

# Deprescriptie van psychofarmaca; praktijk en behoeften van patiënten en naasten

L.E.M. Koomen, J.N. de Boer, M.J.M. van den Eijnden, N.M.A.M. Vos de Wael, N. Berg, I. Wilting, W. Cahn

- Achtergrond** De prevalentie van psychiatrische aandoeningen is de afgelopen decennia stabiel gebleven, tegelijkertijd is het gebruik van psychofarmaca toegenomen. Dit suggereert dat er mogelijk psychofarmaca onnodig frequent worden voorgeschreven, met als risico toename van bijwerkingen en complicaties. Internationaal groeit de aandacht voor deprescriptie, het afbouwen/stoppen van medicatie.
- Doel** Onderzoeken welke ervaringen en behoeften patiënten en hun naasten hebben wat betreft deprescriptie van psychofarmaca en de rol van de behandelaar daarbij.
- Methode** Er werd online een vragenlijst uitgezet onder het MIND-ggz-panel dat bestaat uit (ex-)patiënten met een psychiatrische aandoening en hun naasten.
- Resultaten** 564 respondenten namen deel. 83,8% van de patiënten had in het verleden hun psychofarmaca afgebouwd/gestopt, meestal op eigen initiatief (66,7%) en in overleg met de behandelaar (72,9%). Slechts bij 15,1% nam de behandelaar het initiatief om af te bouwen. Bij 68,6% werd bij het starten van psychofarmaca niet gesproken over afbouwen. Patiënten/naasten ervoeren terughoudendheid en tegenwerking van behandelaars bij het afbouwen en wilden vaker in gesprek over afbouwen (79,5%).
- Conclusie** Psychofarmaca worden voornamelijk afgebouwd/gestopt op initiatief van de patiënt, en patiënten/naasten ervaren hierbij onvoldoende begeleiding van hun behandelaar. Wij adviseren deprescriptie vaker als gespreksonderwerp op de agenda te zetten in het shared decision-making proces.

De prevalentie van psychische aandoeningen is de afgelopen decennia stabiel gebleven (de Graaf e.a. 2012), maar het gebruik van psychofarmaca is toegenomen. Volgens cijfers van het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) is het aantal gebruikers van antidepressiva in de periode 2003-2020 met ruim 20% gestegen, van antipsychotica met 40% en van psychostimulantia met 365%. Deze groei is opmerkelijk omdat gedurende de periode van 1996-2009 het zorggebruik vanwege psychische problemen in de algemene zorgverlening (bijv. huisarts) is afgenomen, en in de ggz vrijwel stabiel is gebleven (De Graaf e.a. 2010). Naast een toename van monotherapie, berust de groei in het gebruik van psychofarmaca deels op de toename van polyfarmacie met psychofarmaca. Zo blijkt uit internationaal onderzoek dat een derde van de ambulante patiënten meer dan drie middelen gebruikt (Kukreja e.a. 2013). Bovendien blijkt dat vóór 1980 bij 48% van de klinische patiënten monotherapie werd toegepast, terwijl dit in

studies tussen 1991-2000 gedaald is naar 20% (Kukreja e.a. 2013).

Hoewel psychofarmaca een prominente plaats hebben in de behandeling van psychiatrische klachten, is overmatig en onnodig gebruik zeer onwenselijk en risicovol. Voorbeelden van onwenselijke effecten zijn bijwerkingen zoals sufheid, seksuele bijwerkingen, gastro-intestinale klachten, extrapiramidale effecten, en gewichtstoename (Solmi e.a. 2020). Mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen hebben een 1,4-2 keer groter risico op obesitas, hart- en vaatziekten en diabetes, voor een deel verklaard door het gebruik van psychofarmaca (Firth e.a. 2019). Wanneer patiënten meerdere middelen gebruiken, neemt de kans op irrationele en schadelijke combinaties toe, waardoor het risico op iatrogene schade stijgt en de therapietrouw vermindert (Kukreja e.a. 2013).

De groei in het gebruik van psychofarmaca bij gelijkgebleven zorgverbruik in de gzz en zelfs wat afgenomen

## AUTEURS

**Lisanne E.M. Koomen**, arts in opleiding tot psychiater en promovendus, Universitair Medisch Centrum Utrecht.

**Janna N. de Boer**, arts in opleiding tot psychiater, Universitair Medisch Centrum Utrecht en promovendus, Universitair Medisch Centrum Groningen.

**Monique J.M. van den Eijnden**, beleidsadviseur en project-medewerker Team Kennis, Innovatie en Onderzoek, MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid.

**Nic M.A.M. Vos de Wael**, beleidsadviseur, MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid.

**Nils Berg**, basisarts, Lentis.

**Ingeborg Wilting**, ziekenhuisapotheker, Universitair Medisch Centrum Utrecht.

**Wiepke Cahn**, psychiater en hoogleraar Lichamelijke gezondheid bij psychiatrische aandoeningen, Universitair Medisch Centrum Utrecht en Altrecht.

## Correspondentie

Lisanne Koomen (l.e.m.koomen-2@umcutrecht.nl).

Geen strijdige belangen meegegeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-3-2022.

## Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(7):424-430

zorggebruik in de eerste lijn kan verschillende oorzaken hebben, zoals het afgenomen stigma op psychofarmacagebruik of langere wachttijden voor psychologische hulp. Als deze getallen indicatief zijn voor onnodig frequent voorschrijven van psychofarmaca, dan geeft dat als risico toename van bijwerkingen en complicaties. Het is van belang dat men kritisch kijkt naar het voorschrijfgedrag en daarbij ook de mogelijkheden om psychofarmaca af te bouwen of te stoppen meeneemt. ‘Deprescriptie’, een term uit de ouderengeneeskunde, wordt gedefinieerd als het systematische proces van het identificeren van medicatie en die staken wanneer mogelijke schade zwaarder weegt dan de mogelijke voordelen waarbij men goed kijkt naar de medische status, functioneren, waarden, en voorkeuren van de patiënt (Scott e.a. 2015). In de ouderengeneeskunde kijkt men al langere tijd kritisch naar het medicatiegebruik en is het afbouwen of stoppen van medicatie inmiddels onderdeel van de dagelijkse praktijk. Ter bevordering van deprescriptie en optimalisatie van polyfarmacie zijn richtlijnen en hulpmiddelen in het leven geroepen zoals een richtlijn voor deprescriptie en de STOPP/START-criteria die sindsdien wereldwijd worden toegepast en uitgebreid (Gallagher & O’Mahony, 2008; O’Mahony e.a. 2014). In de psychiatrie ontbreken op dit moment tools voor behandelaars om te komen tot optimalisatie en deprescriptie van polyfarmacie om zo rationeel psychofarmacagebruik te bevorderen en te herkennen wanneer het beleid mogelijk schade teweegbrengt.

Deprescriptie van psychofarmaca krijgt op dit moment meer aandacht. In Nederland loopt een aantal onderzoeken naar het effectief afbouwen en stoppen van antidepressiva in de OPERA- en de TEMPO-studie (Vinkers e.a. 2021), en naar het afbouwen van antipsychotica in de HAMLETT-studie (Begemann e.a. 2020). Hoewel een

richtlijn voor deprescriptie in de psychiatrie ontbreekt, biedt de internationale literatuur wel handvatten en aanwijzingen voor het terugdringen en afbouwen van psychofarmacagebruik (Gupta & Cahill 2016; Horowitz e.a. 2022). De auteurs benoemen drie indicaties voor deprescriptie: veranderingen in de verhouding tussen het risico en de baten (bijv. zwangerschap of comorbiditeit), therapietrouw (begeleid afbouwen wordt verkozen boven ongebeleid staken), en polyfarmacie. Goede samenwerking en communicatie tussen de behandelaar en patiënt zijn hierbij essentieel omdat begeleid afbouwen succesvoller is en het risico op terugval verlaagt (Harvey & Slabbert 2014; Cosci & Chouinard 2020). Vanuit de behandelaars is er steeds meer aandacht voor deprescriptie, maar ons is geen onderzoek bekend waarin specifiek de ervaringen en behoeften van patiënten en naasten over dit onderwerp zijn onderzocht. Wij onderzochten welke ervaringen en behoeften er onder patiënten met psychische klachten en hun naasten leven wat betreft het afbouwen en stoppen van psychofarmaca en of er verschillen zijn tussen verschillende groepen gebruikers. Ook onderzochten we de wensen van patiënten en naasten over de rol van de behandelaar hierin.

## METHODE

In samenwerking met MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid ontwikkelden we een vragenlijst over het gebruik en het afbouwen van psychofarmaca met een combinatie van 47 open en gesloten vragen (op te vragen bij de eerste auteur). De vragenlijst werd tussen 7 en 19 juli 2021 digitaal verspreid onder het ggz-panel van MIND. Het ggz-panel bestaat uit (ex-)ggz-patiënten, familie en/of naasten (hierna: naasten), die zich vrijwillig hebben aangemeld en jaarlijks meerdere facultatieve

**Tabel 1. Demografische en farmacologische gegevens**

	Ingevuld door patiënten (n = 512)	Ingevuld door naasten (n = 52)
<b>Geslacht, n (%)</b>		
Man	99 (19,3)	12 (23,1)
Vrouw	409 (79,9)	40 (76,9)
Anders	4 (,8)	-
<b>Leeftijd, gemiddelde (SD)</b>		
	49,5 (13,79)	60,3 (11,98)
<b>Psychofarmacagebruik, n (%)</b>		
Momenteel	362 (70,7)	40 (78)
Voorheen	123 (24,0)	10 (20)
Nooit	24 (4,7)	1 (2)
<b>Type psychofarmaca (huidig en verleden), n (%)</b>		
Antidepressiva	321 (62,7)	9 (17,3)
Antipsychotica	169 (33,0)	30 (57,7)
Benzodiazepines	149 (29,1)	6 (11,5)
Stemmingsstabilisatoren	91 (17,8)	10 (19,2)
Stimulantia	34 (6,6)	3 (5,8)
Overige medicatie*	23 (4,5)	-
<b>Aantal gelijktijdig gebruikte psychofarmaca, n (%)</b>		
1	200 (39,1)	25 (48,1)
2	145 (28,3)	6 (11,5)
3	69 (13,5)	8 (15,4)
4	36 (7,0)	3 (5,8)
5	14 (2,7)	3 (5,8)
> 5	15 (2,9)	3 (5,8)
Niet ingevuld	33 (6,4)	4 (7,7)

\*Promethazine/melatonineagonisten.

vragenlijsten kunnen invullen, over diverse ggz-gerelateerde thema's. De leden van het MIND-panel worden geworven onder de algemene populatie met als oproep 'Heb jij ervaring met psychische klachten, zelf of als naaste?' Daarbij zijn er geen verdere selectiecriteria. Dit onderzoek was niet WMO-plichtig.

### Statistische analyses

De data werden met SPSS 25.0 geanalyseerd. De kwantitatieve data werden beschrijvend geanalyseerd en numeriek en grafisch geordend. Bij meerdere multiplechoicevragen was het mogelijk meerdere antwoorden te kiezen waardoor het totale percentage van antwoorden boven de 100% uitkwam. Om groepsverschillen tussen mannen en vrouwen, en tussen respondenten met en zonder polyfarmacie te vergelijken voerden we  $\chi^2$ -toetsen uit omdat de aantallen hiervoor voldoende waren.

## RESULTATEN

De vragenlijst werd beantwoord door 564 respondenten (14% van totaal aantal uitgezette vragenlijsten (n = 3930), een gemiddelde respons voor het MIND-panel. 90,8% (n = 512) van de respondenten had de vragenlijst voor zichzelf ingevuld en 52 respondenten hadden de vragenlijst ingevuld als naaste (zie tabel 1). Driekwart van de respondenten gebruikt(e) één of twee middelen, voornamelijk antidepressiva, benzodiazepines en antipsychotica.

## Resultaten van patiënten

### Afbouwen/stoppen

Bijna alle respondenten hadden hun psychofarmaca meerdere keren afgebouwd/gestopt, zonder over te stappen op een ander middel (83,8%). 242 respondenten gaven aan ooit gestopt te zijn met psychofarmacagebruik, 75 waren gestopt maar daarna herstart, 44 waren wel gestopt 'maar anders', 43 waren afgebouwd, maar niet gestopt en 78 respondenten waren niet gestopt. Bij 122 respondenten ging het om 1 stoppoging, bij 240 om 2-5 pogingen, 34 respondenten probeerden 6-10 keer te stoppen en 6 deden meer dan 10 stoppogingen.

De voornaamste redenen waren het ervaren van bijwerkingen (51%), het op eigen kracht willen doen (48%), en nieuwsgierigheid naar hoe het zonder psychofarmaca zou gaan (47%). Afbouwen/stoppen gebeurde veelal op eigen initiatief (n = 270; 66,7%), bij 61 respondenten op initiatief van de behandelaar en bij 74 lag dit anders. De meerderheid gaf aan het wel met de behandelaar overlegd te hebben (n = 293; 72,9%), 84 respondenten had niet overlegd met de behandelaar, 11 hadden met familie overlegd en 14 met anderen, vaak met hun huisarts. Respondenten die hun medicatie nooit hadden afgebouwd/gestopt, gaven hiervoor als redenen dat de medicatie goed werkte (43,8%) of dat ze bang waren voor de gevolgen van afbouwen/stoppen (28,8%).

De meeste respondenten waren tegen obstakels aange-

lopen tijdens het afbouwen/stoppen van hun psychofarmaca (80,9%), namelijk: het recidiveren of verergeren van psychiatrische klachten (51,2%), het ontstaan van onttrekkingsverschijnselen (44,3%), het missen van voldoende alternatieven voor psychofarmacagebruik (15,6%), of een behandelaar die niet of moeilijk meewerkte (10,4%). Deze obstakels hadden als gevolg dat respondenten minder konden afbouwen/stoppen dan ze wilden (11,7%), of dat het afbouwen/stoppen teruggedraaid moest worden (22,5%).

### Rol behandelaar bij afbouwen/stoppen

De meeste respondenten gaven aan dat de behandelaar betrokken was bij het afbouwen/stoppen (53,6%), tegenover 26,6% waarbij de behandelaar niet, en 19,9% niet altijd betrokken was. Redenen waarom de behandelaar niet betrokken was staan vermeld in **tabel 2**. Een groot aandeel van de respondenten gaf aan dat er bij het starten van de psychofarmaca niet gesproken was over hoe of wanneer deze weer afgebouwd/gestopt zouden kunnen worden (68,6%). Ook bij benzodiazepinegebruikers was hier meestal niet over gesproken (67,8%). Vrijwel iedereen gaf aan het zeer belangrijk (46,6%) of belangrijk (36,0%) te vinden dat er samen met de behandelaar/familie/naasten beslist wordt over het starten en afbouwen/stoppen van psychofarmaca. De respondenten waren verdeeld over de rol van de behandelaar in het proces van afbouwen/stoppen: (zeer) tevreden (47%), neutraal (27,6%) en (zeer) ontevreden (25,4%). Respondenten bij wie de behandelaar betrokken was bij de afbouw/stoppen, waren tevredener over de rol van de behandelaar bij het afbouwen/stoppen dan respondenten bij wie dit niet het geval was ( $\chi^2 = 50,730$ ;  $p < 0,001$ ). Als de behandelaar betrokken was, was 21,4% zeer tevreden en 39,0% tevreden, versus 5,4% en 12,2% als de behandelaar niet betrokken was.

### Informatiebehoefte bij afbouwen/stoppen

De respondenten gaven aan veelal (zeer) ontevreden (47,9%) of neutraal (34,2%) over het aanbod van informatie over het afbouwen/stoppen van psychofarmaca te zijn. Het merendeel van de respondenten gaf aan dat zij bij voorkeur informatie kregen in een gesprek met de behandelaar (84,1%), door het zelf op te zoeken (40,4%), via de huisarts (35,4%) of via de apotheek (20,3%). De meeste respondenten gaven aan het (zeer) belangrijk (79,5%) te vinden dat er meer nadruk zou komen te liggen op de mogelijkheden voor het afbouwen en stoppen van psychofarmaca.

### Psychofarmacagebruik

De meerderheid van de respondenten gaf aan (zeer) tevreden te zijn (58,0%) met hun psychofarmaca. Desondanks gaf vrijwel iedereen aan bijwerkingen te (hebben) ervaren (86,7%): 74 respondenten een beetje, 151 matig, 132 veel en 65 respondenten zeer veel. 65 respondenten meldden geen bijwerkingen. Wat betreft de effectiviteit van de psychofarmaca gaf een grote meerderheid aan dat hun klachten waren verminderd, maar niet volledig verdwenen ( $n = 352$ ; 72,3%), bij 51 respondenten had medicatie niet geholpen, bij 8 had deze nog niet geholpen en 29 hadden meer klachten. Bij 47 respondenten waren de klachten weg.

Opvallend was dat van de benzodiazepinegebruikers 12,6% meerdere benzodiazepines, en 2,5% naast een benzodiazepine ook promethazine/melatonine gebruikte. Ook gebruikte 7,6% van de antidepressivagebruikers meerdere antidepressiva en gebruikte 18,8% van de stimulantiegebruikers een benzodiazepine.

### Man-vrouwverschillen

Er was geen significant verschil in de prevalentie van polyfarmacie tussen mannen en vrouwen (51,8% versus 59,3%) en de effectiviteit tussen mannen en vrouwen was niet verschillend ( $\chi^2 = 1,939$ ;  $p = 0,474$ ). Vrouwen hadden wel vaker last van bijwerkingen ( $\chi^2 = 10,071$ ;  $p = 0,002$ ): slechts 11,1% van de vrouwen gaf aan geen last te hebben van bijwerkingen, tegenover 23,9% van de mannen. Vrouwen overwogen vaker om te stoppen met hun psychofarmaca: 86,0% van de vrouwen versus 71,5% van de mannen ( $\chi^2 = 13,882$ ;  $p = 0,003$ ), waren vaker met hun psychofarmaca gestopt (86% versus 73,3%;  $\chi^2 = 13,341$ ;  $p = 0,010$ ) en stopten vaker op hun eigen initiatief (63,5% versus 45,9%,  $\chi^2 = 8,952$ ;  $p = 0,003$ ). Vrouwen benoemden vaker als obstakel bij het stoppen dat ze last kregen van ontwenningverschijnselen (37,7% versus 23,2%;  $\chi^2 = 7,301$ ;  $p = 0,007$ ), en ook kwamen hun klachten vaker terug nadat ze gestopt waren (44,7% versus 23,2%;  $\chi^2 = 15,299$ ;  $p < 0,001$ ).

### Polyfarmacie versus monotherapie

Er was geen significant verschil tussen de groepen met en zonder polyfarmacie bij de vraag of respondenten ooit gestopt/afgebouwd waren met hun psychofarmaca ( $\chi^2 = 6,495$ ;  $p = 0,165$ ). Ook was er geen verschil tussen de groepen in de vraag op wiens initiatief er werd gestopt/afgebouwd ( $\chi^2 = 0,122$ ;  $p = 0,941$ ). Respondenten met polyfarmacie benoemden vaker als obstakel dat de behandelaar niet meewerkte aan het afbouwen/stoppen

**Tabel 2. Redenen waarom de behandelaar niet betrokken was bij afbouwen/stoppen**

Respondent wilde het zelf doen (38,9%)
Behandelaar nam de respondent niet serieus (22,6%)
Behandelaar was het niet eens met afbouwen (18,4%)
Behandelaar was moeilijk te bereiken (15,3%), o.a. omdat patiënt niet meer in behandeling was.

(11,1% versus 5,5%;  $\chi^2 = 4,585$ ;  $p = 0,032$ ). Verder waren er geen verschillen in obstakels waar de groepen tegen aan liepen ( $p > 0,100$ ).

## Resultaten van naasten

### Afbouwen/stoppen

De meeste respondenten gaven aan ooit gewild te hebben dat de psychofarmaca van hun naaste afgebouwd/gestopt werden (58,8%). Als voornaamste redenen werden genoemd het ervaren van bijwerkingen (76,6%), zorgen over het ontstaan van bijwerkingen in de toekomst (40,0%) en onvoldoende effect van de psychofarmaca (36,6%). In 72,5% van de gevallen waren de psychofarmaca van de naaste wel eens afgebouwd/gestopt zónder over te stappen op een ander medicijn. Indien de naaste ging afbouwen of stoppen, liep deze in 77,8% van de gevallen tegen obstakels aan. Deze obstakels bestonden vooral uit het verergeren van de psychische klachten (58,6%) en/of het ontstaan van onttrekkingsverschijnselen (34,5%). In 72,4% van de gevallen hadden de obstakels invloed op het uiteindelijke afbouwen/stoppen.

### Rol behandelaar bij afbouwen/stoppen

De behandelaar was meestal betrokken bij het afbouwen/stoppen (69,4%). Wanneer de behandelaar niet betrokken was, werd als voornaamste reden benoemd dat de behandelaar moeilijk te bereiken was (41,6%). Meer dan de helft van de respondenten gaf aan dat er niet gesproken was over afbouwen/stoppen bij het starten van de psychofarmaca (57%). De respondenten waren verdeeld over de rol van de behandelaar in het proces van afbouwen/stoppen (ontevreden 28,0%, tevreden 28,0%, zeer tevreden 22,0% en neutraal 16%). Bijna alle respondenten gaven aan het zeer belangrijk te vinden dat er samen met de behandelaar/familie/naasten beslist wordt over het starten en afbouwen/stoppen van psychofarmaca (82,7%).

### Informatiebehoefte

Over het aanbod van informatie omtrent afbouwen/stoppen waren de respondenten veelal zeer ontevreden (26,9%), ontevreden (21,2%) of neutraal (36,5%). De grote meerderheid zou het liefst deze informatie in een gesprek met de behandelaar krijgen (76,9%). Ook ervoeren de respondenten het als zeer belangrijk (53,8%) of belangrijk (25,0%) dat er meer nadruk komt te liggen op de mogelijkheden voor het afbouwen/stoppen.

## DISCUSSIE

In dit onderzoek keken we naar de ervaringen en behoeften van patiënten en naasten wat betreft het afbouwen/stoppen van psychofarmaca. We concluderen dat het afbouwen/stoppen van psychofarmaca voor patiënten en naasten een zeer relevant thema is. Een overgrote meerderheid heeft meerdere keren hun psychofar-

maca afgebouwd/gestopt zonder over te stappen op een ander middel, meestal gebeurde dit op initiatief van de patiënt. Patiënten betrekken vervolgens meestal wel hun behandelaar bij het afbouwproces, maar ervaren hierin vaak geen of onvoldoende gehoor bij hun behandelaar. Van de patiënten die hun medicatie niet afbouwen/stoppen, is een derde bang voor de gevolgen van staken. Patiënten en naasten rapporteren dat behandelaars bij het voorschrijven van medicatie zelden bespreken dat medicatie ook weer afgebouwd/gestopt kan worden. Uit de resultaten blijkt daarnaast dat de meeste patiënten tevreden zijn over hun psychofarmaca. Bij doorvragen blijkt echter dat het grootste deel bijwerkingen ervaart en dat zij nog psychiatrische klachten ervaren. Daarnaast is bij een deel van de patiënten sprake van irrationele combinaties van psychofarmaca. Ons onderzoek bevestigt eerder onderzoek wat betreft de hoge prevalentie van polyfarmacie (Kukreja e.a. 2013), aangezien er bij slechts 39,1% van de deelnemers sprake was van monotherapie. Vrouwen (als groep) en patiënten bij wie sprake was van polyfarmacie hadden in ons onderzoek meer last van bijwerkingen, hetgeen ook in eerdere studies werd gevonden (Marazziti e.a. 2013; Iversen e.a. 2018). Ook repliceren we met ons onderzoek eerdere studies in de bevinding dat 30% zonder overleg hun psychofarmaca afbouwt/stopt (Kilzieh e.a. 2008; Samples & Mojtabei 2015; Kamaradova e.a. 2016).

### Obstakels bij het afbouwen/stoppen

Uit ons onderzoek blijkt dat bijna alle patiënten obstakels ervaren bij het afbouwen/stoppen van psychofarmaca. Zo kreeg de helft van hen onttrekkingsverschijnselen of maakte een recidief of verergering van de psychische klachten door. Deze resultaten zijn niet verrassend omdat het afbouwen/stoppen van psychofarmaca vaak gepaard gaat met moeilijkheden zoals onttrekkingsverschijnselen, zeker wanneer dit abrupt of zonder toezicht gebeurt (Harvey & Slabbert 2014; Cosci & Chouinard 2020).

In ons onderzoek vonden we dat vrouwen vaker dan mannen ontweningsverschijnselen en een recidief van hun klachten kregen tijdens het afbouwen. Dit wordt mogelijk verklaard doordat vrouwen vaker bijwerkingen ervaren waardoor zij eerder de psychofarmaca afbouwen/staken (Semahegn e.a. 2020).

Een ander obstakel is het niet of moeilijk meewerken van de behandelaar (10%). Bij 27% van de patiënten die een afbouw/stoppoging deed, was de behandelaar daarbij niet betrokken. Een van de redenen hiervoor was dat de respondent niet meer in psychiatrische behandeling was. Een terugverwijzing naar de ggz voor begeleid afbouwen wordt momenteel mogelijk als een drempel ervaren door de lange wachtlijsten.

Daarnaast is het opvallend dat in slechts 15,1% van de gevallen de behandelaar het initiatief tot afbouwen/stoppen neemt, gezien de hoge percentages polyfarmacie

(58,2%) en bijwerkingen (86,7%), irrationele psychofarmacacombinaties en het feit dat 72,3% van de respondenten ondanks psychofarmacagebruik toch klachten blijft houden.

Dit zou mogelijk deels verklaard kunnen worden door onze onderzoekspopulatie. De deelnemers van het MIND-panel voelen zich namelijk betrokken bij thema's in de psychiatrie en zijn mogelijk ook mondiger in hun eigen behandeling, waardoor zij mogelijk vaker het initiatief nemen om hun psychofarmaca af te bouwen. Dit neemt niet weg dat bij een groot deel van de patiënten het afbouwen niet op initiatief van de behandelaar gebeurt.

### Therapeutische alliantie

Uit ons onderzoek blijkt dat patiënten en naasten weerstand en tegenwerking ervaren van behandelaars in het proces van afbouwen/stoppen. Het niet bespreken van psychofarmaca-afbouw vermindert de kans dat de afbouw succesvol is, en vormt bovendien een risico voor terugval (Harvey & Slabbert 2014; Cosci & Chouinard 2020). Daarnaast is het een gemiste kans voor de therapeutische alliantie: onze resultaten laten immers zien dat patiënten meer tevreden zijn wanneer de behandelaar betrokken is bij de afbouw.

Gupta en Cahill (2016) stellen dat het eenzijdige besluit van een patiënt om te stoppen met medicatie zonder hulp van de behandelaar vragen oproept over de kwaliteit van de therapeutische alliantie. Wanneer een behandelaar daarentegen interesse toont in de beweegredenen van de patiënt, informatie geeft over de mogelijke complicaties en effecten van het afbouwen en samen een plan maakt, kan dit juist zorgen voor een versterking van de therapeutische alliantie en mogelijk ook zorgen voor betere therapietrouw. In de klinische praktijk zullen er patiënten zijn bij wie de behandelaar het afbouwen geen verstandig idee vindt en aan wie zij zullen adviseren de medicatie te continueren. Echter, ook wanneer de voorschrijver niet achter het afbouwen staat, kan het bespreken en steunen ervan de toekomstige behandelrelatie verbeteren.

### Beperkingen

Dit onderzoek heeft beperkingen. Ten eerste hebben we gebruikgemaakt van een panel van vrijwilligers die zich hebben aangemeld om mee te denken over thema's binnen de psychiatrie waarvan 14,4% heeft deelgenomen. Dit zou kunnen resulteren in meer uitgesproken meningen in vergelijking met een ware, aselechte steekproef. Ook zullen ernstig zieke patiënten in dit panel onvoldoende gerepresenteerd zijn.

Ten tweede waren de respondenten voornamelijk vrouwen (bijna 80%) en waren zij overwegend van middelbare leeftijd. Hierdoor zijn de resultaten mogelijk minder goed te generaliseren naar mannen en jongere vrouwen. Dit is een bekend probleem bij onlinevragen-

lijsten aangezien de participatie onder vrouwen doorgaans hoger is (Smith 2008).

Ten derde is het aantal naasten dat deelnam laag, waardoor de resultaten mogelijk niet representatief zijn voor alle naasten.

### Aanbevelingen voor de klinische praktijk

De respondenten van ons onderzoek gaven aan dat er tijdens de behandeling meer nadruk moet komen te liggen op de mogelijkheden voor het afbouwen en stoppen van psychofarmaca. Dit zou tijdens de behandeling vaker onderdeel moeten zijn van samen beslissen, aangezien patiënten deze informatie het liefst van hun behandelaar krijgen. Ons advies is om tijdens het voorschrijven van psychofarmaca ook de termijn van het gebruik en de mogelijkheden tot afbouwen te bespreken en bij de keuze van het middel rekening te houden met de moeilijkheidsgraad van het afbouwen. In het proces van samen beslissen over het afbouwen is het belangrijk de voor- en nadelen van psychofarmaca, de angsten van de patiënt en de alternatieven voor medicatie, zoals vaktherapie en leefstijlinterventies, te bespreken.

Indien een patiënt wordt terugverwezen naar de huisarts, is het nuttig om heldere instructies over het afbouwen in de ontslagbrief op te nemen en de patiënt te informeren over de mogelijkheid om voor het afbouwen/staken terug verwezen te worden naar de specialistische ggz. Het is hierbij van belang om een laagdrempelige en snelle terugverwijzing te faciliteren.

---

### CONCLUSIE

Op basis van de huidige bevindingen kunnen we concluderen dat het afbouwen/stoppen van psychofarmaca voor patiënten en naasten een zeer relevant thema is. De meeste patiënten zijn meerdere keren op eigen initiatief overgegaan tot afbouwen/stoppen van psychofarmaca, en in een kwart van de gevallen was de behandelaar daar niet bij betrokken. Patiënten ervaren obstakels waardoor het afbouwen/stoppen niet (voldoende) lukt. Patiënten en naasten zouden graag, bij voorkeur van de behandelaar, meer informatie over afbouwen/stoppen krijgen. Patiënten geven aan zich niet voldoende gehoord te voelen in hun wens om af te bouwen/stoppen, en bouwen soms zonder overleg toch af. Er bestaat onder patiënten een onmiskenbare vraag naar meer aandacht voor en verkrijgen van informatie over het afbouwen/stoppen van psychofarmaca. Dit onderzoek onderstreept de noodzaak om deprescriptie van psychofarmaca te bespreken bij samen beslissen.

 Cisca Goedhart en Gerda van Ittersum leverden een grote bijdrage aan de samenwerking en de inzet van het MIND-panel. Zonder de medewerking van alle respondenten was dit onderzoek niet mogelijk geweest.

## LITERATUUR

- Begemann MJH, Thompson IA, Veling W, e.a. To continue or not to continue? Antipsychotic medication maintenance versus dose-reduction/discontinuation in first episode psychosis: HAMLETT, a pragmatic multicenter single-blind randomized controlled trial. *Trials* 2020; 21: 1-19.
- Cosci F, Chouinard G. Acute and persistent withdrawal syndromes following discontinuation of psychotropic medications. *Psychother Psychosom* 2020; 89: 283-306.
- Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, e.a. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 675-712.
- Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age Ageing* 2008; 37: 673-9.
- Graaf R de, ten Have M, van Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Utrecht: TrimboS-instituut; 2010.
- Graaf R de, ten Have M, van Gool C, e.a. Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Scand J Psychiatry* 2012; 47: 203-13.
- Gupta S, Cahill JD. A prescription for 'deprescribing' in psychiatry. *Psychiatr Serv* 2016; 67: 904-7.
- Harvey BH, Slabbert FN. New insights on the antidepressant discontinuation syndrome. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 2014; 29: 503-16.
- Horowitz MA, Moncrieff J, de Haan L, e.a. Tapering antipsychotic medication: practical considerations. *Psychol Med* 2022; 52: 32-5.
- Iversen TSJ, Steen NE, Dieset I, e.a. Side effect burden of antipsychotic drugs in real life – Impact of gender and polypharmacy. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2018; 82: 263-71.
- Kamaradova D, Latalova K, Prasko J, e.a. Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Prefer Adherence* 2016; 10: 1289.
- Kilzieh N, Todd-Stenberg JA, Kennedy A, e.a. Time to discontinuation and self-discontinuation of olanzapine and risperidone in patients with schizophrenia in a naturalistic outpatient setting. *J Clin Psychopharmacol* 2008; 28: 74-7.
- Kukreja S, Kalra G, Shah N, e.a. Polypharmacy in psychiatry: A review. *Mens Sana Monogr* 2013; 11: 82-99.
- Marazziti D, Baroni S, Picchetti M, e.a. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of psychotropic drugs: Effect of sex. *CNS Spectr* 2013; 18: 118-27.
- O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, e.a. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. *Age Ageing* 2014; 44: 213-8.
- Samples H, Mojtabai R. Antidepressant self-discontinuation: results from the collaborative psychiatric epidemiology surveys. *Psychiatr Serv* 2015; 66: 455-62.
- Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, e.a. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 827-34.
- Smith G. Does gender influence online survey participation?: A record-linkage analysis of university faculty online survey response behavior. ERIC-nr. ED501717. San José State University; 2008.
- Solmi M, Fornaro M, Ostinelli EG, e.a. Safety of 80 antidepressants, antipsychotics, anti-attention-deficit/hyperactivity medications and mood stabilizers in children and adolescents with psychiatric disorders: a large scale systematic meta-review of 78 adverse effects. *World Psychiatry* 2020; 19: 214-32.
- Vinkers CH, Ruhé HG, Penninx BW. Antidepressant discontinuation: In need of scientific evidence. *J Clin Psychopharmacol* 2021

## SUMMARY

# Tapering of psychotropic drugs: current practice and needs of patients and their relatives

L.E.M. Koomen, J.N. de Boer, M.J.M. van den Eijnden, N.M.A.M. Vos de Wael, N. Berg, I. Wilting, W. Cahn

- Background** The prevalence of mental illness has remained stable in recent decades, yet the use of psychotropic drugs has increased. This trend suggests that psychotropic drugs are being prescribed with an unnecessary frequency. Internationally, there is growing attention for deprescribing.
- Aim** To investigate what experiences and needs patients and their loved ones/relatives have with regard to deprescribing of psychotropics.
- Method** An online questionnaire was distributed among members of the MIND mental health care panel, which consists of (former) patients with a psychiatric disorder and their loved ones.
- Results** A total of 564 respondents took part in this survey. Most patients have phased out/stopped their psychotropic drugs (83.8%). This was usually done at the initiative of the patient (66.7%), in consultation with the practitioner (72.9%). The practitioner only took the initiative to deprescribe in 15.1% of the cases. In 68.6% tapering was not discussed at the start of psychotropic drug use. Patients did not experience willingness from practitioners in deprescribing, and would like to discuss deprescribing more often (79.5%).
- Conclusion** There is an undeniable demand among patients and near ones for more emphasis on deprescribing of psychotropic drugs. We advise to include this topic in the shared decision making process.