

Afbouwen psychofarmaca

Wat is afbouwen?

Het afbouwen van psychofarmaca is het geplande en gecontroleerde proces van dosisverlaging of stopzetting van een of meerdere psychofarmaca. Dit kan een iteratief proces zijn, met ruimte om terug te schakelen, te pauzeren of medicatie opnieuw in te zetten. Het meest voorkomende motief om afbouw te overwegen, is dat de voordelen mogelijk niet langer opwegen tegen de nadelen. Dit persoonlijke proces vraagt om monitoring en samenwerking tussen patiënt, zorgprofessional(s) en, indien mogelijk, naasten. Waarbij zowel wetenschappelijke als ervaringskennis een rol spelen. Diversiteitskenmerken zoals leeftijd, sekse en comorbiditeit kunnen invloed hebben op farmacokinetiek, farmacodynamiek, bijwerkingen, risico's en de organisatie van het afbouwproces. De uitkomst kan variëren van gedeeltelijke tot volledige afbouw, afhankelijk van terugval en herstel.

Het afbouwproces verschilt per medicatiegroep. De zorgstandaard onderscheidt middelen met een misbruik- of verslavingspotentieel (zoals benzodiazepinen en opioïden) en middelen zonder dergelijk potentieel. Dit vraagt soms om een andere aanpak. Benzodiazepinen en opioïden worden doorgaans na kortdurend gebruik afgebouwd, terwijl antidepressiva en antipsychotica vaak langduriger worden gebruikt.

Afbouwen is geen doel op zich, maar een weloverwogen keuze die afhankelijk is van het welzijn, de voorkeuren en de situatie van de patiënt. Doorgaan met psychofarmaca is een gelijkwaardige optie binnen herstelgerichte zorg.

Wanneer besluit je om te gaan afbouwen?

Het gesprek over afbouwen van psychofarmaca begint idealiter bij de start van de psychofarmaca en wordt voortgezet tijdens evaluaties of bij een afbouwplan. Besluitvorming vindt plaats op basis van samen beslissen, na zorgvuldige afweging van doelen, verwachtingen, maatschappelijke invloeden en mogelijke voor- en nadelen. Redenen om afbouw te overwegen zijn onder andere stabiele remissie, non-respons, een zwangerschapswens of de wens om zonder medicatie verder te gaan. Deze redenen moeten zorgvuldig worden afgewogen. Het afbouwplan wordt samen met de patiënt, professional(s) en naasten opgeteld, waarbij risico's en gevolgen goed in kaart worden gebracht (zie [Waarom wel of niet afbouwen](#)). De keuze moet passen binnen het individuele herstelverhaal. Voor sommigen betekent herstel juist stabiliteit door continu gebruik van psychofarmaca.

Afbouwen kan gepaard gaan met onttrekkingsverschijnselen of (tijdelijke) nieuwe symptomen, zoals terugval in angst, somberheid of psychose/manie. Het tempo en succes verschillen per persoon en worden beïnvloed door persoonlijke, sociale en psychologische factoren en eventuele interacties met andere psychofarmaca. Het is belangrijk om belemmeringen, comorbide aandoeningen en persoonlijke kenmerken in kaart te brengen.

Wat vinden patiënten en naasten belangrijk?

Patiënten en naasten benadrukken de volgende aspecten die zij belangrijk vinden bij het afbouwen van psychofarmaca (zie [Wat vinden patiënten en naasten belangrijk](#)):

1. De voorschrijver bespreekt vóór de start van psychofarmaca de mogelijkheid van afbouwen, inclusief uitdagingen en aanpak.
2. Bij de besluitvorming worden de voor- en nadelen van afbouwen of doorgaan met psychofarmaca samen met de patiënt en naasten afgewogen. Doorgaan met medicatie blijft een reële optie.
3. Patiënt en naaste(n) krijgen informatie over mogelijke onttrekkingsverschijnselen en het risico op terugval, inclusief het verschil tussen beide.
4. De voorbereiding omvat het in kaart brengen van de persoonlijke context en informatie over mogelijke bijwerkingen en ondersteuning.
5. Er worden duidelijke afspraken gemaakt over regelmatige evaluaties en laagdrempelig contact, zodat het afbouwproces goed kan worden gemonitord.

Wat is goede afbouwzorg?

Na het besluit tot afbouwen bereidt de voorschrijver samen met de patiënt het afbouwproces voor, met aandacht voor psychologische factoren en farmacologische factoren. Afstemming tussen voorschrijver, apotheker en eventueel andere betrokken zorgprofessionals is belangrijk om problemen met andere medicatie te voorkomen.

Psychologische factoren

Bij het (gedeeltelijk) afbouwen van psychofarmaca is samenwerking tussen patiënt en voorschrijver essentieel. Samen worden verwachtingen en een concreet afbouwplan besproken. De patiënt wordt geïnformeerd over mogelijke toename van emoties, risico's en terugval en krijgt handvatten zoals een terugvalpreventieplan en methoden om het functioneren te monitoren.

De afbouwstrategie wordt in overleg afgestemd en flexibel aangepast, met aandacht voor eigen regie en duidelijke afspraken over ondersteuning. De patiënt wordt voorgelicht over de wisselwerking tussen afbouwen en de omgeving. Het afbouwen kan invloed hebben op het omgaan met gebeurtenissen en naasten, en omgekeerd.

Farmacologische factoren

Richtlijnen adviseren een gepersonaliseerde benadering, met aandacht voor gebruiksduur, risicofactoren, indicaties en farmacologische eigenschappen. Bij langdurig gebruik of verhoogde risico's, zoals eerder mislukte afbouwproeven of onttrekkingsklachten bij vergeten doseringen, wordt vaak een geleidelijke afbouw aanbevolen. In klinische situaties of bij middelen met een lange eliminatiehalfwaardetijd kan een sneller schema mogelijk zijn. Vooraf is moeilijk te voorspellen bij wie afbouwen zonder grote problemen verloopt en bij wie dit moeizaam gaat. Speciale aandacht is nodig bij polyfarmacie vanwege mogelijke interacties die de werking van andere geneesmiddelen kunnen beïnvloeden. Ondersteunende medicatie kan soms helpen om problemen door afbouw te verminderen en het afbouwproces te optimaliseren.

Monitoren en evalueren van het afbouwproces

Monitoren

Het monitoren en begeleiden van het afbouwproces is belangrijk om problemen tijdig te signaleren. De patiënt, voorschrijver en eventueel naasten maken afspraken over de frequentie en vorm van contact.

De monitoring richt zich op (terugkeer van) psychische klachten (recidiefrisico), persoonlijk functioneren, ontrekkingsklachten en bijwerkingen. Deze informatie wordt gebruikt bij evaluaties en om het afbouwplan zo nodig bij te stellen.

Voor het monitoren van psychische klachten kan een gevalideerde vragenlijst worden gebruikt, zoals de PHQ-9 bij eerdere depressies of de GAD-7 bij angst. Voor ontrekkingsklachten kunnen bijvoorbeeld de DESS (antidepressiva), BWSQ (benzodiazepinen) of de COWS (opioïden) worden ingezet.

Evalueren

Tijdens evaluatiegesprekken worden eventuele vragenlijsten, het functioneren van de patiënt en veranderingen door het afbouwen besproken. Psychische en ontrekkingsklachten komen aan bod, met expliciete aandacht voor functioneren en herstel. Bij (toenemende) disbalans worden mogelijke psychologische interventies of aanpassingen in het afbouwproces besproken.

Sommige patiënten accepteren disbalans ten gunste van autonomie, zelfregie en zingeving. De voorschrijver en patiënt maken gezamenlijk afspraken over vervolgstappen en timing. Bespreken wanneer wordt geëvalueerd en of er sprake is van blijvende terugval die herstart van medicatie nodig maakt.

Vertragen of stoppen van het afbouwproces

Tijdens het afbouwen kunnen redenen ontstaan om het tempo te vertragen of het proces (tijdelijk) te stoppen, vanwege het verloop en/of de uitkomst. Afbouwen kan veel energie kosten, vooral bij ontrekkingsklachten en het zoeken naar een nieuwe balans. Patiënten kunnen 'afbouwmoe' worden. Tijdens het traject kan blijken dat gedeeltelijk afbouwen beter past dan volledig afbouwen, waardoor verder afbouwen (voorlopig) wordt stopgezet. Om de eigen regie te bevorderen, worden beslissingen hierover in overleg met de patiënt genomen.

Follow-up na afbouwproces

Na het afbouwen van psychofarmaca is het belangrijk om het functioneren van de patiënt nog enkele weken of maanden te monitoren. Houd rekening met timing en wees voorzichtig rond aankomende stressvolle gebeurtenissen.

De follow-up richt zich op het signaleren van eventuele terugval en op de effecten van het afbouwen, zoals mogelijke vermindering van bijwerkingen. Bespreek met de patiënt hoe om te gaan met psychische klachten of zorgen over terugval.

Bij het afsluiten zorgt de voorschrijver voor een goede overdracht naar de huisarts en andere betrokkenen. Indien nodig wordt de patiënt geïnstrueerd om overgebleven psychofarmaca in te leveren bij de apotheek.

Organiseren van zorg

De voorschrijver is in principe verantwoordelijk voor het afbouwen. Afhankelijk van de werkafspraken kan een deel van deze taak ook door een andere zorgprofessional, zoals de apotheker, worden uitgevoerd. Belangrijk zijn duidelijke afspraken, een goede overdracht en de mogelijkheid tot overleg of terugverwijzen. Het advies is om intensievere zorg alleen in te zetten wanneer nodig. Voor de setting geldt: in de eerste lijn als het kan, binnen de geldende richtlijnen; in de tweede lijn als het moet. Ter ondersteuning kunnen eHealth-interventies worden aangeboden om de eigen regie en autonomie van de patiënt te bevorderen.

Setting

De setting kan zowel helpend als belemmerend zijn bij het afbouwen van psychofarmaca. Meestal vindt afbouw ambulant plaats. Klinisch afbouwen is in principe niet nodig. Uitzonderingen zijn wanneer een nieuw middel moet worden gestart, er sprake is van ernstige somatische complicaties of een hoog risico op (terugkeer van) klachten. Dit laatste geldt bijvoorbeeld bij langdurig gebruik van hoge doseringen benzodiazepinen en opioïden.

Bij het bepalen van de juiste setting worden sociale, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en somatische factoren meegenomen in de beoordeling van de patiënt en de professional. Deze worden uitgevraagd om de meest passende aanpak te kiezen en zo nodig te verwijzen naar de tweede lijn.

Samenwerking

Goede samenwerking tussen professionals is essentieel bij het afbouwen van psychofarmaca. Dit vraagt om heldere communicatie, een duidelijke taakverdeling en effectieve gegevensuitwisseling. Zo kunnen professionals elkaar goed vinden en samenwerken in de nabijheid van de patiënt.

Samenwerking vindt plaats tussen voorschrijver en apotheker en waar mogelijk met andere professionals, zoals de huisarts, psychiater, verslavingsarts, somatisch arts en GZ- of KP-psycholoog.

Belangrijk is ook het betrekken van naasten en begeleiders in het sociaal domein (zoals ambulant begeleiders of begeleiders in beschermd wonen), het gebruik van gedeelde taal en het afstemmen van zorgafspraken. Bijvoorbeeld via het Farmacotherapeutisch Overleg (FTO) en het zorgafstemmingsgesprek (ZAG).

Samenwerking tussen zorgprofessionals en instellingen voorkomt onnodige zorg en bevordert de continuïteit. De patiënt staat centraal, met focus op zelfmanagement en eigen regie, ondersteund door het zorgnetwerk.

Competenties

Naast vakinhoudelijke kennis over de werking, bijwerkingen en risico's van psychofarmaca vraagt dit proces om specifieke competenties van de betrokken professionals. Onderzoek toont aan dat een combinatie van klinische expertise, interpersoonlijke vaardigheden en kennis van gedragswetenschappen en psychotherapie belangrijk is voor een succesvol afbouwtraject (zie [Welke competenties zijn nodig bij het afbouwen van psychofarmaca?](#)). Professionals moeten onderscheid kunnen maken tussen terugval en ontrekkingsverschijnselen, kennis hebben van farmacologie en farmacogenetica en de grenzen van hun eigen deskundigheid herkennen.