

Zet de POH-ggz in bij chronisch medicatiegebruik

Tessa Magnée, Marcel Stroo, Cathrien Kager, Karin Hek

Veel huisartsen hebben te weinig tijd om patiënten die chronisch benzodiazepines, antidepressiva of opioïden gebruiken, te begeleiden bij het afbouwen van die medicatie. In een online vragenlijstonderzoek gaven zowel huisartsen als POH's-ggz aan dat de POH-ggz daar goed bij zou kunnen helpen. Veel POH's-ggz hebben al enige ervaring met afbouwbegeleiding, maar de meesten willen graag extra nascholing over de medicatie en de onttrekkingsverschijnselen.

Antidepressiva, benzodiazepines en opioïden zijn middelen die in de huisartsenpraktijk veel worden voorgeschreven. Het zijn ook middelen die niet makkelijk zijn af te bouwen; de betreffende NHG-Standaarden adviseren benzodiazepines en opioïden alleen kortdurend voor te schrijven en bij antidepressiva regelmatig te evalueren of afbouwen mogelijk is.¹⁻⁴ Veel patiënten hebben begeleiding nodig bij het afbouwen en daar zijn ook handvatten voor te vinden in standaarden, andere richtlijndocumenten en op Thuisarts.nl, maar veel huisartsen hebben te weinig tijd om er voldoende aandacht aan te besteden.^{1-9,10} Hier zou de POH-ggz een rol kunnen vervullen. Volgens het functieprofiel is het een van de taken van de POH-ggz om (samen met de huisarts en de patiënt) bij langdurig gebruik van antidepressiva of benzodiazepines regelmatig na te gaan of afbouwen mogelijk is.¹¹ Uit Nederlands onderzoek bleek dat POH's-ggz na een training in motiverende gespreksvoering gebruikers van benzodiazepines met succes kunnen ondersteunen bij het afbouwen.¹² Australisch onderzoek laat zien dat ook patiënten die chronisch opioïden gebruiken afbouwbegeleiding door huisarts én POH waarderen.¹³ Wij vroegen huisartsen en POH's-ggz welke rol zij zien voor de POH-ggz bij het afbouwen van antidepressiva, benzodiazepines en opioïden. Het functieprofiel van de POH-ggz vermeldde in 2020 weliswaar nog geen opioïde pijnstillers, maar omdat deze middelen sterk in de aandacht staan, hebben wij ook die bij onze vraagstelling betrokken.

METHODE

Wij mailden 523 huisartsen die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn in maart 2021 een vragenlijst over het voorschrijven van opioïden, met onder andere 6 multiplechoicevragen over afbouwbegeleiding door de POH-ggz. In mei 2021 verspreidden we via de besloten



Huisartsen en POH's-ggz zijn positief over het inzetten van de POH-ggz bij afbouwbegeleiding, maar er is wel behoefte aan meer [na]scholing.

Foto: Shutterstock

LinkedIn-groepen 'POH-ggz' (3605 leden) en 'Landelijke Netwerk POH-ggz' (1173 leden) een link naar een vragenlijst over afbouwbegeleiding. Beide vragenlijsten kwamen tot stand op basis van consensus binnen het projectteam en zijn op te vragen bij de auteurs. Eén onderzoeker (TM) categoriseerde de antwoorden op de open vragen; antwoorden die door minder dan 5% van de respondenten werden gegeven, laten we achterwege. Omdat sommige respondenten aangaven dat een verpleegkundige achtergrond POH's-ggz geschikter zou maken voor afbouwbegeleiding, hebben we met tweezijdige chikwadraattoetsen geanalyseerd of POH's-ggz met of zonder verpleegkundige achtergrond verschilden in hun antwoorden op gesloten vragen. Significante verschillen ($p < 0,05$) vermelden we bij de resultaten.

RESULTATEN

We ontvingen volledig ingevulde vragenlijsten van 113 huisartsen (respons 22%) en 77 POH's-ggz (respons 1,6%).

WAT IS BEKEND?

- Veel patiënten in de huisartsenpraktijk slikken langdurig benzodiazepines, opioïden of antidepressiva; afbouwen is vaak lastig.
- De NHG-Standaarden adviseren benzodiazepines en opioïden kortdurend te gebruiken en antidepressiva 6 maanden na remissie geleidelijk af te bouwen.
- Getrainde POH's-ggz kunnen patiënten ondersteunen bij het afbouwen van benzodiazepines.

WAT IS NIEUW?

- Huisartsen en POH's-ggz lijken positief te staan tegenover het vaker inzetten van de POH-ggz bij afbouwbegeleiding.
- Veel POH's-ggz hebben al enige ervaring met afbouwbegeleiding bij antidepressiva en benzodiazepines.
- Zowel huisartsen als POH's-ggz vinden dat POH's-ggz op dit gebied verdere [na]scholing zouden moeten volgen.

Draagvlak voor afbouwbegeleiding door de POH-ggz

Vrijwel alle POH's-ggz (97%) achtten de POH-ggz geschikt (73%) of mogelijk geschikt (25%) om afbouwbegeleiding bij chronisch medicatiegebruik te bieden. Van de huisartsen vond 70% de POH-ggz geschikt (23%) of mogelijk geschikt (47%). Verreweg de meeste POH's-ggz hadden enige (62%) of ruime (22%) ervaring met afbouwbegeleiding bij antidepressiva.

Dat gold iets minder vaak voor benzodiazepines (52% had enige en 23% had ruime ervaring) en een stuk minder voor opioïden (32% had enige en 3% had ruime ervaring). Verpleegkundigen hebben meer ervaring met afbouwbegeleiding dan niet-verpleegkundigen. Dit gold zowel voor opioïden ($\chi^2 = 11,2$; $p = 0,004$) als voor benzodiazepines ($\chi^2 = 14,5$; $p = 0,001$) en antidepressiva ($\chi^2 = 8,1$; $p = 0,018$).

Huisartsen en POH's-ggz vonden dat de POH-ggz vooral geschikt zou zijn voor afbouwbegeleiding bij benzodiazepines (91% van de huisartsen en 92% van de POH's-ggz) en antidepressiva (79% van de huisartsen en 93% van de POH's-ggz). Bij opioïden vonden de POH's-ggz zichzelf minder vaak geschikt (78% van de huisartsen en 38% van de POH's-ggz).

Bevorderende en belemmerende factoren

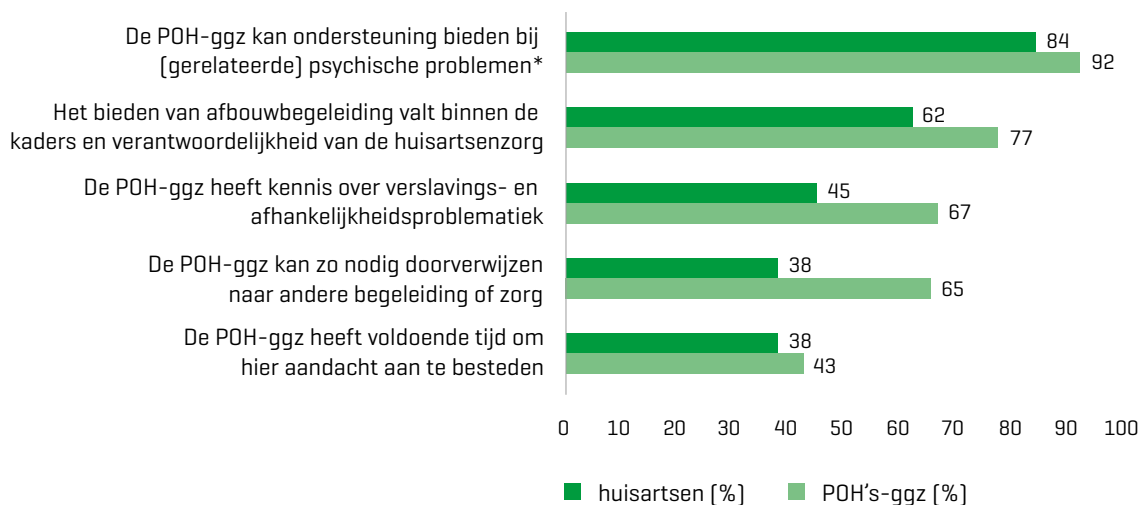
Zowel huisartsen als POH's-ggz vonden psychische ondersteuning de belangrijkste reden voor de geschiktheid van de POH-ggz voor afbouwbegeleiding bij chronisch medicatiegebruik [figuur 1]. Belemmeringen zien huisartsen vooral in het ontbreken van de juiste vaardigheden bij de POH-ggz en het ontbreken van vergoeding door zorgverzekeraars [figuur 2]. Het [kader] geeft aan wat er volgens huisartsen en POH's-ggz nodig is voor het bieden van goede afbouwbegeleiding door POH's-ggz.

POH's-ggz hebben behoefte aan nascholing

Bijna de helft (43%) van de POH's-ggz heeft scholing gevolgd op het gebied van psychofarmaca of afbouwbegeleiding. Bijna alle POH's-ggz (91%) zouden wel nascholing willen op deze gebieden. Op de open vraag wat daarin in elk geval aan de

Figuur 1

Top 5 van redenen waarom POH's-ggz afbouwbegeleiding zouden kunnen bieden

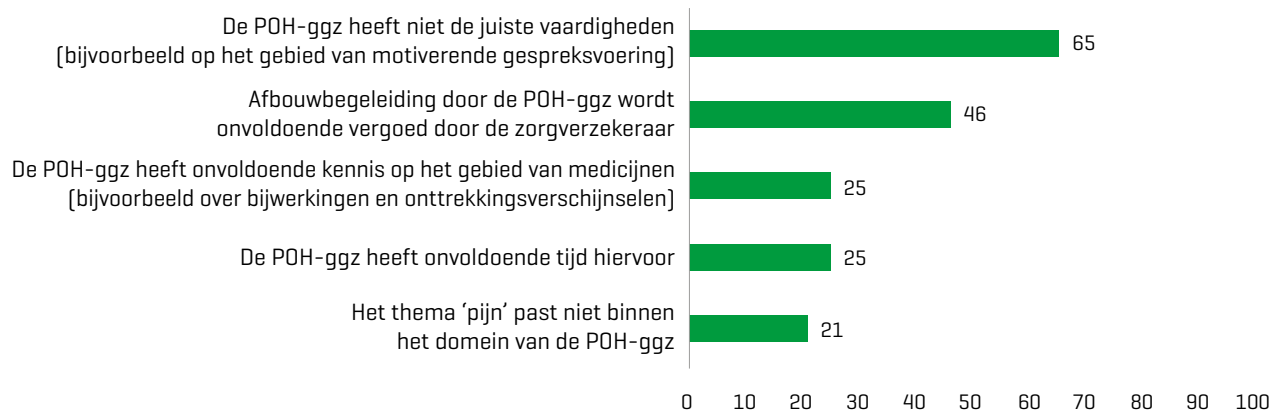


Deze vraag is alleen gesteld aan respondenten die de POH-ggz geschikt of mogelijk geschikt vonden [87 huisartsen, 73 POH's-ggz]. Percentages tellen niet op tot 100% omdat respondenten meerdere antwoorden konden geven.

* Deze reden werd significant vaker genoemd door POH's-ggz zonder verpleegkundige achtergrond [98 versus 84%; $\chi^2 = 4,4$; $p = 0,036$].

Figuur 2

Top 5 van redenen waarom POH's-ggz geen afbouwbegeleiding zouden kunnen bieden



De vraag is in de online vragenlijst gesteld aan alle huisartsen, ongeacht of zij de POH-ggz geschikt vonden of niet ($n = 113$), maar daarentegen alleen aan POH's-ggz die de POH-ggz niet geschikt vonden ($n = 2$). Vanwege het kleine aantal POH's-ggz worden hun antwoorden hier niet weergegeven. Percentages tellen niet op tot 100% omdat respondenten meerdere antwoorden konden geven.

orde zou moeten komen, noemde 54% medicatie, bijwerkingen en onttrekkingsverschijnselen, 24% afbouwschema's, 10% samenwerking met huisarts en apotheker, 9% motiverende gespreksvoering, 6% consultatie- en verwijzingsmogelijkheden, en eveneens 6% signalering van en beslisthulp voor welke patiënten in aanmerking komen voor begeleiding.

Citaten

'Wij werken echt samen hierin. Huisarts en POH-ggz naast elkaar. De huisarts voor het medische deel, dus eventuele fysieke ontwenning, en als verantwoordelijke voor het daadwerkelijke afbouwschema. De POH-ggz vooral voor de mentale ondersteuning en het in de gaten houden of het goed gaat. Je kunt POH-ggz noch de huisarts dit alleen laten doen.' [Huisarts]

'Ik had er nog nooit over nagedacht om dit bij de POH-ggz neer te leggen en weet niet of mijn POH-ggz dit kan.' [Huisarts]

'Niet elke POH-ggz is geschikt om dit te begeleiden. Dit is afhankelijk van de achtergrond van de POH-ggz.' [Huisarts]

'Er is denk ik veel "laaghangend fruit" dat geplukt kan worden, oftewel er zijn veel mensen die onnodig nog antidepressiva of benzodiazepinen slikken zonder te weten dat ze kunnen stoppen of die de stap alleen niet durven maken, maar met een zetje in de goede richting wel. Opioïde pijnstillers, daar heb ik minder kennis over en ervaring mee. Dus mijn neiging is meteen om te zeggen dat ik daarin niet kan begeleiden, terwijl het wellicht wel tot de mogelijkheden hoort. Mijn inschatting is dat daar veel meer kennis over de lichamelijke klachten waarvoor het middel initieel werd ingezet nodig is. Dat is niet direct een specialiteit van de poh-ggz.' [POH-ggz, verpleegkundige met nascholing via regionaal POH-ggz netwerk; enige ervaring met afbouwbegeleiding]

naal POH-ggz netwerk; enige ervaring met afbouwbegeleiding]

'Het hangt, denk ik, deels af van de zwaarte van de medicatie en hoe de POH wordt ondersteund of uitgerust om deze patiëntengroep te begeleiden. Is er overleg mogelijk met huisarts of consultatie elders? Met scholing kom je denk ik al een heel eind. Alles is te leren en ik heb er het vertrouwen in dat de POH dit ook zou kunnen. Patiënten vragen mij namelijk vaak of ik daarin ook mag begeleiden. Dat zou ik wel willen, maar hiervoor ben ik nog niet toegerust.' [POH-ggz, psycholoog; geen nascholing over psychofarmaca of afbouwbegeleiding, geen ervaring met afbouwbegeleiding]

'Belangrijk is dat er overleg en cobegeleiding is met de huisarts en/of psychiater en/of een medisch specialist anderzijds. Een POH-ggz heeft niet altijd een medische achtergrond, denk aan psychologen. Dus de verantwoordelijkheid moet hierin gelegd worden bij de hoofdbehandelaar.' [POH-ggz, psycholoog, geen nascholing over psychofarmaca of afbouwbegeleiding, geen ervaring met afbouwbegeleiding]

BESCHOUWING

De meeste huisartsen en POH's-ggz die deelnamen aan dit vragenlijstonderzoek zien een rol weggelegd voor de POH-ggz in het begeleiden van de afbouw van chronische medicatie. Dat geldt in ieder geval voor antidepressiva en benzodiazepines; voor opioïde pijnstillers lopen de meningen uiteen. Veel POH's-ggz, met name die met een verpleegkundige achtergrond, hebben al ervaring met afbouwbegeleiding, vooral bij antidepressiva en benzodiazepines. De huisartsen die de POH-ggz niet geschikt achten voor afbouwbegeleiding, vinden dat vooral omdat de POH-ggz de juiste vaardigheden

AANBEVELINGEN BIJ HET STARTEN MET AFBOUWBEGELEIDING

- Ga in gesprek over de rol die de POH-ggz kan spelen bij chronisch medicatiegebruik en maak daarbij duidelijke afspraken over de taakverdeling tussen huisarts en POH-ggz.
- Inventariseer bij de POH-ggz de behoefte aan nascholing op het gebied van afbouwbegeleiding.
- Bespreek de mogelijkheden voor afbouwbegeleiding al op het moment dat u als huisarts een benzodiazepine, antidepressivum of opioïde pijnstiller voorschrijft.

WAT HEBBEN POH'S-GGZ NODIG OM GOEDE AFBOUWBEGELEIDING TE BIJEN?

- Nascholing/meer kennis en vaardigheden over afbouwbegeleiding, medicatie, afbouwverschijnselen en hoe je daarop anticipeert, terugvalpreventie, en motiverende gespreksvoering.
- Materialen en producten die de POH-ggz kan inzetten bij afbouwbegeleiding [zoals folders, of e-health-modules voor patiënten].
- Betere samenwerking met specialisten [consultatiemogelijkheden] en tussen huisarts en POH-ggz.

mist. Ook POH's-ggz zelf zeggen dat ze behoefte hebben aan nascholing.

Consequenties voor de praktijk

Door tijdgebrek van de huisarts komen veel huisartsenpraktijken er nog niet aan toe om afbouwbegeleiding routinematig aan te bieden aan patiënten die antidepressiva, benzodiazepinen of opioïden gebruiken.⁴ Er komt ook veel bij kijken: tijdens een consult signaleren of de patiënt in aanmerking komt voor afbouwbegeleiding, selecteren en uitnodigen van patiënten via het HIS, afbouwschema's opstellen, begeleiden en monitoren (vinger-aan-de-polscontact), psychiaters en verslavingsartsen consulteren, het resultaat evalueren. Tegenwoordig is in vrijwel elke huisartsenpraktijk een POH-ggz werkzaam. Deze zou vaker ingezet kunnen worden bij deze (deel)taken, maar POH's-ggz verschillen in opleiding en werkervaring, en dus ook in kennis en vaardigheden.¹⁴ Huisartsen zouden daarom samen met hun POH-ggz moeten inventariseren hoe ze de taken kunnen verdelen, bij welke medicatie de POH-ggz inzetbaar is en welke nascholing deze zou moeten krijgen. De huisarts blijft – net als bij alle andere zorg binnen de huisartsenpraktijk – de eindverantwoordelijke. Handvatten om vorm te geven aan afbouwbegeleiding door de POH-ggz zijn te vinden in NHG-Standaarden, richtlijn-documenten, het *Handboek POH-GGZ* en op Thuisarts.nl.¹⁻⁹

Bij benzodiazepines gaat het vooral om goede motiverende gesprekstechnieken en om kennis over de kortdurende effectiviteit en de onttrekkingsverschijnselen. Bij opioïden is kennis over chronische pijn van belang, en scholing in technieken om met pijn te leren omgaan, zoals cognitieve gedragstherapie of *acceptance and commitment therapy*. Cruciaal bij antidepressiva zijn de vertrouwensrelatie tussen patiënt en zorgverlener, en kennis over het verschil tussen onttrekkingsverschijnselen en terugval.^{5,15}

De insteek van een gesprek over het afbouwen van chronische medicatie moet open zijn, want afbouwen is niet bij iedere patiënt mogelijk of zelfs wenselijk. Het is wel belangrijk het gesprek aan te gaan, want ook een weloverwogen besluit om het middel te blijven gebruiken draagt bij aan *patient empowerment* en verkleint de kans op (zelf)stigma.¹⁶ Bij alle soorten medicijnen is het van belang dat de POH-ggz en/of de huisarts bij complexe problematiek zo nodig een specialist kan consulteren en kan doorverwijzen.

Geld en tijd zijn mogelijke belemmeringen voor het inzetten van POH's-ggz bij afbouwbegeleiding. In sommige huisartsenpraktijken zijn er al wachttijden van enkele weken voor de POH-ggz en het terugdringen daarvan is cruciaal omdat overbruggingszorg structureel een deel van de agenda van de POH-ggz bezet houdt.¹⁴ Binnen de praktijk kunnen goede samenwerking en duidelijke afspraken helpen voldoende tijd vrij te maken om patiënten actief te benaderen. Een projectmatige aanpak verhoogt binnen de praktijk ook de aandacht voor onnodig medicatiegebruik.¹² Alvorens te starten met afbouwbegeleiding moet worden uitgezocht of deze wordt vergoed binnen het contract tussen huisarts en zorgverzekeraar. Bij de start van het project kan de huisarts dan, eventueel in overleg met de apotheker en/of de POH-ggz, een lijst maken van de patiënten die in aanmerking komen voor afbouwen, waarna de POH-ggz deze patiënten uitnodigt voor een eerste consult.

Methodologische overwegingen

Sterke punten van ons onderzoek zijn dat we zowel het perspectief van huisartsen als dat van POH's-ggz in kaart hebben gebracht en dat de huisartsen zijn geworven voor een algemene enquête – ze hadden dus niet per se affiniteit met het onderwerp 'afbouwbegeleiding door de POH-ggz'. Qua leeftijd waren de deelnemende huisartsen representatief voor de hele Nederlandse huisartsenpopulatie, maar ze waren iets vaker man (55 versus 46%) en werkten iets vaker in een solopraktijk (25 versus 17%). Bijna alle deelnemende huisartsen (94%) waren praktijkhouder. We hebben geen redenen om aan te nemen dat waarnemende huisartsen een andere kijk hebben op afbouwbegeleiding door de POH-ggz, maar het zou goed zijn ook hen te betrekken in een eventueel vervolgonderzoek. De respons was laag (22% bij de huisartsen), maar niet ongebruikelijk laag, zeker gezien de drukte door de coronacrisis.¹⁸ Een andere beperking is dat de POH's-ggz zijn geworven via een gelegenheidssteekproef. Mogelijk hadden POH's-ggz die de vragenlijst invulden affiniteit met het onderwerp afbouwbegeleiding, waardoor het getoonde draagvlak een

overschatting kan zijn. We kunnen de deelnemende POH's-ggz niet vergelijken met non-responders, omdat we over die laatste geen gegevens hadden. Onze respondenten waren qua opleidingsniveau en achtergrond vergelijkbaar met de 407 deelnemers aan een ledenpeiling van de Landelijke Vereniging POH-GGZ, maar hadden iets meer werkervaring als POH-ggz (6,4 versus 4,6 jaar).¹⁴ Een laatste beperking is dat we patiënten niet hebben gevraagd naar het draagvlak voor afbouwbegeleiding door de POH-ggz. Wel blijkt uit onderzoek dat patiënten tevreden zijn over de reguliere begeleiding door POH's-ggz, onder andere vanwege de laagdrempelige beschikbaarheid.¹⁹

CONCLUSIE

Er lijkt onder huisartsen en POH's-ggz draagvlak te zijn voor de inzet van de POH-ggz bij afbouwbegeleiding aan patiënten die chronisch benzodiazepines, antidepressiva of opioïden gebruiken. Als huisartsen en POH's-ggz hun taken en verantwoordelijkheden goed afstemmen en de eventueel benodigde nascholing organiseren, kan het inzetten van de POH-ggz bij het afbouwen van medicatie de patiëntenzorg aanzienlijk verbeteren. ■

LITERATUUR

1. NHG-werkgroep Depressie. NHG-Standaard Depressie. Versie 3.1. Utrecht: NHG, 2019. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/depressie>.
2. NHG-werkgroep Slaapproblemen en slaapmiddelen. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaapmiddelen. Versie 3.0. Utrecht: NHG, 2014. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/slaapproblemen-en-slaapmiddelen>.
3. NHG-werkgroep Pijn. NHG-Standaard Pijn. Versie 2.3. Utrecht: NHG, 2021. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/pijn>.
4. NHG-werkgroep Angst. NHG-Standaard Angst. Versie 3.1. Utrecht: NHG, 2019. <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/angst>.
5. Horix A, Jelsma H, Groeneweg BF, Roosjen-de Feiter LM, Van Avendonk MJ, Woutersen-Koch H, et al. Multidisciplinair document 'Afbouwen SSRI's & SNRI's'. 1e revisie. Den Haag/Utrecht: KNMP/MIND/NHG/NVvP, 2019.
6. Lambooj A, Schellekens A, Melis EJ, Kramers C, Vroon L, Van den Heuvel SA, et al. Handreiking afbouw opioïden. Utrecht: Instituut Verantwoord Medicijngebruik, 2021.
7. Wentink C, Huijbers MJ, Lucassen PL, Van der Gouw A, Kramers C, Spijker J, et al. Een goed gesprek over het afbouwen van antidepressiva. Huisarts Wet 2021;64(4):16-8.
8. Wentink C, Huijbers MJ, Lucassen PL, Van der Gouw A, Kramers C, Spijker J, et al. Keuzehulp afbouw van antidepressiva. Nijmegen: Radboudumc/ProPersona, 2020.
9. Mok L, Wenning H. Handboek POH-GGZ. Houten: Bohn Staf-leu van Loghum, 2015.
10. Bosman RC, Huijbregts KM, Verhaak PF, Ruhé HG, Van Marwijk HW, Van Balkom AJ, et al. Long-term antidepressant use: a qualitative study on perspectives of patients and GPs in primary care. Br J Gen Pract 2016;66:e708-19.
11. Landelijke Vereniging POH-GGZ. Functie- & competentie-profiel 'Praktijkondersteuner huisarts GGZ' 2020. Versie 1.0. Harderwijk: Landelijke Vereniging POH-GGZ, 2020.
12. Barendregt C, De Wit N, Van Straaten B, Rodenburg G. Motiverend aan de slag met benzoreductie: Een pilotstudie naar de toepasbaarheid van een samengestelde interventie ter vermindering van chronisch benzodiazepinegebruik in de huisartsenpraktijk. Rotterdam: Onderzoeksinstituut IVO, 2017.
13. White R, Hayes C, Boyes AW, Paul CL. Integrated primary healthcare opioid tapering interventions: a mixed-methods study of feasibility and acceptability in two general practices in New South Wales, Australia. Int J Integr Care 2020;20:6.
14. Magnée T, Sinnema H, Van Weelderen G, Nuijen J, Kenter A. Hoe denken POH's-ggz over hun werk? Huisarts Wet 2020;63(5):34-41.
15. Groot PC, Van Ingen Schenau J. Antidepressiva beter afbouwen: Pleidooi voor een richtlijn 'afbouwen van antidepressiva'. Den Haag: P.C. Groot, 2013.
16. Eveleigh R, Grutters J, Muskens E, Oude Voshaar R, van Weel C, Speckens A, et al. Cost-utility analysis of a treatment advice to discontinue inappropriate long-term antidepressant use in primary care. Fam Pract 2014;31:578-84.
17. Vis E, Kenens R, Duijkers B, Batenburg R, Keuper J. Cijfers uit de registratie van huisartsen Peiling 2018. Utrecht: Nivel, 2020.
18. Bonevski B, Magin P, Horton G, Foster M, Girgis A. Response rates in GP surveys: trialling two recruitment strategies. Aust Fam Physician 2011;40:427-30.
19. Nuijen J, Kenter A, Wijnen B, Ringoir L. Functie POH-GGZ: succesfactoren en verbeterpunten. Factsheet onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut, 2021.

Magnée T, Stroo M, Kager C, Hek K. Zet de POH-ggz in bij chronisch medicatiegebruik. Huisarts Wet 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-1397-y.
Landelijke Vereniging POH-GGZ, Harderwijk: dr. T. Magnée, voorzitter Commissie Wetenschappelijk Onderzoek [tevens postdoctoraal onderzoeker bij de Erasmus Universiteit Rotterdam en POH-ggz bij de FortaGroep, Rotterdam], tessa0307@hotmail.com. Instituut Verantwoord Medicijngebruik, Utrecht: M. Stroo, apotheker. Nivel, Utrecht: C. Kager: huisarts-onderzoeker; dr. K. Hek, senior onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

ABSTRACT

Magnée T, Stroo M, Kager C, Hek K. Psychiatric/mental health nurse practitioners and chronic medicine use. *Huisarts Wet* 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-1397-y.

Aim To gain insight into the potential role of psychiatric/mental health nurse practitioners (PMHNPs) in the provision of tapering support to patients who chronically use benzodiazepines, antidepressants, or opioids.

Method 113 general practitioners (GPs) and 77 PMHNPs completed an online questionnaire.

Results Almost all PMHNPs (97%) saw a possible role for themselves in the provision of tapering support to patients. Of the GPs, 70% thought it appropriate that

PMHNPs provide this support. Many PMHNPs had some or extensive experience in providing support when tapering antidepressants (83%), benzodiazepines (74%), or opioids (33%). Both GPs and PMHNPs thought that the latter would benefit from training on tapering support and education about relevant medications and withdrawal symptoms. Nearly half (43%) of the PMHNPs had received training in the use of psychoactive drugs and/or tapering support, and 91% would like to follow additional training in this area.

Conclusion Both GPs and PMHNPs seem to support the provision of tapering support by PMHN for PMHNPs.