n = 27)	
Conform voorbeeldtabel***	11 (41)
Variabel	11 (41)
Geen tabel van toepassing	5 (19)
Succesvol afgebouwd	
Geheel	6 (12)
Gedeeltelijk	7 (14)
Niet afgebouwd	24 (47)
Nog bezig	13 (26)
Terugval na afbouw	1 (4)

*A: advies, B: terugvalpreventieplan, afbouw & monitoring, C: terugvalpreventieplan, afbouw & monitoring & PCGT ** richtlijn multidisciplinair afbouwdocument tabel 2: halvering dosis per stap, tabel 3: afbouwstap is daling van 10% in de serotoninetransportbezettingsgraad *** conform tabel: 1-2 weken

gebruiken en merendeels al stoppogingen hebben gedaan. Deze stoppogingen hadden zij eerder zowel met als zonder begeleiding gedaan, wat aangeeft hoe heterogeen tot nu toe het proces van stoppen met antidepressiva is. 39% van de mensen die zich aanmeldt krijgt het advies om (nog) niet te stoppen. Hoewel we de reacties van de patiënten op dit advies niet systematisch in kaart hebben gebracht, variëren deze van enige teleurstelling tot geruststelling.

De betrokkenheid van verschillende specialismen leidt tot een multidisciplinair advies waarin psychiatrische, psychologische, verpleegkundige en farmaceutische overwegingen samenkomen. Door de samenwerking met de apotheek van het Amsterdam UMC is persoonlijk contact tussen patiënten en apothekers laagdrempelig beschikbaar.

Ongeveer een derde van de verwezen patiënten had geen eerdere stoppoging ondernomen. Het is lastig vast te stellen of deze verwijzingen onnodig of te vroeg waren. Voor ons bevestigt dit vooral het belang om de ontwikkelde kennis over afbouwen uit te dragen, zodat een doeltreffende wijze van afbouwen breder beschikbaar komt voor patiënten, behandelaars en apothekers. Hulp bij afbouw door al bekende professionals dicht bij huis heeft in het algemeen de voorkeur.

Onze eerste resultaten bevestigen de bevindingen uit wetenschappelijke literatuur dat er veel onzekerheid bestaat rondom afbouwen. Hierdoor zoeken patiënten naar meer deskundige begeleiding bij dit proces. De mogelijkheid tot online behandelen vergroot het bereik van deze begeleiding. Het exacte percentage patiënten dat hiervan gebruikmaakt, is niet gemonitord, maar de overgrote meerderheid van de verwezen patiënten maakte gebruik van de onlinemodules. Het online invullen van vragenlijsten en werken met de onlinemodule bleek voor iedereen haalbaar.

Het merendeel van de patiënten bouwde af volgens tabel 3, waarin microdoseringen worden aanbevolen, dit zijn magistrale bereidingen die elke apotheek kan bestellen. Dit bleek niet voor elke apotheek bespreekbaar. Vanaf de start van de afbouwpoli is nauw samengewerkt met de poliklinische apotheek van het Amsterdam UMC (locatie VUmc) zodat de beschikbaarheid van deze lage doseringen, de vergoeding ervan, maar ook goede begeleiding voor elke patiënt door de apotheker geregeld waren.

Specifieke bevindingen

Opvallend is dat veel patiënten venlafaxine en paroxetine gebruikten. Bekend is dat deze middelen veel worden voorgeschreven, maar ook het vaakst problemen geven bij afbouw vanwege onttrekkingsverschijnselen, waarschijnlijk door de relatief korte halfwaardetijd. De eerdergenoemde TEMPO-studie is gericht op afbouwstrategieën bij deze middelen en sluit aan op de ervaringen bij de afbouwpoli dat dit een groep is die extra ondersteuning zoekt. Citalopram is het meest voorgeschreven medicijn bij de verwezen patiënten, waar-

Tabel 4. Ervaringen bij de afbouwpoli (n = 5)

'Door het regelmatige contact en ook door de vragenlijsten voelde ik me minder onzeker over de afbouw. Het gaf me een veilig gevoel dat er iemand mee keek. Mijn verwachting was dat er met meer expertise (dan bij de huisarts) werd meege gedacht en meegekeken en daar heeft het traject aan voldaan.'

'Na 13 jaar is het, dankzij de extra begeleiding en microdosering, eindelijk gelukt om te stoppen.'

Afbouwen is een individueel verhaal en soms (zoals bij mij) is het goed om dit langzaam te doen. Het is fijn dat dit bij de afbouwpoli gezien wordt.'

'Ik was te drastisch begonnen met afbouwen in overleg met mijn huisarts en was blij op de poli terecht te kunnen om alles goed door te spreken. Het was ook een fijn idee dat ik iemand had om op terug te vallen mocht dit nodig zijn.'

'Van te voren wist ik niet dat er een samenwerking was met de apotheek van Amsterdam UMC en dat het afbouwen zo nauwkeurig gemonitord zou worden. Het voelt goed dat het op eigen tempo kan en dat ik gebruik kan maken van het aanbod tot preventieve CGT.'

schijnlijk omdat dit antidepressivum in Nederland ook het meest wordt voorgeschreven.

Hoewel de patiënten bij de afbouwpoli gemiddeld 10 jaar medicatie gebruiken (uitersten: 1 tot 36 jaar) zijn ervaren bijwerkingen de meest genoemde redenen om te willen stoppen. Kennelijk worden deze bijwerkingen lang verdragen, mogelijk omdat de angst voor een terugval daar tegenop weegt. De groep die bijwerkingen als voornaamste stopreden noemt, gebruikte gemiddeld 7 jaar de medicatie. Dit vormt een bevestiging van de noodzaak om meer kennis te verzamelen over de kans op terugval na het stoppen van antidepressiva en meer zicht op de tijd die iemand medicijngebruik dient te continueren. Hiermee kan men beter en gericht voorlichting geven over de kans op terugval en dit kan de angst hiervoor verminderen. Indien er meer wetenschappelijk bewijs is, kan het wellicht in de toekomst de moeite waard zijn om farmacogenetische aspecten bij het afbouwen van antidepressiva mee te nemen.

Beperkingen

Onze resultaten hebben een aantal beperkingen die inherent zijn aan de fase waarin de afbouwpoli zich bevindt. Het gaat tot nu toe nog om een relatief kleine groep patiënten, waarvan de meesten nog bezig zijn met het afbouwtraject. De gepresenteerde cijfers zijn beschrijvend, gebaseerd op dossieronderzoek en bevatten geen resultaten uit afgenomen vragenlijsten. De vragenlijsten geven meer en preciezere informatie over bijwerkingen, onttrekkingsverschijnselen en terugkeer van klachten. Van de verstuurde enquêtes is slechts een gering aantal teruggestuurd. Dit maakt waarschijnlijk dat op dit moment de positiefste antwoorden zijn ontvangen. Het is goed mogelijk dat de negatievere ervaringen onderbelicht zijn. De infrastructuur rond systematische dataverzameling moeten we nog opbouwen. Met een grotere steekproef kunnen we in de toekomst ook uitspraken doen over de samenhang tussen afbouwsucces en bijvoorbeeld de duur van het antidepressivagebruik, de reden van afbouw, en de samenhang met dosering en afbouwwens. Daarmee hopen we in de toekomst preciezere resultaten te kunnen presenteren over ervaringen met en effecten van de beschreven

werkwijze en deze werkwijze op basis daarvan ook te kunnen bijstellen

CONCLUSIES

Het zorgvuldig in kaart brengen van de redenen van stoppen, de eerdere stoppogingen en huidige en eerdere klachten leidt tot een weloverwogen en gezamenlijk besluit over het stoppen met antidepressiva. Dit kan leiden tot een begeleid multidisciplinair afbouwtraject of tot het advies om (nog) niet af te bouwen. Patiënten waarderen de stapsgewijze afbouw met ondersteuning, een terugvalpreventieplan, eventuele psychologische begeleiding en nauwkeurige monitoring van onttrekkingsverschijnselen en symptomen.

Wat opvalt bij de eerste verwijzingen is dat het gaat om een groep patiënten met langdurig gebruik van antidepressiva, die ook al eerdere stoppogingen hebben gedaan. Het lijkt een specifieke groep patiënten met een stoppens bij wie het eerder niet gelukt is. De aanmeldingen kwamen uit de eigen regio, maar ook uit andere delen van het land. Samen onderzoeken of afbouw inderdaad een verstandige keuze is, lijkt te voorzien in een behoefte van veel patiënten en daarom waarderen zij dit.