

GGZ Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 09-03-2026 om 12:16. Bekijk de meest actuele versie op
<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/afbouwen-psychofarmaca>

Auteur: Akwa GGZ Autorisatiedatum: 09-03-2026 Beoordelingsdatum: 09-03-2026

Zorgstandaard
Afbouwen psychofarmaca

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	5
1.1 Introductie	5
1.1.1 Uitgangspunten zorgstandaard	5
1.1.2 Bronnen en relevante richtlijnen	6
1.1.3 Doelgroep van de zorgstandaard	6
2. Wat is afbouwen?	7
2.1 Wat zijn psychofarmaca?	7
2.2 Wat is afbouwen?	7
2.3 Hoe vaak komt afbouwen psychofarmaca voor?	8
2.4 Wat zijn gevolgen/problemen bij afbouwen psychofarmaca?	9
2.5 Wat zijn belemmeringen en faciliterende factoren voor succesvol afbouwen?	10
2.5.1 Belemmeringen en risicofactoren	10
2.5.2 Beschermende en faciliterende factoren	11
2.6 Diversiteit	12
2.6.1 Leeftijd	12
2.6.2 Sekse	12
2.6.3 Etniciteit	13
2.6.4 Verstandelijke beperking	13
2.7 Met welke somatische factoren moet je rekening houden bij afbouwen?	13
2.8 Terminologie	14
3. Hoe besluit je om te gaan afbouwen?	16
3.1 Waarom wel of niet afbouwen?	16
3.1.1 Argumenten om af te bouwen	16
3.1.2 Argumenten om niet af te bouwen	17
3.1.3 Onttrekkingsverschijnselen en de risicofactoren	17
4. Wat is goede afbouwzorg?	20
4.1 Wat vinden patiënten en naasten belangrijk?	20
4.2 Hoe kan het beste worden afgebouwd?	21

4.2.1 Psychologische factoren	21
4.2.2 Farmacologische factoren - algemeen	23
4.2.3 Farmacologische factoren en adviezen - Antidepressiva	26
4.2.4 Farmacologische factoren en adviezen - Antipsychotica	27
4.2.5 Farmacologische factoren en adviezen - Benzodiazepinen	27
4.2.6 Farmacologische factoren en adviezen - Opioïden	27
4.2.7 Farmacologische factoren en adviezen - Stimulantia	27
4.2.8 Farmacologische factoren en adviezen- Stemningsstabilisatoren	28
4.3 Hoe monitor en evalueer je het afbouwproces?	28
4.3.1 Monitoren van het afbouwproces	28
4.3.2 Evalueren van het afbouwproces	29
4.4 Besluit om te vertragen of te stoppen met afbouwen	29
4.5 Follow up na het gedeeltelijk of volledig afbouwen van psychofarmaca	30
5. Organiseren van afbouwzorg	32
5.1 Inleiding organiseren van afbouwzorg	32
5.2 Welke invloed heeft de setting op afbouwzorg?	33
5.2.1 Bepalen van de setting	33
5.2.2 Gesloten en justitiële settings	34
5.2.3 Wegingsfactoren voor doorverwijzing naar gespecialiseerde verslavingszorg	34
5.3 Welke professionals zijn betrokken bij het afbouwen van psychofarmaca?	35
5.3.1 Taken van betrokken professionals	37
5.3.2 Wat is de taakverdeling?	38
5.4 Wat zijn randvoorwaarden voor goede samenwerking?	39
5.4.1 Informatie-uitwisseling	40
5.4.2 Specifieke punten voor de 6 typen psychofarmaca	41
5.5 Welke competenties zijn nodig bij het afbouwen van psychofarmaca?	43
5.6 Hoe ziet het kwaliteitsbeleid eruit bij het afbouwen van psychofarmaca?	44
5.6.1 Professionalisering en scholing	44
5.6.2 Het patiëntenperspectief centraal	44
5.6.3 Participatie en eigen regie van de patiënt	45
5.6.4 Evaluatie en continu verbeteren	45
5.6.5 Samenwerking en multidisciplinair overleg	45

5.6.6 Cultuur van reflectie en leren	45
5.6.7 Wet- en Regelgeving	45
5.7 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	46
5.8 Hoe wordt afbouwen van psychofarmaca gefinancierd?	46
5.9 Wat vinden patiënten en naasten belangrijk?	47
6. Kwaliteit van zorg meten	48
6.1 Inleiding	48
6.2 Procesindicatoren	48
6.3 Structuurindicatoren	48
6.4 Uitkomstindicatoren	49
7. Referentielijst	50

1. Introductie

Autorisatiedatum 09-03-2026 Beoordelingsdatum 09-03-2026

1.1 Introductie

De zorgstandaard is vastgesteld in maart 2026.

- Hier staan de 8 [kernaanbevelingen](#) van de zorgstandaard beschreven. Lees hier de [samenvatting](#) van de zorgstandaard.
- Aan de zorgstandaard ligt de [algemene visie op zorg](#) ten grondslag.
- De zorgstandaard is samengesteld door een werkgroep van professionals, patiënten en hun naasten. In het document [Totstandkoming en methoden](#) staat beschreven wie aan de standaard heeft meegewerkt, hoe deze tot stand is gekomen en op welke inhoudelijke gronden.
- Tegelijk met de publicatie van deze zorgstandaard wordt gewerkt aan een multidisciplinaire richtlijn voor het afbouwen van psychofarmaca.

De zorgstandaard gebruiken

- De patiëntenversie van deze standaard is beschikbaar op [Thuisarts.nl](#).

1.1.1 Uitgangspunten zorgstandaard

- In deze zorgstandaard wordt afbouwen van psychofarmaca gedefinieerd als het geplande en gecontroleerde proces van dosisverlaging of het stopzetten van een of meerdere psychofarmaca, wanneer de voordelen niet langer opwegen tegen de nadelen.
- Afbouwen is geen doel op zich. Er zijn goede redenen om psychofarmaca door te gebruiken en soms is afbouwen niet wenselijk of niet mogelijk. Het blijven gebruiken van psychofarmaca is een gelijkwaardige keuze binnen herstelgerichte zorg.
- De zorgstandaard bespreekt de volgende groepen psychofarmaca: antidepressiva, antipsychotica, benzodiazepines, opioïden, stimulantia en stemmingsstabilisatoren. Deze worden grofweg in 2 categorieën verdeeld: middelen met een misbruik- of verslavingspotentieel (zoals benzodiazepinen en opioïden) en middelen zonder dergelijk potentieel.
 - Bij benzodiazepinen en opioïden is een pro actievere houding van de voorschrijver noodzakelijk. Dit heeft te maken met het risico op afhankelijkheid en de beperkte intrinsieke motivatie bij patiënten om te stoppen.
- Afbouwen kan een iteratief proces zijn, met ruimte om terug te schakelen, te pauzeren of psychofarmaca opnieuw in te zetten, zonder dat dit als falen wordt gezien.
- Samen beslissen is een belangrijk onderdeel van het afbouwen van psychofarmaca.
- Afbouwen van psychofarmaca vraagt om een brede benadering, waarin naast medicamenteuze aspecten ook psychologische en andere relevante factoren worden meegenomen.
- Het afbouwen van psychofarmaca kan zonder problemen verlopen. Een deel van de patiënten bouwt zelfstandig af. Sommigen doen dit abrupt, anderen verlagen de dosering in stappen. In beide gevallen kunnen onttrekkingsverschijnselen uitblijven. Deze groep valt buiten de reikwijdte van deze zorgstandaard.
- Apothekers hebben een zelfstandige wettelijke verantwoordelijkheid in de medicatiezorg, ook bij het afbouwen van psychofarmaca. Heldere werkafspraken met voorschrijvers zijn nodig om taken

en communicatie goed op elkaar af te stemmen.

1.1.2 Bronnen en relevante richtlijnen

Een groot deel van deze zorgstandaard is gebaseerd op de [Eindrapportage Multidisciplinaire Verkenning Stoppen met Psychofarmaca](#). De zorgstandaard verwijst naar en maakt gebruik van informatie uit onder andere onderstaande bronnen en richtlijnen:

- Multidisciplinair document [Afbouwen SSRI's & SNRI's](#)
- Multidisciplinair document [Afbouwen overige antidepressiva](#)
- Richtlijn [Polyfarmacie bij ouderen](#) en de bijbehorende kennisdocumenten (NHG/FMS)
- Richtlijn [Detoxificatie van psychoactieve middelen](#) (VKN)
- [NICE guideline Medicines associated with dependence or withdrawal symptoms: safe prescribing and withdrawal management for adults \(2022\)](#)
- [Handreiking afbouw opioïden \(2021\)](#)
- [Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry \(2021\)](#)
 - Stopping antipsychotics, p102
 - Stopping lithium and mood stabilizers, p301
 - Stopping antidepressants, p348
 - Benzodiazepines, z-drugs and gabapentinoids: dependence, detoxification and discontinuation, p440
- [Afbouwgids HAMLETT](#)
 - Deze afbouwgids is gemaakt ten behoeve van het HAMLETT-onderzoek en is niet geautoriseerd door een beroepsvereniging.
- [Richtlijn Benzodiazepinen dosisreductie \(2003\)](#)
- [Multidisciplinaire richtlijn depressie \(2024\)](#)
- KNMP-richtlijn [Ter hand stellen](#).
- Multidisciplinaire richtlijn [Overdracht van medicatiegegevens in de keten](#) (KNMP)
- KNMP-richtlijn [Medicatiebewaking](#) (KNMP)
- KNMP-richtlijn [Medicatiebeoordeling](#) (KNMP)
- KNMP-richtlijn [Consultvoering](#) (KNMP)

1.1.3 Doelgroep van de zorgstandaard

De Zorgstandaard Afbouwen psychofarmaca is bedoeld voor alle zorgprofessionals, patiënten, naasten en beleidsmakers in de ggz die te maken hebben met het afbouwen van psychofarmaca.

Zorgprofessionals hebben daarnaast ook hun eigen professionele standaarden. De huisartsenzorg levert huisartsenzorg voor patiënten met psychische klachten volgens de voor de beroepsgroep geldende NHG-Standaarden en -Richtlijnen, die leidend zijn voor de huisartsenzorg. Huisartsen zijn zorgprofessionals buiten de GGZ. Deze zorgstandaard sluit waar mogelijk zo veel mogelijk aan bij inhoudelijke NHG-Standaarden waarin het afbouwen psychofarmaca wordt besproken, zoals de NHG-Standaarden Angst, Depressie, Slaapproblemen en Pijn.

2. Wat is afbouwen?

Autorisatiedatum 09-03-2026 Beoordelingsdatum 09-03-2026

2.1 Wat zijn psychofarmaca?

Psychofarmaca zijn medicijnen die invloed hebben op het centrale zenuwstelsel en worden gebruikt voor de behandeling van psychische aandoeningen. Er zijn verschillende soorten psychofarmaca. Hoewel de benaming per groep suggereert dat ze specifiek bedoeld zijn voor 1 aandoening of symptoom, worden ze in de praktijk vaak breder ingezet,

Deze zorgstandaard beschrijft het afbouwen van 6 soorten psychofarmaca.

1. **Antidepressiva** worden voorgeschreven bij onder andere depressies, angststoornissen, posttraumatische stressstoornissen, eetstoornissen en soms bij (neuropathische) pijn.
2. **Antipsychotica** werken tegen symptomen van psychotische stoornissen, bipolaire manieën en depressieve stoornissen. Bij lagere doseringen worden ze soms off-label gebruikt als slaapmiddel. Off-label gebruik staat niet in richtlijnen, zoals de [NHG-standaard Slaapproblemen](#).
3. **Benzodiazepinen**, ook wel bekend als kalmeringsmiddelen, worden ingezet om angst en spanning te verminderen en (kortdurend) de slaap te bevorderen. Een deel van de patiënten raakt hieraan verslaafd. Soms is hiervoor behandeling binnen de verslavingszorg of ggz nodig.
4. **Stemmingsstabilisatoren** worden onder andere gebruikt bij bipolaire stoornissen om manieën en depressies te reguleren.
5. **Stimulantia** worden ingezet bij de behandeling van ADHD (aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis) en ADD (aandachtstekortstoornis zonder hyperactiviteit).
6. **Opioiden** vallen strikt genomen niet onder psychofarmaca, maar hebben wel een sterke pijnstillende werking en ook een duidelijke invloed op de psyche. Een deel van de patiënten raakt hieraan verslaafd. Soms is hiervoor behandeling binnen de verslavingszorg of ggz nodig.

Naast deze categorieën bestaan er nog veel andere psychoactieve stoffen die nu of in de nabije toekomst kunnen worden ingezet bij de behandeling van psychische aandoeningen. Voorbeelden hiervan zijn bètablokkers, esketamine en psychedelica zoals psilocybine. Deze middelen vallen buiten de scope van deze zorgstandaard.

2.2 Wat is afbouwen?

In deze zorgstandaard wordt afbouwen van psychofarmaca gedefinieerd als het geplande en gecontroleerde proces van dosisverlaging of het stopzetten van een of meerdere psychofarmaca, wanneer de voordelen niet langer opwegen tegen de nadelen. Afbouwen is geen doel op zich. Er zijn goede redenen om psychofarmaca door te gebruiken en voor sommige mensen is afbouwen niet mogelijk of wenselijk. Psychofarmaca zijn onderdeel van de zorg en aanpassingen moeten passen binnen het behandelplan.

Afbouwen betekent niet per se het volledig stopzetten van alle psychofarmaca. Verlaging van de dosering of vermindering van het aantal gebruikte middelen kan al belangrijke voordelen opleveren voor bijwerkingen, welzijn en gezondheid. Het doel van afbouwen wordt bij aanvang geformuleerd, maar kan tijdens het proces op basis van het beloop worden bijgesteld. Het is wel belangrijk dat de einddosering

een rationele, klinisch verantwoorde onderhoudsdosis is die binnen het reguliere sterkteaanbod valt. Doseringen die niet aansluiten bij geregistreerde sterktes, zoals te lage doseringen of niet-standaard hoeveelheden, zijn geen rationeel einddoel van afbouw.

Het afbouwen van psychofarmaca kan zonder problemen verlopen. Een deel van de patiënten is in staat om zelfstandig af te bouwen, zonder hulp van een voorschrijver. Sommigen doen dit abrupt, anderen kiezen ervoor om de dosering in stappen te verlagen. In beide gevallen kunnen onttrekkingsverschijnselen uitblijven. Deze groep valt buiten de reikwijdte van deze zorgstandaard.

Niet alle patiënten zijn echter in staat om zelfstandig af te bouwen. Vaak betreft dit patiënten die eerder een mislukte afbouw poging hebben ervaren of opzien tegen het risico op onttrekkingsverschijnselen of terugval. Daarnaast zijn er patiënten die het prettiger vinden om begeleid af te bouwen en is er een groep die pas over afbouwen nadenkt wanneer de voorschrijver dit ter sprake brengt. Deze zorgstandaard richt zich vooral op deze doelgroepen.

Het proces van afbouwen begint al bij de start van psychofarmaca. De voorschrijver, de patiënt en, indien mogelijk, een naaste bespreken de mogelijke voor- en nadelen van de psychofarmaca. Daarbij maken zij afspraken hoe vaak en op welke momenten de balans wordt geëvalueerd en welke aspecten daarbij worden meegenomen. Niet alleen herstel van symptomen, risico op terugval en lichamelijke bijwerkingen spelen een rol, maar ook mentale bijwerkingen, autonomie, eigen regie, welzijn, persoonlijk herstel en de gevolgen voor naasten.

Het proces van afbouwen is gepland en gecontroleerd. Dit gebeurt op basis van beschikbare wetenschappelijke kennis, praktijkervaring en ervaringskennis. Op basis hiervan wordt een persoonlijk afbouwplan opgesteld. Hierin staan afbouwschema's, mogelijke onttrekkingsverschijnselen, (voor)tekenen van terugval, ondersteunende interventies en beschikbare hulpbronnen beschreven. Deze omvatten onder andere zelfmanagement, steun van naasten, behandelaars, voorschrijvers, apothekers en/of ervaringsdeskundigen en toegankelijke informatie. De voorschrijver zorgt voor voldoende monitoring tijdens het afbouwen en signaleert tijdig eventuele problemen. Aanvullende interventies vergroten de kans op een veilige en succesvolle afbouw.

Afbouwen verloopt niet op dezelfde manier voor alle groepen psychofarmaca. In deze zorgstandaard worden algemene principes van afbouwen besproken. Waar nodig wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende groepen psychofarmaca. Voor specifieke informatie over afbouwschema's en [farmacologische kenmerken wordt verwezen naar andere documenten, zoals de Eindrapportage Multidisciplinaire Verkenning Stoppen met Psychofarmaca, de zorgstandaarden van specifieke aandoeningen, multidisciplinaire richtlijnen \(zoals die van \[Angststoornissen\]\(#\) en \[Depressie\]\(#\)\), NHG-standaarden en de \[Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen\]\(#\) \(module Minderen en stoppen medicatie\).](#)

Psychotherapie en zelfmanagement kunnen zinvol zijn als ondersteuning. In de [zorgstandaarden](#) van de verschillende aandoeningen staan onderbouwde interventies beschreven.

2.3 Hoe vaak komt afbouwen psychofarmaca voor?

Veel mensen die psychofarmaca gebruiken, bouwen deze vroeg of laat af. Wanneer en waarom iemand afbouwt, hangt sterk af van het type psychofarmaca, de indicatie, de oorspronkelijke klachten en de persoonlijke visie op het gebruik van psychofarmaca.

Bij benzodiazepinen en opioïden is het uitgangspunt om ze zo kort mogelijk te gebruiken, omdat langdurig gebruik vaak problematisch is vanwege het beperkte effect op de lange termijn en het risico op

verslaving. Voor antidepressiva, antipsychotica en stemmingsstabilisatoren ligt dit anders, mede omdat deze bij doorgebruik na herstel nog een beschermend effect kunnen hebben. Zo halveren antidepressiva de kans op terugval na een depressie of een angststoornis.

Toch komt (de wens tot) afbouw bij alle groepen psychofarmaca veel voor. Bij antidepressiva en stemmingsstabilisatoren is de aanbevolen gebruiksduur korter na een eerste depressie of manie. Zo wordt bij een eerste depressie een minimale behandelduur van 6 maanden geadviseerd. Bij terugkerende episoden is het aanbevolen gebruik langer: minimaal 12 maanden bij antidepressiva en zelfs meerdere jaren bij stemmingsstabilisatoren.¹ Voor antipsychotica geldt het advies om deze minimaal 12 maanden te gebruiken nadat de eerste psychose is verdwenen. Bij meerdere psychotische episoden adviseren de richtlijnen levenslange onderhoudsbehandeling.² Dit is echter anders bij antipsychotica bij een delier of psychose bij dementie.

Bij stimulantia wordt geadviseerd om het afbouwen jaarlijks te bespreken. Dit onderscheidt deze middelen duidelijk van antidepressiva, antipsychotica en stemmingsstabilisatoren. Opioiden en benzodiazepines worden in principe zo snel mogelijk afgebouwd.

In de praktijk varieert de duur van het gebruik van psychofarmaca. Mensen die de nadelen als groter ervaren dan de voordelen, bijvoorbeeld door onvoldoende effect van de psychofarmaca of door bijwerkingen, zullen eerder kiezen voor afbouwen. Onderzoek naar gebruik van antipsychotica liet bijvoorbeeld zien dat driekwart van de mensen die meerdere psychotische episoden hadden doorgemaakt, binnen anderhalf jaar stopt met de psychofarmaca. Van de 1,2 miljoen antidepressivagebruikers in Nederland haalt een kwart slechts 1 keer een recept op en stopt nog eens een kwart binnen enkele maanden.

Aan de andere kant gebruiken veel mensen psychofarmaca juist langer dan volgens de richtlijnen wordt aanbevolen. Voor depressie geldt dat ongeveer 160.000 mensen langer dan 1 jaar een antidepressivum gebruiken, terwijl jaarlijks circa 800.000 Nederlanders een depressie krijgen. Daarnaast gebruiken ongeveer 700.000 mensen in Nederland chronisch benzodiazepinen en zijn er 90.000 chronische opioïdengebruikers.³

2.4 Wat zijn gevolgen/problemen bij afbouwen psychofarmaca?

Afbouwen van psychofarmaca verandert een bestaand evenwicht. Voor veel mensen en hun naasten is dit een spannende stap. Het idee om zonder psychofarmaca verder te gaan, kan angst oproepen voor terugval in klachten. Tegelijkertijd kan afbouwen leiden tot een versterkt gevoel van gezondheid en autonomie.

Afbouwen kan echter ook hinderlijke klachten veroorzaken, die soms langdurig aanhouden en belemmerend zijn. Deze onttrekkingsverschijnselen worden in detail besproken in [Onttrekkingsverschijnselen en risicofactoren](#). Toch ervaart niet iedereen deze klachten. Zo blijkt dat bij antidepressiva ongeveer 1 op de 6 à 7 mensen onttrekkingsklachten krijgt na het stoppen van het antidepressivum.⁴

Verwachtingen, en daarmee ook placebo- en nocebo-effecten, spelen een rol bij afbouwen en kunnen invloed hebben op het afbouwproces. Daarnaast is het belangrijk rekening te houden met interacties met andere geneesmiddelen. Dit kan betekenen dat de dosering van een van deze middelen moet worden

bijgesteld.

Ook bestaat er een risico op terugval in klachten of op ongecontroleerd gebruik van de psychofarmaca waarvoor deze oorspronkelijk zijn voorgeschreven. Het risico op terugval in klachten na het afbouwen van antidepressiva en antipsychotica is op korte termijn (binnen 2 jaar) ongeveer 2 keer zo hoog als bij mensen die niet afbouwen. Ook bij zorgvuldig afbouwen kan iemand toch een terugval krijgen. Dit is geen kwestie van 'je best doen'; zelfs bij volledige inzet kunnen mensen terugvallen of klachten ervaren.

Daarnaast kan afbouwen ervoor zorgen dat prikkels en emoties minder worden gedempt. Dit vraagt om aanpassing en kan voor sommige mensen moeilijk zijn, vooral in combinatie met andere psychische of lichamelijke klachten.

2.5 Wat zijn belemmeringen en faciliterende factoren voor succesvol afbouwen?

De vraag is wanneer afbouwen als succesvol wordt beschouwd. Voor de een betekent dit volledig stoppen met psychofarmaca zonder terugkeer van psychische klachten. Voor een ander is een lagere dosering een succes. Weer een ander ziet het als succesvol wanneer er na het stoppen geen terugval is in oneigenlijk gebruik van psychofarmaca of andere middelen.

Ook de erkenning dat afbouwen (voorlopig) niet lukt, kan helpend zijn. Om de kans op succesvol afbouwen te vergroten, is het belangrijk rekening te houden met belemmerende en faciliterende factoren. Daarnaast is het van belang om kennis over de gevolgen van langdurig gebruik hierin mee te nemen.

2.5.1 Belemmeringen en risicofactoren

Bij de afweging om psychofarmaca af te bouwen spelen verschillende factoren een rol. Angst voor verandering en terugval kan een belangrijke belemmering zijn, zowel voor professionals als voor patiënten en naasten.

Patiënten bouwen psychofarmaca over het algemeen minder gemakkelijk af wanneer zij deze langdurig hebben gebruikt. Ook wanneer er sprake is van meerdere psychiatrische en somatische aandoeningen kan de betrokkenheid van een multidisciplinair team noodzakelijk zijn. Denk hierbij bijvoorbeeld ook aan ernstige psychosociale problemen of verslavingsproblematiek.

Antipsychotica

Verschiedende factoren kunnen het risico op terugval na het afbouwen van antipsychotica vergroten. Dit geldt met name bij een diagnose schizofrenie en een lange (onbehandelde) ziekteduur. Ook geringe sociale steun, een comorbide stoornis in middelengebruik, tardieve dyskinesie, therapieontrouw, een slechter algemeen functioneren en beperkt ziekte-inzicht zijn belangrijke risicofactoren voor een recidief.

⁵ Daarnaast speelt het ontbreken van toegang tot psychosociale interventieprogramma's tijdens het afbouwen een rol.

Wanneer weinig van deze risicofactoren aanwezig zijn en er sprake is van een eerste psychotische episode met snel herstel, kan binnen 6 maanden worden gedacht aan afbouwen van antipsychotica. Als niet aan deze criteria wordt voldaan, is het advies om 1 tot 2 jaar te wachten alvorens te starten met afbouwen.

Verslavende middelen

Verslavingsproblemen kunnen een belemmerende factor zijn bij het afbouwen van psychofarmaca. Bij benzodiazepinen en opioïden speelt verslaving een directe rol, omdat deze middelen zelf verslavend zijn. Bij andere soorten psychofarmaca kan middelengebruik toenemen tijdens of na het afbouwen. Daarnaast kunnen dergelijke middelen een terugval in psychische problemen in de hand werken.

Antidepressiva

Vooralsnog zijn er geen duidelijke patiëntkenmerken geïdentificeerd die het risico op onttrekkingsverschijnselen of terugval kunnen voorspellen.⁶ Dat geldt ook voor het aantal episoden of de duur van antidepressivagebruik. Wel is er enig bewijs dat een langere gebruiksduur het risico op onttrekkingsverschijnselen kan vergroten.⁷

De sterkste voorspeller van terugval is hoe iemand omgaat met pijnlijke emoties. Mensen die hierop reageren met niet-helpende gedachten en moeite hebben deze emoties te verdragen, lopen een hoger risico.

De meeste richtlijnen adviseren om antidepressiva minimaal 4 tot 6 maanden na herstel van een eerste episode voort te zetten. Na een tweede of meerdere episoden wordt een langere periode geadviseerd om het risico op terugval te beperken. Hiervoor lijkt echter geen overtuigend wetenschappelijk bewijs te zijn.⁸ Het kan zinvol zijn om op indicatie bepaalde vormen van psychotherapie toe te voegen om het risico op terugval te verminderen.^{9 10}

Stemmingsstabilisatoren

Het risico op terugval na het stoppen met stemmingsstabilisatoren is groot. Het stoppen met lithium verdubbelt het risico op terugval, waarbij abrupt stoppen het risico op suïcidaliteit verhoogt. Ook het stoppen met anti-epileptica bij bipolaire stoornissen leidt tot een aanzienlijk hoger terugvalrisico in vergelijking met patiënten die deze medicatie blijven gebruiken.

Risicofactoren die de kans op terugval vergroten zijn een bipolaire stoornis, een jonge leeftijd bij start van de eerste episode, het totale aantal episoden, de aanwezigheid van restsymptomen en comorbide angststoornissen, verslavingsproblematiek en/of psychotische kenmerken.

Vooralsnog zijn er weinig richtlijnen over het afbouwen van stemmingsstabilisatoren, omdat deze psychofarmaca juist worden voorgeschreven om patiënten te beschermen tegen terugval en het functioneren te verbeteren. Het advies is dan ook om deze te blijven gebruiken.¹¹

Stimulantia

Wanneer stimulantia worden gebruikt voor de behandeling van ADHD-symptomen, kunnen de oorspronkelijke symptomen terugkeren bij het stoppen van de psychofarmaca. Toch ervaart ongeveer 33% van de patiënten geen verergering van de symptomen. De kans op terugval is het grootst bij patiënten met ernstige ADHD-symptomen vóór de start van de behandeling en bij patiënten met verslavingsproblematiek.

2.5.2 Beschermende en faciliterende factoren

Succesvol afbouwen wordt bevorderd door intrinsieke motivatie, het leren omgaan met de eigen

aandoening, een stabiele sociale context en een goede voorbereiding samen met professionals en naasten. Het proces verloopt soepeler wanneer een geschikt moment wordt gekozen en er een duidelijk afbouwplan is opgesteld.

Gezondheidsvaardigheden en kennis van zowel de patiënt als diens omgeving zijn van belang. Door het steunsysteem actief te betrekken en goed te informeren, wordt de kans op een succesvolle afbouw groter.

In zorgstandaarden staan aanvullende behandelopties beschreven naast medicamenteuze opties. Bevorderende factoren zijn onder andere:

- Alternatieven en aanvullende opties zoals leefstijlinterventies (zie [Zorgstandaard Leefstijl](#)). Een psychotherapeutische behandeling (zie [Zorgstandaard Psychotherapie](#)).
- Reflectie en relativering: het ontwikkelen van stresshantering en probleemoplossende vaardigheden. Sommige mensen bezitten deze vaardigheden van nature, anderen ontwikkelen deze via psychotherapeutische behandelingen.
- Persoonlijk herstel: een goed in kaart gebrachte sociale structuur met aandacht voor het sociale netwerk, daginvulling of werk, zingeving, hoop voor de toekomst en dagelijkse vaardigheden. Dit kan worden gemeten met de I-ROC.
- Contact met lotgenoten en ervaringsdeskundigen: bijvoorbeeld via supportgroepen, een zelfregie- of herstelacademie. Dit wordt vaak als steunend ervaren doordat ervaringen worden gedeeld en mensen beter leren omgaan met hun kwetsbaarheid, onder andere door middel van een crisiskaart, een Wellness Recovery Action Plan (WRAP) of andere hulpmiddelen.

2.6 Diversiteit

Bij het afbouwen van psychofarmaca is het belangrijk rekening te houden met verschillende diversiteitskenmerken. Deze kunnen van invloed kunnen zijn op farmacokinetiek, farmacodynamiek, bijwerkingen, risico's en op de manier waarop het afbouwproces wordt georganiseerd. Voorafgaand aan en tijdens het afbouwen dienen deze factoren expliciet te worden nagegaan (zie [Zorgstandaard Diversiteit](#)).

2.6.1 Leeftijd

Er is weinig kennis over de invloed van leeftijd bij het afbouwen van psychofarmaca. Wel is bekend dat naarmate mensen ouder worden lichamelijke veranderingen optreden die invloed hebben op de opname, verwerking en afbraak van psychofarmaca. Het metabolisme vertraagt, de lever- en nierfunctie nemen af en het percentage lichaamsvet stijgt. Dit kan leiden tot een tragere afbraak van psychofarmaca en een verhoogd risico op bijwerkingen. Ook de farmacodynamiek kan veranderen. Daarnaast gebruiken ouderen vaak meerdere medicijnen, waardoor interacties tussen de psychofarmaca en andere middelen kunnen ontstaan. Dit maakt afbouwen extra belangrijk, maar vraagt ook om voorzichtigheid.

2.6.2 Sekse

Er is weinig bekend over de invloed van sekse op het afbouwen van psychofarmaca. Wel bestaan er tussen mannen en vrouwen significante verschillen in onder andere het immuunsysteem, de lever- en nierfunctie, de zuurgraad van de maag en het vetpercentage.¹² Hierdoor zijn doseringen van psychofarmaca bij vrouwen vaak te hoog, wat kan leiden tot meer bijwerkingen.

Sommige sekseverschillen spelen hierbij een rol, zoals de activiteit van CYP-enzymen en de invloed van hormonen als oestrogenen die betrokken zijn bij de afbraak van psychofarmaca. Bij vrouwen kunnen hormonale schommelingen (zoals PMS of PMDD) en hormonale veranderingen (zoals tijdens de menopauze) van invloed zijn.^{13 14}

2.6.3 Etniciteit

Ook is er nog weinig kennis over etnische en culturele verschillen bij het afbouwen van psychofarmaca. Etnische verschillen zijn aangetoond in het enzymstelsel cytochroom CYP450, met name in CYP2D6 en CYP2C19.^{15 16 17} Deze enzymen kunnen invloed hebben op de snelheid van het metaboliseren van psychofarmaca en hiermee ook op benodigde minimale dosering en (snelheid van) afbouwen.

Daarnaast zijn er culturele verschillen in hoe mensen aankijken tegen het gebruik van psychofarmaca, wat zij verwachten van een arts, hoe zij de rol van naasten zien en hoe zij klachten of bijwerkingen rapporteren. Bespreek daarom actief de culturele betekenis die psychofarmaca voor de patiënt hebben en hoe deze het afbouwproces beïnvloedt. Betrek waar nodig interculturele zorgverleners of ervaringsdeskundigen.

2.6.4 Verstandelijke beperking

Bij het afbouwen van psychofarmaca gelden grotendeels dezelfde principes voor mensen met ZB/LVB (zie [Zorgstandaard Psychische stoornissen en een laag IQ](#)). Wel zijn er extra aandachtspunten. Het risico op te langdurig gebruik van psychofarmaca is groter bij mensen met ZB/LVB, omdat zij het gebruik vaak niet zelf ter discussie stellen.¹⁸ De voorschrijver dient daarom het onderwerp afbouwen proactief en tijdig te agenderen.

Daarnaast kan er een verschil ontstaan tussen de wens van de patiënt om af te bouwen en de zorgen van begeleiders of familie. Zij vrezen soms dat dit de balans verstoort of dat symptomen en probleemgedrag terugkeren. Aangepaste en begrijpelijke uitleg over afbouwen is daarom noodzakelijk. Tijdens het afbouwproces is het belangrijk om regelmatig te vragen naar onttrekkingsverschijnselen en signalen van terugval, en deze actief te observeren.

2.7 Met welke somatische factoren moet je rekening houden bij afbouwen?

Somatische problemen kunnen ontstaan als gevolg van het gebruik of het afbouwen van psychofarmaca. Daarnaast zijn er mensen met reeds bestaande lichamelijke problemen die later met psychofarmaca zijn gestart. Bij hen is extra aandacht nodig voor de interactie tussen de onderliggende ziekte en het gebruik van psychofarmaca.

Ook andere medicatie die iemand gebruikt kan worden beïnvloed tijdens het afbouwen, bijvoorbeeld door geneesmiddeleninteracties of veranderingen in bloedspiegels. Bij veelvoorkomende aandoeningen zoals diabetes en hypertensie is extra monitoring nodig, omdat zowel de bloedsuikerspiegel als de bloeddruk kunnen veranderen tijdens het afbouwproces.

Onttrekkingsverschijnselen komen regelmatig voor en hangen af van het type psychofarmaca en de snelheid waarmee de dosering wordt verlaagd. Meestal zijn deze symptomen tijdelijk en verdwijnen ze vanzelf zonder verdere behandeling. Veelvoorkomende klachten zijn maag-darm klachten, hoofdpijn,

slapeloosheid, vermoeidheid, zweten, duizeligheid, hartkloppingen, tremoren en spierpijn.

Daarnaast kunnen specifieke onttrekkingsverschijnselen optreden, afhankelijk van het type psychofarmaca waaronder:

- Antidepressiva (SSRI's): minder eetlust, gewichtsverlies en veranderingen in pijnbeleving.
- Antipsychotica: ontregeling van bloedsuiker en hormonen.
- Benzodiazepinen: tijdelijke stijging van de bloeddruk, wat zich kan uiten in hoofdpijn, hartkloppingen en een gevoel van gejaagdheid.
- Opioïden: angst- en spanningsklachten, rusteloosheid, prikkelbaarheid en spierpijn.
- Stimulantia (ADHD-medicatie): mogelijke bloeddrukschommelingen na het stoppen.

2.8 Terminologie

In de literatuur worden voor het afbouwen van psychofarmaca vaak verschillende definities gebruikt. Het blijkt niet eenvoudig om consensus te bereiken over de precieze betekenis van elke term.

Het definiëren van termen is belangrijk omdat taal niet neutraal is. De keuze voor bepaalde woorden kan een discussie bewust of onbewust sturen. Zo kan het gebruik van de term 'terugvalrisico' de indruk wekken dat het afbouwen van psychofarmaca gevaarlijk is. Het begrip 'ontwenningverschijnselen' kan bij sommigen een associatie met verslaving oproepen of de suggestie wekken dat alle ervaringen tijdens het afbouwen direct verband houden met de afbouw van psychofarmaca.

Om duidelijkheid te creëren over de gebruikte terminologie in deze zorgstandaard, volgt hieronder een aantal definities. Hierbij is gestreefd naar neutrale bewoordingen.

Afbouwen van psychofarmaca: het geplande en gecontroleerde proces van dosisverlaging of het stopzetten van een of meer psychofarmaca, wanneer de balans tussen de voor- en nadelen niet meer tegen elkaar opweegt.

Bijwerkingen: ongewenste effecten van psychofarmaca die optreden als gevolg van farmacologische effecten naast de therapeutische effecten.

Onttrekkingsverschijnselen: lichamelijke en mentale klachten die kunnen optreden na het stoppen of verlagen van psychofarmaca, als gevolg van fysiologische aanpassingen aan de lagere dosering.

- NB1 Onttrekkingsverschijnselen dienen te worden onderscheiden van terugvalsymptomen.
- NB2 De term 'onttrekkingsverschijnselen' wordt vaak inwisselbaar gebruikt met de term 'ontwenningverschijnselen'.

Psychofarmaca: medicijnen die invloed hebben op het centrale zenuwstelsel en worden gebruikt voor de behandeling van psychische aandoeningen.

Reboundklachten: directe terugkeer van symptomen die eerder onder controle waren door het gebruik van psychofarmaca. Deze symptomen kunnen kortdurend en met grotere intensiteit terugkomen nadat de psychofarmaca is gestopt of de dosering is verlaagd.

Terugval: de terugkeer van symptomen van een psychische aandoening na een periode van verbetering of remissie. De symptomen veroorzaken subjectief lijden en/of beperken het functioneren gedurende minimaal 7 dagen. Terugval kan ook betekenen terugval in ongecontroleerd gebruik.

Tolerantie: de behoefte aan een hogere dosering om hetzelfde effect te bereiken, of een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde dosering.

Voorschrijver: een bevoegd en bekwaam medisch professional, zoals een psychiater, huisarts, verslavingsarts of verpleegkundig specialist, die verantwoordelijk is voor zowel het voorschrijven als het afbouwen van psychofarmaca en de begeleiding van deze processen.

3. Hoe besluit je om te gaan afbouwen?

Autorisatiedatum 09-03-2026 Beoordelingsdatum 09-03-2026

3.1 Waarom wel of niet afbouwen?

Het gesprek over afbouwen vindt plaats binnen de samenwerkingsrelatie tussen patiënt, professional en naasten. Bij voorkeur gebeurt dit vóór de start van de psychofarmaca en tijdens evaluatiemomenten. Ook een wens tot afbouwen, veranderende omstandigheden of gewijzigde klachten kunnen aanleiding zijn voor dit gesprek.

Vooraf wordt besproken wat het doel van het middel is en wat de vervolgstappen zijn wanneer dit doel wel of niet wordt behaald. Hoe lang wordt de psychofarmaca voortgezet bij een positieve of (in eerste instantie) tegenvallende uitkomst? En hoe zou een afbouwproces eruit kunnen zien?

In het evaluatiegesprek komen ook de betekenis van de psychofarmaca en de verwachtingen van de patiënt aan bod. Vragen die hierbij kunnen helpen zijn: Waarom wordt het middel gebruikt? Wat zijn de verwachtingen van de werking? Wat gebeurt er als er in de toekomst wordt afgebouwd?

Er kunnen verwachtingen spelen over zichzelf, de voorschrijver en hun onderlinge relatie, maar ook over hoe naasten of de samenleving kijken naar het gebruik van psychofarmaca. Deze verwachtingen kunnen zowel bevorderend als belemmerend zijn bij de beslissing om af te bouwen. Het is belangrijk om ze bespreekbaar te maken, zodat er duidelijkheid ontstaat voordat het afbouwen start. In dit gesprek kan ook een ander perspectief op klachten en verwachtingen ontstaan. Soms blijkt dat andere interventies beter aansluiten bij de situatie of verwachtingen van de patiënt.

Daarnaast worden belemmerende en faciliterende factoren in kaart gebracht, evenals mogelijke [risico's en baten \(zie 'Wat zijn gevolgen/problemen bij afbouwen psychofarmaca' en 'Wat zijn belemmeringen en faciliterende factoren voor succesvol afbouwen'\)](#).

Op basis van deze afwegingen wordt de beslissing om af te bouwen gezamenlijk genomen.

3.1.1 Argumenten om af te bouwen

Er zijn voor patiënten en hun naasten verschillende redenen om het afbouwen van psychofarmaca te overwegen, zoals: ¹⁹

- **Non-respons:** het uitblijven van effect, waardoor indicatie niet langer aanwezig is. **Stabiele remissie:** een stabiele verbetering van symptomen, waardoor indicatie niet langer aanwezig is. Bijvoorbeeld na het wegvallen van een stressor of door het ontwikkelen van adaptieve copingstrategieën.
- **Bijwerkingen of interacties:** het ervaren van bijwerkingen of de wens om negatieve interacties met andere middelen te verminderen. Misbruik of verslaving.
- **Zwangerschap(swens):** de wens om zwanger te worden en zwangerschap kan een reden zijn om psychofarmaca af te bouwen.
- **Afhankelijkheid en identiteit:** de wens om psychische of lichamelijke afhankelijkheid te voorkomen, het gevoel zichzelf kwijt te raken, nieuwsgierig te zijn naar wie je bent zonder psychofarmaca.

- **Autonomie en gezondheid:** de behoefte om op eigen kracht verder te gaan, de gezondheid te verbeteren of de kwaliteit van leven te verhogen.
- **Sociale factoren en stigma:** het willen onderzoeken van de (veronderstelde) impact op sociaal functioneren en het (veronderstelde) stigma rondom het gebruik van psychofarmaca.
- **Financiële redenen:** bijvoorbeeld vanwege invloed op het eigen risico of de eigen bijdrage.
- **Milieueffecten:** de productie, het vervoer, het bewaren en eventueel vernietigen van medicijnen gaan gepaard met CO₂-uitstoot. Ook kunnen medicijnresten in oppervlaktewater zorgen voor ecotoxiciteit.

3.1.2 Argumenten om niet af te bouwen

Patiënten, professionals en naasten ervaren geregeld terughoudendheid bij de wens om af te bouwen. Dit kan door verschillende factoren worden beïnvloed: ²⁰

- **Angst voor terugval:** Het risico op terugval is groter dan bij het continueren van de psychofarmaca. Dit kan zowel bij patiënten als bij professionals tot terughoudendheid leiden.
- **Eerdere niet-succesvolle afbouw pogingen.**
- **Angst voor onttrekkingsverschijnselen:** Ook kan verandering op zichzelf angst oproepen, omdat onbekend is hoe het proces zal verlopen.
- **Onstabiele omstandigheden:** Actuele stressoren vergroten het risico op (psychische) klachten, waardoor de timing van het afbouwen als ongunstig wordt ervaren.
- **Gebrek aan steun:** De angst om zonder steun van de professional of naasten te staan na het afbouwen kan ertoe leiden dat iemand toch doorgaat met psychofarmaca.
- **Onvoldoende opvangmogelijkheden:** Een tekort aan tijd, middelen of beschikbare professionals kan het lastig maken om adequaat te reageren op een toename van klachten tijdens het afbouwen.
- **De hersteldoelen zijn niet behaald:** Herstel is een subjectief proces. Soms is nog geen of slechts gedeeltelijk klinisch en/of functioneel herstel bereikt, bijvoorbeeld bij een premorbide kwetsbaarheid. Herstel hoeft niet altijd te betekenen dat klachten volledig verdwijnen. Voor sommige mensen ligt de focus op leven mét klachten of bijwerkingen en het vinden van balans, autonomie en zingeving.
- **Gebrek aan kennis en ervaring:** Onvoldoende inzicht in het proces van afbouwen kan zowel bij de patiënt als bij de professional een belemmering vormen.
- **Onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing:** Over de processen van het afbouwen van psychofarmaca is nog weinig wetenschappelijk bewijs beschikbaar, al geldt dit in mindere mate voor benzodiazepinen en opioïden.

3.1.3 Onttrekkingsverschijnselen en de risicofactoren

Er zijn enkele algemene risicofactoren voor het ontstaan van onttrekkingsverschijnselen. Deze gelden voor alle groepen psychofarmaca:

- **Farmacologische eigenschappen:** Psychofarmaca met een korte halfwaardetijd geven over het algemeen een hoger risico op onttrekkingsverschijnselen dan middelen met een lange halfwaardetijd.
- **Andere farmacologische eigenschappen:** zoals een sterk anticholinerge werking van een middel, kunnen bij afbouwen het risico op onttrekkingsverschijnselen vergroten.
- **Afbouwmethode:** Het abrupt staken van psychofarmaca vergroot het risico op

onttrekkingsverschijnselen aanzienlijk vergeleken met een geleidelijke afbouw.

- **Laatste afbouwstappen:** Onttrekkingsverschijnselen komen vaker voor in de laatste afbouwfase, omdat de relatieve verandering in receptorbezetting dan het grootst is.

Er is geen duidelijke relatie tussen de duur van het gebruik van psychofarmaca en het risico op onttrekkingsverschijnselen, met uitzondering van opioïden. In de praktijk zijn er dus geen grote verschillen tussen patiënten die psychofarmaca enkele maanden gebruiken en degenen die deze meerdere jaren slikken.²¹ Wat wel van invloed kan zijn, is de psychologische afhankelijkheid van de patiënt. Hierbij heeft de patiënt het gevoel niet zonder het middel te kunnen.

Antidepressiva

Onttrekkingsverschijnselen bij antidepressiva worden vaak aangeduid met het Engelstalige acroniem FINISH. Dit staat voor griepachtige verschijnselen (flu-like symptoms), slapeloosheid (insomnia), maag-darm klachten (nausea), evenwichtsproblemen (imbalance), zintuiglijke stoornissen (sensory disturbances) en emotionele klachten (hyperarousal).²²

Naar schatting krijgt ongeveer 15% van de patiënten te maken met onttrekkingsverschijnselen.²¹

Sommige van deze klachten, zoals angst en somberheid, kunnen lijken op een terugval.⁷ Dit onderscheid kan worden gemaakt door tijdelijk terug te gaan naar de voorgaande (hogere) dosering antidepressiva. Wanneer de klachten dan snel afnemen, is er sprake van onttrekkingsverschijnselen en niet van een terugval.

Het risico op terugval is ongeveer 40% bij patiënten die hun antidepressiva afbouwen tegenover 20% bij patiënten die doorgaan met de medicatie.²³ De meeste onderzoeken kijken echter niet verder dan een periode van 2 jaar.

Antipsychotica

Onttrekkingsverschijnselen bij antipsychotica kunnen zich uiten in verschillende vormen:^{24 25}

- motorische symptomen, zoals rusteloosheid of overbeweeglijkheid;
- somatische symptomen, zoals misselijkheid en zweten;
- psychische symptomen, zoals prikkelbaarheid

De kans op onttrekkingsverschijnselen ligt tussen de 15 en 50%.^{24 11}

Er zijn verschillende factoren die het risico op terugval na het afbouwen van antipsychotica kunnen verhogen. Hoewel niet bekend is of deze daadwerkelijk voorspellend zijn, omvatten mogelijke risicofactoren: de diagnose schizofrenie, een lange ziekteduur, verminderd premorbide functioneren, herhaaldelijke opnames, roken en geen toegang tot psychosociale interventieprogramma's gedurende het afbouwen.²²

Wanneer weinig van deze risicofactoren aanwezig zijn en er sprake is van een eerste psychotische episode en snel herstel, kan binnen 6 maanden worden besloten om antipsychotica af te bouwen. Als niet aan deze criteria wordt voldaan, wordt geadviseerd minstens 1 tot 2 jaar te wachten voordat met afbouwen wordt gestart.

Benzodiazepinen

De meest voorkomende onttrekkingsverschijnselen bij benzodiazepinen zijn griepachtige klachten, zoals zweten, trillen en misselijkheid en motorische verschijnselen, zoals spierspanning, spierzwakte, spierpijn en spierspasmen. Ook kunnen emotionele symptomen optreden, waaronder angst- en paniekaanvallen, agitatie, somberheid en stemmingswisselingen. Daarnaast komen slaapverstoringen en concentratieproblemen regelmatig voor.^{26 27 28 22 29}

In zeldzame gevallen kan abrupt stoppen met benzodiazepinen leiden tot toevallen of psychotische symptomen.²⁹ Naar schatting ervaart 59 tot 78% van de patiënten onttrekkingsverschijnselen.¹¹ Hoewel 25 tot 80% van de patiënten erin slaagt om benzodiazepinen af te bouwen^{30 31 32 33 34 35}, valt meer dan 40% binnen 2 tot 10 jaar terug in gebruik.^{31 36}

Opioïden

Opioïden geven vergelijkbare onttrekkingsverschijnselen als antidepressiva en benzodiazepines. In de eerste fase treden meestal angst- en spanningsklachten, rusteloosheid, prikkelbaarheid en spierpijn op, vooral in de rug en benen. In een latere fase kunnen ernstigere onttrekkingsklachten ontstaan, zoals dysforie, misselijkheid, braken, tranenvloed (lacrimatie), loopneus (rhinorroe), verwijde pupillen (mydriasis), kippenvel (pilo-erectie), zweten, diarree, gapen, koorts en slaapproblemen.³⁷

Bij het afbouwen opioïden bestaat er een risico op een toename van pijnklachten. Dit komt onder meer doordat opioïdenreceptoren na herhaaldelijke toediening minder gevoelig worden voor stimulatie, waardoor tolerantie ontstaat voor zowel lichamelijke als perceptuele effecten. Daarnaast kunnen pijnreceptoren gevoeliger worden door langdurige blokkade van opioïden.

Stemmingsstabilisatoren

Stemmingsstabilisatoren vormen een heterogene groep psychofarmaca, waarbij vaak onderscheid wordt gemaakt tussen lithium en anti-epileptica, zoals valproïnezuur, carbamazepine en lamotrigine.

Bij lithium kunnen onttrekkingsverschijnselen bestaan uit duizeligheid, emotionele klachten (zoals prikkelbaarheid en angst) en rusteloosheid. Bij anti- epileptica komen vooral emotionele symptomen (prikkelbaarheid, angst, somberheid), vermoeidheid (inclusief slaapproblemen), depersonalisatie en cognitieve klachten, zoals geheugenproblemen en verslechterende concentratie voor.¹¹

Stimulantia

Het stoppen van stimulantia gaat vrijwel nooit gepaard met onttrekkingsverschijnselen; minder dan 5% van de gebruikers ervaart dergelijke klachten. Wel kunnen patiënten last krijgen van vermoeidheid, prikkelbaarheid en slaapproblemen. Deze klachten kunnen echter ook samenhangen met het opnieuw optreden of verergeren van ADHD-symptomen na het stoppen.

Wanneer stimulantia worden gebruikt voor de behandeling van ADHD, is de kans op een toename van ADHD-symptomen groot bij het staken van deze psychofarmaca. Toch ervaart ongeveer 33% van de gebruikers geen verergering van de klachten.¹¹

4. Wat is goede afbouwzorg?

Autorisatiedatum 09-03-2026 Beoordelingsdatum 09-03-2026

4.1 Wat vinden patiënten en naasten belangrijk?

In de eindrapportage Multidisciplinaire Verkenning Stoppen met Psychofarmaca ¹¹ zijn sleutelementen van goede afbouwzorg genoemd. Hieronder volgen de 3 belangrijkste elementen per onderdeel, aangevuld met inzichten uit de werkgroep.

Aankaarten van afbouw

- De voorschrijver informeert de patiënt vóór de start van psychofarmaca over mogelijke redenen om in de toekomst af te bouwen. Hierbij wordt ook besproken dat afbouwen niet altijd eenvoudig is en hoe dit proces kan worden aangepakt.
- De patiënt of de voorschrijver brengt afbouwen ter sprake wanneer de psychofarmaca niet langer nodig zijn of wanneer de balans tussen voor- en nadelen doorslaat naar de nadelen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij onvoldoende werking, bijwerkingen, het wegvallen van klachten of wanneer er alternatieve copingstrategieën zijn aangeleerd waardoor medicatie overbodig is geworden.
- De voorschrijver stemt het gesprek over afbouwen af op de specifieke context van de patiënt, met aandacht voor aspecten zoals emotionele lading, eerdere afbouwervaringen, taalgebruik en leefsituatie.

Besluitvorming

- De voorschrijver brengt samen met de patiënt en diens naaste(n) de voor- en nadelen in kaart van zowel doorgebruiken als (gedeeltelijk) afbouwen van psychofarmaca.
- De voorschrijver bespreekt de mogelijkheid van het verlagen van de dosis als volledig afbouwen niet realistisch of haalbaar is. Als ook verlagen op dat moment niet haalbaar blijkt, wordt besproken wanneer en hoe vaak het onderwerp opnieuw aan bod komt. Ook niet afbouwen is een optie, zeker wanneer psychofarmaca als helpend en ondersteunend wordt ervaren.
- De voorschrijver heeft aandacht voor eventuele verschillen in opvatting over de voor- en nadelen van doorgebruiken en afbouwen en bespreekt deze met de patiënt en diens naaste(n).

Voorbereiding en informatievoorziening

- De voorschrijver, patiënt en naaste(n) onderzoeken samen de persoonlijke context, beschikbare ondersteuning en patiëntvoorkeuren om het juiste moment van afbouwen te bepalen.
- De voorschrijver informeert de patiënt en naaste(n) over mogelijke lichamelijke en psychische onttrekkingsverschijnselen, inclusief specifieke klachten, de kans hierop en de verwachte duur. Ook wordt besproken dat afbouwen kan leiden tot terugval en wordt het verschil tussen terugval en onttrekkingsverschijnselen toegelicht.
- Eventuele (voor)tekenen van terugval komen aan bod en kunnen worden vastgelegd in een terugvalpreventieplan*.
- Patiënt en diens naasten worden gewezen op relevante informatiebronnen en documentatie, afgestemd op de gezondheidsvaardigheden, kennis en context van de patiënt. Denk bijvoorbeeld aan www.kenmed.nl voor informatie over antidepressiva, antipsychotica, benzodiazepinen,

stimulantia en stemmingsstabilisatoren. Op www.voorkomdepressie.nl is informatie te vinden over terugvalvoorkomende psychotherapie voor patiënten en professionals.

Monitoring & contact

- De voorschrijver en de patiënt maken afspraken over regelmatige evaluatiemomenten. Deze kunnen face-to-face, telefonisch of op een andere manier plaatsvinden. Ook wordt de mogelijkheid van tussentijds contact afgestemd.
- De patiënt en naaste(n) worden aangemoedigd om laagdrempelig contact op te nemen met de behandelaar. Vooraf worden afspraken gemaakt over wat te doen buiten kantooruren.
- Tijdens evaluaties komen in ieder geval aan bod: eventuele onttrekkingsverschijnselen, (voor)tekenen van terugval, de motivatie om door te gaan en het tempo van afbouwen.
- Indien nodig kan gebruik worden gemaakt van een gevalideerde vragenlijst om terugval (zoals de PHQ-9 bij depressie) en onttrekkingsklachten (zoals de DESS bij antidepressiva) te monitoren.

* Toelichtingen

terugvalpreventieplan: Een terugvalpreventieplan helpt om mogelijke signalen van terugval tijdig te herkennen en hierop te anticiperen. In dit plan worden risicosituaties of -factoren (triggers) in kaart gebracht, met bijbehorende maatregelen om terugval te voorkomen of te beperken. Het is belangrijk om naasten bij het opstellen en uitvoeren van dit plan te betrekken.

4.2 Hoe kan het beste worden afgebouwd?

Zodra het besluit is genomen om gedeeltelijk of volledig af te bouwen, bereiden de voorschrijver en de patiënt samen de afbouwfase voor. Dit proces omvat zowel psychologische als farmacologische factoren.

4.2.1 Psychologische factoren

Tijdens de afbouwfase is het belangrijk dat patiënt, naaste(n) en voorschrijver hun verwachtingen en samenwerkingsafspraken bespreken. Duidelijke verwachtingen zijn essentieel, placebo- en nocebo-effecten invloed kunnen hebben op het verloop van de afbouw.

De voorschrijver herhaalt en verduidelijkt informatie over de afbouw om misverstanden te voorkomen. Ook wordt besproken hoe de afbouw eruitziet: het tempo, de doseringsstappen, de toedieningsvorm (vloeibaar, tabletten of capsules) en de momenten van evaluatie. Deze afspraken worden vastgelegd in een persoonlijk afbouwplan.

Daarnaast wordt besproken hoe de patiënt kan omgaan met emoties, gedachten en lichamelijke sensaties die tijdens het afbouwen van psychofarmaca mogelijk sterker naar voren komen. Indien nodig stellen de patiënt, diens naaste(n) en de voorschrijver een terugvalpreventieplan op. Hierin staat beschreven hoe het functioneren van de patiënt wordt gemonitord en welke acties nodig zijn om stabiel te blijven of opnieuw stabiliteit te bereiken.

Eventueel kunnen aanvullende therapieën worden ingezet, zoals Preventieve Cognitieve Therapie (PCT), Mindfulness Based Cognitieve Therapie (MBCT) of Acceptance & Commitment Therapy (ACT).

Belangrijke boodschappen in deze fase:

- Afbouwen is een proces van onderzoeken. Het doel is te kijken of het haalbaar is om in balans te blijven zonder, of met een lagere dosering van, een of meerdere psychofarmaca. Het betreft vaak een iteratief proces, met ruimte om terug te schakelen, te pauzeren of de psychofarmaca opnieuw in te zetten wanneer dit nodig is.
- Het kan zijn dat afbouwen niet haalbaar is. Dit is geen falen of reden voor verwijt, want afbouwen is geen doel op zich. Sommige mensen hebben psychofarmaca langdurig of blijvend nodig.
- Wees eerlijk over mogelijke klachten. Tijdens het (gedeeltelijk) afbouwen kunnen psychische of onttrekkingsklachten ontstaan of terugkeren, maar dit is niet op individueel niveau te voorspellen. Een neutrale uitleg helpt hierbij. Het methodisch bijhouden van functioneren en klachten, bijvoorbeeld met gestandaardiseerde vragenlijsten, kan inzicht en geruststelling bieden. Het normaliseren van onttrekkingsklachten kan patiënten geruststellen, vooral als zij bang zijn voor het terugkeren van langdurige psychische klachten.
- Maak afspraken die de regie bij de patiënt houden. Spreek bijvoorbeeld een plan A en plan B af. Als een afbouwstap te groot blijkt, kan worden teruggeschakeld naar een tussenliggende dosering. Zorg dat de patiënt hiervoor voldoende psychofarmaca in huis heeft.
- Versterk de eigen regie. Dit kan door vóór de start een afbouwplan én een terugvalpreventieplan op te stellen.
- Bij benzodiazepinen en opioïden is afbouwen vaak geen optie maar een noodzaak. In de meeste gevallen is er geen indicatie voor langdurig gebruik. Extra inzet op motiverende gespreksvoering kan nodig zijn voordat het afbouwproces kan starten.
- Stem nauw af met betrokken zorgprofessionals. Overleg met de huisarts, apotheker en eventuele andere voorschrijvers wie wat voorschrijft, voor welke termijn en houd deze afspraken strak aan. Indien nodig kan worden besloten het middel niet langer voor te schrijven of te verwijzen naar regionale zorgpaden voor opioïden en pijn, of naar instellingen voor verslavingszorg.

Inrichting van het afbouwproces

De patiënt, naaste(n) en de voorschrijver bepalen samen de gewenste afbouwstrategie. Daarbij wordt rekening gehouden met de urgentie van afbouwen, de ernst van de bijwerkingen, de behoeften en ervaringen van de patiënt en de aanwezigheid van risicofactoren voor onttrekkingsverschijnselen en terugval.

- De voorschrijver bespreekt met de patiënt hoe het afbouwproces eruit zal zien, inclusief het afbouwtempo, de doseringsstappen, de vorm (vloeibaar, tabletten of capsules) en de evaluatiemomenten. Deze afspraken worden vastgelegd in een afbouwplan.
- Indien nodig stellen de patiënt, diens naaste(n) en de voorschrijver een terugvalpreventieplan op. Dit plan brengt het functioneren van de patiënt in kaart en beschrijft welke acties nodig zijn om stabiel te blijven of opnieuw stabiliteit te bereiken. Bij weinig verwachte problemen kan dit kort en bondig worden gehouden.
- De behandelaar biedt, indien beschikbaar, eHealth modules aan als aanvullende ondersteuning. Er worden afspraken gemaakt over de bereikbaarheid van de voorschrijver, in welke situaties de patiënt contact opneemt en wat te doen buiten kantooruren. Deze afspraken worden op maat vastgelegd in het terugvalpreventieplan.
- Bij gedeeltelijk afbouwen zorgt de voorschrijver ervoor dat de einddosering een geregistreerde dosering is. Doseringen die niet aansluiten bij geregistreerde sterktes, zoals te lage doseringen of niet-standaard hoeveelheden, zijn geen rationeel einddoel van afbouw.
- Tijdens evaluatiemomenten wordt de voortgang van het afbouwplan besproken en zo nodig

bijgesteld (zie [Hoe monitor en evalueer je het afbouwproces](#)).

Mede geïnspireerd op de HAMLETT afbouwgids. ³⁸

4.2.2 Farmacologische factoren - algemeen

Richtlijn of multidisciplinair document	AD	AP	B	OP	Stim	StSt
Multidisciplinair document 'Afbouwen overige antidepressiva' (2023)	X					
NICE guideline 'Medicines associated with dependence or withdrawal symptoms: safe prescribing and withdrawal management for adults' (2022)	X		X	X		
Handreiking afbouw opioïden (2021)				X		
Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry (2021) • Stopping antipsychotics, p102 • Stopping lithium and mood stabilizers, p301 • Stopping antidepressants, p348 • Benzodiazepines, z-drugs and gabapentinoids: dependence, detoxification and discontinuation, p440	X	X	X			X
Multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's & SNRI's' (2018)	X					
Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen (2017)			X	X	X	

Afbouwgid HAMLETT (Deze afbouwgid is gemaakt ten behoeve van het HAMLETT onderzoek en is niet geautoriseerd door een beroepsvereniging).		X				
Richtlijn Benzodiazepinen dosisreductie (2003)			X			

AD= antidepressiva; AP = antipsychotica; B = benzodiazepinen; OP = opiaten, Stim = stimulantia; StSt = stemmingsstabilisatoren. ¹¹

Hieronder volgt een algemene samenvatting van de adviezen uit deze richtlijnen. ¹¹ Voor algemene afbouwschema's wordt verwezen naar bovengenoemde richtlijnen. Let op: deze schema's kunnen worden gepersonaliseerd op basis van de adviezen hieronder.

Gebruik een standaard afbouwschema en pas dit aan op basis van de individuele patiënt. Beantwoord de volgende vragen en raadpleeg de onderstaande tabel om te bepalen of een trager of sneller schema geschikt is (zie de paragrafen hierna voor aanvullende adviezen per groep).

1. Hoelang gebruikt de patiënt de psychofarmaca?
2. Zijn er onttrekkingsverschijnselen of risicofactoren voor onttrekkingsverschijnselen? Hoewel er geen doorslaggevend bewijs voor is, kunnen de volgende factoren een verhoogd risico geven bij het afbouwen van antidepressiva:
 1. een hogere onderhoudsdosering dan gebruikelijk;
 2. onttrekkingsverschijnselen bij een gemiste dosis;
 3. eerdere mislukte afbouw pogingen. ³⁹
4. Is de patiënt klinisch of poliklinisch?
5. Voor welke indicatie wordt de psychofarmaca gebruikt? Sommige middelen hebben meerdere indicaties. Bijvoorbeeld: Duloxetine/venlafaxine: ook ingezet als onderhoudstherapie bij migraine. Nortriptyline/amitriptyline/duloxetine: ook gebruikt bij neuropathische pijn.
6. Heeft de psychofarmaca een langere halfwaardetijd (≥ 72 uur)?
7. Heeft het psychofarmacon een CYP-enzym*inducerende of remmende werking? Gebruikt de patiënt andere medicatie die invloed heeft of onder invloed staat van (substraat is van) het CYP-enzymensysteem?
8. Wordt een ander geneesmiddel gebruikt om bijwerkingen van de af te bouwen psychofarmaca te behandelen?

Tabel: Aanpassing snelheid afbouwschema

	Aanpassing
1	Overweeg bij kortdurend gebruik (<3 maanden) een sneller afbouwschema.
2	Bij onttrekkingsverschijnselen** of aanwezigheid van risicofactoren (zoals eerdere mislukte afbouw pogingen of ernstige of frequente episoden) wordt een trager schema aanbevolen.

3	Overweeg bij klinische opname een sneller schema, omdat binnen deze setting meer controle, afstemming en aanpassingen mogelijk zijn.
4	Monitor altijd op terugval van de oorspronkelijke indicatie waarvoor de patiënt psychofarmaca gebruikt(e). Gebruik hiervoor gevalideerde vragenlijsten.
5	Middelen met een lange halfwaardetijd kunnen vaak sneller worden afgebouwd, soms in slechts 1 stap. Goede uitleg aan de patiënt is hierbij noodzakelijk, omdat een snelle afbouw als te abrupt kan worden ervaren.
6	Raadpleeg de sectie Farmacokinetische interacties voor uitleg over het herkennen en hanteren van dergelijke interacties of overleg met een apotheker.
7	Controleer of de medicatie die wordt gebruikt om bijwerkingen te verlichten nog nodig is, ook bij dosisreductie in plaats van volledig afbouwen. Veel bijwerkingen zijn dosisafhankelijk (zie Farmacologische effecten).

* Trager schema = kleinere stappen en / of langere intervallen nemen.

** Een afbouwpaauze is een optie bij optreden van ontwenningsverschijnselen

Afbouwen bij polyfarmacie

Bij polyfarmacie is het belangrijk om te beoordelen of geneesmiddelen elkaar beïnvloeden tijdens het afbouwen. Hierbij kunnen 2 soorten interacties een rol spelen:

Farmacokinetische interacties

Psychofarmaca kunnen CYP*-inducerend of -remmend werken, wat de afbraak van andere geneesmiddelen kan versnellen of vertragen. Omgekeerd kunnen andere medicijnen het metabolisme van het af te bouwen psychofarmaca beïnvloeden.

CYP-inductie gebeurt gestaag. Het effect wordt pas na enkele dagen zichtbaar en is na 2 tot 4 weken maximaal. Na het stoppen gebeurt het omgekeerde en kan het 2 tot 4 weken duren voordat het inducerende effect is verdwenen. CYP-remming treedt daarentegen direct op. Na het stoppen is het moment waarop de remming verdwijnt afhankelijk van de halfwaardetijd van het geneesmiddel.

Overleg met de apotheker om mogelijke interacties te beoordelen en hierop te anticiperen. Daarnaast kan de Flockhart-tabel worden gebruikt om sterke CYP-inductoren (rode bolletjes) of -remmers te identificeren. ⁴⁰ Bij het nalopen van de medicatielijst is het belangrijk om te bepalen of het afbouwen van een bepaald middel gevolgen heeft voor andere medicatie. Afhankelijk van de interactie kan het effect van psychofarmaca toenemen of afnemen, wat zorgvuldig moet worden gemonitord.

Farmacodynamische effecten

Naast CYP-interacties (farmacokinetisch) kunnen ook farmacodynamische effecten optreden. Dit betreft de invloed van geneesmiddelen op receptoren in de hersenen, zoals serotonine- en dopaminereceptoren. Er zijn echter te veel receptoren om allemaal te benoemen. Bovendien is er nog weinig bewijs over hoe hiermee concreet moet worden omgegaan.

Het is in ieder geval belangrijk om ook de effecten van andere geneesmiddelen te evalueren. Wanneer iemand bijvoorbeeld een antidepressivum gebruikt en hierdoor erectiele disfunctie heeft ontwikkeld, kan

na het afbouwen van het antidepressivum worden beoordeeld of de medicatie voor erectiele disfunctie nog nodig is.

Overleg tijdig met de apotheker over een medicatiebeoordeling, zeker bij polyfarmacie. Voor kleinere afbouwstappen kan een bereiding op maat nodig zijn. Deze aspecten worden meegenomen bij het opstellen van een afbouwplan.

* Toelichtingen

CYP-enzym: CYP is een afkorting voor het Cytochroom P450 enzym wat een grote rol heeft in de omzetting van vele geneesmiddelen.

CYP: CYP is een afkorting voor het Cytochroom P450 enzym wat een grote rol heeft in de omzetting van vele geneesmiddelen.

4.2.3 Farmacologische factoren en adviezen - Antidepressiva

Paroxetine en venlafaxine geven gemiddeld een groter risico op onttrekkingsverschijnselen vanwege hun kortere eliminatiewaardetijd. Wanneer het afbouwen stagneert en/of kleinere stappen niet meer mogelijk zijn met de huidige tabletten, kunnen de volgende tips worden toegepast:

Tips afbouw paroxetine

- Gebruik de paroxetine-suspensie van 2 mg/ml om kleinere stappen te maken in de dosisverlaging.
- Er zijn paroxetine tabletten van 1 en 3 mg te bestellen bij de eigen apotheek om kleinere stappen te maken. Controleer op www.medicijnkosten.nl of deze medicatie wordt vergoed.
- Een methode waar relatief weinig ervaring mee is, maar die soms wel wordt ingezet: Bouw af tot het equivalent van 20mg fluoxetine. Start dan met fluoxetine 20 mg en stop na enkele dagen de paroxetine. Monitor op onttrekkingsverschijnselen. Als de patiënt na enkele weken fluoxetine geen onttrekking ervaart, kan de fluoxetine worden gestopt. Indien er wel onttrekkingsklachten optreden bij de overstap, kan tijdelijk een lage dosering paroxetine worden toegevoegd totdat de klachten verdwijnen. Vervolgens kan paroxetine verder worden afgebouwd en daarna fluoxetine worden gestopt.

Tips afbouw venlafaxine

- Er zijn venlafaxine tabletten van 1 en 5 mg te bestellen bij de apotheek om kleinere stappen te kunnen maken. De voorkeur gaat uit naar de variant met gereguleerde afgifte (MGA) en niet de directe afgifte. Controleer op www.medicijnkosten.nl of deze medicatie wordt vergoed.
- Gebruik van mini-capsules: Sommige merken bevatten mini-capsules van elk 12,5 mg binnen de 37,5 mg capsules. Deze kunnen worden gebruikt om de afbouw in kleinere stappen te laten verlopen.
- Overstap naar fluoxetine: Een minder gangbare, maar soms toegepaste methode is het starten met fluoxetine 20 mg en vervolgens na enkele dagen venlafaxine stoppen.³⁹ Venlafaxine in

doseringen van ≤ 150 mg werkt uitsluitend als serotonineheropnameremmer, waardoor deze overstap mogelijk is. Het is essentieel om te monitoren op onttrekkingsverschijnselen. Als de patiënt na enkele weken fluoxetine geen klachten ervaart, kan deze worden gestopt. Indien er toch onttrekkingsverschijnselen optreden bij de overstap van venlafaxine naar fluoxetine, kan tijdelijk een lage dosering venlafaxine worden toegevoegd totdat de klachten verdwijnen.

- Vervolgens wordt de venlafaxine afgebouwd en daarna de fluoxetine gestopt. Let op: fluoxetine remt het metabolisme van venlafaxine via CYP2D6, wat kan leiden tot een verhoogde venlafaxinespiegel.

4.2.4 Farmacologische factoren en adviezen - Antipsychotica

Afbouwen van antipsychotica verloopt bij voorkeur geleidelijk. Vooral na langdurig gebruik vergroot een snelle afbouw het risico op terugval.⁴¹ Expert opinion stelt langzaam en in steeds kleinere stappen af te bouwen gedurende enkele maanden. De HAMLETT-afbouwgid³⁸ bevat bruikbare afbouwschema's voor de meeste antipsychotica. Deze schema's kunnen worden gevolgd met reguliere doseringseenheden die in de apotheek verkrijgbaar zijn.

4.2.5 Farmacologische factoren en adviezen - Benzodiazepinen

Afbouwen van benzodiazepinen moet langzaam plaatsvinden (meestal over een periode van enkele maanden) om ernstige onttrekkingsverschijnselen en epileptische insulten te voorkomen. Een pragmatisch advies is om de dosis wekelijks met 25% te verlagen voor de eerste 75% van de oorspronkelijke dosis, gevolgd door hyperbolische afbouw of verlaging in stappen van 12,5% voor de laatste 25%. Bij mislukte stoppogingen of hoge doseringen benzodiazepinen wordt geadviseerd om eerst over te stappen op een langwerkende benzodiazepine, zoals diazepam. Voor de juiste omrekening kan gebruik worden gemaakt van een [benzodiazepine-conversiewebsite](#).¹¹

4.2.6 Farmacologische factoren en adviezen - Opioiden

Overweeg een overstap naar een langwerkend opioïd, zoals methadon, als verdere afbouw niet lukt. Gebruik hiervoor de opioïdrotatietabel⁴² om de equivalente methadondosering te berekenen. De overstap wordt uitgevoerd door professionals die daarvoor bevoegd en bekwaam zijn.

Het gebruik van buprenorfine of buprenorfine/naloxon kan eveneens worden overwogen bij de afbouw van opioïden.

Bij onttrekkingsverschijnselen of een toename van pijnklachten kan ook worden gekozen voor symptomatische behandeling, in plaats van terug te keren naar de oude dosering opioïd.

Raadpleeg voor uitgebreidere informatie over de afbouw van opioïden de [Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain](#) van de CDC.

4.2.7 Farmacologische factoren en adviezen - Stimulantia

Stimulantia vormen een bijzondere groep, omdat deze niet langzaam of in stappen hoeven te worden afgebouwd. In principe kan in 1 keer worden gestopt met stimulantia, al geven sommige patiënten alsnog de voorkeur aan een geleidelijke afbouw. Monitoring op eventuele terugval na het stoppen is altijd noodzakelijk.

4.2.8 Farmacologische factoren en adviezen- Stemningsstabilisatoren

Afbouw van lithium over een periode van minimaal 1 maand, maar bij voorkeur een stuk langer (rond 6 maanden), vermindert het risico op onttrekkingsverschijnselen en snelle terugval. De periode kan korter zijn bij lagere doseringen of wanneer lithium wordt toegepast als augmentatie bij depressie.

In de klinische praktijk worden lithium en andere stemmingsstabilisatoren meestal afgebouwd volgens een schema met doseringen die bij de eigen apotheek verkrijgbaar zijn. Controleer vooraf of de benodigde preparaten beschikbaar zijn. ¹¹

4.3 Hoe monitor en evalueer je het afbouwproces?

De patiënt, naaste(n), de voorschrijver, apotheker en andere betrokken professionals bepalen samen de gewenste afbouwstrategie. Welke professionals worden betrokken, hangt af van de situatie.

Bij het opstellen van de strategie wordt rekening gehouden met de urgentie van afbouwen, de ernst van eventuele bijwerkingen, de behoeften en ervaringen van de patiënt en de aanwezigheid van risicofactoren voor onttrekkingsverschijnselen en terugval. Deze factoren worden bij voorkeur vastgelegd in een afbouwplan. De apotheker kan hierbij worden geconsulteerd en wordt in ieder geval op de hoogte gesteld van het afbouwplan.

4.3.1 Monitoren van het afbouwproces

Het is belangrijk om het afbouwproces methodisch te monitoren, gestructureerd en op gezette tijden. Dit is nodig om eventuele problemen in een vroeg stadium te signaleren en te duiden.

De voorschrijver en patiënt, samen met eventuele naasten en betrokken professionals, maken afspraken over:

- de frequentie van contact en vorm van het contact (face-to-face, telefonisch, via beeldbellen of e-mail)
- het gebruik van eHealth modules (indien beschikbaar)
- de bereikbaarheid voor tussentijds overleg.

Regelmatige monitoring biedt houvast aan de patiënt, diens omgeving en de betrokken professional(s). Het helpt bij evaluatiegesprekken en het maken of bijstellen van afspraken.

De volgende aspecten verdienen de aandacht bij monitoring:

- **Klinisch functioneren:** Zijn er aanwijzingen voor een recidief of nieuwe problematiek? Gebruik waar mogelijk gevalideerde instrumenten, zoals zelfrapportagevragenlijsten, (semi)gestructureerde interviews of observatieschalen (zie [Vragenbibliotheek](#)).
- **Persoonlijk functioneren:** Wat zegt de patiënt over het eigen functioneren? Hiervoor kunnen vragenlijsten worden gebruikt die het welbevinden meten, zoals de i-ROC of WHODAS.
- **Onttrekkingsklachten:** Monitor de afwezigheid, aanwezigheid en het beloop, bijvoorbeeld met de DESS (bij antidepressiva) of de BWSQ (bij benzodiazepinen).
- **Bijwerkingen:** Controleer of bijwerkingen verminderen door het afbouwen.
- **Subjectieve factoren en ervaringen:** Bespreek factoren die het proces beïnvloeden, zoals

stemming, motivatie of stress.

- **Rol van naasten:** Onderzoek in hoeverre naasten kunnen helpen bij signaleren en ondersteuning.

De behoefte aan contactmomenten verschilt per persoon. Sommige patiënten ervaren weinig problemen en hebben voldoende aan korte of minder frequente contactmomenten. Anderen vinden afbouwen spannend of voelen zich tijdelijk uit balans, waardoor vaker overleg gewenst is. Het is belangrijk dat patiënt, behandelaar en eventuele naasten en andere betrokken professionals samen afstemmen wat passend is.

4.3.2 Evalueren van het afbouwproces

Tijdens het evaluatiegesprek worden de volgende aspecten besproken:

1. **Vragenlijsten (indien gebruikt):** Bespreek de uitkomsten van eventuele vragenlijsten, zodat de antwoorden zorgvuldig kunnen worden gewogen en geïnterpreteerd.
2. **Persoonlijk functioneren:** Beoordeel hoe het met de patiënt gaat en in hoeverre er sprake is van balans in het dagelijks functioneren. Realiseer dat sommige mensen bewust kiezen voor een tijdelijk instabieler fase in ruil voor meer autonomie, emotionele diepgang of zingeving.
3. **Veranderingen:** Breng in kaart welke veranderingen zich hebben voorgedaan sinds de start van het afbouwen. Bespreek hoe de patiënt hiermee omgaat, hoe lang eventuele onttrekkingsklachten aanhouden en welke invloed veranderingen in leefomstandigheden of somatische gezondheid hebben op het herstel. Sta stil bij de balans tussen draagkracht en draaglast en bij eventuele zorgen van patiënt, naasten of behandelaar.
4. **Klachten:** Onderzoek samen met de patiënt de aard van eventuele klachten. Zijn het onttrekkingsklachten of andere symptomen? Bespreek hoe de patiënt hiermee om kan gaan.
5. **Interventies:** Wanneer de patiënt uit balans raakt, bespreek welke interventies nodig of wenselijk zijn. Dit kan gaan om acties uit het terugvalpreventieplan, leefstijl- of psychologische interventies, een hogere contactfrequentie, het vertragen of tijdelijk stoppen van de afbouw of het verhogen van de dosis van het psychofarmaca dat wordt afgebouwd.
6. **Vervolgafspraken:** Evalueer op basis van het afbouwplan en de ervaringen tot nu toe of het nodig is het plan aan te passen. Houd daarbij rekening met eventuele stressvolle gebeurtenissen in de nabije toekomst, zoals de winterperiode, examens, of een nieuwe baan. Mogelijke aanpassingen zijn het wijzigen van de timing of de grootte van de volgende afbouwstap, het tijdelijk handhaven van de huidige dosering of het aanpassen van de contactfrequentie. Sluit het gesprek af met het maken van een nieuwe afspraak.
7. **Informeel zorg:** Bespreek de mogelijkheden van ondersteuning door naasten, hun rol bij het signaleren van veranderingen en de waarde van lotgenotencontact.

4.4 Besluit om te vertragen of te stoppen met afbouwen

Tijdens het afbouwproces kunnen redenen ontstaan om het tempo te vertragen of (tijdelijk) te stoppen met afbouwen. Deze redenen kunnen te maken hebben met het proces zelf of met de uitkomst van de afbouw. Samen beslissen bevordert de eigen regie van de patiënt en versterkt de samenwerking tussen de voorschrijver en de patiënt.

Proces

Het afbouwen van psychofarmaca kan soepel verlopen, maar ook veel energie kosten. Dit hangt vaak

samen met het omgaan met onttrekkingsklachten, het vinden van een nieuwe balans in het dagelijks functioneren en onzekerheid over het risico op terugval. Ondertussen loopt het gewone leven door, wat extra belasting kan geven. Sommige patiënten worden hierdoor 'afbouwmoe'.

Deze factoren kunnen aanleiding zijn om het tempo van afbouwen te verlagen, bijvoorbeeld door de tijd tussen de afbouwstappen te verlengen. Ook kan worden besloten om het afbouwen (tijdelijk) stop te zetten. In dat geval is het belangrijk te bespreken of, en wanneer, de situatie opnieuw wordt geëvalueerd.

Uitkomst

De uitkomst van het afbouwproces kan zowel gedeeltelijk als volledig afbouwen zijn. Op basis van eerdere ervaringen of terugval kan in overleg tussen patiënt, naaste(n) en voorschrijver worden besloten om slechts gedeeltelijk af te bouwen. Let er dan op dat de einddosering van het psychofarmakon een rationele, klinisch verantwoorde onderhoudsdosering is die binnen het reguliere sterkteaanbod valt. Doseringen die niet aansluiten bij geregistreerde sterktes, zoals te lage doseringen of niet-standaard hoeveelheden, zijn geen passend einddoel.

Daarnaast is het belangrijk onderscheid te maken tussen klinisch herstel en functioneel herstel. Soms is er sprake van klinisch herstel, maar is het toch verstandig om het afbouwen te stoppen. Bijvoorbeeld wanneer de patiënt merkt dat het in balans blijven veel energie kost, of wanneer omstandigheden, zoals een verhuizing of ziekte, extra druk geven. Sommige mensen kiezen echter bewust voor een tijdelijk instabieler fase in ruil voor meer autonomie, emotionele diepgang of zingeving.

4.5 Follow up na het gedeeltelijk of volledig afbouwen van psychofarmaca

Monitoren

Na het gedeeltelijk of volledig afbouwen van psychofarmaca is het belangrijk om te monitoren of het functioneren van de patiënt stabiel blijft. Dit omvat het bewaken van mogelijke terugval bij 1 of meerdere indicaties waarvoor de psychofarmaca eerder zijn gebruikt. De meeste terugval treedt op binnen het eerste jaar na afbouwen.

Overweeg, indien nodig, interventies die het risico op terugval verkleinen, zoals preventieve cognitieve therapie (PCT) bij patiënten met een depressieve stoornis in het verleden (41% risicoreductie op terugval over 2 jaar ⁴³).

Naast het signaleren van terugval is het ook belangrijk de positieve effecten van het afbouwen te monitoren. Had een patiënt bijvoorbeeld last van seksuele bijwerkingen of sedatie? Controleer dan of deze klachten verminderen of verdwijnen na dosisverlaging of het stoppen van het psychofarmakon.

Bij gedeeltelijke afbouw van psychofarmaca is het belangrijk dat patiënten gebruikmaken van geregistreerde medicatie. Langdurig gebruik van niet-geregistreerde afbouwmedicatie wordt tot op heden niet vergoed.

Overdragen

Besprek met de patiënt, en indien van toepassing diens naasten, wat te doen bij het ontstaan van psychische klachten of zorgen over een mogelijke terugval.

De voorschrijver (indien dit niet de huisarts is) zorgt voor een adequate overdracht aan de huisarts en aan andere betrokken professionals. Daarbij wordt duidelijk vastgelegd hoe en wanneer laagdrempelig overleg mogelijk is en op welke wijze de voorschrijver bereikbaar is.

Instrueer de patiënt indien van toepassing om overgebleven psychofarmaca in te leveren bij de apotheek.

5. Organiseren van afbouwzorg

Autorisatiedatum 09-03-2026 Beoordelingsdatum 09-03-2026

5.1 Inleiding organiseren van afbouwzorg

Dit hoofdstuk behandelt hoe de zorg rondom het afbouwen van psychofarmaca georganiseerd kan worden. De beschrijving van zorg is normatief bedoeld: het gaat om hoe afbouwzorg zou moeten worden ingericht, niet noodzakelijkerwijs om hoe deze nu overal wordt aangeboden. Centraal staan het signaleren van mogelijkheden voor afbouw, het bespreekbaar maken hiervan en het bieden van begeleiding tijdens het proces. Daarnaast worden de randvoorwaarden besproken die nodig zijn om dit zorgvuldig te laten verlopen.

De rol van de eerstelijnszorg

De voorschrijver is in principe verantwoordelijk voor het afbouwen van psychofarmaca. Wanneer dit passend is, kan deze taak in overleg ook (deels) worden overgedragen aan een andere zorgprofessional, zoals de huisarts of apotheker (voor medicatie bij indicaties binnen de geldende richtlijn van de beroepsgroep). Voorwaarde is wel dat deze zorgprofessional zich hiertoe bekwaam voelt, er een goede overdracht plaatsvindt, duidelijke werkafspraken gemaakt worden en dat overleg of terugverwijzing mogelijk blijft. Deze werkwijze is niet alleen kostenefficiënt, maar zorgt er ook voor dat mensen dichtbij huis kunnen worden geholpen. De eerstelijnszorg is beter toegankelijk, en daarbij zijn patiënten bij wie het beter gaat vaak niet meer in behandeling in de tweede lijn van de ggz.

De rol van de apotheker en werkafspraken

Apothekers hebben vanuit wet- en regelgeving (Geneesmiddelenwet, Wet BIG en WGBO) een zelfstandige verantwoordelijkheid in de medicatiezorg. Zodra een patiënt een recept aanbiedt of advies vraagt, ontstaat een behandelrelatie met de apotheker, inclusief de plicht tot goede en tijdige medicatie-informatie. Heldere lokale of regionale werkafspraken tussen voorschrijvers en apothekers zijn helpend om deze verantwoordelijkheden goed uit te voeren tijdens het afbouwen van psychofarmaca. Dit geeft duidelijkheid over taakverdeling en communicatie daarover.

Verwijzen

Het uitgangspunt is: *'In de eerste lijn als het passend is, in de tweede lijn als het moet.'* Factoren die hierbij meespelen zijn de voorkeur van de patiënt of professional en de expertise van de betrokken voorschrijvers, apothekers en eventueel psychologen.

Overweeg in elk geval afbouw in de tweede of derde lijn bij patiënten met een hoog risico op terugval in de stoornis waarvoor de behandeling werd gestart. Hetzelfde geldt voor patiënten met een ernstig of moeilijk te behandelen beloop dat intensieve interventies vereist. Dit geldt onder meer voor patiënten met een voorgeschiedenis van een depressie met psychotische kenmerken, (eerdere) ernstige suïcidaliteit, agressie of automutilatie. Ook het afbouwen van psychofarmaca bij mensen met een bipolaire stoornis, psychotische stoornis, (ernstige) delicten of ernstige verslavingsproblematiek kan beter plaatsvinden in de tweede of derde lijn.

Minder intensieve zorg als hulpmiddel

Het terugschalen van zorg, bijvoorbeeld van klinisch naar ambulant of van de tweede naar de eerste lijn, kan het afbouwproces ondersteunen. Het vergroot de autonomie van de patiënt en helpt overbehandeling te voorkomen.

Voordat een patiënt wordt verwezen, kan consultatie worden overwogen met een kaderhuisarts GGZ, apotheker of psychiater. Daarnaast is het mogelijk om af te bouwen in de eerste lijn, met de tweede lijn als back-up voor snelle interventie.

Hoewel opschalen soms noodzakelijk is, kent dit ook nadelen, zoals medicalisering. Dit kan de indruk wekken dat afbouwen altijd een complex medisch traject is, waardoor het voor de patiënt zwaarder en voor de zorgverlener ingewikkelder wordt. Hierdoor kunnen processen als hospitalisatie en nocebo-effecten optreden, die het afbouwen eerder vertragen dan ondersteunen.

Voor patiënten die nog in behandeling zijn in de tweede of derde lijn, kan het juist praktisch zijn om het afbouwproces daar te doorlopen.

Gebruik van eHealth

In elke setting kan het gebruik van eHealth-interventies worden overwogen tijdens het afbouwen. Dit [vergroot de autonomie van de patiënt en biedt inzicht in het afbouwproces \(zie Zorgstandaard digitale zorg\)](#).

5.2 Welke invloed heeft de setting op afbouwzorg?

De setting kan zowel helpend als belemmerend zijn bij het afbouwen van psychofarmaca. In de meeste gevallen vindt afbouw plaats in de ambulante setting. Klinisch afbouwen is in principe niet nodig. Alleen wanneer een nieuw middel wordt gestart, er ernstige somatische complicaties zijn of een hoog risico op problemen bestaat, zoals bij langdurig gebruik van hoge doseringen benzodiazepinen, kan dit wel aangewezen zijn.

Bij het bepalen van de juiste setting is het belangrijk rekening te houden met de sociale, cognitieve, emotionele, gedragsmatige en somatische factoren in het verhaal van zowel de patiënt als de professional. Deze aspecten worden daarom actief uitgevraagd.

5.2.1 Bepalen van de setting

Bij het afbouwen van psychofarmaca kunnen 4 settings worden onderscheiden:

Ambulante setting: De patiënt bouwt af in de eigen omgeving met regelmatige, maar minder intensieve monitoring. Omdat vaak meerdere professionals zijn betrokken, zoals de huisarts, psychiater, verpleegkundig specialist en apotheker, is goede coördinatie essentieel om miscommunicatie of fouten te voorkomen.

Klinische vrijwillige setting: De patiënt bouwt af binnen een zorginstelling, met intensieve monitoring en directe communicatie tussen de betrokken professionals. In de praktijk is deze setting zelden nodig.

Klinische setting met gedwongen zorg: De patiënt bouwt af binnen een gesloten zorginstelling, waar eveneens intensieve monitoring en zorg beschikbaar zijn. Door het karakter van de setting kan afbouwen hier meer directief plaatsvinden. Ook deze setting is slechts in uitzonderlijke gevallen aangewezen.

Forensische setting: Afbouwen vindt plaats binnen een sterk beveiligde en gecontroleerde omgeving,

vaak met gedwongen zorg. Dit vereist nauwe samenwerking tussen psychiaters, forensisch psychologen, verpleegkundigen en beveiligingsmedewerkers. Ook hier verloopt het afbouwen doorgaans directiever en is de setting alleen in uitzonderlijke gevallen nodig.

5.2.2 Gesloten en justitiële settings

In gesloten ggz- en justitiële settings kan psychofarmaca soms sneller worden afgebouwd door strikte regels, de afwezigheid van triggers bij middelenafhankelijkheid en de mogelijkheid om contingency management toe te passen. Hierbij is het van belang rekening te houden met de omgeving waar de patiënt of gedetineerde na afloop naar terugkeert. Ook de timing van het afbouwen vraagt aandacht. Bij voorkeur wordt hier niet vlak voor ontslag mee gestart. Dit om het risico op terugval in problematiek en medicatiegebruik te beperken.

5.2.3 Wegingsfactoren voor doorverwijzing naar gespecialiseerde verslavingszorg

Overwegingen om te verwijzen naar verslavingszorg worden samengevat in een aantal wegingsfactoren. Doel is een veilige en effectieve afbouw, met waar nodig aanvullende verslavingsbehandeling. De keuze voor de juiste setting bij het afbouwen van psychofarmaca hangt af van medische, psychologische en sociale factoren, zowel in het heden als in de voorgeschiedenis. Hieronder staan de belangrijkste wegingsfactoren beschreven: ³⁷

1. Medische ernst van de psychofarmaca-afhankelijkheid:
 1. **Lichamelijke gezondheid:** Ernstige lichamelijke gezondheidsproblemen als gevolg van het gebruik kunnen intensieve medische zorg vereisen.
 2. **Onttrekkingsverschijnselen:** Een verhoogd risico op ernstige onttrekkingsklachten zoals een delirium of epileptische aanvallen bij benzodiazepinen, vraagt om specialistische zorg.
3. Psychische toestand van de patiënt
 1. **Psychische gezondheid:** Als de persoon ook lijdt aan andere psychische aandoeningen, zoals depressie, angststoornissen of psychotische symptomen, kan een klinische setting met psychologische ondersteuning of zelfs ziekenhuisopname nodig zijn.
 2. **Psychosociale ondersteuning:** Wanneer intensieve psychologische of psychiatrische begeleiding nodig is, kan een instelling die zowel medische als psychologische zorg biedt de voorkeur hebben.
5. Sociaal-maatschappelijke situatie
 1. **Steun uit het netwerk:** Een sterk sociaal netwerk (familie of vrienden) kan een ambulante afbouw mogelijk maken. Ontbreekt deze steun, dan kan een intensievere setting nodig zijn.
 2. **Woning- en leefsituatie:** In een instabiele woonsituatie of beschermde woonvorm kan passende WMO of WLZ-zorg worden ingezet. In risicovolle omgevingen, bijvoorbeeld waar medicatie, drugs of alcohol gemakkelijk beschikbaar zijn, kan een klinisch verblijf aangewezen zijn.
7. Duur en dosering van gebruik
 1. **Langdurig en/of hooggedoseerd gebruik:** In deze situaties is vaker begeleiding in de tweede lijn, een ziekenhuis of kliniek aangewezen.
 2. **Eerdere behandelingen:** Patiënten die eerder probeerden af te bouwen en terugvielen, kunnen baat hebben bij een langere en intensievere behandeling met aanvullende psychosociale begeleiding.
 3. **Eerdere, niet succesvolle afbouw pogingen:** in deze gevallen kan een verandering van

setting, zowel op- als afschalen, nodig zijn.

9. Wens en voorkeur van de patiënt

1. **Keuze van de setting:** De patiënt moet worden betrokken bij de besluitvorming. Als er een voorkeur is voor ambulante afbouw, kan dit worden overwogen, mits de medische situatie dit toestaat en er voldoende steun is vanuit de omgeving.

11. Beschikbaarheid van zorg

1. **Regionale zorgcapaciteit:** Wachtlijsten en de beschikbare expertise in de regio kunnen de keuze van de setting beïnvloeden, maar medische en psychosociale noodzaak hebben altijd prioriteit. Als een patiënt zich al in een bepaalde setting bevindt, kan dat een reden zijn om daar met de afbouw te starten, in plaats van terug te verwijzen naar de eerste lijn of extramurale zorg.

13. Comorbiditeit met middelen- of gedragsverslaving

1. **Invloed van afbouw van psychofarmaca:** Afbouwen kan zowel een positieve als negatieve invloed hebben op het gebruik van alcohol, tabak of drugs. Dit is met name relevant bij benzodiazepinen- of opioïdafhankelijkheid.
2. **Drugsverslaving:** Wanneer er sprake is van (drugs)verslaving, kan de complexiteit van afbouw toenemen. In dat geval kan een gespecialiseerde verslavingskliniek die zowel alcohol- als drugsbehandeling aanbiedt, nodig zijn.

15. Factoren rondom stabiliteit

1. **Voorgeschiedenis van de klachten:** De ernst van eerdere problematiek (zoals suïcidaliteit bij stemmingsstoornissen) en de interventies die nodig waren om stabiliteit te bereiken, kunnen meewegen bij de keuze voor een veiligere setting.

17. Timing van afbouwmoment

1. Net als bij andere **wijzigingen in medicatievoorschriften**, is het belangrijk om niet vlak voor een overgang in setting te starten met afbouwen. Dit betekent bijvoorbeeld: niet afbouwen vlak voor ontslag of opname. Tegelijkertijd mag de overgang niet te zwaar wegen in de beslissing: deze is slechts 1 van de vele factoren die het functioneren van de patiënt beïnvloeden.

Samenvattend

De keuze voor de juiste setting wordt bepaald door een combinatie van medische, psychologische, sociale en contextuele factoren. Daarbij spelen zowel ervaringen uit het verleden als de huidige en verwachte situatie een rol. In de meeste gevallen kan afbouwen plaatsvinden in de thuissituatie. Indien nodig kan de zorg worden opgeschaald naar intensievere begeleiding in de tweede lijn of een intramurale setting. Bij deze afweging is het belangrijk rekening te houden met nocebo- effecten en het risico op medicalisering. Het behandelplan wordt altijd op maat gemaakt, met aandacht voor zowel veiligheid als de effectiviteit van de afbouw.

5.3 Welke professionals zijn betrokken bij het afbouwen van psychofarmaca?

Bij het opstellen en uitvoeren van een afbouwplan kunnen verschillende professionals betrokken zijn. Goede samenwerking is daarbij essentieel, met de patiënt altijd als uitgangspunt. De samenstelling van het team hangt af van de situatie en behoeften van de patiënt. Het is raadzaam om het aantal betrokken professionals beperkt te houden om overzicht en continuïteit te waarborgen.

Bij het afbouwen van psychofarmaca kunnen de volgende professionals een rol spelen

1. voorschrijver(s)
2. huisarts
3. POH-GGZ
4. casemanager of zorgcoördinator
5. apotheker
6. psychiater
7. verpleegkundig specialist
8. verslavingsarts
9. specialist ouderengeneeskunde
10. orthopedagoog-generalist
11. orthopedagoog
12. psycholoog
13. andere betrokken professionals binnen en buiten de ggz

Voorschrijver(s)

Voorschrijvers, waaronder artsen (zoals huisartsen, psychiaters en specialisten ouderengeneeskunde), verpleegkundig specialisten en physician assistants, spelen een centrale rol bij het afbouwen van psychofarmaca. Zij zijn verantwoordelijk voor het voorschrijven, monitoren en aanpassen van psychofarmaca en bewaken de psychische en somatische gezondheid van de patiënt. Daarnaast coördineren zij de zorg in samenwerking met andere professionals. Als verbindende schakel binnen het behandelteam zorgen voorschrijvers voor een zorgvuldig afgestemd afbouwtraject en een adequate overdracht, inclusief advies over afbouwen, bij een verandering van zorgkader.

Huisarts

De huisarts kan zowel voorschrijver zijn als degene die betrokken is bij het afbouwen van psychofarmaca. Samen met de POH-GGZ begeleidt de huisarts veel patiënten binnen de eerstelijnszorg bij het afbouwen van psychofarmaca zoals antidepressiva, benzodiazepinen en opioïden. Naast het monitoren van de lichamelijke en psychische gezondheid en de persoonlijke context, coördineert de huisarts in deze gevallen het afbouwproces. Dit gebeurt vaak in samenwerking met de apotheker, die adviseert over doseringen, toedieningsvormen en medicatie-interacties. Ook kan consultatie, dan wel doorverwijzing plaatsvinden met of naar ggz professionals zoals psychiaters of verpleegkundig specialisten.

Door deze samenwerking ontstaat een geïntegreerde aanpak die aansluit bij de behoeften en situatie van de patiënt. De huisarts behoudt de regie, stelt in overleg het afbouwtempo vast en ondersteunt de patiënt bij het omgaan met onttrekkingsverschijnselen en terugvalrisico's. Zo vormt de huisarts de centrale schakel in een veilig en verantwoord afbouwproces.

Casemanager of zorgcoördinator

De casemanager of zorgcoördinator, indien aanwezig, speelt een sleutelrol in het behouden van overzicht en de coördinatie van het afbouwproces. Deze functie wordt vaak vervuld door verpleegkundigen, verzorgenden of agogen. Zij ondersteunen de patiënt bij het versterken van zelfmanagement en eigen regie, met als doel het herstel van vitaliteit, functioneren en participatie. Gezamenlijke besluitvorming met de patiënt en, waar nodig, diens naasten staat hierbij centraal. Door het proces overzichtelijk te houden en de samenwerking tussen zorgverleners te faciliteren, dragen zij bij aan een geïntegreerde en patiëntgerichte zorgervaring.

Apotheker

De apotheker speelt een belangrijke rol bij het afbouwen van psychofarmaca door onnodig langdurig gebruik te signaleren en te adviseren over doseringen, afbouwschema's en mogelijke interacties tussen medicijnen. Daarnaast bewaakt de apotheker het totale medicatiegebruik van de patiënt, met extra aandacht voor bijwerkingen, co-medicatie, interacties en therapeutisch drug monitoring (TDM). Bij risico op overgebruik kan de apotheker signaleren wanneer medicatie te vroeg wordt opgehaald of bij meerdere apotheken wordt verstrekt (shoppen) en de uitgifte daarop aanpassen. Bij kwetsbare patiënten of polyfarmacie (waar psychofarmaca vaak deel van uitmaken) voert de apotheker periodiek gesprekken met de patiënt en geeft hierbij farmaco-educatie over medicatiegebruik en bijbehorende risico's.⁴⁴ Ook neemt de apotheker overgebleven psychofarmaca in ter vernietiging, om ongewenst gebruik te voorkomen. Afhankelijk van werkafspraken met een huisarts, verzorgt de apotheker (een deel) van de begeleiding. In samenwerking met ggz-professionals draagt de apotheker zo bij aan een veilig en verantwoord afbouwproces.

Verslavingsarts

De verslavingsarts is gespecialiseerd in het begeleiden van het afbouwproces bij patiënten bij wie verslaving of afhankelijkheid een rol speelt. Naast het behandelen van somatische gevolgen zoals complicaties door langdurig medicatiegebruik, heeft de verslavingsarts ervaring met psychiatrische en lichamelijke klachten die tijdens het afbouwen kunnen optreden. De verslavingsarts biedt inzicht in het ontstaan en verloop van afhankelijkheid en stelt afbouwmethoden op die rekening houden met zowel somatische als psychiatrische factoren. Voorbeelden hiervan zijn intoxicatie, detoxificatie en chronisch gebruik, vaak binnen een complexe sociale context. Daarnaast kan de verslavingsarts een behandeling aanbieden die gericht is op het voorkomen van terugval.

Andere betrokken professionals binnen en buiten de ggz

- Psychologen, psychotherapeuten en POH-GGZ bieden ondersteuning bij psychische klachten die tijdens het afbouwen kunnen ontstaan. Daarnaast kunnen zij, passend bij hun expertise en setting, therapieën inzetten die terugval helpen voorkomen.
- Ervaringsdeskundigen dragen bij met waardevolle inzichten uit hun eigen ervaring met afbouwen en herstel.
- Fysiotherapeuten en ergotherapeuten kunnen ondersteuning bieden via sensomotorische integratietherapie, gericht op het reguleren van prikkelverwerking.⁴⁵
- Diëtisten begeleiden patiënten wanneer voeding een rol speelt bij het afbouwproces of bij het herstel.
- Orthopedagogen kunnen een rol spelen in specifieke settings zoals de ggz 18+ of bij mensen met een verstandelijke beperking.

5.3.1 Taken van betrokken professionals

De taken rondom het signaleren en bespreken van (langdurig) psychofarmacagebruik, het periodiek (her)evalueren en het bieden van afbouwbegeleiding kunnen door verschillende professionals en in verschillende zorgsettings (echelons) worden uitgevoerd. Het doel is om gezamenlijk kwalitatief goede, integrale zorg te bieden op basis van multidisciplinaire samenwerking. Daarbij geldt het principe van passende zorg: de eerstelijnszorg is vaak het eerste aanspreekpunt is voor patiënten, terwijl verwijzing [naar gespecialiseerde zorg plaatsvindt wanneer de ernst van de hulpvraag dit vereist \(zie Welke invloed heeft de setting op afbouwzorg?\)](#).

Signaleren, bespreekbaar maken en (her)evalueren

Het signaleren, bespreekbaar maken en (her)evalueren van psychofarmacagebruik kan door verschillende professionals worden opgepakt. Indien nodig kan worden verwezen voor afbouwbegeleiding. Huisartsen, apothekers en andere behandelaren in eerstelijnszorgorganisaties zijn als eerste aanspreekpunt voor patiënten goed gepositioneerd om hierin een rol te spelen. Huisartsen kunnen patiënten ook proactief benaderen, bijvoorbeeld via informatiebrieven, zoals toegepast in een [pilotstudie rondom benzodiazepinen](#). Apothekers kunnen langdurig gebruik signaleren en dit onder de aandacht brengen bij zowel de patiënt als bij de voorschrijver.⁴⁴ Ook ggz-professionals dienen alert te zijn op mogelijkheden om psychofarmaca af te bouwen en kunnen patiënten proactief benaderen. Psychologen kunnen betrokken zijn bij eventuele psychotherapie bij afbouw.

Bieden afbouwbegeleiding

Verschiedende professionals kunnen betrokken zijn bij het begeleiden van het afbouwproces van psychofarmaca bij volwassenen. Dit kunnen onder meer zijn: de huisarts, POH-GGZ, apotheker, (ouderen)psychiater, psycholoog, verpleegkundig specialist ggz, verpleegkundige, verslavingsarts, pijnspecialist, ervaringsdeskundige en fysiotherapeut. Welke professionals worden betrokken, hangt af van verschillende factoren (zie [Welke invloed heeft de setting op afbouwzorg?](#)).

Wanneer meerdere professionals zijn betrokken, werken zij samen en stemmen zij de onderlinge taakverdeling en consultatie af (zie [Randvoorwaarden samenwerking](#)). Het is raadzaam een regiebehandelaar aan te wijzen die het overzicht bewaakt. Dit kan iedere voorschrijver zijn. De regiebehandelaar overlegt met alle betrokkenen, inclusief de patiënt en diens naasten, en coördineert de afbouwstappen. Hoewel deze niet als enige verantwoordelijk is voor de zorg, draagt hij of zij wel de verantwoordelijkheid voor de afstemming rondom het voorschrijven van de psychofarmaca.

Daarnaast kan gebruik worden gemaakt van gespecialiseerde afbouwpoli's. Deze bieden aanvullende expertise en ondersteuning bij complexe afbouwtrajecten, bijvoorbeeld wanneer eerdere afbouw pogingen niet zijn geslaagd, er sprake is van polyfarmacie of comorbiditeit of wanneer er een verhoogd risico bestaat op ernstige terugval of onttrekkingsverschijnselen. Een afbouwpoli kan worden ingezet ter consultatie of voor (tijdelijke) overname van de begeleiding, waarna de zorg in de eerste lijn kan worden voortgezet.

5.3.2 Wat is de taakverdeling?

Het begeleiden van afbouw kan door verschillende professionals worden uitgevoerd, vaak in samenwerking.

Kernrollen in het team

1. **Voorschrijver** (bijvoorbeeld huisarts, psychiater, verpleegkundig specialist, physician assistant, verslavingsarts en andere medisch specialisten):
 1. is verantwoordelijk voor het medische aspect van de afbouw, inclusief eventuele interventies voorafgaand aan het afbouwen (zoals slaaptraining, pijnbehandeling of behandeling van slaapapneu) en het inschatten van risico's tijdens de afbouw;
 2. informeert de patiënt, stelt het afbouwschema op, bewaakt de veiligheid, evalueert met de patiënt (en eventueel naasten) en past het plan waar nodig aan;
 3. maakt een stoprecept en stelt het voorschrift op;
 4. beslist samen met de patiënt over tempo, timing en ondersteuning op basis van de balans

tussen voor- en nadelen.

3. Apotheker:

1. voert regelmatig medicatieverificatie uit, waarin het actuele medicatiegebruik, het gebruik van zelfzorgmiddelen, eventuele bijwerkingen, allergieën en contra-indicaties worden besproken. Zo wordt het medicatiedossier van de patiënt steeds geactualiseerd ;⁴⁶
2. signaleert bij vervolguigiftes langdurig gebruik en kan initiatief nemen voor een vervolgconsult. Als de apotheker het initiatief neemt, legt hij de aanleiding van het consult uit aan de patiënt en onderzoekt of er een wens tot minderen of stoppen van medicatie of anderszins vragen over geneesmiddelengebruik is;
3. initieert een medicatiebeoordeling bij complexe farmacotherapie of bij een oudere patiënt waar meerdere risicofactoren spelen;
4. afhankelijk van werkafspraken met de voorschrijver, begeleidt de apotheker de patiënt bij afbouwen. Het voorstellen of bijstellen van afbouwschema's kunnen onder de werkafspraken vallen;
5. adviseert over mogelijk afbouwschema en de beschikbare producten. Bij eenvoudige afbouwtrajecten kan een schema uit een richtlijn gevolgd worden;
6. zorg in overleg met de voorschrijver voor praktische uitvoering van medicatieaanpassingen, zoals de verstrekking van medicijnen en waar nodig aangepaste doseringen in overleg met patiënt en voorschrijver;
7. signaleert mogelijkheden tot afbouw en initieert samenwerking met de voorschrijver;
8. indien bereidende apotheek, kan de apotheker ook medicatie bereiden.

5. Casemanager of zorgcoördinator:

1. houdt toezicht op het proces en fungeert als centraal aanspreekpunt voor de patiënt en het team;
2. kan een verpleegkundige, agogisch werker of andere professional zijn.

7. Psycholoog

1. is verantwoordelijk voor de indicatiestelling en de psychologische begeleiding tijdens het afbouwen;
2. biedt, indien passend, psychotherapie ter ondersteuning van het proces.

Sectorale of lokale afspraken zijn hiervoor noodzakelijk. Daarin wordt vastgelegd wie welke verantwoordelijkheid heeft. De verantwoordelijkheid en coördinatie van dit proces kunnen bij verschillende professionals liggen. Handreikingen voor de afstemming van zorg in de eerstelijns zijn bijvoorbeeld te vinden in de [LESA Organisatie van zorg bij chronische medicatie \(2020\)](#).

5.4 Wat zijn randvoorwaarden voor goede samenwerking?

Een effectieve samenwerking tussen professionals, de patiënt en naasten is essentieel voor een verantwoord afbouwproces. De belangrijkste randvoorwaarden zijn:

- **Gezamenlijke besluitvorming:** De patiënt, naaste(n) en professionals bespreken samen de voor- en nadelen van afbouwen. Hierbij wordt rekening gehouden met de persoonlijke situatie en voorkeuren van de patiënt. Er worden duidelijke afspraken gemaakt over timing, tempo en ondersteuning.
- **Individueel afbouwplan:** Afbouw gebeurt op maat, met aandacht voor eerdere ervaringen, mogelijke onttrekkingsverschijnselen en risico's op terugval. Een gestructureerd plan met regelmatige evaluatiemomenten biedt houvast.
- **Informatie en begeleiding:** De patiënt krijgt duidelijke uitleg over het verschil tussen onttrekking

en terugval, aangevuld met psycho-educatie en monitoring. Professionals zorgen voor continuïteit van zorg door goede afstemming en laagdrempelig contact.

- **Multidisciplinaire afstemming:** Heldere communicatie tussen huisarts, psychiater, apotheker en andere betrokkenen is noodzakelijk voor een veilig en effectief afbouwtraject. Door gezamenlijke besluitvorming en een gestructureerde aanpak wordt de kans op succesvolle afbouw vergroot en worden risico's beperkt.

Randvoorwaarden voor goede samenwerking:

- **Afstemming en samenwerking:** Goede zorg vereist afstemming tussen zorgverleners. Iedereen moet weten wat er van hen wordt verwacht en hoe hun taken op elkaar aansluiten. Dit vraagt om een heldere taakverdeling, goede coördinatie en laagdrempelig overleg.
- **Informatie-uitwisseling:** Snelle en veilige gegevensuitwisseling is cruciaal, met inachtneming van de privacywetgeving. Het gebruik van systemen zoals het [Landelijk Schakelpunt](#) en een actueel medicatieoverzicht (conform de [Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens](#)) ondersteunt dit proces.
- **Heldere afspraken:** Professionals onderhouden korte lijnen en maken duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden en samenwerking.
 - De [Landelijke ggz-samenwerkingsafspraken](#) vormen de basis voor de samenwerking tussen huisartsen, generalistische basis-ggz en de gespecialiseerde ggz.
 - De [Handreiking verantwoordelijkheidsdeling](#) in de zorg biedt concrete aandachtspunten voor de afstemming tussen betrokken zorgverleners.
- **Elkaar kennen en erkennen:** Professionals dienen elkaars expertise te kennen, erkennen en benutten. Overleggen zoals het Farmacotherapeutisch Overleg (FTO) en zorgafstemmingsgesprekken (ZAG) kunnen dit bevorderen.
- **Positie van de patiënt:** Essentieel voor een succesvolle samenwerking is de positie van de patiënt. Deze is, naar vermogen, verantwoordelijk voor zijn eigen leven en voor keuzes rondom psychofarmaca en leefstijl. Het is belangrijk dat de patiënt inzicht krijgt in de eigen gezondheid en hoe deze positief kan worden beïnvloed. Gedragsverandering vraagt aandacht en bewustzijn van professionals. In samenwerking met de patiënt stimuleren zij zelfmanagement, eigen regie en verantwoordelijkheid (zie [Zorgstandaard Zelfmanagement](#)).
- **Betrekken van naasten:** Naasten spelen een belangrijke rol en moeten actief bij het proces worden betrokken (zie [Zorgstandaard Naasten](#)).
- **Herstelgericht werken:** Hulpmiddelen zoals een signaleringsplan of Wellnes Recovery Action Plan (WRAP) helpen patiënten de regie over hun herstelproces te behouden.

5.4.1 Informatie-uitwisseling

Een heldere en tijdige informatieoverdracht tussen professionals, en tussen professionals en patiënt, is essentieel voor een veilig en effectief afbouwproces. Patiënten hebben recht op volledige informatie en bepalen zelf wie toegang krijgt tot hun gegevens. Belangrijke aandachtspunten zijn:

1. het delen van relevante patiëntgegevens volgens geldende richtlijnen;
2. afstemming over afbouwschema's en monitoring van mogelijke onttrekkingsverschijnselen;
3. duidelijke afspraken over terugverwijzing en coördinatie van zorg.

Door goede afstemming en zorgvuldige informatie-uitwisseling worden de veiligheid en effectiviteit van het afbouwproces gewaarborgd.

Specifieke aandachtspunten voor informatieoverdracht:

- **Samenwerking met apothekers:** Apothekers spelen een belangrijke rol bij medicatieveiligheid en ondersteuning tijdens het afbouwen. Vroegtijdige betrokkenheid en afstemming over medicatiebeheer verbeteren de zorg. De patiënt kan hierbij zijn voorkeursapotheker aanwijzen als aanspreekpunt.
- **Gebruik van standaarden:** De [Multidisciplinaire richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de Keten](#) en de [Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij Samenwerking in de Zorg](#) bieden richtlijnen voor veilige gegevensuitwisseling tussen voorschrijvers en apothekers.
- **Privacy en relevantie:** Gegevens worden uitsluitend gedeeld met direct betrokken professionals, tenzij de patiënt expliciet toestemming geeft voor bredere informatieverstrekking.
- **Consultatie met de tweede lijn en specialisten:** Voor complexe afbouwtrajecten is tijdige consultatie met specialisten in de tweede lijn essentieel. Huisartsen en apothekers kunnen laagdrempelig overleggen met psychiaters of gespecialiseerde afbouwpoli's om risico's te minimaliseren en patiëntspecifieke strategieën te ontwikkelen.

5.4.2 Specifieke punten voor de 6 typen psychofarmaca

Als er een grote kans is op terugval, is zorgvuldige besluitvorming essentieel. Dit gebeurt in overleg tussen de patiënt, voorschrijver, apotheker en naasten. Bij benzodiazepinen en opioïden kan ook een verslavingsarts worden betrokken. Voordat wordt afgebouwd, is het belangrijk samen een goed onderbouwd besluit te nemen over óf afbouwen wenselijk is, hoe het proces wordt vormgegeven en wie de voortgang bewaakt.

Bij patiënten met ernstige of herhaald terugkerende klachten in de voorgeschiedenis is een terugvalpreventieplan onmisbaar. Dit plan omvat ook afspraken over mogelijke opschaling van zorg als de klachten verergeren. Zelfs bij complexe problematiek kan een deel van de afbouw vaak in de eerste lijn plaatsvinden, mits de patiënt daar in zorg is. Laagdrempelig intercollegiaal overleg met een psychiater, verslavingsarts, (ziekenhuis)apotheker of andere expertise (zoals tweede lijns poliklinieken met expertise over het afbouwen) is daarbij belangrijk. Voor mensen die in een begeleide of beschermde woonvorm leven is het betrekken van begeleiding en gedragsdeskundigen zeer helpend.

Antidepressiva

Specifieke aandachtspunten:

- risico op onttrekkingsklachten die kunnen lijken op een terugval, met symptomen zoals angst, prikkelbaarheid, en slaapproblemen;
- een op maat gemaakt afbouwschema met voldoende flexibiliteit om onttrekkingsverschijnselen te minimaliseren;
- eventuele samenwerking met een psycholoog of psychotherapeut, bijvoorbeeld voor preventieve cognitieve therapie (PCT), om terugval in depressieve symptomen, angststoornissen of dwangstoornissen te voorkomen;
- intercollegiale consultatie bij complexe situaties, zoals bij patiënten met ernstige recidiverende depressies of bij een afbouwwens terwijl de klachten nog niet in remissie zijn;
- opstellen van een signaleringsplan (samen met naasten) om symptomen van terugval tijdig te ondervangen.

Antipsychotica

Specifieke aandachtspunten:

- risico op terugkeer van psychotische symptomen, vooral bij snelle afbouw;
- begeleiding door een psychiater of verpleegkundig specialist is vaak noodzakelijk, met name bij patiënten met schizofrenie of een bipolaire stoornis;
- monitoring van metabole bijwerkingen tijdens afbouw, zoals veranderingen in gewicht en glucosewaarden;
- opstellen van een signaleringsplan (samen met naasten) om symptomen van terugval tijdig te ondervangen.

Benzodiazepinen

Specifieke aandachtspunten:

- risico op fysieke afhankelijkheid en ernstige onttrekkingsverschijnselen, zoals slapeloosheid, agitatie, delier of epileptische aanvallen;
- (zeer) langzaam afbouwen met het eigen middel of vervanging door langwerkende benzodiazepinen;
- nauwe samenwerking met verslavingszorg indien er biopsychosociale factoren spelen die het best in deze setting kunnen worden behandeld, zoals een verslaving.
- educatie van de patiënt en naasten over realistische verwachtingen en het belang van therapietrouw.

Stemmingsstabilisatoren

Specifieke aandachtspunten:

- bij afbouw van lithium of andere stemmingsstabilisatoren bestaat een verhoogd risico op manie of depressieve terugval;
- regelmatige controle van bloedspiegels (bijvoorbeeld bij lithium) en somatische parameters, zoals nierfunctie;
- multidisciplinaire samenwerking, doorgaans gebeurt dit in de tweede lijn, vaak met een psychiater, om een veilige afbouw te waarborgen;
- opstellen van een signaleringsplan (samen met naasten) om symptomen van terugval tijdig te ondervangen.

Stimulerende middelen (ADHD-medicatie)

Specifieke aandachtspunten:

- mogelijke terugkeer van ADHD-symptomen, zoals concentratieproblemen, onrust en/of impulsiviteit;
- afbouw in samenwerking met een kinder- en jeugdpsychiater of verpleegkundig specialist bij jongere patiënten;
- monitoren van mogelijke reboundeffecten en ondersteunen met gedragsinterventies.

Opioiden

Specifieke aandachtspunten:

- hoge kans op fysieke afhankelijkheid en ernstige onttrekkingsverschijnselen, zoals misselijkheid, zweten of spierpijn;

- nauwe samenwerking met de verslavingszorg wanneer biopsychosociale aspecten spelen die het beste in deze setting kunnen worden behandeld, zoals een verslaving;
- begeleiding door pijnspecialisten als opioïden zijn voorgeschreven voor chronische pijn, waarbij alternatieve pijnbestrijding wordt overwogen;
- intensieve monitoring van onttrekkingsverschijnselen en, waar nodig, het betrekken van een psycholoog voor ondersteuning bij gedragsverandering;
- opstellen van een signaleringsplan (samen met naasten) om symptomen van terugval tijdig te ondervangen.

5.5 Welke competenties zijn nodig bij het afbouwen van psychofarmaca?

Het afbouwen van psychofarmaca vereist maatwerk en specialistische kennis. Naast inzicht in de werking, bijwerkingen en risico's van psychofarmaca, vraagt dit proces specifieke vaardigheden van zorgprofessionals. Zij onderkennen het belang van gezamenlijke besluitvorming (SDM) en dragen daar actief aan bij. Belangrijke competenties zijn:

1. **Intervisie en zelfreflectie:** Professionals bespreken regelmatig hun overwegingen en aanpak in intervisie en intercollegiale toetsing om kwaliteit en objectiviteit te waarborgen.
2. **Grenzen van eigen expertise herkennen:** Professionals herkennen de grenzen van hun eigen expertise. Bij complexe afbouwtrajecten weten zij wanneer specialistische kennis of ondersteuning nodig is, bijvoorbeeld van psychiaters, apothekers of gespecialiseerde afbouwpoli's.
3. **Samenwerkingsvaardigheden:** Heldere communicatie en goede coördinatie tussen betrokken professionals, zoals een huisartsen, psychiaters, verpleegkundig specialisten of sociaal werkers, zijn cruciaal.
4. **Motiverende gespreksvoering:** Deze gespreksvorm helpt om de motivatie en autonomie van de patiënt te versterken, weerstand te verminderen en therapietrouw te vergroten.
5. **Kennis van placebo- en nocebo-effecten:** Professionals zijn zich bewust van de invloed van hun communicatie op de perceptie van de patiënt. Positieve verwachtingen bevorderen herstel (placebo-effect), terwijl negatieve verwachtingen klachten kunnen verergeren (nocebo-effect).
6. **Brede kennis van de ggz:** Kennis van psychische aandoeningen en comorbiditeit, zoals depressie of verslaving, helpt om patiënten integraal te begeleiden tijdens het afbouwproces.
7. **Kennis over seksuele gezondheid:** Psychofarmaca kunnen seksuele bijwerkingen hebben. Een gerichte seksuele functie-anamnese helpt om de impact daarvan te beoordelen en bespreekbaar te maken. Dit vergt oefening, kennis en kunde op dit gebied.
8. **Behandelrelatie en empathie:** Een goede vertrouwensrelatie, empathie en oordeelvrij luisteren creëren een veilige omgeving en bevorderen therapietrouw. Deze maken het makkelijker voor de patiënt om eventuele zorgen of moeilijkheden tijdens het afbouwen te bespreken.
9. **Cultureel passende zorg:** Professionals houden rekening met de culturele achtergrond van patiënten. Culturele overtuigingen en waarden kunnen de houding tegenover het afbouwen psychofarmaca beïnvloeden. Bij onvoldoende kennis kan consultatie worden ingeschakeld.
10. **Specifieke kennis voor middelen en doelgroepen:** Bij het afbouwen van bepaalde psychofarmaca, zoals opioïden bij voormalig heroïne- of opiumgebruikers, is inzicht nodig in de bredere sociaal-maatschappelijke context, bijvoorbeeld in het kader van harm reduction en het voorkomen van terugval of overlast.
11. **Product- en farmacologische kennis:** Grondige kennis van psychofarmaca, alternatieven, farmacologische werking en interacties is belangrijk. Dit geldt met name voor de farmacokinetiek

en farmacodynamie bij polyfarmacie.

12. **Kennis over onttrekkingsverschijnselen en reboundeffecten:** Onttrekkingsverschijnselen kunnen worden verward met de terugkeer van de oorspronkelijke symptomen, wat kan leiden tot een verkeerde interpretatie van het succes van de afbouw.
13. **Neurobiologische kennis:** Langdurig gebruik van psychofarmaca kan leiden tot aanpassingen in de hersenen, waardoor tijd nodig is om opnieuw balans te vinden. Bij verslaving kan zelfs na langdurige abstinentie nog zucht optreden, met bijpassend gedrag.

5.6 Hoe ziet het kwaliteitsbeleid eruit bij het afbouwen van psychofarmaca?

Het afbouwen van psychofarmaca is een zorgvuldig en complex proces dat vraagt om een helder kwaliteitsbeleid. Het doel van dit beleid is de kwaliteit van zorg te waarborgen en te verbeteren door het afbouwen van psychofarmaca te baseren op professionele standaarden, wetenschappelijke inzichten en het perspectief van de patiënt.

Professionals, zoals huisartsen, medisch specialisten en verpleegkundig specialisten, zijn verantwoordelijk voor het afbouwen van psychofarmaca binnen de grenzen van hun bekwaamheid en in overeenstemming met de geldende richtlijnen en wetgeving.

5.6.1 Professionalisering en scholing

Een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid rondom het afbouwen van psychofarmaca is de continue scholing van zorgprofessionals. Door deelname aan nascholingstrajecten blijven professionals op de hoogte van de laatste inzichten en richtlijnen op dit gebied. Daarnaast zijn er (multidisciplinaire) richtlijnen en handreikingen die kennis en praktijkervaringen over het afbouwen bundelen en toepasbaar maken in de praktijk.

Het waarborgen van kwaliteit vraagt om regelmatige bijscholing, zodat professionals kunnen handelen op basis van actuele kennis en ervaring. Scholing over het afbouwen van psychofarmaca is van groot belang, omdat dit proces risico's met zich meebrengt, zoals onttrekkingsverschijnselen of terugval, die zorgvuldig moeten worden gemonitord. Daarnaast is het belangrijk dat zorgprofessionals gemakkelijk toegang hebben tot (externe) expertise over het afbouwen van de verschillende soorten psychofarmaca, zoals antidepressiva en antipsychotica, en over de onderliggende psychische klachten of aandoeningen waarvoor ze zijn voorgeschreven.

Voor GZ/KP psychologen zijn trainingen in kortdurende terugvalwerende psychotherapie zoals Preventieve Cognitieve Therapie (PCT) en Mindfulness-Based Cognitieve Therapie (MBCT) beschikbaar.

5.6.2 Het patiëntenperspectief centraal

Bij het afbouwen van psychofarmaca staan het welzijn en de kwaliteit van leven van de patiënt centraal. Het is belangrijk dat de professional, in overleg met de patiënt en diens naasten, een plan opstelt dat is afgestemd op de persoonlijke doelen, wensen en omstandigheden van de patiënt. De professional begeleidt de patiënt in het afwegingsproces en ondersteunt bij het maken van een weloverwogen keuze. Het is belangrijk de invloed van het afbouwen op de verschillende aandoeningen van de patiënt in kaart te brengen, zodat het afbouwtraject goed aansluit op het totale zorgplan van de patiënt.

5.6.3 Participatie en eigen regie van de patiënt

Een belangrijk onderdeel van het afbouwen van psychofarmaca is het stimuleren van de verantwoordelijkheid en participatie van de patiënt en diens naasten. Waar mogelijk wordt de patiënt ondersteund bij het behouden van de regie over het eigen zorgproces.

Het betrekken van ervaringsdeskundigen bij afbouwtrajecten kan helpen om het perspectief op eigen regie, angst, en betekenis te verrijken. Dit draagt bij aan vertrouwen en realistische verwachtingen. Voor professionals is het van belang om informatie op maat aan te bieden, zodat de patiënt begrijpt wat de gevolgen zijn van de keuzes die tijdens het afbouwen worden gemaakt. De patiënt moet op basis van die informatie in staat zijn om beslissingen te nemen die aansluiten bij de persoonlijke doelen en het welzijn. Dit vraagt om duidelijke communicatie, geduld en betrokkenheid van de zorgverlener.

5.6.4 Evaluatie en continu verbeteren

Evaluatie speelt een cruciale rol in het kwaliteitsbeleid bij het afbouwen van psychofarmaca. Regelmatige evaluatiegesprekken met de patiënt en diens naasten zorgen ervoor dat de voortgang van het afbouwtraject wordt gemonitord en, indien nodig, wordt bijgesteld. Naast patiëntervaringen wordt aanbevolen om gebruik te maken van gestandaardiseerde methoden voor het monitoren en tijdig signaleren van terugval en onttrekkingsklachten. Daarvoor kan ook eHealth worden ingezet (zie [Zorgstandaard Digitale Zorg](#)).

5.6.5 Samenwerking en multidisciplinair overleg

Het afbouwen van psychofarmaca vraagt vaak om een multidisciplinaire aanpak, waarbij verschillende zorgprofessionals samenwerken om tot een optimaal zorgplan te komen. Dit kan onder andere via afspraken in farmacotherapeutische overleggen (FTO's), laagdrempelig overleg tussen voorschrijver en apotheker of via intercollegiaal overleg. Bij hoge complexiteit kan worden gedacht aan zorgafstemmingsgesprekken (ZAG) en/of multidisciplinair overleg. Hierin bespreken behandelaars de voortgang en eventuele complicaties van het afbouwproces. In het multidisciplinair overleg is het van belang dat er ook gekeken wordt naar andere vormen van ondersteuning in het afbouwproces. Daarbij kan worden gedacht aan WMO-ondersteuning, psychologische behandeling, leefstijl en/of hulp voor naasten.

5.6.6 Cultuur van reflectie en leren

Een sterke leer- en verbetercultuur binnen zorgorganisaties is essentieel voor het succes van afbouwtrajecten. Dit betekent dat zorgverleners de ruimte krijgen om te reflecteren op hun handelen, te leren van elkaars ervaringen en op de hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen op het gebied van de afbouw van psychofarmaca. Het is belangrijk om een werkomgeving te creëren waarin zorgprofessionals zich veilig en gesteund voelen bij het bespreken en verbeteren van hun zorgpraktijk. Een (regionaal) expertisenetwerk op het gebied van afbouwen kan hierbij een rol spelen. Ondersteuning kan trapsgewijs worden georganiseerd, bijvoorbeeld door inzet van kaderhuisartsen, apothekers, verpleegkundig specialisten en psychiaters.

5.6.7 Wet- en Regelgeving

Het afbouwen van psychofarmaca vindt plaats binnen het kader van verschillende wetten, zoals de Wet

op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wet Wkkgz), Geneesmiddelenwet en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz). Deze wetgeving biedt zorgverleners handvatten om psychofarmaca op een verantwoorde manier af te bouwen en de rechten en plichten van patiënten te waarborgen.

Door professionele standaarden, voortdurende scholing, het centraal stellen van de patiënt en een cultuur van leren en reflectie te combineren, kan de afbouw van psychofarmaca op een veilige en effectieve manier plaatsvinden. Dit draagt niet alleen bij aan de kwaliteit van zorg voor de individuele patiënt, maar versterkt ook het bredere zorgsysteem.

5.7 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Of afbouwen kosteneffectief is, hangt af van verschillende factoren. De kosten van het medicijn spelen een rol, inclusief de kosten van bijzondere doseringen die nodig zijn voor het afbouwen. Zo zijn drankvormen of lage doseringen van een medicijn vaak duurder dan standaarddoseringen.

Daartegenover staat een mogelijke besparing op medicatiekosten op de lange termijn als het afbouwen succesvol is.

Daarnaast is de kosteneffectiviteit afhankelijk van de duur en intensiteit van de benodigde begeleiding tijdens het afbouwproces. Dit is vooraf vaak moeilijk te voorspellen. Als eerdere afbouw pogingen moeizaam verliepen of als er heftige klachten zijn na het missen van 1 of enkele doses, kan het afbouwen langer duren.

Naast deze punten biedt het stoppen van langdurige zorg die meer nadelen dan voordelen heeft, winst voor patiënten, zorgverleners en de maatschappij als geheel.

5.8 Hoe wordt afbouwen van psychofarmaca gefinancierd?

Een zorgstandaard beschrijft wat goede zorg is, los van het wettelijk kader waarbinnen de financiering valt. De financiering van afbouwzorg kan plaatsvinden via de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), een aanvullende verzekering of via eigen betaling door de patiënt.

Het feit dat een financier een zorgstandaard onderschrijft of dat deze is opgenomen in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet automatisch dat de beschreven zorg per definitie wordt vergoed.

Voor vergoeding van de beschreven zorg kan de patiënt mogelijk aanspraak maken op een van de financiers. In het geval van de ZVW is het aan het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) cq Zorginstituut om te bepalen wat binnen het basispakket valt. Voor 'doorgeleverde bereidingen' bepalen zorgverzekeraars zelf of, en onder welke voorwaarden, deze worden vergoed. Dit betekent dat goede zorg, zoals beschreven in de zorgstandaard, niet automatisch gelijkstaat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

Voor de financiering is het belangrijk dat begeleiding bij het afbouwen van psychofarmaca onderdeel uitmaakt van het voorschrijven en verstrekken ervan. Afbouwbegeleiding zou daarom onder de reguliere, gecontracteerde zorg moeten vallen. Dit omvat ook controle op de werking en bijwerking van het geneesmiddel en, waar nodig, begeleiding bij het afbouwen.

Niet alle doseringssterktes en toedieningsvormen die geschikt zijn voor afbouw worden vergoed, hoewel er steeds meer lagere doseringen als doorgeleverde bereiding wél in aanmerking komen voor vergoeding. Geregistreerde sterkten en geregistreerde vloeibare vormen van psychofarmaca worden doorgaans vergoed, mits er sprake is van rationele farmacotherapie. Het is belangrijk om hier aandacht aan te besteden en dit met de patiënt te bespreken. De eigen apotheker kan hierbij een belangrijke rol spelen, aangezien deze vaak goed zicht heeft op de kosten en beschikbare opties (zie www.medicijnkosten.nl).

5.9 Wat vinden patiënten en naasten belangrijk?

Voor patiënten en naasten is het belangrijk dat de toegankelijkheid, kwaliteit, en continuïteit van zorg goed zijn. Dit onderstreept het belang van een goede organisatie van zorg, multidisciplinaire samenwerking en scholing van professionals. Daarnaast zijn een goede behandelrelatie, vertrouwen in de zorgverlener en samen beslissen voor patiënten van belang bij het afbouwen. Veel patiënten vinden het prettig wanneer hun zorgverlener zelf het initiatief neemt om het onderwerp afbouwen te bespreken en verwachten dat deze het gesprek hierover aangaat (zie [Wat vinden patiënten en naasten belangrijk?](#) in het hoofdstuk [Wat is goede afbouwzorg?](#)).

6. Kwaliteit van zorg meten

Autorisatiedatum 09-03-2026 Beoordelingsdatum 09-03-2026

6.1 Inleiding

Kwaliteitsindicatoren worden opgesteld en gebruikt om het eigen zorgproces te verbeteren. Ze dienen als maatstaf voor de kwaliteit van de geleverde zorg. De keuze van indicatoren hangt af van het doel van de zorg en de behoeften van de patiënt. Niet alle indicatoren zijn geschikt voor elk onderdeel van de zorg, voor alle soorten professionals of voor alle patiëntengroepen. De professional en de zorgaanbieder bepalen samen welke indicatoren worden gebruikt om de kwaliteit van het zorgproces te verbeteren.

Er zijn 3 soorten kwaliteitsindicatoren:

1. **procesindicatoren:** deze meten de kwaliteit en effectiviteit van de processen die worden gebruikt om een bepaald doel te bereiken.
2. **structuurindicatoren:** deze meten de aanwezigheid en kwaliteit van de middelen en voorwaarden die nodig zijn om een bepaald doel te bereiken.
3. **uitkomstindicatoren:** deze meten de uiteindelijke resultaten of effecten van een bepaalde activiteit of interventie.

Voor deze zorgstandaard zijn, op basis van de inhoud, een aantal proces- en structuurindicatoren geformuleerd.

6.2 Procesindicatoren

Procesindicatoren voor afbouwen psychofarmaca zijn:

1. het percentage patiënten dat een individueel afbouwplan ontvangt, inclusief doelen, tempo en monitoringmomenten;
2. het aantal patiënten waarbij gezamenlijke besluitvorming over afbouw (inclusief betrokkenheid van naasten) wordt gedocumenteerd;
3. de frequentie van evaluaties tijdens het afbouwtraject met gestandaardiseerde vragenlijsten, zoals: DESS (Discontinuation-Emergent Signs and Symptoms) schaal voor antidepressiva. BWSQ (Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire) voor benzodiazepines. OWS (Opioid Withdrawal Scale) voor opioïden;
4. het percentage patiënten dat psycho-educatie ontvangt over terugval en onttrekkingsverschijnselen;
5. het aandeel zorgverleners dat bij complexe gevallen laagdrempelig consultatie aanvraagt bij specialisten of afbouwpoli's;
6. het percentage patiënten dat, waar nodig en geïndiceerd, psychotherapie ontvangt ter preventie van terugval tijdens of na afbouw.

6.3 Structuurindicatoren

Structuurindicatoren voor het afbouwen psychofarmaca zijn:

1. de beschikbaarheid van multidisciplinaire richtlijnen en gestandaardiseerde afbouwprotocollen;
2. het gebruik van gevalideerde instrumenten voor het meten van terugval en onttrekkingsklachten in de dagelijkse praktijk;
3. het aantal zorgverleners dat is geschoold in het gebruik en de interpretatie van evaluatie-instrumenten;
4. het percentage voorschrijvers dat gebruikmaakt van digitale systemen voor monitoring en dataverzameling rondom afbouw;
5. de aanwezigheid van laagdrempelige overlegstructuren voor interdisciplinaire afstemming, bijvoorbeeld tussen huisarts, psychiater en apotheker.

6.4 Uitkomstindicatoren

Uitkomstindicatoren voor afbouwen psychofarmaca zijn:

1. het percentage patiënten dat succesvol afbouwt zonder ernstige terugval of onttrekkingsklachten, gemeten met gevalideerde vragenlijsten;
2. de gemiddelde ernst en duur van onttrekkingsverschijnselen op basis van gestandaardiseerde evaluaties;
3. de mate van verbetering in patiënttevredenheid en ervaren regie over het afbouwproces;
4. het percentage patiënten dat langdurig psychofarmacavrij blijft zonder herstart van psychofarmaca.

7. Referentielijst

1. Multidisciplinaire richtlijn Depressie (2024)
https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/depressie/startpagina_-_richtlijn_depressie_2024.html
2. Alphen van C, Ammeraal M, Blanke C, Boonstra N, Boumans H, Bruggeman R, et al.
Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie. 2012.
3. SFK. Stichting farmaceutische kengetallen. Data en Feiten 2003-2007. www.sfk.nl
4. Henssler, J., Schmidt, Y., Schmidt, U., Schwarzner, G., Bschor, T., & Baethge, C. (2024).
Incidence of antidepressant discontinuation symptoms: a systematic review and meta-analysis.
Lancet Psychiatry, 11(7), 526-535. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00133-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00133-0)
5. Multidisciplinaire richtlijn psychosespectrum (2024),
https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/psychosespectrum/startpagina_-_psychosespectrum.html
6. Berwian, I.M., Walter, H., Seifritz, E., & Huys, Q.J.M. (2017). Predicting relapse after
antidepressant withdrawal - a systematic review. *Psychological Medicine*, 47(3), 426-437.
<https://doi.org/10.1017/S0033291716002580>
7. Garrelfs, I., & Dumont, G.J.H. (2023). SSRI-ontwenningssyndroom nader bekeken. *Psyfar*, 18(4).
<https://www.psyfar.nl/tijdschrift/editie/artikel/t/ssri-ontwenningssyndroom-nader-bekeken>
8. - Davies, J., & Read, J. (2019). A systematic review into the incidence, severity and duration of
antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based?. *Addictive Behaviors*, 97, 111-
121. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.027> - Akwa GGZ. (2023, december). Eindrapportage
Multidisciplinaire Verkenning Stoppen met Psychofarmaca. <https://akwaggz.nl/wp-content/uploads/2023/12/Eindrapportage-Multidisciplinaire-Verkenning-Stoppen-met-Psychofarmaca.pdf>
9. Breedvelt, JJF, Warren, FC, Segal, Z., Kuyken, W., Bockting, CLH (2021). Continuation of
Antidepressants vs Sequential Psychological Interventions to Prevent Relapse in Depression: An
Individual Patient Data Meta-Analysis. *JAMA Psychiatry*, 2021;78(8):868-875.
[doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0823](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0823)
10. Legemaat, A. M., Burger, H., Geurtsen, G. J., Brouwer, M., Spinhoven, P., Denys, D., Bockting, C.
L. H. (2023). Effects up to 20-year follow-up of Preventive Cognitive Therapy in adults remitted
from recurrent depression: the DELTA study. *Psychotherapy and Psychosomatics*.
11. Akwa GGZ. (2023, december). Eindrapportage Multidisciplinaire Verkenning Stoppen met
Psychofarmaca. <https://akwaggz.nl/wp-content/uploads/2023/12/Eindrapportage-Multidisciplinaire-Verkenning-Stoppen-met-Psychofarmaca.pdf>
12. Sommer, I.E., Brand, B.A., Stuijt, C.C.M., & Touw, D.J. (2024). Sex differences need to be
considered when treating women with psychotropic drugs. *World Psychiatry*, 23(1), 151-152.
<https://doi.org/10.1002/wps.21155>
13. Sommer, I.E., Brand, B.A., Stuijt, C.C.M. & Touw, D.J. (2024). Sex differences need to be
considered when treating women with psychotropic drugs. *World psychiatry*, 23(1), 151-152.
<https://doi.org/10.1002/wps.21155>
14. Brand, B.A., Haveman, Y.R.A., de Beer, F., de Boer, J.N., Dazzan, P., & Sommer, I.E.C. (2022).
Antipsychotic medication for women with schizophrenia spectrum disorders. *Psychological
medicine*, 52(4), 649-663. <https://doi.org/10.1017/s0033291721004591>
15. Chee, H. Ng, Lin, K., Singh, B.S., & Chiu, E.Y.K. (2013). *Ethno-psychopharmacology: Advances in
Current Practice* (Vol. 2013). Cambridge University Press.
16. Wangyel Dorji, P., Tshering, G., & Na-Bangchang, K. (2019). CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6 and
CYP3A5 polymorphisms in South-East and East Asian populations: A systematic review. *Journal
of clinical pharmacy and therapeutics*, 44(4), 508-524. <https://doi.org/10.1111/jcpt.12835>

17. Hoogsteder, M., & Veling, W. (2013). Wegwijzer 3 - Een open geest met andere ogen: interculturele diagnostiek en behandeling van mensen met psychose. Mikado Kenniscentrum Interculturele Zorg. <https://kenniscentrumphrenos.nl/kennisproduct/wegwijzer-3/>
18. de Kuijper, G., Ramerman, L., Jonker, J., & Hoekstra, P.J. (2020). Dilemma's bij afbouw van anti-psychoticagebruik bij mensen met een verstandelijke beperking. Tijdschrift voor psychiatrie, 62(3), 203-212. <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/media/5/62-2020-3-artikel-dekuijper.pdf>
19. de Boer, J.N., & Koomen, L.E.M. (2023b). Deprescribing van psychofarmaca in de klinische praktijk. Psyfar, 18(1). <https://www.psyfar.nl/tijdschrift/editie/artikel/t/deprescribing-van-psychofarmaca-in-de-klinische-praktijk>
20. Koomen, L.E.M., Boer, de J.N., Eijnden, van den M.J.M., Vos, de Wael N.M.A.M., Berg, N., Wilting, I., Cahn, W. (2022). Deprescriptie van psychofarmaca; praktijk en behoeften van patiënten en naasten. Tijdschrift voor Psychiatri; 64(7): 424-430.
21. Henssler, J., Schmidt, Y., Schmidt, U., Schwarner, G., Bschor, T. & Baethge, C. (2024). Incidence of antidepressant discontinuation symptoms: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry, 11(7): 526-535.
22. Vinkers, C.H., Kupka, W., Penninx, B.W., Ruhe, H.G., Gaalen, van, J.M., Haaren, van, P.C.F., Schellekens, A.F.A. (...) Luyx, J.J. (2024). Discontinuation of psychotropic medication: a synthesis of evidence across medication classes. Molecular Psychiatry
23. Geddes, J.R., Carney, S.M., Davies, C., e.a. (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. Lancet, 361, 653-661. Zie ook: Kaymaz, N., van Os, J., Loonen, A.J.M., Nolen, W.A. (2008). Long-term treatment with antidepressants: evidence that patients with single versus recurrent depressive episodes are differentially sensitive to treatment discontinuation. A meta-analysis of placebo controlled trials Journal of Clinical Psychiatry, 69, 1423-36.
24. Brandt L, Bschor T, Henssler J, Muller M, Hasan A, Heinz A, et al. Antipsychotic withdrawal symptoms: a systematic review and meta-analysis. Front Psychiatry. 2020;11:569912.
25. Vinkers, C.H., Kupka, R.W., Penninx, B.W., Ruhé, H.G., van Gaalen, J.M., van Haaren, P.C.F. , Schellekens, A.F.A., Jauhar, S., Ramos-Quiroga, J.A., Vieta, E., Tiihonen, J., Veldman, S.E., Veling, W., Vis, R., de Wit, L.E. & Luykx, J.J. (2024). Discontinuation of psychotropic medication: a synthesis of evidence across medication classes. Molecular Psychiatry, 29, 2575-2586. <https://doi.org/10.1038/s41380-024-02445-4>
26. Soyka, M. (2017). Treatment of Benzodiazepine Dependence. The New England Journal of Medicine, 376(12), 1147-1157. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1611832>
27. Cosci, F., & Chouinard, G. (2020). Acute and Persistent Withdrawal Syndromes Following Discontinuation of Psychotropic Medications. Psychotherapy and psychosomatics, 89(5), 283-306. <https://doi.org/10.1159/000506868>
28. Barmantlo-Andringa, K.M. (2021). Het stoppen van benzodiazepines bij ouderen. Psyfar, 16(2). <https://www.psyfar.nl/tijdschrift/editie/artikel/t/het-stoppen-van-benzodiazepines-bij-ouderen>
29. Longo, D.L. & Soyka, M. (2017). The New England Journal of Medicine. Treatment of benzodiazepine dependence, 12:1147-1157.
30. Oude Voshaar, R., Gorgels, W.J., Mol, A.J., Balkom, van, A.J., Mulder, J., Lisdonk, van de, E.H., Breteler, M.H. & Zitman, F.G. (2006). Predictors of long-term benzodiazepine abstinence in participants of a randomized controlled benzodiazepine withdrawal program. Canadian Journal of Psychiatry, 51(7), 445-452.
31. Gier, de, N.A.H., Gorgels, W.J.W.J., Lucassen, P.L.B.J., Oude Voshaar, R., Mulder, J. & Zitman, F. (2011). Discontinuation of long-term benzodiazepine use: 10-year follow-up. Family Practice, 28:253-259.
32. Paquin, A.M., Zimmerman, K. & Rudolph, J.L. (2014). Risk versus risk: a review of

- benzodiazepine reduction in older adults. *Expert Opinion on Drugs Safety*, 13(7):919-934.
33. Reeve, E., Ong, M., Wu, A., Jansen, J. Petrovic, M. & Gnjdic, D. (2017). A Systematic review of interventions to predescribe benzodiazepines and other hypnotics among older people. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 73(8): 927-935.
 34. Barmiento-Adringa, K.M. (2021). Het stoppen van benzodiazepines bij ouderen. *Psyfar*, 2: 9-14.
 35. Vinkers, C.H., Kupka, W., Penninx, B.W., Ruhe, H.G., Gaalen, van, J.M., Haaren, van, P.C.F., Schellekens, A.F.A. (...) Luyx, J.J. (2024). Discontinuation of psychotropic medication: a synthesis of evidence across medication classes. *Molecular Psychiatry*.
 36. Morin, M., Belanger, L., Bastien, C. & Vallieres, A. (2005). Long-term outcome after discontinuation of benzodiazepines for insomnia: a survival analysis of relapse. *Behaviour Research and therapy*, 43(1): 1-14.
 37. Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction (NISPA), & Stichting Resultaten scoren, Kenniscentrum Verslaving. (2017). Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren. <https://verslavingskundenederland.nl/documents/2023/03/Detoxificatie-psychoactieve-middelen-Richtlijn.pdf>
 38. Gangadin, S., Groen, K., de Haan, L., Kikkert, M.J., Sommer, I., & Veling, W.A. (2023, september). Afbouwen doe je zo: de praktische gids om zo veilig mogelijk antipsychotica af te bouwen na een eerste psychose. https://assets-eu-01.kc-usercontent.com/2e33a617-818c-01cf-b1cc-592ff1c94103/babca4a6-20c5-49ee-8543-0f9d5aae393a/Afbouwfolder_HAMLETT_november_2023.pdf
 39. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering der Pharmacie (KNMP), MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), & Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). (2018, september). Multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's & SNRI's.. <https://www.knmp.nl/sites/default/files/2021-12/201809%20Multidisciplinair%20document%20afbouwen%20SSRIs%20en%20SNRIs.pdf>
 40. Flockhart, D.A., & Clinical Pharmacology School of Medicine . (z.d.). Drug Interactions Flockhart Table TM. <https://drug-interactions.medicine.iu.edu/MainTable.aspx>. Geraadpleegd op 10 december 2024, van <https://drug-interactions.medicine.iu.edu/MainTable.aspx>
 41. Bogers JPAM, Hambarian G, Walburgh Schmidt N, Vermeulen JM, de Haan L. Risk Factors for Psychotic Relapse After Dose Reduction or Discontinuation of Antipsychotics in Patients With Chronic Schizophrenia. A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Schizophr Bull.* 2023 Jan 3;49(1):11-23. doi: 10.1093/schbul/sbac138. PMID: 36200866; PMCID: PMC9810020.
 42. Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie. (2019, juni). Pijn bij gevorderde stadia van COPD of hartfalen. <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/pijn-gevorderde-copd-of-hartfalen/medicamenteus/opioidrotatie>
 43. Bockting, C. L. H., Klein, N. S., Elgersma, H. J., van Rijsbergen, G. D., Slofstra, C., Ormel, J., Buskens, E., Dekker, J., de Jong, P. J., Nolen, W. A., Schene, A. H., Hollon, S. D., & Burger, H. (2018). Effectiveness of preventive cognitive therapy while tapering antidepressants versus maintenance antidepressant treatment versus their combination in prevention of depressive relapse or recurrence (DRD study): A three-group, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet. Psychiatry*, 5(5), 401–410. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30100-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30100-7)
 44. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG), Orde van Medisch Specialist (OMS). Multidisciplinaire Richtlijn Polyfarmacie bij ouderen, module Minderen en stoppen van medicatie 2020. Utrecht: NHG, 2020.
 45. SI-ASITT. (z.d.). SENSORISCHE INTEGRATIE VOLWASSENEN. <https://asitt.nl/sensorische-integratie-volwassenen/>. Geraadpleegd op 10 december 2024, van <https://asitt.nl/sensorische-integratie-volwassenen/>

46. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP). (2019, november).
Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens in de keten.
<https://www.knmp.nl/richtlijnen/overdracht-van-medicatiegegevens-de-keten>