



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2005. De gegevens mogen met bronvermelding (Anita Volkers, Annemarie de Jong, Dinny de Bakker, Liset van Dijk, *Doelmatig voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk*, NIVEL 2005) worden gebruikt. Het rapport is te bestellen via [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl).

<http://www.nivel.nl/>

## **Doelmatig voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk**

Anita Volkers  
Annemarie de Jong  
Dinny de Bakker  
Liset van Dijk



ISBN 90-6905-711-5

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2005 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

# Inhoud

<b>Inhoud</b>	<b>3</b>
<b>Management samenvatting</b>	<b>7</b>
<b>Voorwoord</b>	<b>9</b>
<b>1 Voorschrijven antidepressiva in de huisartspraktijk</b>	<b>11</b>
1.1 Achtergrond van het onderzoek	11
1.2 Antidepressiva: werking, bijwerkingen en indicaties	12
1.2.1 Klassieke antidepressiva	12
1.2.2 Moderne antidepressiva	13
1.2.3 Registraties van antidepressiva	14
1.3 Het voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk	14
1.4 Doelmatig voorschrijven van antidepressiva door de huisarts	15
1.4.1 Doelmatigheid in stappen	15
1.4.2 Doelmatigheid van de indicatiestelling	15
1.4.3 Doelmatigheid bij de keuze medicamenteuze therapie	16
1.4.4 Doelmatigheid tijdens de behandeling	17
1.5 Vraagstellingen	17
1.6 Indeling van het rapport	17
<b>2 Richtlijnen en registraties</b>	<b>19</b>
2.1 Inleiding	19
2.2 Registraties van geneesmiddelen bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG)	19
2.3 Het Farmacotherapeutisch Kompas	20
2.4 Formularia	20
2.5 De NHG-Standaarden nader bekeken	23
2.5.1 De NHG-Standaarden Depressie (1994) en Depressieve Stoornis (2003)	24
2.6 De NHG-Standaard Angststoornissen (1997 en 2004)	27
2.7 Samenvatting	29
<b>3 Secundaire databronnen</b>	<b>31</b>
3.1 Inleiding	31
3.2 LINH	31
3.3 Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk	33
3.4 CMR Peilstations	35
3.5 Overzicht van mogelijkheden en beperkingen van de gegevens	36

<b>4 De diagnosestelling door de huisarts</b>	<b>37</b>
4.1 Inleiding	37
4.2 Methode	38
4.2.1 Vergelijking CIDI's met de diagnose van de huisarts	38
4.2.2 Diagnosestelling in de CMR-peilstations	40
4.3 Resultaten	42
4.3.1 Vergelijking CIDI's met de diagnose van de huisarts	42
4.3.2 Komen mensen met een depressie en angststoornis bij de huisarts?	43
4.3.3 Komt de diagnostiek van de huisarts overeen met die van een gestandaardiseerd psychiatrisch interview?	43
4.3.4 Patiëntkenmerken in relatie tot over- en onderdiagnostiek van depressie en angststoornissen	45
4.3.5 Nuancering van de over- en onderdiagnostiek van depressie en angststoornissen	48
4.4 Diagnosestelling op basis van de CMR-peilstations in relatie tot de criteria van de NHG-Standaard Depressie (1994)	49
4.4.1 Diagnosestelling	49
4.4.2 Medicatie	51
4.5 Discussie	52
4.6 Conclusies	53
<b>5 Het voorschrijven van antidepressiva</b>	<b>61</b>
5.1 Inleiding	61
5.2 Methode	61
5.3 Voorschrijfvolume	62
5.3.1 Aantal recepten antidepressiva per 1000 patiënten in 2001 en 2002	62
5.4 Aantal DDD's (defined daily dose = standaard dagdosering)	63
5.4.1 Keuze voor een antidepressivum	63
5.4.2 Analyses op diagnose niveau	66
5.5 Kenmerken van patiënten die een antidepressivum voorgeschreven krijgen	67
5.6 Samenvatting	70
<b>6 Het voorschrijven van antidepressiva: doelmatig voorschrijven</b>	<b>71</b>
6.1 Inleiding	71
6.2 Methode	72
6.3 Welk geneesmiddel wordt voorgeschreven bij de diagnose depressie (P76) en angststoornis (P74)?	73
6.4 Voor welke diagnoses wordt een antidepressiva voorgeschreven?	75
6.5 Aantal DDD's per recept	78
6.6 Voorschrijfduur	79
6.7 Samenvatting	81

<b>7</b>	<b>Interviews naar redenen van voorschrijven van antidepressiva</b>	<b>83</b>
7.1	Inleiding	83
7.2	Methode	84
7.2.1	Benaderen huisartsen en afnemen van de interviews	84
7.2.2	Opzet en inhoud interview	85
7.2.3	Analyse	86
7.3	Resultaten	86
7.3.1	Overzicht deelnemende huisartsen	86
7.3.2	Niet-medicamenteuze therapie	87
7.3.3	Voorkeur antidepressiva	90
7.3.4	Kennis over geregistreerde diagnoses, contra-indicaties en bijwerkingen van voorkeursmiddel(en)	92
7.3.5	Ervaring met de effectiviteit, bijwerkingen en therapietrouw van antidepressiva in het algemeen	93
7.3.6	Kosten	93
7.3.7	Gebruik van richtlijnen/formularia en andere informatie bij het voorschrijven van antidepressiva	94
7.3.8	Redenen om wel of geen antidepressiva voor te schrijven aan patiënten uit de eigen praktijk	95
7.4	Conclusies	98
<b>8</b>	<b>Vervolgonderzoek naar redenen van voorschrijven onder LINH-huisartsen</b>	<b>101</b>
8.1	Inleiding	101
8.2	Methode	101
8.2.1	Deelnemende huisartsen	101
8.2.2	Selectie patiënten en vragenlijst	102
8.2.3	Analyse	104
8.3	Resultaten	104
8.3.1	Eerste paar	104
8.3.2	Tweede paar	108
8.3.3	Derde paar	110
8.3.4	Vierde patiënt	114
8.4	Discussie en conclusie	115
<b>9</b>	<b>Determinanten van voorschrijven van antidepressiva</b>	<b>121</b>
9.1	Inleiding	121
9.2	Determinanten van het voorschrijven van antidepressiva	121
9.2.1	Determinanten op patiëntniveau	121
9.2.2	Determinanten op praktijk- en huisartsniveau	122
9.3	Methode	125
9.3.1	Aantal geïncludeerde huisartsen	125
9.3.2	Operationalisatie afhankelijke variabelen	125
9.3.3	Operationalisatie onafhankelijke variabelen	126
9.3.4	Kenmerken van de huisartsen die in de determinantenanalyses zijn betrokken	127
9.3.5	Analyses	128
9.4	Resultaten: wel of geen antidepressivum bij depressie of een depressief gevoel	128
9.5	Resultaten: wel of geen antidepressivum bij angst of een angstig gevoel	131
9.6	Resultaten: aantal recepten	133
9.7	Resultaten: TCA of SSRI?	135
9.8	Resultaten: voorschrijfrange en nieuwe antidepressiva	138

9.9	Afsluiting	140
9.9.1	Samenvatting	140
9.9.2	Aanknopingspunten voor interventies	141
<b>10</b>	<b>Workshop “Doelmatig voorschrijven van antidepressiva”</b>	<b>149</b>
10.1	Inleiding	149
10.2	Input voor de workshop: gesprekken met stakeholders	149
10.2.1	Invulling workshop	153
10.2.2	Praktische zaken rondom de workshop	153
10.3	Resultaten uit de workshop	154
10.3.1	Therapietrouw	154
10.3.2	Stoppen met het gebruik van antidepressiva	159
10.3.3	Aandachtspunten voor interventies afgeleid uit de workshop	162
10.4	Voorstellen voor interventies	163
10.4.1	Inleiding	163
10.4.2	Ideeën voor interventies: geneesmiddelenbeleid	164
10.4.3	Ideeën voor interventies: fasen in gebruik	165
10.4.4	Ideeën voor interventies: vaardigheden en kennis van de huisarts	166
10.4.5	Ideeën voor interventies: relatie arts-patiënt	168
10.5	Samenvatting	169
<b>11</b>	<b>Samenvatting en conclusie</b>	<b>171</b>
11.1	Samenvatting	171
11.1.1	Onderzoeksvragen	171
11.1.2	Het voorschrijven van antidepressiva in de eerste lijn (hoofdstuk 4 t/m 6)	171
11.1.3	Redenen van huisartsen voor het voorschrijven van antidepressiva (hoofdstuk 7, 8)	173
11.1.4	Determinanten van voorschrijven van antidepressiva (hoofdstuk 9)	175
11.1.5	Workshop en mogelijke interventies (hoofdstuk 10)	176
11.1.6	Kerncijfers & resultaten	178
11.2	Conclusies	180
11.2.1	Inleiding	180
11.2.2	Conclusies uit het onderzoek	181
11.2.3	Doelmatigheid van voorschrijven van antidepressiva: (wat) valt er te verbeteren?	183
	<b>Literatuur</b>	<b>185</b>
	<b>Bijlage 1: Therapeutische indicaties antidepressiva volgens het Farmacotherapeutisch Kompas 2003</b>	<b>193</b>
	<b>Bijlage 2: Antidepressiva met bijbehorende indicaties en contra-indicaties volgens <a href="http://www.cbg-meb.nl">www.cbg-meb.nl</a></b>	<b>197</b>
	<b>Bijlage 3: ATC en ICPC-codes gebruikt in dit rapport</b>	<b>199</b>
	<b>Bijlage 4: Interview</b>	<b>201</b>
	<b>Bijlage 5: Case control onderzoek</b>	<b>217</b>
	<b>Bijlage 6: Resultaten van het onderzoek zoals verstuurd naar de deelnemers van de workshop</b>	<b>233</b>
	<b>Bijlage 7: Lijst met afkortingen</b>	<b>239</b>

## **Management samenvatting**

### **Samenvatting van de belangrijkste resultaten van een onderzoek naar het voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk**

Doel van het onderzoek is het bijdragen aan het inzicht in de doelmatigheid van voorschrijven van antidepressiva en het leveren van informatie voor en over mogelijke interventies op dit terrein. Het onderzoek richtte zich op verschillende aspecten van doelmatigheid: doelmatigheid van de diagnosestelling door de huisarts, doelmatigheid van de medicamenteuze therapie (al dan niet voorschrijven en keuze van het soort geneesmiddel) en doelmatigheid van het gebruik.

#### **Meer onderdiagnostiek dan overdiagnostiek**

Er lijkt meer onderdiagnostiek van angst en depressie te zijn dan overdiagnostiek. Bij patiënten die met behulp van een diagnostisch psychiatrisch interview met angst of depressie gediagnosticeerd zijn, registreert de huisarts in iets meer dan een derde van de gevallen geen enkele psychosociale problematiek. Interventies gericht op verbetering van de diagnostiek lijken nuttig. Huisartsen schrijven antidepressiva eerder voor bij de diagnose depressie dan bij de diagnose angststoornis. Wanneer de onderdiagnostiek van depressie en angststoornissen zou afnemen, kan dit tot gevolg hebben dat er meer antidepressiva voorgeschreven worden.

#### **Klinische overwegingen belangrijk in keuze al dan niet voor te schrijven**

Klinische kenmerken van de patiënt zijn belangrijk in de keuze al dan niet een antidepressivum voor te schrijven. De inschatting die de huisarts maakt van de ernst en de duur van de klachten speelt een rol, alsmede de lijdensdruk, de geschiedenis van de patiënt en het in combinatie aanwezig zijn van depressie en angst. De vraag is of huisartsen de zwaarte van de klachten altijd goed inschatten. Andere patiëntkenmerken spelen ook een rol bij de keuze al dan niet voor te schrijven, zoals geslacht en leeftijd van de patiënt.

#### **De meeste huisartsen geven SSRI's de voorkeur boven TCA's**

Huisartsen schrijven vaker SSRI's (specifieke serotonine heropnameremmers) voor dan TCA's (tricyclische antidepressiva). Zij schatten met name de bijwerkingen van SSRI's gunstiger in en noemen ook dat de therapie mede daardoor gemakkelijker vol te houden is. Het indicatiegebied van SSRI's lijkt 'zuiverder' te zijn dan dat van TCA's. TCA's worden vaker dan andere antidepressiva voor overige klachten voorgeschreven en dan met name voor pijnbestrijding. Gezien de voorkeur voor SSRI's en het feit dat huisartsen deze middelen minder vaak buiten het indicatiegebied voorschrijven is het de vraag of interventies op dit gebied zinvol zijn en een verandering in voorschrijfbeleid kunnen c.q. moeten brengen..

#### **Geen duidelijke 'best practice' wat betreft voorschrijven van antidepressiva**

Huisartskenmerken lijken de variatie in voorschrijven minder sterk te bepalen dan patiëntkenmerken. Er is althans in dit onderzoek geen enkel huisartskenmerk gevonden dat op alle facetten van het voorschrijven van antidepressiva invloed heeft. Dit betekent dat niet duidelijk is welke huisartsen specifiek voor interventies in aanmerking komen.

### **Interventies op verschillende terreinen mogelijk**

In gesprekken met stakeholders en tijdens de workshop “Doelmatig voorschrijven van antidepressiva” werd duidelijk dat er verschillende interventies mogelijk zijn op het gebied van voorschrijven van antidepressiva. Dit varieert van extra ondersteuning bij diagnosticering, monitoring van gebruik van antidepressiva door praktijkondersteuner of apotheker, verhogen van het niveau van functioneren van het FTO tot het creëren van een website met objectieve informatie uit verschillende hoeken (huisarts, apotheker, patiëntenvereniging) en het verplicht stellen van een aantal uren bijscholing op het terrein van de GGZ voor huisartsen. Het feit dat de communicatie tussen huisarts en patiënt op het gebied van antidepressiva verbeterd kan worden, loopt als rode draad door vrijwel alle voorstellen heen. Belangrijk is dat interventies de huisarts niet te veel tijd en energie kosten. Ook kan gekeken worden naar de rol van anderen dan de huisarts (met name praktijkondersteuners) in interventies.

### **Hoe doelmatig schrijft de Nederlandse huisarts antidepressiva voor?**

Dit was een centrale vraag van het onderzoek, waarop echter geen eenduidig antwoord gegeven kan worden. De diagnosticering van depressie en angststoornissen kan verbeterd worden. Wat betreft het voorschrijven van antidepressiva laten huisartsen klinische overwegingen prevaleren en de ernst van de aandoening speelt een rol bij het al dan niet voorschrijven. Het feit dat huisartsen bij ouderen andere middelen voorschrijven (bijvoorbeeld middelen die minder interacteren met andere geneesmiddelen) wijst eveneens op doelmatig handelen. Wel worden antidepressiva met regelmaat buiten het indicatiegebied voorgeschreven, wat sterker geldt voor TCA's en overige antidepressiva dan voor SSRI's. Er is geen huisartsprofiel te typeren dat er duidelijk uitspringt als het gaat om doelmatig of ondoelmatig voorschrijven.

Het onderzoek is uitgevoerd door het NIVEL in samenwerking met de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit. Subsidiegever was het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Het onderzoek maakt gebruik van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg ([www.linh.nl](http://www.linh.nl)) en de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk ([www.nivel.nl/nationalestudie](http://www.nivel.nl/nationalestudie)).

Contactpersoon:

Liset van Dijk, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, [L.vanDijk@nivel.nl](mailto:L.vanDijk@nivel.nl)



## Voorwoord

Antidepressiva behoren tot de meest voorgeschreven geneesmiddelen in de Nederlandse huisartspraktijk. De afgelopen jaren is er een groei geweest in het gebruik van deze middelen. Worden deze middelen doelmatig voorgeschreven? Wat voor redenen hebben huisartsen om al dan niet een antidepressivum voor te schrijven en aan welke patiënten doen zij dat vooral? Deze en andere vragen staan centraal in dit onderzoeksrapport. Het beschrijft de resultaten van een onderzoek dat ruim anderhalf jaar duurde en waarvan het College voor Zorgverzekeringen de subsidiegever was.

Het NIVEL voerde het onderzoek uit, daarbij op onderdelen ondersteund door Jozé Braspenning van de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) van de Radboud Universiteit. De onderzoekers zijn tijdens de studie bijgestaan door Peter Verhaak, Jesse Jansen en Dinesh Somai van het NIVEL, Carla Walk en Erny Wentink van de WOK en Yvonne Prince. De communicatie met Po Kam Cheung en Yolande Waterreus van CVZ was zeer constructief. Bijzondere dank gaat uit naar de LINH-huisartsen voor zowel de registratie van alle gegevens als de deelname aan een extra dataverzameling binnen deze studie en naar de 23 niet-LINH huisartsen die bereid waren vaak meer dan een uur met ons te praten over hun beslissingen wat betreft het voorschrijven van antidepressiva. Tot slot bedanken we vijf stakeholders voor de ideeën die zij aanleverden over mogelijke interventies en de deelnemers aan de workshop “Doelmatig voorschrijven van antidepressiva”.

Utrecht, maart 2005



# 1 Voorschrijven antidepressiva in de huisartspraktijk

*Anita Volkers, Annemarie de Jong, Dinny de Bakker, Liset van Dijk*

## 1.1 Achtergrond van het onderzoek

De afgelopen jaren is het gebruik van antidepressiva toegenomen. De Stichting Farmaceutische Kengetallen (2001) geeft aan dat in de periode van 1997 tot en met 2000 het gebruik jaarlijks met gemiddeld 12% steeg. Daarna is de groei wat afgezwakt. In 2001 was deze 9% en in 2002 4,5% (SFK, 2001, 2002, 2003). De stijging komt vooral door een toename in het voorschrijven van de zogenaamde specifieke serotonine heropnameremmers (SSRI's) en in veel mindere mate door het voorschrijven van de al langer op de markt zijnde tricyclische antidepressiva (TCA's). In 1999 en 2000 was SSRI paroxetine het meest voorgeschreven antidepressivum in de huisartspraktijk: 36% van alle recepten voor een antidepressivum vermeldde het betreffende middel (Van Dijk, 2002). Paroxetine staat tiende in de top tien van meest voorgeschreven geneesmiddelen (SFK, 2002).

De groei is ook verschillende media opgevallen, wat blijkt uit krantenkoppen die de afgelopen jaren verschenen boven artikelen die handelden over het gebruik van antidepressiva: "Toverballen voor elk gemoed", "Een toverbal tegen neerslachtigheid" en "Antidepressiva vliegen de winkel uit". Ze suggereren dat het gebruik van deze middelen (te) veelvuldig is. Ook zit er enige ironie in de titels. Niet iedereen is overtuigd van het feit dat het gebruik van antidepressiva in alle gevallen gewenst is (Stichting Pandora). Daarnaast zijn er in 2002 vragen uit de kamer gekomen over de ernstige bijwerkingen bij het gebruik van moderne antidepressiva, zoals verslaving, zelfmoordneigingen en het kwijtraken van remmingen. Toenmalig minister de Geus van Volksgezondheid heeft hierop geantwoord dat het niet duidelijk is in hoeverre deze medicijnen terecht of onjuist worden voorgeschreven.

Hoe komt het nu dat antidepressiva zoveel vaker voorgeschreven worden dan een aantal jaren geleden? In de eerste plaats laat het geneesmiddelengebruik als geheel een stijging zien, onder andere door de vergrijzing en de groei van de bevolking (SFK, 2003). Het gebruik van antidepressiva groeit echter sneller dan voor geneesmiddelen in het algemeen (SFK, 2003). Een mogelijke reden hiervoor is dat de diagnostiek bij depressies verbeterd is, waardoor artsen een depressie vaker onderkennen. Hierin heeft de farmaceutische industrie, via het sponsoren van nascholingen op dit gebied, mede een rol gespeeld (Buis, 2000). Een andere mogelijke oorzaak voor de groei is een mogelijke verbreding van het indicatiegebied voor antidepressiva. Indicaties voor antidepressiva zijn ernstige depressies en bepaalde vormen van angststoornissen (De Boer & Van der Laan, 2001). Antidepressiva worden ook voor andere indicaties voorgeschreven dan waarvoor zij zijn geregistreerd bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). Weer een andere reden kan zijn dat het gebruik van deze middelen meer dan vroeger geaccepteerd wordt (Pieters e.a., 2002).

Antidepressiva zijn geneesmiddelen die verschillende bijwerkingen kunnen hebben (Farmacotherapeutisch Kompas, 2003). Ook zijn er aanwijzingen dat de nieuwste generatie antidepressiva, de SSRI's, verslavend kunnen werken. Een belangrijke vraag is dan ook in hoeverre antidepressiva doelmatig voorgeschreven worden. Zijn er mensen die eigenlijk geen antidepressiva voorgeschreven hoeven te krijgen, maar dat wel krijgen? En andersom: Krijgen mensen die antidepressiva nodig hebben ze daadwerkelijk voorgeschreven? En wanneer mensen antidepressiva gebruiken, doen ze dat dan in de juiste dosis en voor de juiste periode? Dit soort vragen was voor het College voor Zorgverzekeringen aanleiding een onderzoek te laten uitvoeren naar de (on)doelmatigheid van voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk. Gekozen is voor de huisartspraktijk omdat het merendeel van de antidepressiva door huisartsen wordt voorgeschreven. In januari 2003 is dit onderzoek op het NIVEL van start gegaan, in samenwerking met de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK), Katholieke Universiteit Nijmegen. Dit rapport bevat de bevindingen van dit onderzoek.

Dit hoofdstuk beschrijft eerst de antidepressiva die op de Nederlandse markt zijn. Vervolgens gaan we in op het voorschrijven van antidepressiva, waarbij de nadruk ligt op het voorschrijven in de huisartspraktijk. Daarna gaan we in op doelmatig voorschrijven. Het hoofdstuk sluit af met de onderzoeksvragen.

## **1.2 Antidepressiva: werking, bijwerkingen en indicaties**

### **1.2.1 Klassieke antidepressiva**

De klassieke antidepressiva bestaan uit twee groepen: de tricyclische antidepressiva (TCA's) en de monoamine oxidase remmers (MAO's). Zij zijn per toeval ontdekt in de jaren '50 (De Boer & Van der Laan, 2001).<sup>1</sup> Imipramine, een tricyclisch antidepressivum, was ontwikkeld als kalmeringsmiddel bij psychosen. Iproniazid, een niet-selectieve monoamine oxidase remmer (MAO) werd in eerst instantie gebruikt voor de behandeling van tuberculose. Beide middelen bleken met name een gunstige effect op de stemming te hebben. In Nederland vond in 1963 als eerste de registratie plaats van de tricyclische antidepressiva imipramine, amitriptyline en trimipramine. Voor dit jaar waren deze middelen al wel verkrijgbaar maar bestond er nog geen registratie voor geneesmiddelen in Nederland. De klassieke antidepressiva zijn klinisch effectief maar kunnen ernstige bijwerkingen geven. Tevens zijn ze giftig bij een overdosis. De werking van TCA's wordt verondersteld gebaseerd te zijn op het remmen van de opname van serotonine en noradrenaline (en in mindere mate dopamine) in het centrale zenuwstelsel (Stahl, 1998; Berman e.a., 1999). De bijwerkingen van TCA's ontstaan doordat TCA's tegelijkertijd een remmend effect hebben op de cholinerge muscarine (M1), histaminerge (H1) en adrenerge (α1) receptoren. De anticholinerge bijwerkingen van de TCA's zijn verantwoordelijk voor een droge mond, constipatie, vertroebelde visuele waarneming, urine retentie, geheugenproblemen en veranderde regulatie van het hart- en vaatstelsel zoals tachycardia (abnormaal versnelde hartslag). De antihistaminerge eigenschappen van de TCA's kunnen leiden tot sedatie en gewichtstoename en de anti-adrenerge eigenschappen

---

<sup>1</sup> De tekst in deze en de volgende paragraaf is grotendeels gebaseerd op De Boer & Van der Laan (2001).

tot orthostatische hypotensie (houding-afhankelijke verlaagde bloeddruk). Op dit moment zijn in Nederland acht TCA's op de markt verkrijgbaar.<sup>2</sup>

De MAO-remmers remmen de afbraak van onder andere de monoamines noradrenaline, dopamine en serotonine in het centrale zenuwstelsel. De oudere niet-selectieve MAO's hebben een irreversibele werking op zowel de monamine oxidase isozymen A en B. De nieuwere selectieve MAO-remmers remmen alleen MAO-A en hun werking is reversibel. De belangrijkste bijwerking van 'oude' MAO-remmers is het risico van een interactie met tyramine, een bestanddeel van onder andere kaassoorten, en met bepaalde medicatie die kan leiden tot hypertensieve crises. De nieuwere MAO-A remmers hebben dit gevaar niet. In Nederland is alleen moclobemide (Aurorix®), een nieuwe selectieve reversibele MAO-A remmer geregistreerd. De oude niet-selectieve en irreversibele MAO remmers, zoals iproniazide, fenelzine en tranylcypromide zijn wegens het risico van de ernstige bijwerkingen nooit in Nederland geregistreerd.

### 1.2.2 *Moderne antidepressiva*

Halverwege de jaren tachtig kwam een nieuwe generatie antidepressiva op de markt: de SSRI's. Als eerste was dat fluoxetine, veel beter bekend onder de merknaam Prozac®. De fabrikant, Eli Lilly bracht haar boodschap duidelijk over: met fluoxetine was er een nieuw en doeltreffend middel op de markt verschenen (Pieters e.a., 2002). Na fluoxetine verschenen ook andere SSRI's op de markt. Deze moderne of tweede generatie antidepressiva hebben een selectievere farmacologische werking dan hun voorgangers. De eerste groep van deze moderne middelen zijn de selectieve serotonine heropname remmers. Fluvoxamine is als eerste SSRI geregistreerd in 1985. De SSRI's blokkeren met name de heropname van serotonine (en sommige SSRI's in minder mate de noradrenaline opname). SSRI's geven andere bijwerkingen dan TCA's zoals agitatie, motorische onrust, slapeloosheid, seksueel disfunctioneren, misselijkheid, diarree en hoofdpijn door interactie met serotonerge postsynaptische receptoren (5-HT<sub>2</sub> en 5-HT<sub>3</sub>). Op dit moment zijn er in Nederland vijf SSRI's op de markt.<sup>3</sup> Naast de SSRI's bestaan er ook selectieve serotonine en noradrenaline heropname remmers (SNRI's) die niet de receptorinteracties van de TCA's als bijwerking hebben. De SNRI's zijn mogelijk sneller effectief dan de SSRI's of TCA's terwijl de uiteindelijke effectiviteit even goed of beter is (De Boer & Van der Laan, 2001). Echter, met deze middelen is in de praktijk ook veel minder ervaring dan met TCA's en SSRI's. De bijwerkingen van SNRI's bestaan uit misselijkheid, droge mond, slaperigheid en constipatie. Venlafaxine (Efexor®) is de enige SNRI die in Nederland op de markt verkrijgbaar is.

Een aantal antidepressiva kunnen, zowel de serotonine-2 receptoren als de serotonine, heropname blokkeren. Deze middelen hebben sedatie en orthostatische hypotensie als bijwerking door de antihistaminerge en  $\alpha$ 1-adrenerge antagonistische werking. Voorbeelden van dit type antidepressiva zijn trazodon (Trazolan®) en nefazodon (Dutonin®). Twee andere moderne middelen zijn mianserine (Tolvon®) en mirtazapine (Remeron®).

---

2 Dit zijn: Imipramine (Imipramine®), Clomipramine (Anafranil®), Trimipramine (Surmontil®), Amitriptyline (Sartex®), Nortriptyline (Nortrilen®), Doxepine (Sinequan®), Dosulepine (Prothiaden®) en Maprotiline (Ludiomil®).

3 Dit zijn: Fluoxetine (Prozac®), Citalopram (Cipramil®), Paroxetine (Seroxat®), Sertraline (Zoloft®) en Fluvoxamine (Fevarin®).

Gerapporteerde bijwerkingen van mianserine zijn onder andere slaperigheid en die van mirtazepine een droge mond, slaperigheid, verhoogde eetlust en gewichtstoename. In het Farmacotherapeutische Kompas wordt echter aangeraden mianserine en nefazodon niet meer voor te schrijven bij nieuwe patiënten gezien de potentieel gevaarlijke bijwerkingen (Farmacotherapeutisch Kompas, 2003).

### **1.2.3 Registraties van antidepressiva**

Alle antidepressiva zijn bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) geregistreerd voor de indicatie depressieve stoornis, vooral die met melancholische, vitale kenmerken (Farmacotherapeutisch Kompas, 2003). Melancholische kenmerken zijn onder andere doorslaapstoornis, duidelijke dagschommeling in de stemming, verlies van plezier in dagelijkse activiteiten, het ontbreken van reacties op gewoonlijk plezierige prikkels, psychomotorisch remming of agitatie, eetproblemen en overdreven schuldgevoelens. Geen van de antidepressiva is op dit moment geregistreerd voor dysthymie. Sommige antidepressiva zijn geregistreerd voor angststoornissen zoals paniekstoornis, gegeneraliseerde angststoornis (GAS), sociale fobie en obsessief compulsieve stoornis (OCS). Antidepressiva zijn niet de enige anxiolytica. Benzodiazepinen en buspiron zijn eveneens geregistreerd als anxiolytica. Met name de SSRI's zijn geregistreerd voor angststoornissen. Moclobemide is een MAO-A specifieke remmer die voor angststoornissen is geregistreerd. GAS worden met name behandeld met benzodiazepinen maar als de neiging tot verslaving een risico factor is kunnen antidepressiva met een serotonerge werking (SSRI's) worden voorgeschreven. Fluoxetine is voor boulimia geregistreerd maar ook imipramine en desipramine zijn op de korte termijn effectief gebleken. Verder zijn amitriptyline en imipramine geregistreerd voor bedplassen (enuresis nocturna) bij kinderen ouder dan 6 jaar. Bij chronische neuropatisch pijn zoals postherpetische neuralgie, diabetische neuropathie en atypische gezichtspijn is amitriptyline in een dosisbereik van 25-125 mg dosisafhankelijk werkzaam gebleken. In de praktijk worden ook nortriptyline en clomipramine bij neuropatische pijn gebruikt. Deze antidepressiva zijn hier echter niet voor geregistreerd. Hoofdstuk 2 gaat nader in op dit onderwerp.

## **1.3 Het voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk**

Patiënten met een depressie krijgen vaak een geneesmiddel voorgeschreven. In 2001 schreven huisartsen in eerste contacten met patiënten met een depressie of depressieve symptomen in 51,1% van de gevallen voor; voor vervolcontacten ligt dit percentage op 80,8% (Cardol e.a., 2004). Voor angststoornissen liggen deze percentages op respectievelijk 50,0% en 85,2%. Bij depressie zijn SSRI's de meest voorgeschreven middelen, bij angststoornissen benzodiazepinen. SSRI's hebben na hun introductie in Nederland meer en meer terrein gewonnen in de huisartspraktijk. De Waal (1996) rapporteerde dat in 1994 en 1995 TCA's het meest werden voorgeschreven als het ging om een eerste recept voor een antidepressivum (54%). SSRI's werden in 38% van de gevallen voorgeschreven. Het merendeel van de patiënten dat een antidepressivum kreeg voorgeschreven had een indicatie voor depressie of depressief gevoel (61%) en slechts 12% had een indicatie voor een angststoornis of fobie. Gegevens van een jaar later laten een kleine toename zien in het voorschrijven van SSRI's (Venninga, 1999). Van alle eerste recepten

was 55% een TCA en 41% een SSRI. Onderzoek van Verhaak e.a. (2002) toont aan dat in 2000 SSRI's de voorkeur hebben gekregen boven TCA's bij de behandeling van depressie. Van de patiënten met een depressie werd 70% behandeld met een SSRI. In eerste instantie werd gevonden dat SSRI's vaker aan jongeren dan aan ouderen werden voorgeschreven. Dit leeftijdseffect op voorschrijven was niet langer aanwezig in 2000 (Verhaak e.a., 2002). Paroxetine is het antidepressivum dat in de Nederlandse huisartspraktijk het meest wordt voorgeschreven (Van Dijk, 2002), gevolgd door amitriptyline. De derde en vierde plaats worden ingenomen door de SSRI's fluoxetine en fluvoxamine.

## **1.4 Doelmatig voorschrijven van antidepressiva door de huisarts**

### **1.4.1 Doelmatigheid in stappen**

Worden antidepressiva doelmatig voorgeschreven in de huisartspraktijk? Deze vraag doet vermoeden dat het antwoord een simpel ja of nee kan zijn. Toch blijkt de werkelijkheid veel complexer te zijn. Om het begrip "doelmatig voorschrijven van antidepressiva" hanteerbaar te maken is in dit onderzoek als uitgangspunt gekozen voor de volgende definitie: doelmatig voorschrijven van antidepressiva is het voorschrijven van antidepressiva conform de NHG-Standaard Depressieve stoornis (M44) of Angststoornissen (M62). Dit betekent ook dat behandeladviezen die in de standaard staan vermeld niet perse hoeven te worden opgevolgd: de Standaard zegt namelijk ook dat specifieke omstandigheden van de patiënt en persoonlijk inzicht van de huisarts reden kunnen en moeten zijn om af te wijken van de Standaard. Deze definitie, maar ook andere definities van doelmatig voorschrijven, geven meteen aan dat het moeilijk is om iets te zeggen over de vraag of en in hoeverre antidepressiva doelmatig worden voorgeschreven. Of voorschrijven doelmatig gebeurt hangt immers mede af van specifieke omstandigheden van de patiënt, zoals de voorkeur van een patiënt voor een behandeling, en overwegingen van de huisarts om in een specifiek geval af te wijken van de Standaard. Om een zo volledig mogelijk beeld te geven wordt in dit onderzoek doelmatigheid op drie verschillende niveaus geoperationaliseerd:

- 1) de doelmatigheid van de indicatiestelling;
- 2) de doelmatigheid van de gekozen behandeling waarbij onderscheid gemaakt wordt naar de keuze al dan niet medicamenteus te behandelen en de keuze voor het soort medicamenteuze behandeling;
- 3) de manier waarop de patiënt omgaat met de behandeling.

In dit rapport wordt bij het bepalen van doelmatigheid uitgegaan van de NHG-Standaarden Depressie (1994), Depressieve Stoornis (2003) en Angststoornissen (1997, 2004). Hoofdstuk 2 gaat hierop nader in.

### **1.4.2 Doelmatigheid van de indicatiestelling**

Een doelmatige behandeling start met een doelmatige indicatiestelling door de huisarts, met andere woorden: er moet terecht een diagnose depressie of angststoornis worden gesteld. Hierbij kunnen er twee vormen van ondoelmatigheid optreden: onderdiagnostiek of overdiagnostiek (Van Dijk, 2002). Onderdiagnostiek betekent het niet herkennen van een aandoening die wel aanwezig is. Dit kan leiden tot onderbehandeling, namelijk wanneer

er bij de patiënt ten onrechte geen diagnose depressie of angststoornis wordt gesteld, en er geen adequate behandeling wordt gegeven. Daartegenover staat overdiagnostiek – het diagnosticeren van een aandoening terwijl deze niet aanwezig is – wat kan leiden tot overbehandeling.

Wanneer de huisarts terecht bij een patiënt de diagnose depressie of angststoornis stelt, kan het voorschrijven van een antidepressivum een doelmatige vorm van behandeling zijn. Naast medicamenteuze behandeling met antidepressiva bestaan er andere vormen van doelmatig behandeling van een depressie of angststoornis. Ook een niet-medicamenteuze therapie, zoals het voeren van gesprekken met een psycholoog of psychiater behoort volgens de NHG-Standaard tot een doelmatige behandelingsvorm.

### **1.4.3 Doelmatigheid bij de keuze medicamenteuze therapie**

Zodra de diagnose depressie of angststoornis is gesteld, zal de huisarts veelal in samenspraak met de patiënt overgaan tot een behandeling. Eén van de mogelijke vormen van behandeling van depressie of angststoornis is die met antidepressiva. In de eerste plaats zal gekeken moeten worden of voorschrijven van een antidepressivum bij de betreffende patiënt op zijn plaats is. Bij een lichte of matige depressie is voorschrijven, volgens de NHG-Standaarden van 1994 niet effectief en daarmee ook niet doelmatig.

De NHG-Standaard Depressieve stoornis van 2003 maakt niet langer het onderscheid tussen een lichte of ernstige depressie. Deze Standaard adviseert bij een depressie eerst een niet-medicamenteuze behandeling. Wanneer gekozen wordt voor medicamenteuze behandeling raadt de NHG-Standaard van 1994 als eerste keuze een TCA aan, waarbij amitriptyline de eerste keus was. Dit is veruit het goedkoopste middel: € 2,25 per maand (Farmacotherapeutisch Kompas, 2003). De NHG-Standaard 1994 raadt bij een verhoogd suïciderisico, ernstige bijwerkingen op een tricyclische antidepressiva of bij contra-indicaties als tweede keus een serotonineheropnameremmer (SSRI) aan. In de NHG-Standaard Depressie van 2003 zijn TCA's en SSRI's gelijkgesteld. TCA's hebben de voorkeur bij extrapiramidale verschijnselen, bij NSAID- of antipsychoticagebruik; de TCA's die aanbevolen worden, zijn: amitriptyline, imipramine of nortriptyline. SSRI's hebben de voorkeur bij recent hartinfarct, hartfalen, hartritmestoornissen, bemoeilijkte mictie of onbehandeld glaucoom. De aanbevolen SSRI's zijn fluvoxamine, paroxetine of sertraline. Bij angststoornis worden ook zowel TCA's als SSRI's aanbevolen (NHG-Standaard M62, 2004). Eerste keus TCA's zijn clomipramine en imipramine en eerste keus SSRI's zijn fluvoxamine en paroxetine.

Doelmatigheid wordt niet alleen bepaald door de keuze van het middel maar ook door de voorschrijfduur en dosis. De NHG-Standaard Depressie geeft voor dosering richtlijnen die afhankelijk zijn van het middel (NHG-Standaard M44 1994, 2003). Hetzelfde geldt voor de NHG-Standaard Angststoornissen (NHG-Standaard M62, 2004). Voor zowel depressie als angst geldt dat de medicamenteuze behandeling minimaal tot en met 6 maanden na het verdwijnen van de klachten moet worden voortgezet.



#### **1.4.4 Doelmatigheid tijdens de behandeling**

Het derde niveau van doelmatigheid is het gebruik door de patiënt; hieronder vallen de therapietrouw en het moment van stoppen met gebruik. Er zijn twee aanwijsbaar moeilijke momenten voor de patiënt wat betreft de therapietrouw. Het eerste moment is in de beginfase. Het effect van de medicatie treedt namelijk pas op na twee tot vier weken, terwijl de bijwerkingen juist in de beginfase vaak het heftigst zijn. Het tweede aanwijsbaar moeilijke moment is wanneer de klachten verdwenen zijn. Na het verdwijnen van de klachten moet het antidepressivum nog minimaal een half jaar worden geslikt, daarna mag langzaam worden afgebouwd.

### **1.5 Vraagstellingen**

Dit onderzoek bestudeert het doelmatig voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk. Naast de mate van doelmatig voorschrijven wil het onderzoek ook meer inzicht geven in redenen die huisartsen hebben om al dan niet antidepressiva voor te schrijven en in determinanten van het voorschrijven van antidepressiva. Tot slot beoogt het onderzoek ideeën voor interventies te formuleren die doelmatig voorschrijven van antidepressiva bevorderen.

De vraagstellingen van het onderzoek zijn daarom als volgt geformuleerd:

1. In hoeverre worden antidepressiva in de eerste lijn doelmatig voorgeschreven?
- 2.a Wat zijn redenen voor huisartsen om antidepressiva (on)doelmatig voor te schrijven?
- 2.b Wat zijn determinanten van (on)doelmatig voorschrijven van antidepressiva?
3. Welke interventies zijn beschikbaar of dienen te worden ontwikkeld om doelmatig gebruik van antidepressiva te bevorderen?

### **1.6 Indeling van het rapport**

In dit eerste hoofdstuk is op de achtergrond, doelstelling en vraagstellingen van het onderzoek ingegaan. In hoofdstuk 2 staan de richtlijnen en formularia centraal die betrekking hebben op de diagnostiek, (medicamenteuze) behandeling en begeleiding van patiënten met depressie en angst in de huisartspraktijk. In dit hoofdstuk worden onder andere de Standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) voor depressie en angststoornis uiteengezet. Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van de verschillende databronnen die zijn gebruikt in de verschillende deelonderzoeken. Hoofdstuk 4 is gericht op de *doelmatigheid van de indicatiestelling*. Het gaat in op de kwaliteit van de diagnostiek van depressie en angststoornissen door huisartsen. Er wordt aandacht besteed aan de mate van over- en onderdiagnostiek en aan patiëntkenmerken die gerelateerd zijn aan deze over- en onderdiagnostiek. Inzicht in de over- en onderdiagnostiek is van belang om een indruk te krijgen van over- en onderbehandeling met antidepressiva. De hoofdstukken 5 en 6 gaan in op *doelmatigheid in de keuze van medicamenteuze therapie* en, in mindere mate, op de doelmatigheid tijdens de behandeling. In hoofdstuk 5 is het voorschrijfvolume van antidepressiva in 2001 en 2002 in kaart gebracht in de huisartspraktijk. Hierbij gaat het om hoe vaak antidepressiva worden voorgeschreven, of er een stijging is

van het aantal voorgeschreven antidepressiva, voor welke diagnoses antidepressiva worden voorgeschreven en aan welke patiënten wel en niet wordt voorgeschreven. In hoofdstuk 6 wordt bestudeerd of de medicamenteuze behandeling van huisartsen conform de NHG-Standaarden is. Er is gekeken naar de keuze om voor te schrijven, het middel, de duur en de dosering. Het voorschrijfbeleid is geëvalueerd vanuit het voorschrift en vanuit de diagnose. Ook de hoofdstukken 7 tot en met 9 bestuderen de *doelmatigheid van de keuze van de medicamenteuze therapie*. Hoofdstuk 7 geeft de resultaten weer van 23 open interviews met huisartsen naar de redenen/overwegingen van huisartsen om wel en niet voor te schrijven. Redenen en overweging van voorschrijven staan ook centraal in hoofdstuk 8, waar middels een case-control studie onder 67 huisartsen is nagegaan welke redenen huisartsen hebben patiënten al dan niet medicamenteus te behandelen en waarom ze voor bepaalde middelen kiezen. Hoofdstuk 9 gaat vervolgens in op de invloed van kenmerken van patiënt en huisarts op het voorschrijfgedrag. In hoofdstuk 10 worden voorbereidingen, uitvoering en resultaten beschreven van de workshop “Doelmatig voorschrijven van antidepressiva” die in het kader van dit project gehouden is. Tevens worden voorstellen voor interventies gedaan. Tot slot sluit hoofdstuk 11 af met een samenvatting waarin onder andere de kerncijfers van het rapport weergegeven worden. Het hoofdstuk bevat ook de conclusies van het onderzoek.

## 2 Richtlijnen en registraties

*Annemarie de Jong, Anita Volkers, Liset van Dijk*

### 2.1 Inleiding

Richtlijnen met betrekking tot het verstrekken van geneesmiddelen bestaan al heel lang. Aan het eind van achttiende eeuw stelde de overheid al richtlijnen op met het oog op kostenbeheersing van de farmacotherapie (Kamps, 1999). Richtlijnen kunnen huisartsen ondersteunen bij het stellen van een diagnose en het daarna te volgen (medicamenteuze) beleid. Zowel de diagnose als het geneesmiddel kunnen het uitgangspunt vormen bij het geven van deze ondersteuning. Het Farmacotherapeutisch Kompas, bijvoorbeeld, heeft het geneesmiddel als uitgangspunt bij het geven van adviezen. Daarnaast zijn er verschillende regionale formularia waarin adviezen voor medicamenteuze behandeling gegeven worden. De NHG-Standaarden leggen de nadruk meer op de diagnose en de daaruit volgende behandeling. Deze Standaarden worden sinds 1989 gepubliceerd door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Zij geven een praktische leidraad voor het huisartsgeneeskundig handelen en zijn zoveel mogelijk gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek (Burgers, 1999). De overheid, verzekeraars, beroepsbeoefenaren en patiëntenverenigingen bevelen het gebruik van protocollen en richtlijnen sterk aan omdat ze de kwaliteit van de gezondheidszorg bewaken, verschillen in behandeling terugdringen, ‘evidence-based’ geneeskunde bevorderen en de kosten beheersbaar houden (Kamps, 2000).

Dit hoofdstuk gaat in op adviezen die de verschillende richtlijnen geven als het gaat om het voorschrijven van antidepressiva en/of het behandelen van depressie en angststoornissen. Voorafgaande hieraan wordt ingegaan op de indicaties waarvoor antidepressiva geregistreerd zijn bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG).

### 2.2 Registraties van geneesmiddelen bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG)

Jaarlijks komen er nieuwe geneesmiddelen op de markt. Hieraan gaat een lang proces van productontwikkeling vooraf. Om op de Nederlandse markt toegelaten te worden, moet een geneesmiddel voldoen aan eisen voor registratie. Dit betekent bijvoorbeeld dat duidelijk moet zijn dat het geneesmiddel niet gevaarlijk is voor mensen, dat duidelijk is welke bijwerkingen op kunnen treden, bij welke patiënten het middel zeker niet voorgeschreven mag worden of voor welke patiënten een verhoogd risico bestaat op het optreden van bepaalde bijwerkingen. Registratie van nieuwe geneesmiddelen gebeurt in Nederland bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). Het CBG beschrijft haar taak als volgt: “Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen is een uitvoerend orgaan met een zelfstandige bevoegdheid om, op basis van de wettelijke criteria, geneesmiddelen in het register in te schrijven, te weigeren of door te halen” ([www.cbg-meb.nl](http://www.cbg-meb.nl)). Toelating van geneesmiddelen gebeurt alleen als het CBG van oordeel is dat voldaan is aan voorwaarden van veiligheid. Dit moet overtuigend uit wetenschappelijk onderzoek naar voren

komen. Registratie van een geneesmiddel bij het CBG betekent derhalve dat het middel veilig en werkzaam bevonden is voor de daarbij behorende indicatie. Of een middel dezelfde werking heeft voor andere indicaties dan waarvoor het is geregistreerd (het zogenaamde off-label voorschrijven), is minder duidelijk (Van Dijk e.a., 2003). Sinds 1995 is het ook mogelijk om voor geheel Europa registratie aan te vragen bij de Europese Committee for Proprietary Medicinal Products (CPMP).

Geneesmiddelen zijn veelal geregistreerd voor een beperkt aantal indicaties. Het meest voorgeschreven antidepressivum in Nederland, paroxetine, is bij het CBG geregistreerd voor de volgende indicaties: depressie in engere zin (vooral die met vitale kenmerken), obsessieve compulsieve stoornis, paniekstoornis met of zonder agorafobie, kortdurende behandeling van sociale fobie (sociale angststoornis) en kortdurende behandeling van gegeneraliseerde angststoornis (GAS). Dat betekent dat het middel voor deze indicaties veilig en werkzaam is bevonden. In bijlage 1 wordt per antidepressivum vermeld voor welke therapeutische indicaties het is aangemeld bij het CBG.

### **2.3 Het Farmacotherapeutisch Kompas**

Een veel geraadpleegde bron met betrekking tot farmacotherapie vormt het door het College voor Zorgverzekeringen ontwikkelde en bijgehouden Farmacotherapeutisch Kompas. Het doel van het Farmacotherapeutisch Kompas is een kompas te verstrekken waarop men kan varen bij het zoeken naar een farmacotherapie, die in medisch opzicht optimaal is en vervolgens de meest economische is (Farmacotherapeutisch Kompas, 2003). Deze doelstelling komt overeen met een belangrijke taak die de Commissie Farmaceutische Hulp (CFH) zichzelf stelt: het geven van voorlichting en adviezen over een doelmatige farmacotherapie. Concreet uit deze voorlichting en advisering zich in het geven van informatie over de heersende opvatting op farmacotherapeutische gebied en het geven van aanwijzingen voor het maken van een keuze. Hierin worden de elementen die van belang zijn voor het maken van de therapiekeuze, zoals ernst van de aandoening, co-morbiditeit, bijwerkingen en prijs van de medicatie, bondig weergegeven. Waar mogelijk zijn voorkeursmiddelen vermeld (Farmacotherapeutisch Kompas, 2003). Voor antidepressiva zijn dit de TCA's, bijvoorbeeld amitriptyline, imipramine of nortriptyline. In de besluitvorming worden tevens de NHG-Standaarden en andere consensussen/afspraken betrokken, zodat praktische ervaring vanuit het veld wordt meegenomen in het advies. Bijlage 2 geeft een overzicht van het bestaande aanbod antidepressiva. In deze bijlage wordt per antidepressivum de therapeutische indicatie(s), contra-indicatie(s) en de meest frequente bijwerkingen volgens het Farmacotherapeutisch Kompas 2003 weergegeven.

### **2.4 Formularia**

Het Farmacotherapeutisch Kompas is niet de enige bron waarin adviezen voor voorschrijven zijn te vinden. Er zijn in Nederland verschillende formularia ontwikkeld. Een formularium is een bondige samenvatting van medicamenteuze adviezen bij een ziekte of

indicatie, waarover tussen zorgverleners overeenstemming bestaat (bron: [www.formularium.nl](http://www.formularium.nl)). Dergelijke formularia waren er aanvankelijk vooral in papieren vorm. Tegenwoordig zijn zij vaak in elektronische vorm ingebouwd in het Huisarts Informatie Systeem (HIS). Nederland heeft één landelijk elektronisch formularium, het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS). Het EVS geeft de huisarts behandeladviezen conform de NHG-Standaard en het boek Farmacotherapie voor de Huisarts. Kortom, de behandeladviezen zoals deze in de NHG-Standaard zijn opgenomen, worden door middel van het EVS elektronisch beschikbaar gesteld. Naast het EVS zijn er ook verschillende regionale formularia. De ontwikkeling van regionale formularia komt voort uit regionale verschillen in voorkeur voor een behandelmethode. Het idee is dat de compliantie bij deze regionaal ontwikkelde formularia hoger is dan bij een landelijk van hoger hand opgelegd formularium (Kamps, 1999).

Bij depressie raadt alleen de NHG-Standaard Depressie uit 1994 een TCA als eerste keus aan (Tabel 2.1). De nieuwe NHG-Standaard Depressieve stoornis uit 2003 spreekt geen voorkeur meer uit voor een TCA of SSRI en stelt de keuze afhankelijk van mogelijk aanwezige contra-indicaties. De drie regionale standaarden adviseren allemaal een SSRI als eerste keuze. Het Nijmeegs formularium heeft binnen de SSRI's een voorkeur voor fluvoxamine of paroxetine. Als enige adviseert het Groninger formularium als eerste keuze middel naast een SSRI ook een antidepressivum uit de nieuwe generatie antidepressiva aan: mirtazapine.

Tabel 2.2 laat de adviezen bij angststoornissen zien. De aanbevelingen in de formularia verschillen onderling sterk, zowel in de eerste keus als de tweede keus adviezen. TCA's worden als enige in de NHG-Standaarden aanbevolen, ook al nemen ze in de nieuwe Standaard van 2003 geen prominente plaats meer in. Het Nijmeegs formularium maakt onderscheid in een kortdurende (benzodiazepine), of een langdurig behandeling (SSRI). Het voorschrijven van de nieuwe generatie antidepressiva wordt zowel in de nieuwe NHG-Standaard genoemd als in het Nijmeegs formularium.

Tabel 2.1 Aanbevelingen medicamenteuze behandeling van depressie/depressieve stoornis in verschillende formularia

	NHG-Standaard Depressie 1994	NHG-Standaard Depressieve stoornis 2003	Amsterdams formularium 2003	Groninger formularium 2001	Nijmeegs formularium 2000
1 <sup>e</sup> keus	TCA, zonodig in combinatie met benzodiazepine	TCA: imipramine, amitriptyline, nortriptyline of een SSRI: paroxetine, sertraline, fluvoxamine afhankelijk van contra-indicaties	SSRI	SSRI of Mirtazapine	Fluvoxamine of paroxetine
2 <sup>e</sup> keus	SSRI, zonodig in combinatie met benzodiazepine	Antidepressiva uit andere groep	TCA of venlafaxine	Amitriptyline	Clomipramine
Intolerantie			Mirtazapine		
Inclusief angstkenmerken			Venlafaxine		
Misselijkheid					Domperidon toevoegen
Persisterende misselijkheid					Mirtazapine

Bronnen: [www.formularium.nl](http://www.formularium.nl), NHG-Standaard Depressie (1994), NHG-Standaard Depressieve stoornis (2003).

Tabel 2.2 Aanbevelingen medicamenteuze behandeling van angststoornissen in verschillende formularia

	NHG-Standaard Angststoornissen 1997*	NHG-Standaard Angststoornissen 2004	Amsterdams formularium 2003	Groninger formularium 2001	Nijmeegs formularium 2000
1 <sup>e</sup> keus	Clomipramine	Fluvoxamine, paroxetine, clomipramine of imipramine	Paroxetine	Geen aanbevelingen	Kortdurend: oxazepam of diazepam Langdurig: fluvoxamine of paroxetine
2 <sup>e</sup> keus	Fluvoxamine	Venlafaxine of buspiron	Clomipramine (indien effect SSRI na 6 weken nihil)		Clomipramine
Toename angstverschijnselen	Diazepam 5 mg Na 2 weken uitsluipen				
Misselijkheid					Domperidon toevoegen
Persisterende misselijkheid					Mirtazapine

\* Overweeg bij paniekstoornissen behandeling met antidepressiva als de niet-medicamenteuze behandeling onvoldoende effect heeft.

Bronnen: www.formularium.nl, NHG-Standaard Angststoornissen (1997 & 2004)

## 2.5 De NHG-Standaarden nader bekeken<sup>4</sup>

Sinds 1989 publiceert het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) richtlijnen in de vorm van NHG-Standaarden. Deze geven een praktische leidraad voor het huisartsgeneeskundig handelen en zijn zoveel mogelijk evidence-based (Burgers, 1999). Een NHG-Standaard beschrijft in principe alle handelingen die de huisarts dient te verrichten in het kader van diagnostiek en therapie bij een bepaalde aandoening. Een NHG-Standaard is bedoeld om te fungeren als houvast. Factoren aan de kant van de patiënt en het persoonlijke inzicht van de huisarts bepalen mede het beleid. In deze paragraaf bespreken we eerst de NHG-Standaarden Depressie van 1994 en Depressieve stoornis van 2003. Vervolgens gaan we in op twee versies van de NHG-Standaard Angststoornissen (1997, 2004).

<sup>4</sup> De tekst in deze paragraaf is gebaseerd op de NHG-Standaard Depressie (1994) en de NHG-Standaard Depressieve stoornis (2003).

### 2.5.1 *De NHG-Standaarden Depressie (1994) en Depressieve Stoornis (2003)*<sup>5</sup>

De eerste versie NHG-Standaard Depressie dateert uit 1994 (Huisarts en Wetenschap, 1994). Tijdens een actualiseringsronde in 1995/1996 is de Standaard bijgesteld. De Standaard is toen opnieuw onderbouwd met recentere wetenschappelijke literatuur, maar de richtlijnen in de Standaard zijn niet gewijzigd. Ten tijde van dit onderzoek is de NHG-Standaard Depressie daadwerkelijk herzien: de richtlijnen zijn aangepast. Sinds oktober 2003 vervangt de NHG-Standaard Depressieve stoornis de NHG-Standaard Depressie (Van Marwijk e.a., 2003). Hoewel dit onderzoek zich richt op een periode waarin de NHG-Standaard van 1994 nog gold, zal het voorschrijfgedrag van huisartsen ook (en vooral) met de Standaard van 2003 worden vergeleken. Dit vanwege het feit dat sinds 1994 zich veel ontwikkelingen hebben voorgedaan op het terrein van (onderzoek naar) behandeling van depressie. Bovendien was de publicatie van de nieuwe Standaard al aangekondigd in 2001/2002.

#### *Diagnosticering*

Van een depressieve stoornis is sprake wanneer er een aanhoudende, continue (dagelijks aanwezige) depressieve stemming is voor ten minste twee weken, die vaak gepaard gaat met cognitieve stoornissen, afwijkende gedragingen en lichamelijke klachten. De NHG-Standaard Depressie (1994) en de NHG-Standaard Depressieve stoornis (2003) geven negen diagnostische criteria aan voor het herkennen van een depressie. Deze criteria zijn ontleend aan de Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, de zogenoemde DSM-IV (Diagnostische criteria van de DSM-IV, 1995). De diagnose depressie kan worden gesteld als drie of vier (milde depressie) of vijf of meer symptomen (ernstige depressie) van de negen symptomen van toepassing zijn. Daarbij moet in elk geval sprake zijn van ofwel een sombere stemming ofwel verlies van interesse of plezier. De andere diagnostische criteria zijn: besluiteloosheid/concentratieproblemen, gevoelens van waardeloosheid/schuld, gedachten aan dood/suïcide, agitatie/remming, vermoeidheid/energieverlies, slapeloosheid/overmatig slapen en verandering van eetlust/gewicht. De ernst van de depressie wordt mede bepaald door de duur en intensiteit van de klachten en de gevolgen voor het dagelijks leven en sociale functioneren. De NHG-Standaard Depressieve stoornis 2003 maakt overigens geen onderscheid meer in een milde of ernstige depressie. De NHG-Standaard is niet van toepassing op depressies bij kinderen tot de puberteit.

#### *Voorlichting*

Zowel de oude als de nieuwe NHG-Standaard benadrukken het belang van goede voorlichting aan de patiënt. De Standaard adviseert in elk geval de volgende aspecten met de patiënt te bespreken: het ontstaan van depressie en het ziekteverloop. Wordt de patiënt medicamenteus behandeld, dan moet de patiënt worden voorgelicht over de te verwachten bijwerkingen van antidepressiva en over het feit dat het effect op de stemming pas na vier weken merkbaar is.

---

5 Alleen de verschillen tussen de nieuwe en oude NHG-Standaard worden expliciet in de tekst vermeld.



### *Begeleiding*

Naast de voorlichting zal de huisarts de patiënt ook moeten begeleiden door middel van vervolcontacten. De frequentie van de vervolcontacten hangt af van de ernst van de depressie en de behoefte van de patiënt. De inhoud van de begeleiding bestaat uit het evalueren van de klachten, het beloop en het wel of niet aanwezig zijn van suïciderisico. Daarnaast moet er aandacht worden besteed aan emoties die met een depressie samenhangen en het functioneren thuis en op het werk.

### *Medicamenteuze therapie*

De NHG-Standaard Depressie uit 1994 maakt onderscheid tussen een milde en ernstige depressie. Hierin wordt expliciet aangegeven dat de huisarts bij een milde depressie terughoudend moet zijn met het voorschrijven van een antidepressivum aan een patiënt: 'Bij een milde depressie heeft antidepressieve medicamenteuze therapie weinig effect en zal de behandeling gericht zijn op het geven van begeleiding door vervolcontacten'. Bij een ernstige depressie kan de huisarts een behandeling met antidepressiva instellen naast begeleiding door vervolcontacten ("pillen en praten"). Bij het gebruik van antidepressiva is verbetering van stemming pas na twee tot vier weken merkbaar. De patiënt zal dus goed moeten worden gemotiveerd om de therapietrouw te waarborgen. Vanaf het moment van slikken kunnen bijwerkingen optreden, maar deze nemen meestal geleidelijk weer af.

In de NHG-Standaard Depressie 1994 hadden de klassieke middelen de voorkeur gezien de lange ervaring met deze middelen. De tweede generatie antidepressiva was niet effectiever gebleken en de bijwerkingen waren niet minder maar anders dan de TCA's. In de Standaard van 2003 wordt nadrukkelijk genoemd dat de toevoeging van geneesmiddelen afhankelijk is van de lijdensdruk, disfunctioneren en voorkeur van de patiënt. Er wordt geen voorkeur uitgesproken voor TCA's of voor SSRI's, maar deze is afhankelijk van de contra-indicaties, de potentiële bijwerkingen en/of eerdere ervaringen van de patiënt. De tabellen 2.3a en 2.3b geven een overzicht van de aanbevolen medicamenteuze behandeling door de NHG-Standaarden.

Tabel 2.3a: Medicamenteuze behandeling volgens de NHG-Standaard Depressie (1994)

Medicamenteuze behandeling van een ernstige depressie	
Eerste keus	TCA's krijgen de voorkeur boven andere antidepressiva, de eerste keus is: amitriptyline of imipramine.
Bijwerkingen	In geval van bijwerkingen krijgt een SSRI de voorkeur, gekozen kan worden voor fluvoxamine.
Contra-indicaties	In geval van suïciderisico of contra-indicaties (recent hartinfarct, hartritmestoornissen, decompensatio cordis, bemoeilijkte mictie (prostaathypertrofie, urineretentie) en visusstoornissen (glaucoom)) krijgt een SSRI de voorkeur, gekozen kan worden voor fluvoxamine.
Effect	Pas na twee tot vier weken is een effect op de stemming merkbaar. Als het effect na acht weken onvoldoende is, deze medicatie staken.
Dosis	Amitriptyline en imipramine: start met 75 mg per dag, dosering in twee weken tijd geleidelijk verhogen tot 150 mg per dag. Bij bejaarden starten met 25 mg per dag, dosering in twee weken tijd geleidelijk verhogen tot 75 mg per dag. Bij onvoldoende effect na vier weken de dosering wekelijks met 25 mg of 50 mg verhogen tot er effect optreedt, mits de bijwerkingen acceptabel zijn. De maximum dosering van amitriptyline is 300 mg per dag en van imipramine 200 mg per dag. Fluvoxamine: start met 100 mg per dag, bij onvoldoende effect kan dosering wekelijks met 50 mg per dag worden verhoogd tot een maximum van 300 mg per dag.
Duur	Bij voldoende effect wordt de medicatie gecontinueerd tot zes maanden na het verdwijnen van de depressieve symptomen.
Co-medicatie	Indien depressie gepaard gaat met angst of agitatie kunnen kortdurend benzodiazepinen worden voorgeschreven, bij voorkeur niet langer dan één maand.
Controles	Wekelijks of tweewekelijks is geïndiceerd.
Consultatie of verwijzing	Bij onvoldoende effect van begeleiding en behandeling met antidepressiva; sterk suïciderisico; bipolaire stoornis of psychotische depressie; ernstig sociaal disfunctioneren. Psychotherapie kan worden overwogen bij neurotische problematiek, gedragsstoornissen of relationele problemen. Een goede motivatie en voldoende zelfinzicht bij de patiënt zijn hiervoor vereist.

Tabel 2.3b: Medicamenteuze behandeling volgens de Standaard depressieve stoornis (2004)

Medicamenteuze behandeling van een depressie stoornis	
Eerste keus	TCA's of SSRI's, afhankelijk van contra-indicaties, de potentiële bijwerkingen en/of eerdere ervaringen van de patiënt.
Bijwerkingen	In geval van bijwerkingen krijgt een antidepressivum uit de andere groep de voorkeur.
Contra-indicaties	TCA's hebben de voorkeur bij extrapiramidale verschijnselen, bij NSAID- of anti-psychotica gebruik. SSRI's hebben de voorkeur bij recent hartinfarct, hartfalen, hartritmestoornissen, bemoeilijkte mictie, onbehandeld glaucoom.
Effect	Bij geen respons of onacceptabele bijwerkingen de medicatie vervolgens uitsluiten en eventueel een antidepressivum uit de andere groep proberen.
Dosis	Amitriptyline, imipramine of nortriptyline: start met 75 mg voor het slapen, dosering in twee weken tijd geleidelijk verhogen tot 150 mg. Bij ouderen starten met 25 mg per dag, dosering in twee weken tijd geleidelijk verhogen tot 75 mg per dag. Bij alle patiëntencategorieën: bij onvoldoende effect na vier tot zes weken de dosis verhogen met 25 mg per twee tot drie dagen tot er effect optreedt; maximale dosis: 300 mg per dag. Fluvoxamine: 100 mg 's avonds, paroxetine 20 mg 's morgens of sertraline 50 mg eenmaal daags. Bij onvoldoende effect na vier tot zes weken de dosis verdubbelen; maximale dosering respectievelijk 300, 60 en 200 mg per dag.
Duur	Bij voldoende effect wordt de medicatie gecontinueerd tot zes maanden na het verdwijnen van de depressieve symptomen.
Co-medicatie	Indien depressie gepaard gaat met angst of agitatie kunnen kortdurend benzodiazepinen worden voorgeschreven, maximaal twee tot zes weken.
Controles	In het begin (twee)wekelijks contacten, later geleidelijk minder frequent.
Verwijzing	Verwijs voor psychologische interventie of psychotherapie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- als in overleg met de patiënt primair voor deze behandeling wordt gekozen;</li> <li>- bij onvoldoende effect van begeleiding en behandeling door de huisarts;</li> <li>- bij onacceptabele bijwerkingen van antidepressiva;</li> <li>- bij ernstige psychosociale problemen;</li> <li>- bij persoonlijkheidsstoornissen die het herstel belemmeren.</li> </ul> Verwijs naar een psychiater bij: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ernstig sociaal disfunctioneren, ondanks begeleiding en ingestelde behandeling;</li> <li>- een sterk verhoogd suïciderisico;</li> <li>- een bipolaire of psychotische depressie.</li> </ul>

## 2.6 De NHG-Standaard Angststoornissen (1997 en 2004)<sup>6</sup>

De eerste NHG-Standaard Angststoornissen dateert uit 1997. In januari 2004 is een nieuwe versie verschenen. De term angststoornissen is een verzamelnaam voor verschillende typen angststoornissen (zie ook de bijlage bij hoofdstuk 4). Kenmerkend is dat er sprake is van buitensporige of onevenredig lang aanhoudende angst (irreële angst), die aanleiding geeft tot aanhoudend subjectief lijden en belemmering in het dagelijks functioneren.

<sup>6</sup> De tekst in deze paragraaf is gebaseerd op de NHG-Standaard Angststoornissen (1997 & 2004).

Volgens de DSM-IV classificatie kunnen de volgende typen angststoornissen worden onderscheiden: paniekstoornis, agorafobie, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis, obsessief-compulsieve stoornis en posttraumatische stressstoornis.<sup>7</sup>

In de behandeling van angststoornissen staat het geven van voorlichting en niet-medicamenteuze behandeling centraal. Alleen wanneer er sprake is van een paniekstoornis kan worden overgegaan op een medicamenteuze behandeling, wanneer een niet-medicamenteuze behandeling onvoldoende effect heeft. In alle overige gevallen worden psychofarmaca uitsluitend als kortdurende ondersteuning voorgeschreven. In de tabellen 2.4a en 2.4b wordt een overzicht gegeven van de medicamenteuze behandeling van paniekstoornissen.

Tabel 2.4a: Medicamenteuze behandeling volgens de NHG-Standaard Angststoornissen 1997 (M63)

Medicamenteuze behandeling van paniekstoornis	
Eerste keus	Voorkeur voor TCA, 1 <sup>e</sup> keus: clomipramine
Bijwerkingen	Voorkeur voor SSRI, bijvoorbeeld fluvoxamine
Contra-indicaties	Voorkeur voor SSRI, bijvoorbeeld fluvoxamine
Effect	Na twee tot vier weken, in de eerste weken kunnen de angst- en paniekstoornissen zelfs toenemen.
Dosis	Clomipramine: start met 25 mg per dag, wekelijks verhogen met 25 mg tot 100 mg. De maximumdosering is 200 mg per dag. Fluvoxamine: start met 50 mg per dag, verhoog dosering na een week tot 100 mg per dag. De maximumdosering is 300 mg per dag.
Duur	Bij voldoende effect wordt de medicatie ten minste zes maanden gecontinueerd. Bij onvoldoende effect na zes weken wordt de dosering geleidelijk verhoogd tot er effect optreedt.
Co-medicatie	Bij frequente paniekaanvallen of toename van de angstverschijnselen kunnen kortdurend benzodiazepinen worden voorgeschreven (maximaal vier weken). Start met diazepam 5 mg per dag en verhoog de dosis desgewenst op geleide van het effect.

<sup>7</sup> In de Standaard wordt de posttraumatische stressstoornis niet besproken; de angst hierbij ontstaat door herbelevingen van een extreem traumatische ervaring en dient derhalve als reëel te worden aangemerkt. De behandeling vergt een totaal andere benadering dan de behandeling van de andere angststoornissen.

Tabel 2.4b: Medicamenteuze behandeling volgens de NHG-Standaard Angststoornissen 2004 (M63)

Medicamenteuze behandeling van paniekstoornis	
Eerste keus	TCA's of SSRI's, afhankelijk van contra-indicaties, co-morbiditeit, de potentiële bijwerkingen en/of eerdere ervaringen van de patiënt. Genoemde TCA's: clomipramine, imipramine. Genoemde SSRI's: fluvoxamine, paroxetine
Bijwerkingen	Bijwerkingen bij een SSRI: aanbevolen wordt een andere SSRI of een TCA te proberen. Bijwerkingen bij een TCA: aanbevolen wordt een SSRI te proberen
Contra-indicaties	Zie eerste keus
Effect	Effect evalueren na vier tot zes weken
Dosis	Clomipramine: start met 25 mg per dag, wekelijks verhogen met 25 mg tot 100 mg. De maximumdosering is 250 mg per dag. Imipramine: start met 25 mg per dag, wekelijks verhogen met 25 mg tot 100 mg. De maximumdosering is 3000 mg per dag. Fluvoxamine: start met 50 mg per dag, streefdosis: 100-150 mg per dag. De maximumdosering is 300 mg per dag. Paroxetine: start met 10-20 mg 's ochtends, streefdosis: 20-40 'ochtends, maximumdosis 60 mg.
Duur	Bij voldoende effect wordt de medicatie ten minste zes maanden gecontinueerd. Na twee weken moet patiënt op streefdosis zitten. Bij onvoldoende effect na vier tot zes weken wordt de dosering geleidelijk verhoogd tot er effect optreedt eventueel tot de maximum dosis verhogen.
Co-medicatie	Bij frequente paniekaanvallen of toename van de angstverschijnselen kunnen kortdurend benzodiazepinen worden voorgeschreven (maximaal 4 weken)

## 2.7 Samenvatting

In Nederland worden huisartsen op verschillen manieren ondersteund bij het stellen van een diagnose en het daarna te volgen (medicamenteuze) beleid. Zowel de diagnose als het geneesmiddel kunnen het uitgangspunt vormen bij het geven van deze ondersteuning. Medicamenteuze adviezen kan de huisarts terugvinden in verschillende formularia, zoals het Farmacotherapeutisch Kompas, het Elektronisch Voorschrijfsysteem en de regionale formularia. De NHG-Standaarden Depressie/Depressieve Stoornis en Angststoornissen geven een beschrijving van alle handelingen die de huisarts dient te verrichten in het kader van diagnostiek en therapie. De NHG-Standaarden dienen nadrukkelijk als houvast voor de huisarts. Een huisarts hoeft en kan de Standaarden niet altijd volgen. Redenen hiervoor zijn specifieke omstandigheden van de patiënt en persoonlijk inzicht van de huisarts.

De NHG-Standaarden voor depressie en angststoornis geven beiden aan dat de behandeling in eerste instantie gericht moet zijn op niet-medicamenteuze therapie. Wanneer er sprake is van een ernstige depressie of wanneer de niet-medicamenteuze therapie bij een paniekstoornis onvoldoende effectief is, kan worden overgegaan op een medicamenteuze therapie. Sinds de herziene Standaarden er zijn voor beide aandoeningen zijn TCA's niet meer uitsluitend de eerste keus. Ook SSRI's staan vermeld als eerste keus middelen.



## 3 Secundaire databronnen

*Liset van Dijk, Anita Volkers, Dinny de Bakker*

### 3.1 Inleiding

Dit onderzoek maakt gebruik van verschillende databronnen. Een deel van deze bronnen omvat gegevens die niet speciaal in het kader van onderhavig onderzoek zijn verzameld; zij worden derhalve aangeduid met de term secundaire databronnen. Het betreft hier gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH), de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2) en de Continue Morbiditeits Registratie (CMR-peilstations). Dit hoofdstuk geeft een algemene beschrijving van deze databronnen. In de afzonderlijke hoofdstukken (3 t/m 9) wordt nader ingegaan op de methoden die gebruikt zijn om met deze gegevens te werken.<sup>8</sup> Aan het eind van het hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de mogelijkheden en beperkingen van de gebruikte databronnen.

### 3.2 LINH

Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) is een landelijk registratienetwerk van huisartspraktijken dat sinds 1996 operationeel is. Het is een samenwerkingsverband tussen het NIVEL, de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK), de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). Het doel van LINH is om continu kwantitatieve en kwalitatieve informatie over zorg verleend door huisartsen te krijgen. Dit onderzoek maakt gebruik van gegevens verzameld in 2001 en 2002. In totaal namen in 2001 120 huisartspraktijken deel aan LINH, in 2002 97 huisartspraktijken. Deze praktijken hebben samen ruim 400.000 ingeschreven patiënten. LINH is representatief voor Nederland als het gaat om arts- en praktijkkenmerken, zoals leeftijd, geslacht, urbanisatiegraad en samenstelling van de patiëntpopulatie ([www.linh.nl](http://www.linh.nl)). Solopraktijken zijn ondervetegenwoordigd. De patiëntpopulatie is representatief voor Nederland wat betreft leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm ([www.linh.nl](http://www.linh.nl)). De LINH-huisartsen maken intensief gebruik van het Elektronisch Medisch Dossier (EMD). Er zou een selectiebias kunnen optreden als huisartsen die het EMD intensief gebruiken afwijken van huisartsen die dat niet doen. Om dit te onderzoeken hebben Westert e.a. (2002) LINH-huisartsen vergeleken met huisartsen uit hun regio die geen EMD hadden of huisartsen die het weinig gebruikten. De resultaten laten zien dat er nauwelijks verschillen zijn tussen deze twee groepen huisartsen; wat betreft voorschrijfgedrag werd geen enkel significant verschil gevonden (Westert e.a., 2002).

Huisartsen in LINH-praktijken leggen geautomatiseerd gegevens vast over hun huisartsgeneeskundig handelen (De Bakker e.a., 2001). Dit doen zij in hun Huisarts Informatie Systeem (HIS). Een HIS is een speciaal voor de huisartspraktijk ontwikkeld com-

---

<sup>8</sup> In het onderzoek wordt ook gebruik gemaakt van gegevens die speciaal in het kader van dit onderzoek zijn verzameld. Het betreft hier interviews met niet-LINH huisartsen en schriftelijke enquêtes onder LINH-huisartsen. De gegevensverzameling hiervan wordt in de hoofdstukken 7 en 8 besproken.

puterprogramma. Het is een programma voor het onderhouden van praktijkgegevens, patiëntgegevens, medische gegevens etc. De gegevens worden met voor LINH ontwikkelde computerprogrammatuur eens per half jaar uit het HIS geëxtraheerd. Voor dit onderzoek zijn twee modules speciaal van belang: de contactregistratie en de prescriptiemodule.

### **Contactregistratie**

In 2001 heeft een groot deel van de LINH-huisartsen deelgenomen aan de Tweede Nationale Studie (NS2). Sinds die tijd houden de huisartsen een contactregistratie bij waarin ook de morbiditeit geregistreerd wordt. Een contact bij de huisarts kan uit één of meer deelcontacten bestaan; wanneer iemand met verschillende klachten komt zijn er meer deelcontacten (Van der Linden e.a., 2004). Voor elk deelcontact legden de huisartsen vast wat de klacht of diagnose was volgens de International Classification of Primary Care-codering (ICPC) en of het om een eerste of een vervolcontact ging. Onderscheid is gemaakt naar diagnose- en klacht/symptoomcodes. Voor depressie betekent dit dat P03 diende te worden geregistreerd als de huisarts een down of depressief gevoel als klacht zag en P76 wanneer de huisarts vond dat het om een depressie ging. Bij symptomen behorend bij angst kon de huisarts kiezen voor de volgende diagnoses: angstig, nerveus, gespannen gevoel coderen (P01) of een angsttoestand of neurose (P74). Bijlage 3 geeft een overzicht van de ICPC-codes die in dit rapport gebruikt zijn.

In dit rapport worden de volgende termen gebruikt voor de vier ICPC-codes die centraal staan:

P01: angstig gevoel  
P03: depressief gevoel  
P74: angststoornis  
P76: depressie

### **Prescriptiemodule**

Huisartspraktijken registreren alle recepten die zij aan patiënten voorschrijven. Dit betekent dat niet alleen de geneesmiddelen die de huisarts tijdens consulten voorschrijft, worden geregistreerd, maar ook de herhaalrecepten. De voorschrijfgegevens komen terecht in een database: de prescriptiemodule. De gegevens zijn in de prescriptiemodule opgeslagen per receptregel. Per receptregel (hierna aan te duiden als 'recept' of 'voorschrift') is een aantal gegevens bekend die voor dit onderzoek van belang zijn:

1. patiënt aan wie het recept is voorgeschreven (geslacht, geboortedatum en verzekeringsvorm);
2. datum van het voorschrift;
3. soort geneesmiddel: handelsproductcode (hpk), Anatomical Therapeutical Chemical code (ATC),<sup>9</sup>
4. indicatie: de door de huisarts gestelde diagnose waarvoor het geneesmiddel is voorgeschreven, gecodeerd volgens de ICPC-codering (WONCA, 1987).

---

<sup>9</sup> De in dit onderzoek gebruikte ATC-coderingen zijn te vinden in bijlage 3.



LINH heeft derhalve de beschikking over de “diagnose op recept” waardoor kan worden nagegaan of de huisartsen conform de (NHG-)Standaarden voorschrijven. Hierbij moet wel een aantal nuanceringen worden aangebracht. In de eerste plaats registreren niet alle huisartsen de diagnoses even goed. Een deel van de praktijken heeft 90% of meer van de recepten van een diagnose voorzien, maar een ander deel van de praktijken heeft minder dan de helft van de recepten ICPC-gecodeerd. In hoofdstuk 5 wordt aangegeven welke praktijken om die reden niet in de analyses zijn opgenomen. Ook is het zo dat er altijd maar één diagnose op het recept staat. Dit is een nadeel als het gaat om patiënten met comorbiditeit (Van Dijk e.a., 2004). In dat geval kan het gebeuren dat uitsluitend de ICPC-code voor deze co-morbide aandoening op het recept staat. Zo kan het zijn dat een patiënt met een depressie ook slaapstoornissen heeft. Soms codeert de huisarts dan op het recept voor antidepressiva de ICPC-code P06 (slaapstoornis) in plaats van P76.

Het onderzoek maakt gebruik van gegevens van patiënten die tussen 1 januari 2001 en 31 december 2002 een antidepressivum voorgeschreven hebben gekregen en/of waarbij door de huisarts de diagnose depressief gevoel, depressie, angstig gevoel en/of angststoornis is vastgesteld.

### **3.3 Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk**

Het LINH-registratienetwerk heeft gediend als basis voor de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk van 2001 (NS2). Van de aan LINH deelnemende huisartspraktijken hebben er 104 meegedaan aan de NS2 (Schellevis e.a., 2003). De praktijken die aan de NS2 deelnamen, zijn derhalve een (grote) deelverzameling van de LINH-praktijken. Zij zijn, net als de totale groep van LINH-praktijken, representatief voor de Nederlandse huisartspraktijk en de Nederlandse patiëntpopulatie. In het kader van de NS2 zijn, naast de gebruikelijke registraties van het huisartsgeneeskundig handelen, in de deelnemende praktijken verschillende aanvullende gegevensverzamelingen uitgevoerd. Een aantal hiervan is gebruikt in dit onderzoek en wordt hieronder nader gespecificeerd. Voor meer informatie over de verschillende databronnen uit de NS2 wordt verwezen naar Schellevis e.a. (2003).

#### *Patiëntregistratie*

Van de patiënten die een recept van de huisarts krijgen is de leeftijd, het geslacht en de verzekeringsvorm bekend omdat deze zijn opgeslagen in het HIS van de huisarts. Alle patiënten die bij de aan de NS2 deelnemende huisartspraktijken stonden ingeschreven, kregen een korte vragenlijst toegestuurd waarin gevraagd werd naar sociaal-demografische kenmerken (o.a. burgerlijke staat, opleiding en etnische achtergrond). De respons op deze patiëntregistratie was 76,5% (Van Lindert e.a., 2004). De respondenten van de patiëntregistratie vormen een goede afspiegeling van de Nederlandse bevolking, behalve wat betreft etniciteit. Allochtonen zijn licht ondervertegenwoordigd in de patiëntregistratie (Schellevis e.a., 2003).

### *Patiëntenquête en CIDI's*

Bij een aselechte steekproef van 12.699 patiënten ingeschreven in de praktijken die aan de NS2 hebben deelgenomen, is een uitgebreid mondeling interview afgenomen. In totaal waren 19.685 respondenten benaderd voor een interview, wat betekent dat de respons 64,5% was (Van Lindert e.a., 2004). In de enquête kwamen onder andere vragen aan de orde over de gezondheidstoestand van de patiënt (waaronder indicatoren voor psychische morbiditeit) en het zorggebruik (waaronder of men onder behandeling is van de GGZ). Gemiddeld zijn gegevens van 80 patiënten per huisarts beschikbaar.

Patiënten ouder dan 18 jaar vulden twee screeningsvragenlijsten in voor de aanwezigheid van psychopathologie; de 12-item versie van de General Health Questionnaire (GHQ) (Goldberg, 1972; Koeter & Ormel, 1991) en de CAGE vragenlijst met vier ja-nee vragen (Mayfield e.a., 1974; Ewing, 1984). De GHQ heeft een goede validiteit als screeningsvragenlijst voor psychiatrische stoornissen (sensitiviteit 83.4% en specificiteit 76.3%). De CAGE vraagt naar abnormaal drinkgedrag en problemen veroorzaakt door alcohol. Bij een maximale score van 4 op de CAGE is de aanwezigheid van alcoholisme 100% zeker. Personen met een score van 4 of hoger op de GHQ (eerste en tweede kwartaal van de registratie periode) en van 3 of hoger (derde en vierde kwartaal van de registratie periode) en/of een CAGE score van 4 zijn uitgenodigd deel te nemen aan een gestandaardiseerd diagnostisch psychiatrisch interview, de CIDI (Composite International Diagnostic Interview) (Special issue on de the WHO Composite International Diagnostic Interview, 1993).<sup>10</sup> De GHQ-score om geïncludeerd te worden, is verlaagd om het aantal instromende patiënten te vergroten. Het is aangetoond dat de inter-rate betrouwbaarheid van de CIDI goed is, de test-hertest betrouwbaarheid goed en de validiteit eveneens goed, gegeven de methodologische beperkingen (Andrews e.a., 1998). In het onderzoek werd gebruik gemaakt van de geautomatiseerde versie van de CIDI (Auto 2.1) die 12 maanden terug vraagt in de tijd. Op basis hiervan kan een diagnose gesteld worden volgens DSM-IV criteria (APA, 1994). De DSM-IV stelt de diagnose “depressie in engere zin” (major depressive disorder) wanneer iemand gedurende twee weken lijdt aan een depressieve stemming of verlies van belangstelling voor en plezier in dingen heeft. Op één van deze twee criteria moet de persoon bevestigend antwoorden anders wordt de diagnose depressie niet gesteld. Daarnaast worden vragen gesteld over het denken aan de dood of zelfmoord, verlies van energie of het hebben van vermoeidheid, het hebben van een opgejaagd gevoel, het zichzelf waardeloos voelen en een verminderd concentratievermogen. Met behulp van de CIDI kunnen verschillende angststoornissen worden vastgesteld. Het komt voor dat een patiënt meerdere angststoornissen heeft. Daarnaast komen angststoornissen regelmatig voor in combinatie met een depressie. Er zijn ruim 800 CIDI's afgenomen, 760 daarvan zijn in onderhavig onderzoek gebruikt.

---

<sup>10</sup> De drempel voor de GHQ waarde was verlaagd tijdens de registratie periode om de inclusie van patiënten te vergroten.

#### *Huisartsenquête/Praktijkenmerken*

Van de 195 aan de NS2 deelnemende huisartsen vulden er 188 een schriftelijke vragenlijst in, dit is een respons van 96% (Van den Berg e.a., 2004). De huisartsen vulden een schriftelijke vragenlijst in over achtergrondgegevens, praktijkorganisatie, overleg en samenwerking, taakdifferentiatie en specialisme, kwaliteitsaspecten, informatievoorziening en automatisering, werkbelasting en taakopvattingen en attitude. Uit de NIVEL huisartsenregistratie is een aantal praktijkenmerken (praktijkvorm, apotheekhoudend zijn, regio en urbanisatiegraad) achterhaald alsmede geslacht, leeftijd en aantal uren werkzaam zijn van de participerende huisartsen

### **3.4 CMR Peilstations**

De Continue Morbiditeits Registratie Peilstations (de Peilstations) is een landelijk representatief netwerk van 65 huisartsen (Bartelds, 2003). De huisartspraktijken die gegevens leveren, zijn wat betreft spreiding over regio, urbanisatiegraad, samenwerkingsverband en het houden van een apotheek representatief voor de Nederlandse huisartspraktijken. De deelnemende huisartsen houden op een weekstaat het vóórkomen van een aantal gespecificeerde ziekten, gebeurtenissen en verrichtingen bij. In de jaren 2000-2002 is aan de deelnemende huisartsen onder andere gevraagd alle nieuwe episodien van depressie of recidief episodien die in het registratie jaar waren begonnen op de weekstaat aan te geven (Verhaak e.a., 2002). Voor de desbetreffende patiënten gaf de huisarts op een vragenlijst het volgende aan:

- symptomen waarmee de patiënt zich bij de huisarts meldde;
- of er sprake was van voorkomen van de negen symptomen die de NHG-Standaard Depressie hanteert (somberheid, verlies plezier/interesse, vermoeidheid, slaapproblemen, besluiteloosheid, gevoelens waardeloosheid, remming/agitatie, eetlust/gewicht en gedachten aan de dood);
- of en zo ja, welke medicatie voorgeschreven werd;
- of en zo ja, naar welke instantie verwezen werd;
- eventueel aanvullende specificaties bij de diagnose (o.a. bipolaire stoornis/psychotische depressie, suïcide gevaar, familiale achtergrond, eerdere geschiedenis van depressie).

De CMR-data laten zien hoe de huisarts tot een diagnose depressie komt en of de keuze van prescriptie afhangt van het de mate waarin depressieve symptomen voorkomen. Voor het registratie jaar 2001 hebben we bruikbare informatie voor 462 patiënten en voor het jaar 2002 voor 359 patiënten.

### 3.5 Overzicht van mogelijkheden en beperkingen van de gegevens

Het onderstaande kader geeft een overzicht van de mogelijkheden en beperkingen van de databronnen besproken in dit hoofdstuk.

Databron	Mogelijkheden	Beperkingen
LINH	<p>Bestuderen van de prevalentie, incidentie van depressie, angststoornissen en andere aandoeningen in de huisartspraktijk</p> <p>Bestuderen van de vraag of patiënten antidepressiva krijgen voorgeschreven en zo ja welk antidepressivum en voor welke periode</p> <p>Relatie bestuderen tussen de door de huisarts gestelde diagnose en de gekozen farmaco-therapeutische behandeling (doelmatig of ondoelmatig)</p>	Niet mogelijk te achterhalen of de door de huisarts gestelde diagnose ook de juiste diagnose is
CIDI's/NS2	<p>Bestuderen van de diagnosestelling op basis van een onafhankelijk meetinstrument</p> <p>Door te koppelen aan de LINH-cijfers is het mogelijk te kijken of huisartsen tot dezelfde diagnose komen als het meetinstrument (overdiagnostiek: de huisarts stelt de diagnose depressie maar dat is het volgens de CIDI niet; onderdiagnostiek: de huisarts stelt niet de diagnose depressie, maar de CIDI wel)</p>	Weinig patiënten
CMR-Peilstations	<p>Bestuderen van diagnosestelling door de huisarts aan de hand van de NHG-criteria</p> <p>Bestuderen van de behandeling die de huisarts geeft.</p> <p>Relatie leggen tussen de op basis van de NHG-criteria gestelde diagnose en de behandeling</p>	Minder huisartsen dan in LINH Weinig patiënten

## 4 De diagnosestelling door de huisarts

Anita Volkers, Peter Verhaak

### 4.1 Inleiding

Bij de doelmatigheid van de indicatiestelling gaat het in eerste instantie om een terechte of in andere woorden correcte diagnose van de huisarts. De diagnose is bepalend voor de keuze om een antidepressivum voor te schrijven en is van invloed op de uiteindelijke effectiviteit van de behandeling met antidepressiva. Zo raden zowel de NHG-Standaard Depressie 1994 als de NHG-Standaard Depressieve stoornis 2003 af antidepressiva voor te schrijven bij depressieve klachten, waarbij niet aan de criteria voor een depressieve stoornis wordt voldaan. Dit omdat hiervan geen relevante effecten zijn te verwachten (Paykel e.a., 1988; Kendrick, 1996; Barrett e.a. 2001; Ackerman e.a., 2002).

Docherty (1997) concludeert in zijn review, op basis van internationaal vergelijkend onderzoek, dat het percentage correct gediagnosticeerde patiënten met een depressie in de huisartspraktijk sterk wisselt, namelijk tussen de 7% en 70%. Hij benadrukt echter dat dit percentage in de meeste studies tussen de 30% en 40% ligt. Dit komt overeen met de bevinding van Tiemens e.a. (1999) in zes huisartspraktijken in Groningen. Van de patiënten die een depressie in engere zin (major depression) hadden volgens een gestandaardiseerd psychiatrisch interview werd bij 34% een diagnose depressie gesteld door de huisarts. Tiemens e.a. (1999) wijzen erop dat dit lage percentage van overeenkomst wel genuanceerd benaderd dient te worden. Bij 33% van de patiënten met een depressie in engere zin volgens een gestandaardiseerd psychiatrisch interview stelde de huisarts weliswaar geen diagnose depressie vast maar was hij wel degelijk op de hoogte van de psychiatrische problematiek. Deze patiënten kregen een diagnose voor andere psychische problemen dan depressie zoals angststoornis, drugs of alcohol misbruik en onverklaarde somatische klachten. Daarnaast dient aandacht te worden besteed aan het feit dat depressieve patiënten soms gediagnosticeerd worden met sociale problemen in plaats van depressie. In de afgelopen jaren is er binnen de huisartspraktijk veel aandacht geweest voor het verbeteren van de kwaliteit van de diagnostiek van depressie. Mogelijk heeft dit geleid tot een groter aantal patiënten dat door de huisarts wordt herkend en gediagnosticeerd. Er is weinig bekend over de overdiagnostiek van depressie. Dit betekent dat patiënten die niet depressief zijn wel een diagnose depressie krijgen van de huisarts. In eerder onderzoek zijn in de huisartspraktijk percentages van overdiagnostiek gevonden tussen de 6% en 19% (Perez-Stable e.a., 1990; Klinkman e.a., 1998; Tiemens e.a., 1999).

Zowel patiënt- als huisartsgerelateerde factoren kunnen de diagnosestelling van depressie vergemakkelijken of bemoeilijken. Als het gaat om demografische factoren zouden jongere en vrouwelijke patiënten meer kans hebben om een correcte diagnose te krijgen in het geval van een depressie. Wat betreft klinische kenmerken zijn een ernstige depressie en co-morbiditeit met angststoornissen gerelateerd aan een grotere kans op een correcte diagnose voor depressie. Co-morbiditeit met lichamelijke ziekten is daarentegen gerelateerd aan het ontbreken van een correcte diagnose depressie (Freeling e.a., 1985; Coulehan e.a., 1990; Ormel e.a., 1990; Kirmayer e.a., 1993; Coyne e.a., 1994; Tylee e.a.,

1995; Tiemens e.a., 1996; Tiemens e.a., 1999; Thompson, 2001). De bevindingen over de relatie tussen sociaal-economische factoren zoals opleiding, burgerlijke staat en etniciteit enerzijds en diagnosticering anderzijds zijn niet consistent. Perez-Stable e.a. (1990) heeft gevonden dat depressieve patiënten die overgediagnosticeerd zijn, ouder waren, een lagere opleiding hadden en meer medicatie en visites nodig hadden.

Over het algemeen wordt aangenomen dat in de huisartspraktijk het probleem van herkenning en diagnosticering van angststoornissen groter is dan van depressie (Ormel e.a., 1990; Hirschfield, 2001; Wittchen e.a., 2002). Gelenberg (2002) noemt enkele redenen waarom het moeilijk is om patiënten met een angststoornis te herkennen. De somatische presentatie van symptomen leidt er veelal toe dat de diagnose angststoornis niet wordt gesteld. Daarnaast is er bij angstige patiënten veelal sprake van psychiatrische en somatische comorbiditeit die herkenning van angststoornissen bemoeilijkt. Hoewel het probleem van onderdiagnostiek van angststoornissen in de huisartspraktijk herhaaldelijk wordt genoemd, ontbreken precieze getallen. Deels komt dit doordat depressie van alle psychiatrische stoornissen de meeste aandacht krijgt in de huisartspraktijk (Nisenson e.a., 1998) en deels doordat de herkenning en diagnosticering van depressie en angst is onderzocht zonder onderscheid tussen beide psychiatrische aandoeningen te maken (Kirmayer e.a., 1993). Mogelijk verschilt de onderdiagnostiek ook per type angststoornis (Ormel e.a., 1990; Tiemens e.a., 1996).

De kwaliteit van de diagnosestelling van depressie en angststoornis door de huisarts kan op verschillende manieren onderzocht worden. Een veel gebruikte methode is de vergelijking van een diagnose volgens DSM-IV of ICD-10 (International Classification of Diseases, WHO, 1989) criteria of van een score voor de ernst van de aandoening met de diagnose van de huisarts (Thompson, 2001). Bij de DSM-IV en ICD-10 gaat het om gestandaardiseerde psychiatrische interviews. Een andere manier is om te kijken op grond van welke symptomen en aanwijzingen een huisarts tot een diagnose komt en of dit overeenkomt met de diagnosestelling zoals beschreven in bestaande richtlijnen.

In dit hoofdstuk wordt in de eerste plaats de onder- en overdiagnostiek van depressie en angststoornissen beschreven in de huisartspraktijk. Hiertoe worden resultaten uit een gestandaardiseerd psychiatrisch interview vergeleken met de morbiditeit in de huisartspraktijk. Het tweede deel van dit hoofdstuk beschrijft hoe huisartsen bij het stellen van de diagnose depressie te werk gaan en of dit conform de NHG-Standaard Depressie uit 1994 plaatsvond. Hierbij is gebruik gemaakt van data van de Continue Morbiditeits Registratie (CMR)-peilstations.

## **4.2 Methode**

### **4.2.1 *Vergelijking CIDI's met de diagnose van de huisarts***

Dit hoofdstuk maakt gebruik van gegevens uit de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2). Onderdeel hiervan was een gezondheidsinterview met 12.699 patiënten. Hiervan bleken 1379 patiënten een aanwijzing te hebben voor de aanwezigheid van psychopathologie volgens de GHQ of de CAGE (zie hoofdstuk

3). Deze patiënten werden benaderd voor de afname van de CIDI Auto 2.1 en uiteindelijk werd bij 811 patiënten de CIDI afgenomen (zie figuur 4.1). Dit betekent een respons van 58,8% die niet afhankelijk was van leeftijd of geslacht. De volgende CIDI-modulen werden afgenomen: fobische en angststoornissen, depressieve stoornissen en dysthyme stoornis, manische en bipolaire stoornissen en stoornissen in het gebruik van alcohol.

De CIDI diagnosticeert psychiatrische stoornissen volgens de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994) met behulp van een computergestuurd scoringsalgoritme. Aangezien de DSM-IV classificatie is gebaseerd op een hiërarchische structuur zijn gegevens van patiënten met een incomplete CIDI (n=12) niet in de analyses meegenomen. Van zes andere patiënten konden de CIDI-gegevens niet gebruikt worden omdat een verkeerde CIDI-software versie was gebruikt. Uiteindelijk waren van 793 personen CIDI-gegevens beschikbaar. De gemiddelde leeftijd ( $\pm$  Sd) van de patiënten waarbij de CIDI werd afgenomen, was 46,3 jaar ( $\pm$ 15,9) en de groep patiënten bestond uit 287 mannen (36,2%) en 506 vrouwen (63,8%).

In dit onderzoek is de diagnose volgens de CIDI vergeleken met de diagnosestelling door de huisarts. De diagnose van de huisarts is teruggezocht in de NS2-contactregistratie waarin klachten of diagnoses volgens de ICPC-codering werden genoteerd. Onderdiagnostiek van depressie is gedefinieerd als het 'ten onrechte' niet vaststellen van de diagnose depressief gevoel (P03) of depressie (P76) door de huisarts bij de aanwezigheid van een depressie en/of dysthyme stoornis op basis van DSM-IV criteria. De definitie van overdiagnostiek van depressie is het 'ten onrechte' vaststellen van de diagnose depressief gevoel (P03) of depressie (P76) bij de afwezigheid van een depressie en/of dysthyme stoornis op basis van DSM-IV criteria. Onderdiagnostiek van angststoornissen is gedefinieerd als het 'ten onrechte' niet vaststellen door de huisarts van de diagnose angstig gevoel (P01) of angststoornis (P74) bij de aanwezigheid van een angststoornis op basis van DSM-IV criteria. Overdiagnostiek van angststoornissen is opgevat als het 'ten onrechte' wel vaststellen van de diagnose angstig gevoel (P01) of angststoornis (P74) bij de afwezigheid van een angststoornis op basis van DSM-IV criteria. In de bijlage bij dit hoofdstuk is een overzicht gegeven van de definities van depressie en angststoornis die worden gehanteerd volgens de verschillende classificatiesystemen.

Acht van de 104 huisartspraktijken die hebben deelgenomen aan de NS2 hebben niet het volledige jaar geregistreerd of onvoldoende valide en betrouwbare data aangeleverd. Patiënten uit deze praktijken zijn uitgesloten. Hiermee werd de onderzoeksgroep van 793 patiënten gereduceerd tot 760 patiënten. De percentages voor over- en onderdiagnostiek zijn berekend na exclusie van deze groep patiënten. Vervolgens is de onder- en overdiagnostiek nader bestudeerd in relatie tot verschillende patiëntkenmerken (sociaal-demografische factoren en klinische karakteristieken). De volgende sociaal-demografische factoren zijn onderzocht: leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, opleiding en etniciteit. Wat betreft de klinische karakteristieken is co-morbiditeit van psychiatrische stoornissen vastgesteld met de CIDI en co-morbiditeit van somatische ziekten aan de hand van de aanwezigheid van ICPC diagnoses op ziekteniveau (ICPC codes 70 t/m 99). De prescrip-

tieregistratie gaf informatie over het feit of patiënten wel of niet met antidepressiva werden behandeld in het registratiejaar.

De relatie tussen patiëntkenmerken en over- en onderdiagnostiek is bestudeerd met behulp van univariate analyses. Student t-toetsen zijn gebruikt in het geval van normaal verdeelde variabelen, Mann-Whitney U-toetsen in het geval van non-parametrische ordinale variabelen en Chi-Square analyses in het geval van dichotome en categoriale variabelen. P-waarden  $< 0.05$  zijn als significant aangemerkt.

#### **4.2.2 *Diagnosestelling in de CMR-peilstations***

Huisartsen uit de peilstations werden in 2001 en 2002 gevraagd alle patiënten met een nieuwe episode van depressie op een weekstaat aan te melden voor de registratie. Bij een nieuwe episode ging het om een patiënt bij wie de arts óf voor het eerst in diens leven de diagnose depressie stelde óf bij wie na een klachtenvrije periode van zes maanden de diagnose opnieuw gesteld werd.

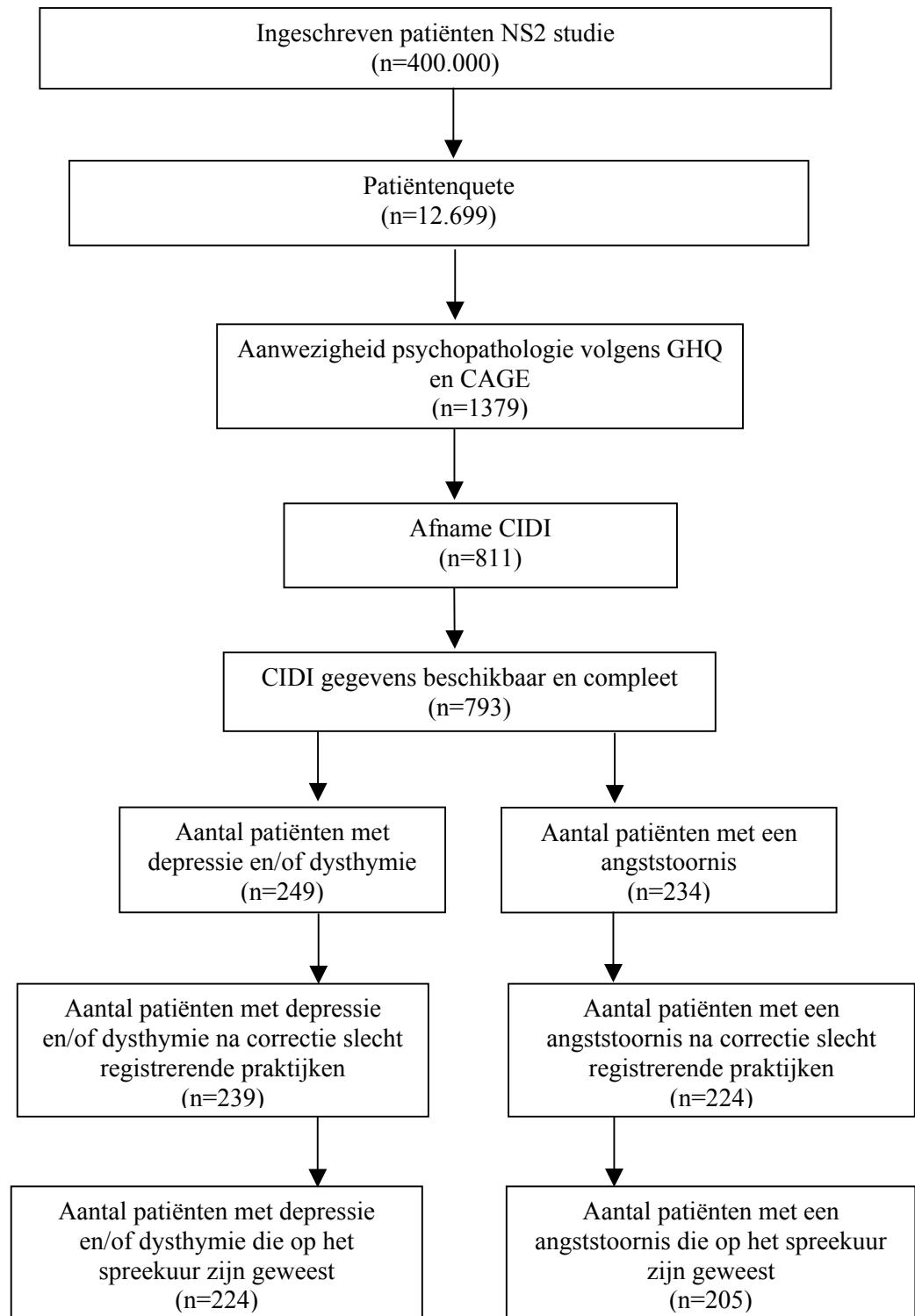
Tevens is de huisarts gevraagd in ieder voorkomend geval apart een vragenlijstje in te vullen. Dit geschiedde onmiddellijk na het vaststellen van de diagnose. Op deze vragenlijst gaf de arts onder andere aan:

- welke symptomen van depressie aanwezig waren;
- of de patiënt wel eens eerder een ernstige depressie had doorgemaakt;
- of en zo ja, welke medicatie werd voorgeschreven.

Op het registratieformulier kruiste de huisarts aan welke voorgecodeerde depressieve symptomen op de patiënt van toepassing waren. De huisarts kon 16 symptomen aankruisen (een sombere stemming, verlies van interesse, verlies van plezier, besluiteloosheid, concentratieproblemen, gevoelens van waardeloosheid, gevoelens van schuld, gedachte aan dood of suïcide, remming, agitatie, vermoeidheid, verlies van energie, slapeloosheid, overmatig slapen, verandering van eetlust en verandering van gewicht). De huisarts kon daarnaast de mogelijkheid “andere symptomen” kiezen die hij/zij dan nader kon specificeren. De voorgecodeerde symptomen zijn samengevoegd tot de negen symptomen die de NHG-Standaard noemt bij de criteria voor een depressie (zie tabel 4.5).



Figuur 4.1: Flow-schema van de inclusie van patiënten met een diagnose depressie, dysthyme stoornis en/of angststoornis volgens DSM-IV criteria.



## 4.3 Resultaten

### 4.3.1 *Vergelijking CIDI's met de diagnose van de huisarts*

Tabel 4.1 geeft een overzicht van het aantal patiënten met een DSM-IV diagnose depressie, dysthyme stoornis en angststoornis volgens de CIDI. De groep patiënten met depressie en/of dysthymie bestond uit 249 patiënten. Als een patiënt een positieve diagnose voor depressie had dan voldeed de diagnose altijd aan zowel de inclusie- als exclusiecriteria (n=238). Bij een positieve diagnose voor dysthyme stoornis was dit niet altijd het geval (n=41), aangezien 27 patiënten een diagnose hadden die alleen aan de inclusiecriteria voldeed. Van de patiënten met depressie en/of dysthyme stoornis had uiteindelijk 83,5% alleen een diagnose depressie in engere zin, 12,1% een diagnose voor zowel depressie als dysthymie en 4,4% alleen een diagnose dysthyme stoornis. De DSM-IV classificatie voor depressie maakt onderscheid tussen een milde, matige en ernstige episode en tussen een eenmalige of terugkerende episode. Een milde episode kwam vaker voor dan een matige of ernstige episode. Aangezien de gebruikte CIDI-versie terugvraagt naar het afgelopen jaar was het aantal patiënten met een terugkerende depressieve episode gering (n=23) en is dit onderscheid achterwege gelaten. De patiënten met een DSM-IV diagnose voor depressie en/of dysthyme stoornis worden in dit hoofdstuk aangeduid met “depressieve patiënten”. Bij 53,8% van de depressieve patiënten was er sprake van co-morbiditeit met een andere psychiatrische stoornis. In de meeste gevallen ging het om co-morbiditeit met fobische en angststoornissen (50,4%).

Daarnaast werden 234 patiënten gediagnosticeerd met één of meerdere angststoornissen. Hierbij ging het in 75% van de diagnoses om een diagnose die zowel aan de inclusie- als exclusiecriteria voldeed. Aan de hand van de DSM-IV classificatie kunnen verschillende angststoornissen worden gediagnosticeerd (paniekstoornis met en zonder agorafobie, agorafobie zonder paniek, specifieke fobie, sociale fobie, obsessieve compulsieve stoornis, posttraumatische stresstoornis en gegeneraliseerde angststoornis) (APA, 1994). In de CIDI zijn fobische en overige angststoornissen samen in een module opgenomen, evenals de obsessieve compulsieve stoornis en posttraumatische stresstoornis. Aangezien voor dit onderzoek alleen de eerste module is afgenomen, hebben we de angststoornissen ingedeeld in vijf subcategorieën vergelijkbaar met Bijl e.a. (1997): paniekstoornis (met en zonder agorafobie), agorafobie (zonder paniek), specifieke fobie, sociale fobie en gegeneraliseerde angststoornis. De gegeneraliseerde angststoornis was de meest voorkomende angststoornis, gevolgd door specifieke fobie. De patiënten met een DSM-IV diagnose voor fobische of angststoornissen worden in dit hoofdstuk “angstige patiënten” genoemd. Bij 55,1% van de angstige patiënten kwam co-morbiditeit met enige psychiatrische stoornis voor. In dit geval was depressie de meest voorkomende psychiatrische stoornis (53,4%).

Tabel 4.1 Aantal patiënten met een depressie en/of angststoornis volgens de CIDI in de afgelopen 12 maanden (DSM-IV diagnoses)

	Totale CIDI-groep (n=793)	CIDI-groep in goed registrerende huisartspraktijken (n=760)
Milde episode	110	109
Matige episode	73	69
Ernstige episode	55	50
Totaal depressie	238	228
Totaal dysthyme stoornis	41	38
Totaal depressie/dysthyme stoornis	249	239
Paniek stoornis (met of zonder agorafobie)	38	37
Agorafobie (zonder paniek)	46	43
Sociale fobie	51	49
Gegeneraliseerde angststoornis	111	107
Specifieke fobie	89	83
Totaal fobische en overige angststoornissen	234	224
Totaal depressie/dysthyme stoornis zonder angststoornissen	124	119
Totaal fobische en overige angststoornissen zonder depressie	109	104
Totaal depressie/dysthyme stoornis en fobische en overige angststoornissen	125	120

#### 4.3.2 *Komen mensen met een depressie en angststoornis bij de huisarts?*

Van alle patiënten in de totale CIDI-groep kwam 90,3 % (686/760) één of meer keer per jaar bij de huisarts. Zij hebben gemiddeld negen keer per jaar contact met hun huisarts. De onder- en overdiagnostiek van zowel depressie als angst zal berekend worden op basis van de 686 patiënten die contact met hun huisarts hebben gehad.

#### 4.3.3 *Komt de diagnostiek van de huisarts overeen met die van een gestandaardiseerd psychiatrisch interview?*

Tabel 4.2a en 4.2b laat zien bij hoeveel depressieve patiënten een ziekte-episode depressief gevoel (P03) of depressie (P76) werd teruggevonden in hun medisch dossier en bij hoeveel angstige patiënten een ziekte-episode angstig gevoel (P01) of een angststoornis (P74). In tabel 4.2b is ook weergegeven bij hoeveel niet-depressieve en niet-angstige patiënten toch respectievelijk een episode depressief gevoel/depressie of een episode angstig gevoel/angststoornis werd vastgesteld. Zestig van de 224 depressieve patiënten (26,8%) werden juist gediagnosticeerd door hun huisarts. Dit betekent dat het percentage onderdiagnostiek 73,2% was (tabel 4.2a). In tabel 4.3 is gekeken hoe vaak het voorkwam dat de huisarts de diagnose depressief gevoel of depressie vast stelde. Dit is ook uitgesplitst naar de ernst van de episode. Tien depressieve patiënten kregen van de huisarts de diagnose depressief gevoel (P03) en 45 patiënten de diagnose depressie (P76). Bij vijf patiënten stelde de huisarts zowel een episode depressief gevoel vast als een episode depressie. Hieruit kan geconcludeerd worden dat als depressieve patiënten een diagnose kregen van de huisarts het bij het merendeel van de patiënten ging om een diagnose depressie. Bij patiënten met een milde episode of dysthyme stoornis volgens de CIDI

werd de diagnose depressief gevoel wel iets vaker gesteld dan bij patiënten met een matige of ernstige episode. Huisartsen diagnosticeerden 27 van de 462 niet-depressieve patiënten (5,8%) als zijnde depressief. Dit geeft aan dat het probleem van de diagnostiek van depressie ligt bij de onderdiagnostiek en veel minder bij de overdiagnostiek.

De onderdiagnostiek van de angststoornissen was groter dan de onderdiagnostiek van depressie. Eenendertig van de 205 angstige patiënten (15,2%) kregen van de huisarts de diagnose angstig gevoel (P01) en/of angststoornis (P74) (tabel 4.2b). Dit betekent dat 84,8% van de angstige patiënten werd ondergediagnosticeerd. Acht angstige patiënten kregen van de huisarts de diagnose angstig gevoel (P01) en 21 patiënten de diagnose angststoornis (P74). Bij twee patiënten stelde de huisarts zowel een episode angstig gevoel vast als een episode angststoornis. Dit betekent dat als angstige patiënten een juiste diagnose kregen het in driekwart van de patiënten ging om een diagnose voor een angststoornis. Het percentage overdiagnostiek van angststoornissen kwam overeen met het percentage overdiagnostiek van depressie, namelijk 5,8%. Het probleem van de diagnostiek van angststoornissen ligt net als bij depressie bij de onderdiagnostiek en veel minder bij de overdiagnostiek.

Gerealiseerd moet worden dat de patiënten in dit onderzoek al gescreend waren op de aanwezigheid van psychopathologie. De verwachting is derhalve dat de overdiagnostiek van depressie en angststoornissen in de algemene huisartspopulatie nog iets lager zal liggen.

Tabel 4.2a: De diagnostiek van depressie/dysthymie in de huisartspraktijk

		CIDI diagnose (n=686)	
		Depressie/dysthymie DSM-IV (n=224)	Geen depressie/dysthymie DSM-IV (n=462)
Diagnose huisarts	Episode P03 en/of P76	n=60 (26,8%) correct gediagnosticeerd door huisarts	n=27 (5,8%) overgediagnosticeerd door huisarts
	Geen episode P03 en/of P76	n=164 (73,2%) ondergediagnosticeerd door huisarts	n=435 (94,2%) correct niet-gediagnosticeerd door huisarts

Tabel 4.2b: De diagnostiek van angststoornissen in de huisartspraktijk

		CIDI diagnose (N=686)	
		Fobische-/overige angststoornissen DSM-IV (n=205)	Geen fobische-/overige angststoornissen DSM-IV (n=481)
Diagnose huisarts	Episode P01 en/of P74	n=31 (15,1%) correct gediagnosticeerd door huisarts	n=27 (5,6%) overgediagnosticeerd door huisarts
	Geen episode P01 en/of P74	n=174 (84,8%) ondergediagnosticeerd door huisarts	n=454 (94,3%) correct niet-gediagnosticeerd door huisarts

Tabel 4.3 Hoe worden depressieve patiënten gediagnosticeerd door hun huisarts?

	Depressief gevoel (P03)	Depressie (P76)	Depressief gevoel en depressie (P03/P76)	Totaal
Milde episode of dysthyme stoornis	5 (22%)	15 (65%)	3 (13%)	23
Matige episode	2 (11%)	16 (84%)	1 (5%)	19
Ernstige episode	3 (17%)	14 (78%)	1 (6%)	18
Depressie/dysthyme stoornis	10 (17%)	45 (75%)	5 (8%)	60

#### 4.3.4 *Patiëntkenmerken in relatie tot over- en onderdiagnostiek van depressie en angststoornissen*

##### *Onderdiagnostiek van depressie*

Depressieve patiënten waarbij de huisarts de diagnose depressief gevoel/depressie stelde, verschilden niet van depressieve patiënten bij wie deze diagnose niet was gesteld wat betreft leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en opleiding (tabel 4.4a). In tegenstelling tot de sociaaldemografische factoren waren er wel significante verschillen in de klinische karakteristieken tussen de twee patiënten groepen. De depressieve patiënten met een diagnose depressief gevoel/depressie van de huisarts hadden een hogere GHQ-score (als indicator voor de ernst van de psychopathologie) en hadden vaker een matige of ernstige episode dan depressieve patiënten zonder deze diagnose. Patiënten die correct waren gediagnosticeerd, bezochten ook vaker per jaar de huisarts. Het kan zijn dat deze patiënten eerder herkend worden omdat zij vaker bij hun huisarts kwamen, maar het is ook goed mogelijk dat het stellen van de diagnose depressie resulteerde in meer contacten met de huisarts. De co-morbiditeit met angststoornissen kwam weliswaar vaker voor bij depressieve patiënten met een correcte diagnose maar dit verschil was niet significant. Het aantal patiënten met een voorschrift voor antidepressiva was in de correct gediagnosticeerde groep patiënten, begrijpelijkerwijze, significant groter dan in de niet correct gediagnosticeerde groep. Dit is een aanwijzing dat onderdiagnostiek lijkt te resulteren in onderbehandeling.

Tabel 4.4a: Sociaaldemografische factoren en klinische karakteristieken van patiënten met en zonder een depressie (DSM-IV)

	Patiënten met CIDI diagnose depressie (n=224)		Patiënten zonder CIDI diagnose depressie (n=462)	
	P03/P76 diagnose (n=60)	Geen P03/P76 diagnose (n=164)	P03/P76 diagnose (n=27)	Geen P03/P76 diagnose (n=435)
Leeftijd (in jaren)	43,3 (±14,3)	45,5 (±14,1)	50,1 (±17,2)	48,1 (±17,6)
Geslacht (vrouw)	72%	70%	59%	66%
Verzekeringsvorm				
Ziekenfonds	74%	76%	83%	71%
Particulier	26%	24%	17%	29%
Opleidingsniveau				
Geen/lagere school	11%	17%	33%	16%
Middelbaar/voortgezet onderwijs	61%	58%	52%	62%
HBO/Academisch onderwijs	28%	25%	14%	23%
GHQ score	7,9 (±2,6)	6,9 (±2,7)**	6,7 (±2,8)	5,4 (±2,1)*
Ernst depressie				
Milde episode	38%	54%	-	-
Matige en ernstige episode	62%	46%*	-	-
Aantal huisarts contacten (p. jaar)	11,8 (±7,4)	8,1(±6,5)***	10,1 (±8,0)	8,4 (±9,1)
Psychiatrische comorbiditeit angststoornis	62%	46%	30%	20%
Stoornissen in gebruik alcohol	7%	7%	19%	3%***
Bipolaire stoornis	2%	1%	7%	1%*
Voorschrift antidepressiva	76%	18%***	48%	5%***
Comorbiditeit somatische ziekte (ICPC codes 70-99)	73%	81%	82%	85%

\* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.001; P03, down/depressief gevoel; P76, depressie.

Tabel 4.4b: Sociaaldemografische factoren en klinische karakteristieken van patiënten met en zonder een angststoornis (DSM-IV)

	Patiënten met CIDI diagnose angststoornis (n=205)		Patiënten zonder CIDI diagnose angststoornis (n=481)	
	P01/P74 diagnose (n=31)	Geen P01/P74 diagnose (n=174)	P01/P74 diagnose (n=27)	Geen P01/P74 diagnose (n=454)
Leeftijd (in jaren)	49,4 (±18,0)	45,3 (±14,4)	46,2 (±11,7)	47,7 (±16,6)
Geslacht (vrouw)	77%	76%	81%	63%
Verzekeringsvorm				
Ziekenfonds	81%	72%	88%	72%
Particulier	19%	28%	12%	28%
Opleidingsniveau				
Geen/lagere school	14%	27%	12%	17%
Middelbaar/voortgezet onderwijs	63%	62%	73%	59%
HBO/Academisch onderwijs	23%	12%	15%	25%
GHQ score	6,2 (±2,7)	6,8 (±2,7)	6,3 (±2,5)	5,7 (±2,3)
Categorie angststoornis				
Paniek stoornis	13%	17%	-	-
Agorafobie (zonder paniek)	26%	19%	-	-
Sociale fobie	23%	21%	-	-
Gegeneraliseerde angststoornis	39%	52%	-	-
<i>Enkelvoudig fobie</i>	32%	39%	-	-
Aantal huisarts contacten (p. jaar)	12,8 (±8,3)	9,6 (±8,6)	9,2 (±8,4)	7,0 (±8,4)
Psychiatrische comorbiditeit depressie	61%	53%	33%	23%
Stoornissen in gebruik alcohol	3%	5%	0%	1%
Bipolaire stoornis	0%	3%	0%	0%
Voorschrift antidepressiva	42%	33%	11%	10%
Comorbiditeit somatische ziekte (ICPC codes 70-99)	90%	80%	82%	83%

\* p<0.05; \*\* p<0.01; \*\*\* p<0.01; P01, , angstig/nerveus/gespannen gevoel; P74, angststoornis/angsttoestand.

#### *Overdiagnostiek depressie*

Tabel 4.4a laat eveneens de verschillen zien in patiëntkenmerken tussen niet-depressieve patiënten die wel en niet gediagnosticeerd waren met een episode depressief gevoel/depressie. Er werden alleen significante verschillen gevonden wat betreft de klinische karakteristieken. De GHQ-score was hoger bij de patiënten die ten onrechte een diagnose depressief gevoel/depressie kregen. Daarnaast hadden deze patiënten vaker een stoornis in het gebruik van alcohol of een bipolaire stoornis en werd bij hen ook vaker een antidepressivum voorgeschreven (48% versus 5%). De helft van de patiënten zonder een depressieve stoornis volgens de CIDI kreeg wel antidepressiva voorgeschreven. Hoewel dit een bepaalde mate van overbehandeling suggereert, moet in gedachte worden gehouden dat antidepressiva ook kunnen zijn voorgeschreven in verband met een angststoornis.

#### *Onderdiagnostiek van angststoornissen*

Angstige patiënten met een door de huisarts gestelde diagnose angstig gevoel/angststoornis en zonder deze diagnose verschilden niet significant wat betreft sociaaldemografische factoren en klinische kenmerken (tabel 4.4b). Het verschil in het aantal contacten met de huisarts was bijna significant.

#### *Overdiagnostiek angststoornissen*

Uit tabel 4.4b wordt duidelijk dat er eveneens geringe verschillen bestaan tussen niet-angstige patiënten die wel en niet gediagnosticeerd waren met een episode angstig gevoel/angststoornis. Geen enkele patiëntkenmerk was significant gerelateerd aan overdiagnostiek. Het grotere percentage vrouwen in de groep overgediagnosticeerde patiënten in vergelijking tot de groep terecht niet-gediagnosticeerde patiënten was bijna significant.

### **4.3.5 Nuancering van de over- en onderdiagnostiek van depressie en angststoornissen**

In deze paragraaf gaan we in op de vraag hoe de huisarts de patiënten die niet correct gediagnosticeerd werden (in vergelijking met de CIDI) wel diagnosticeerde.

#### *Depressie*

Bij 32% van alle patiënten met een CIDI-diagnose depressie (n=72) stelde de huisarts een diagnose voor een ander psychisch probleem dan depressie. Meestal betrof dit een episode angstig gevoel (20%) of slapeloosheid/andere slaapstoornis (ICPC code P06) (20%). Eveneens had 13% van de patiënten met een CIDI-diagnose depressie (n=30) een voorschrift voor antidepressiva in de prescriptieregistratie zonder dat een episode depressief gevoel en/of depressie werd gevonden in de contactregistratie. In beide gevallen was de huisarts in ieder geval op de hoogte van de aanwezigheid van psychische problemen. In het totaal gaat het om 82 patiënten (37% van de totale groep patiënten met een CIDI-diagnose voor depressie). Daarnaast werden bij 3% van deze patiënten (n=7) sociale problemen geconstateerd door de huisarts, terwijl deze patiënten geen diagnose hadden gekregen voor een episode depressief gevoel/depressie of andere psychische problemen en geen recept voor een antidepressivum.

In totaal werd bij 164 van de patiënten met een CIDI-diagnose geen depressie gediagnosticeerd door de huisarts. Dat was 73% van de totale groep mensen met een CIDI-diagnose depressie. Van de “ondergediagnosticeerde” patiënten was de huisarts bij 89 op de hoogte van psycho-sociale problematiek. Dat is bij 54% van de ondergediagnosticeerde patiënten en 40% van alle patiënten met een CIDI-diagnose depressie.

#### *Angststoornissen*

Op dezelfde wijze is gekeken hoeveel patiënten met een angststoornis volgens de CIDI een diagnose hadden van de huisarts voor een ander psychisch probleem dan angst. Bij 38% van alle patiënten met een CIDI-diagnose angst (n=79) werd een andere psychisch probleem dan angst vastgesteld tijdens contact met de huisarts. Een derde van deze patiënten (31%) had een diagnose voor een episode depressie en 16% een diagnose voor een episode slapeloosheid/andere slaapstoornis (ICPC-code P06). Vervolgens vonden we bij 28% van de patiënten met een CIDI-diagnose angst (n=58) een voorschrift voor antidepressiva in de prescriptieregistratie zonder dat een episode angstig gevoel en/of angst-



stoornis werd teruggevonden in de contactregistratie. Dit houdt in dat bij een belangrijk deel van alle patiënten met een CIDI-diagnose angst (46%, n=94) de huisarts wel degelijk wist dat de patiënt psychische problemen had, maar niet de diagnose angstig gevoel/ angststoornis registreerde. Aanvullend werden bij 2% van de angstige patiënten (n=4) sociale problemen geconstateerd door de huisarts, terwijl de huisarts geen diagnose stelde voor angstig gevoel/angststoornis of andere psychische problemen en geen recept voor een antidepressivum uitschreef.

In totaal werd bij 174 van de patiënten met een CIDI-diagnose geen angststoornis of angstig gevoel gediagnosticeerd door de huisarts. Dat was 85% van de totale groep mensen met een CIDI-diagnose angst. Van de “ondergediagnosticeerde” patiënten was de huisarts bij 98 patiënten op de hoogte van psycho-sociale problematiek. Dat is bij 56% van de ondergediagnosticeerde patiënten en 48% van alle patiënten met een CIDI-diagnose angst.

#### **4.4 Diagnosestelling op basis van de CMR-peilstations in relatie tot de criteria van de NHG-Standaard Depressie (1994)**

De data van de Continue Morbiditeits Registratie (CMR)-peilstations geven op een andere wijze dan de CIDI-data inzicht in hoe huisartsen depressie diagnosticeren en wat de kwaliteit van het diagnosticeren is. Er is nagegaan of het stellen van de diagnose depressie door de huisarts overeenkomt met de criteria die genoemd zijn in de NHG-Standaard Depressie uit 1994. Tevens geven de data van de CMR-peilstations aanvullend inzicht in de behandeling van depressie. Verhaak e.a. (2002) rapporteerden reeds over het jaar 2000. Wij presenteren de gegevens uit 2001 en 2002.

##### **4.4.1 Diagnosestelling**

In 2001 werden 462 patiënten met een depressie door de CMR-huisartsen aangemeld. De groep patiënten bestond uit 165 mannen en 281 vrouwen. Van 16 personen was niet bekend of zij man of vrouw waren. De gemiddelde leeftijd was 46,8 jaar (range: 8-100 jaar). Bij 20 patiënten was de leeftijd niet ingevuld. Van de patiënten had 25% al eens een ernstige depressie meegemaakt. In 2002 zijn in totaal 359 patiënten met een depressie aangemeld. Het betrof 130 mannen, 226 vrouwen en 3 personen waarvan het geslacht onbekend was. De gemiddelde leeftijd was 47,2 jaar (range: 15-93 jaar). De leeftijd was niet ingevuld bij 11 patiënten. Van de patiënten had 24% al eens een ernstige depressieve meegemaakt.

Tabel 4.5: Door de huisarts geregistreerde symptomen bij patiënten met een depressie in 2001 en 2002

Door de huisarts geregistreerde symptomen	Aantal patiënten (%)	
	2001 (N=462)	2002 (N=359)
Somberheid	417 (90%)	324 (90%)
Verlies plezier/interesse	372 (81%)	298 (83%)
Vermoeidheid/energieverlies	344 (75%)	267 (74%)
Slaapproblemen	263 (57%)	208 (58%)
Besluiteloosheid/concentratieproblemen	181 (39%)	170 (47%)
Gevoelens van waardeloosheid/schuld	151 (33%)	123 (34%)
Remming/agitatie	183 (40%)	145 (40%)
Eetlust/gewicht	106 (23%)	77 (21%)
Gedachten aan de dood	85 (18%)	87 (24%)

Uit de aangekruiste voorgecodeerde symptomen komt naar voren dat in beide registratiejaren bij de meeste patiënten die volgens hun huisarts een depressie hebben sprake is van somberheid, plezier en interesse verlies, slaap- en vermoeidheidsproblemen en besluiteloosheid/concentratieproblemen (tabel 4.5). Wanneer we verder kijken zien we dat in 2002 huisartsen vaker aangaven dat hun patiënten besluiteloos waren of concentratieproblemen en gedachten aan de dood hadden dan in 2001. Het aantal aanwezige symptomen verschilde niet tussen mannen en vrouwen (tabel 4.6). In 2001 vinden we dat het aantal symptomen bij patiënten onder de 25 jaar en boven de 65 jaar lager is dan bij patiënten tussen de 25 en 65 jaar, maar dit verschil is niet significant. In 2002 had de leeftijdsgroep tussen 65 en 75 jaar meer en de leeftijdsgroep vanaf 75 jaar minder symptomen dan patiënten onder de 65 jaar. Dit verschil was significant ( $\chi^2=73$ ,  $df=54$ ,  $p<0.05$ ).

Tabel 4.6 Door de huisarts geregistreerde symptomen ( $\pm$  SD) bij patiënten met een depressie naar leeftijd en geslacht.

	2001		2002	
	N symptomen	N patiënten	N symptomen	N patiënten
<b>Geslacht</b>				
Mannen	4,6 ( $\pm$ 1,9)	165	4,7 ( $\pm$ 1,8)	130
Vrouwen	4,5 ( $\pm$ 1,5)	281	4,7 ( $\pm$ 1,7)	226
<b>Leeftijd (in jaren)</b>				
15-24	3,8 ( $\pm$ 1,6)	36	4,7 ( $\pm$ 1,2)	25
25-34	4,9 ( $\pm$ 1,7)	58	4,7 ( $\pm$ 1,8)	79
35-44	4,8 ( $\pm$ 1,7)	94	4,7 ( $\pm$ 1,6)	67
45-54	4,6 ( $\pm$ 1,5)	103	4,8 ( $\pm$ 1,9)	64
55-64	4,7 ( $\pm$ 1,7)	51	4,7 ( $\pm$ 1,7)	53
65-74	3,9 ( $\pm$ 1,7)	35	5,5 ( $\pm$ 1,5)	27
75+	4,1 ( $\pm$ 1,5)	38	4,5 ( $\pm$ 2,0)	33

Vervolgens zijn we op grond van deze gegevens nagegaan welke patiënten voldeden aan de criteria voor een milde depressie en ernstige depressie zoals gedefinieerd in de NHG-Standaard Depressie 1994. Hierbij moet worden opgemerkt dat de nieuwe NHG-

Standaard dit onderscheid niet meer maakt aangezien aan de waarde van dit onderscheid wordt getwijfeld als het gaat om veronderstelde consequenties voor beleid. De NHG-Standaard Depressie 1994 geeft aan dat om de diagnose depressie te kunnen stellen er in ieder geval sprake moet zijn van somberheid of interesseverlies. Heeft de patiënt in totaal vijf of meer symptomen dan gaat het om een ernstige depressie. Zijn er in totaal drie of vier symptomen dan spreekt de standaard van een milde depressie. Zijn er minder symptomen dan is de diagnose depressie niet op zijn plaats. Wanneer we deze criteria handhaven had in 2001 49% van de patiënten een ernstige depressie, 40% een milde depressie en 11% geen depressie. Volgens de NHG standaard uit 1994 zou derhalve 89% formeel een depressie hebben gehad. In 2002 had 54% van de patiënten een ernstige depressie, 37% een milde depressie en 9% geen depressie in 2002. Wederom zou een hoog percentage (91%) formeel een depressie hebben gehad. Deze indeling is dus niet gemaakt door de huisartsen zelf, maar heeft plaatsgevonden op basis van de geregistreerde depressieve symptomen.

#### 4.4.2 *Medicatie*

In 2001 werd bij 87% van alle aangemelde patiënten medicatie voorgeschreven door de huisarts in het kader van de depressie. Dit was bij 82% van de patiënten een antidepressivum. Benzodiazepinen werden bij een klein aantal patiënten voorgeschreven (6%) zowel in combinatie met als zonder een antidepressivum. In 2002 werd in het algemeen minder voorgeschreven. De huisartsen gaven bij 80% van de aangemelde patiënten aan dat medicatie was voorgeschreven in het kader van de depressie. Bij 77% van de patiënten ging het om een antidepressivum en bij 4% van de patiënten om benzodiazepinen al dan niet in combinatie met een antidepressivum.

Wat medicatie betreft raadde de NHG-Standaard uit 1994 aan om bij een milde depressie af te zien van medicatie en bij een ernstige depressie de voorkeur te geven aan tricyclische antidepressiva boven SSRI's. Tabel 4.7a en tabel 4.7b laten zien wat de stand van zaken was in 2001 en 2002. In alle drie de diagnose categorieën (geen/milde/ernstige depressie volgens NHG-criteria) werden antidepressiva in ruime mate voorgeschreven. SSRI's waren veruit de meest voorgeschreven antidepressiva, ongeacht de ernst van de depressie. Dit is een aanwijzing dat huisartsen de NHG-Standaard uit 1994 niet opvolgden. De mate waarin de verschillende type antidepressiva werden voorgeschreven was overigens wel afhankelijk van de diagnose categorie. Dit was zowel het geval voor het jaar 2001 ( $\chi^2=23$ ,  $df=10$ ,  $p<0.05$ ) als voor het jaar 2002 ( $\chi^2=16$ ,  $df=8$ ,  $p<0.05$ ). Wel zijn er verschillen tussen de beide jaren. In 2001 zien we dat de tricyclische antidepressiva veelal werden voorgeschreven wanneer patiënten volgens de NHG-criteria geen depressie hadden of een milde depressie. De overige antidepressiva komen daarentegen met name voor bij patiënten in de diagnose categorie geen depressie en ernstige depressie. Als we kijken naar 2002 valt op dat wanneer er te weinig symptomen waren om van een depressie te spreken er juist geen tricyclische antidepressiva werden voorgeschreven. Bij een ernstige depressie werden daarentegen de meeste tricyclische antidepressiva voorgeschreven, maar ook hier gebruikte het grootste percentage van de patiënten SSRI's. Daarnaast zien we dat geen het ontbreken van een depressie of het hebben van een milde depressie samenhang met het vaker voorschrijven van SNRI's en het minder frequent voorschrijven van overige antidepressiva.

Tabel 4.7a: Voorgeschreven antidepressiva, per diagnose categorie (zoals de NHG-Standaard Depressie uit 1994 definieert) in 2001

	Geen diagnose depressie		Milde depressie		Ernstige depressie		Totale patiënten groep	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Geen antidepressiva	5	0	32	17	46	20	83	18
Tricyclische antidepressiva	8	5	24	13	12	5	44	10
SSRI's	30	59	110	60	139	61	279	60
SNRI's	1	2	10	5	6	3	17	4
MAO remmers	0	0	1	<1	0	0	1	<1
Overige antidepressiva	7	14	7	4	24	11	38	8
	51							
Totaal			184		227		462	

Tabel 4.7b Voorgeschreven antidepressiva, per diagnose categorie (zoals de NHG-Standaard Depressie uit 1994 definieert) in 2002

	Geen diagnose depressie		Milde depressie		Ernstige depressie		Totale patiënten groep	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Geen antidepressiva	10	32	27	20	47	24	84	23
Tricyclische antidepressiva	0	0	5	4	17	9	22	6
SSRI's	17	55	78	58	102	53	197	55
SNRI's	3	10	19	14	12	6	34	10
Overige antidepressiva	1	3	5	4	16	8	22	6
	31							
Totaal			134		194		359	

## 4.5 Discussie

Het is belangrijk om stil te staan bij wat de gevonden percentages voor over- en onderdiagnostiek nu precies betekenen. Het hoge percentage onderdiagnostiek suggereert dat huisartsen depressie niet voldoende herkennen of de psychiatrische problematiek niet adequaat diagnosticeren. Voor angststoornissen is dit probleem nog groter. Wanneer in ogenschouw wordt genomen dat een deel van de patiënten met een depressie of angststoornis volgens DSM-IV criteria een diagnose heeft gekregen van de huisarts voor een ander psychisch probleem dan de diagnose verkregen met de CIDI, volgt een milder oordeel over de over- en onderdiagnostiek. Wij weten niet zeker of de huisarts inderdaad de depressie of angststoornissen bij deze patiënten niet heeft herkend. Het zou kunnen zijn dat huisartsen opzettelijk alternatieve diagnoses registreerden. Rost e.a. (1994) hebben gevonden dat ongeveer de helft van de huisartsen bij een patiënt met een depressie in engere zin voor een alternatieve diagnose kiest. Het ging om patiënten waarbij de huisarts zelf had geconstateerd dat een depressie in engere zin volgens DSM-III-R criteria aanwezig was. De volgende diagnoses werden vaak als substituuut voor depressie gecodeerd: vermoeidheid/malaise, slapeloosheid en hoofdpijn (28%). De eerste reden om dit te doen was onzekerheid over de diagnose ondanks dat de huisarts had herkend dat de psychiatrische stoornis aan de criteria voor een depressie in engere zin voldeed. Daarnaast speelde het vergoedingensysteem een rol, evenals het gevaar dat een

patiënt later geen zorgverzekering zou kunnen afsluiten en de stigmatisering die de diagnose depressie met zich mee brengt. Helaas weten wij niet hoe de patiënten tijdens het spreekuur hun klachten hebben geuit: ofwel in somatische termen of door direct de symptomen behorend bij een depressie of angststoornis te benoemen.

In het onderzoek ging het om de aanwezigheid van een depressie of angststoornis in het afgelopen jaar. Aangezien de huisarts een jaar lang alle diagnoses registreerde in het medisch elektronische dossier van de patiënt was het mogelijk om de aandoeningen over de loop van de tijd te volgen en op verschillende momenten in de tijd te diagnosticeren. De methodologische opzet van het onderzoek komt op deze wijze tegemoet aan de kritiek die eerder is geuit op cross-sectioneel onderzoek naar over- en onderdiagnostiek van depressie en angst. Ondanks deze onderzoeksopzet hebben wij percentages gevonden die vergelijkbaar zijn met percentages gevonden in eerder onderzoek als het gaat om onderdiagnostiek. In tegenstelling tot wat veelal wordt gesuggereerd, laat dit onderzoek niet zien dat er in grote mate wordt overgediagnostiseerd.

In dit onderzoek is gekozen voor een scherpe definiëring van over- en onderdiagnostiek. Een andere vraag die naar voren komt is of een gestandaardiseerd interview met diagnoses volgens DSM-IV criteria wel bruikbaar zou zijn voor onderzoek binnen de huisartspraktijk. De nieuwe NHG-Standaarden voor depressie en angststoornis verwijzen echter beiden naar dit classificatiesysteem. Ook in de interviews die later in dit onderzoek worden besproken zijn geen directe aanwijzingen gevonden dat de DSM-IV criteria niet werkzaam zouden zijn voor huisartsen. In ieder geval maakt de gekozen methode een vergelijking mogelijk met resultaten van eerder onderzoek.

De uitkomsten van de gegevens verzameld in de CMR-peilstations bij patiënten met een depressie laten zien dat toch stil moet worden gestaan bij hoe huisartsen precies tot de diagnose depressie komen. Zowel in 2001 als 2002 hadden huisartsen bij de helft van de patiënten waarvan zij aangaven dat deze een depressie hadden vijf of meer depressieve symptomen aangekruist waar onder somberheid en/of plezier en interesse verlies. Volgens de NHG-Standaard uit 1994 zou de helft van de patiënten een ernstige depressie hebben gehad en volgens de NHG-Standaard uit 2003 en de DSM-IV criteria zou je alleen bij deze patiënten kunnen spreken van een depressie in engere zin (major depression). De percentages van het voorschrijven van antidepressiva in de verschillende geformuleerde diagnose categorieën suggereren dat huisartsen niet perse meer of minder voorschrijven bij een verschillend aantal depressieve symptomen.

## 4.6 Conclusies

Uit de bovenstaande resultaten blijkt er zowel sprake is van onderdiagnostiek van depressie (73%) als van angststoornissen (85%). Het probleem van overdiagnostiek is bij beide psychiatrische aandoeningen kleiner. De onderdiagnostiek van depressie en angststoornissen dient wel genuanceerd benaderd te worden. Wanneer depressieve en angstige patiënten met een diagnose voor andere psychische problemen dan respectievelijk depressief gevoel/depressie en angstig gevoel/angststoornis hierbij worden betrokken alsmede de

patiënten die een antidepressivum hebben gekregen dan neemt de onderdiagnostiek af. Bij 54% van de “ondergediagnosticeerde” depressieve patiënten en 56% van de “ondergediagnosticeerde” angstige patiënten blijkt de huisarts wel op de hoogte te zijn van de psychische of sociale problematiek. Op basis van dit onderzoek komt naar voren dat huisartsen psychische problemen wel herkennen maar niet altijd dezelfde diagnose stellen als uit de CIDI naar voren komt.

Alleen bij depressieve patiënten vonden we een aanwijzing dat de onder- en overdiagnostiek van invloed was op wel of niet behandeld worden met antidepressiva. Tussen patiënten met een depressie volgens DSM-IV criteria die wel en niet waren gediagnosticeerd met een depressie door de huisarts bestond een verschil in klinische karakteristieken, zoals de ernst van de depressieve symptomen. We vonden ook een relatie tussen klinische karakteristieken van de patiënt en de overdiagnostiek van de depressie. Daarentegen hadden sociaal-demografische factoren en klinische karakteristieken van de patiënt weinig invloed op de onder- en overdiagnostiek van angststoornissen.

De meeste patiënten die huisartsen uit de CMR-peilstations aanmeldden in 2001 en 2002 omdat zij volgens hen een depressie hadden, voldeden aan de criteria van een milde of ernstige depressie volgens de NHG-Standaard depressie uit 1994. Bij de helft van de patiënten was er sprake van vijf of meer symptomen van depressie waaronder somberheid en verlies van plezier en interesse. Volgens DSM-IV criteria en de huidige NHG-Standaard zouden alleen deze patiënten een depressie in engere zin hebben (major depressive disorder). Bij alle diagnosecategorieën werden antidepressiva in ruime mate voorgeschreven. Als wij er vanuit gaan dat huisartsen de symptomen op de vragenlijst betrouwbaar hebben aangekruist wijst dit erop dat huisartsen relatief snel voorschrijven ook al wordt volgens de NHG-Standaard terughoudendheid in voorschrijven geadviseerd.

## **Bijlage bij hoofdstuk 4: Verklarende lijst van definities van de begrippen depressie en angststoornis**

### **Major depressive disorder – Major depression - Depressie in engere zin (volgens DSM-IV criteria)**

De DSM-IV (APA, 1994; APA, 1995) spreekt van een major depressive disorder wanneer gedurende een periode van twee weken vijf of meer van de onderstaande symptomen aanwezig zijn. Voor het stellen van de diagnose is het van belang dat er in ieder geval sprake is van een depressieve stemming of verlies van belangstelling voor en plezier in activiteiten.

- 1) Depressieve stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag
- 2) Verminderde interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten
- 3) Duidelijk gewichtsverlies of gewichtstoename
- 4) Slapeloosheid of hypersomnia
- 5) Psychomotorische agitatie of retardatie (geremdheid)
- 6) Vermoeidheid of verlies van energie bijna elke dag
- 7) Zichzelf waardeloos voelen of overdreven en onnodig schuldig
- 8) Verminderd denk- en concentratie vermogen
- 9) Herhaalde gedachten aan de dood

De DSM-IV maakt binnen een major depressive disorder onderscheid in een milde (mild), matige (moderate) en ernstige (severe) episode zonder psychotische kenmerken. Dit onderscheid is gebaseerd op het aantal symptomen dat aanwezig is, de ernst van de symptomen en de mate van disfunctioneren en distress. Milde episodes worden gekarakteriseerd door de aanwezigheid van slechts vijf of zes depressieve symptomen. Er is sprake van een milde vorm van disfunctioneren als de patiënt normaal kan functioneren bij een duidelijke en ongebruikelijke inspanning. Een ernstige episode wordt gekarakteriseerd door de aanwezigheid van bijna alle symptomen en een duidelijk, waarneembaar disfunctioneren. De ernst van een matige episode is gelegen tussen een milde en een ernstige episode.

### **Dysthymic disorder - Dysthyme stoornis (volgens DSM-IV criteria)**

Bij een dysthyme stoornis is er sprake van een chronisch sombere stemming die het grootste deel van de dag, meer dagen wel dan niet, aanwezig is gedurende ten minste twee jaar. In de sombere periodes zijn in ieder geval twee van de volgende aanvullende symptomen aanwezig:

- 1) Slechte eetlust of te veel eten
- 2) Slapeloosheid of hypersomnia
- 3) Weinig energie of vermoeidheid
- 4) Lage zelfwaardering
- 5) Slechte concentratie of moeilijk beslissingen kunnen nemen
- 6) Gevoelens van hopeloosheid

In de tweejarige periode van somberheid mogen symptoomvrije intervals niet langer dan twee maanden duren. De diagnose dysthyme stoornis kan gesteld worden als er geen sprake is geweest van een major depressive episode in de tweejarige periode van de dysthyme stoornis.

### **Minor depression – milde depressie (volgens DSM-IV criteria)**

Bij een minor depression volgens de DSM-IV criteria is er sprake van één of meerdere periodes van depressieve symptomen die gelijk zijn aan een major depressive disorder wat betreft de duur, maar met minder symptomen (twee tot vier symptomen) en beperkingen. In dit onderzoek is geen gebruik gemaakt van het begrip minor depression volgens DSM-IV criteria. In de DSM-IV is minor depression een rest categorie. De definitie wordt bijvoorbeeld niet gebruikt als klachten voldoen aan de DSM criteria voor een dysthyme stoornis.

### **Down gevoel/depressieve klachten (P03), Depressie (P76) (volgens ICPC codering)**

Volgens de ICHPPC-2-defined (International Classification of Health Problems in Primary Care) (WONCA, 1983) vereist de diagnose depressie de beide volgende criteria:

A) Het afwezig zijn van een psychose

B) Drie van de volgende items:

- 1) Droefheid of zwaarmoedigheid buiten proportie gezien de psychosociale stress
- 2) Zelfmoordgedachten of -poging
- 3) Besluiteloosheid, verlies van interesse in gewone activiteiten of traag denken
- 4) Gevoelens van waardeloosheid, zelfverwijt of onterechte of excessieve schuld
- 5) Vroeg wakker worden, ochtendmoeheid, grote slaapbehoefte
- 6) Angst, snel geïrriteerd zijn, agitatie

De ICPC-1 Nederlandse versie (ICPC-1, NHG, 2000) biedt de mogelijk depressie nader te specificeren als het gaat om een post-partum depressie (P76.1). De specificatie bij de ICPC-2 is anders. Hier kan depressie gespecificeerd worden met reactieve depressie (P76.1) en andere niet-gespecificeerde depressie (P76.2). Van de specificaties is in dit onderzoek niet gebruik gemaakt omdat niet alle huisartsen dit toepassen. Tevens maken Huisarts Informatie Systemen wisselend gebruik van deze ICPC versies waardoor toegepaste specificaties verschillen.

### **Down gevoel/depressieve klachten (P03) (volgens ICPC codering)**

Door de ICHPPC-2-defined (International Classification of Health Problems in Primary Care) (WONCA, 1983) worden down/depressieve klachten niet nader gedefinieerd.

### **Depressie (volgens NHG-Standaard, 1994)**

In de NHG-Standaard uit 1994 wordt een depressie opgevat als een syndroomdiagnose waaronder wordt verstaan dat gedurende ten minste twee weken bijna dagelijks drie of meer van de volgende symptomen optreden. Hierbij is ten minste één van de eerste twee symptomen obligaat:

- 1) sombere stemming
- 2) verlies van interesse en plezier
- 3) besluiteloosheid of concentratieproblemen
- 4) gevoelens van waardeloosheid of schuld
- 5) gedachten aan de dood of aan suïcide
- 6) agitatie of remming
- 7) vermoeidheid of energie verlies
- 8) slapeloosheid of overmatig slapen
- 9) verandering van eetlust of gewicht.



De standaard maakt onderscheid tussen een milde depressie als drie of vier van de bovengenoemde symptomen aanwezig zijn. Van een ernstige depressie is volgens deze standaard sprake als er vijf of meer van deze symptomen aanwezig zijn. De ernst van de depressie wordt mede bepaald door de duur en intensiteit van de symptomen en de gevolgen voor het dagelijks leven en sociaal functioneren. De NHG-Standaard definieert niet nader het begrip down-depressief gevoel.

In een noot wordt aangegeven dat de criteria zijn afgeleid van de definities van depressie volgens de ICHPPC-2-defined en de DSM-III-R. De milde depressie correspondeert globaal met de ICHPPC-2-defined depressie, aangevuld met het durcriterium van ten minste twee weken. De ernstige depressie correspondeert met de DSM-II-R 'depressie in engere zin'. Benadrukt wordt dat de criteria geen empirische basis hebben maar door internationale afspraken tot stand zijn gekomen. De validiteit staat dus niet onomstotelijk vast. De grens tussen milde en ernstige depressie - het verschil tussen vier of vijf symptomen - is arbitrair. Ook de grens tussen geen depressie en een milde depressie is arbitrair.

In de nieuwe standaard NHG-Standaard Depressieve stoornis uit 2003 zijn de criteria voor een depressie ontleend aan de DSM-IV (zie boven). In een noot wordt aangegeven dat er in de nieuwe versie geen onderscheid meer wordt gemaakt tussen een lichte ('milde') depressie of een ernstige depressie omdat de waarde hiervan voor het behandelbeleid ter discussie staat.

#### **Angststoornissen (volgens DSM-IV criteria)**

Met behulp van de DSM-IV kunnen verschillende angststoornissen onderscheiden worden: paniekstoornis, agorafobie, specifieke fobie, sociale fobie, obsessief-compulsieve stoornis, posttraumatische stressstoornis en gegeneraliseerde angststoornis (APA, 1995). De CIDI heeft een module voor fobische en overige angststoornissen en een module voor obsessief-compulsieve stoornis en posttraumatische stressstoornis. Aangezien in dit onderzoek met behulp van de CIDI alleen de fobische en overige angststoornissen zijn gediagnosticeerd zijn deze hieronder kort beschreven. Het gaat om paniekstoornis, agorafobie, specifieke fobie, sociale fobie en gegeneraliseerde angststoornis (APA, 1995).

Een belangrijk kenmerk van een paniekstoornis zijn de herhaaldelijke en onverwachte paniekaanvallen. Daarnaast is in ieder geval één van de aanvallen gevolgd door tenminste één maand van:

- blijvend bezorgd zijn over nieuwe aanvallen;
- zich zorgen maken over de implicaties van de aanval of de consequenties;
- een belangrijke verandering in gedrag gerelateerd aan de aanvallen.

De criteria voor een agorafobie zijn in de eerste plaats angst om op plaatsen en in situaties te zijn waar ontsnappen moeilijk kan zijn of waarin hulp niet beschikbaar is in het geval van een paniekaanval. Bij agorafobie angsten gaat het vooral om de situatie van buitenshuis alleen zijn, in een menigte zijn of in een rij staan, zich op een brug bevinden of in een bus, tram of automobiel reizen. Daarnaast leidt de angst tot het vermijden van deze situaties, tot het verdragen van deze situatie met duidelijke distress of angst voor een paniekaanval of tot het nodig hebben van gezelschap in deze situaties.

Bij een specifieke fobie is er sprake van een duidelijk en voortdurende angst die overdreven en onredelijk is, en veroorzaakt wordt door de aanwezigheid van een specifiek object of een situatie. De blootstelling aan de fobische stimulus wekt bijna altijd onveranderlijk een onmiddellijke een angstrespons op die de vorm kan aannemen van een paniek aanval. De persoon herkent dat de angst overdreven en onredelijk is. Fobische situaties worden vermeden of verdragen met een intense angst of distress. Er wordt onderscheid gemaakt in een fobie voor dieren (animal type), de natuurlijke omgeving (bijv. hoogste, stormen en water) (natural environmental type), voor bloed, injecties en ongelukken (blood-injection-injury type), voor situaties (bijv. vliegtuigen, liften en afgesloten plaatsen) (situational type) en voor andere situaties (other type).

Bij een sociale fobie richt de angst zich op iets anders dan bij een specifieke fobie. Bij een sociale fobie is er sprake van een duidelijke en voortdurende angst voor één of meer sociale situaties of prestatie situaties waarin de persoon is blootgesteld aan onbekende mensen of mogelijke kritiek van anderen. De persoon is bang dat hij of zij handelt op een wijze die vernederend zal zijn en die hem/haar in verlegenheid zal brengen.

Het eerste DSM-IV criterium voor een gegeneraliseerde angststoornis (Generalized anxiety disorder) is een overdreven angst en bezorgdheid die meer dagen wel dan niet aanwezig is gedurende zes maanden over een aantal gebeurtenissen en activiteiten. Het volgende criterium is dat de persoon het moeilijk vindt om de bezorgdheid te controleren. De angst en bezorgdheid zijn gerelateerd aan drie of meer van de volgende zes symptomen: onrustig zijn, snel vermoeid zijn, moeilijk kunnen concentreren, geïrriteerd zijn, spierspanning hebben en een verstoorde slaap hebben.

Wij hebben de indeling in 5 subcategorieën volgens Bijl e.a. (1997) gehanteerd die als volgt is: paniekstoornis (met en zonder agorafobie), agorafobie (zonder paniek), specifieke fobie (voorheen enkelvoudige fobie), sociale fobie en gegeneraliseerde angststoornis.

Angststoornis/angsttoestand (P74) (volgens ICPC codering)

Volgens de ICHPPC-2-defined (International Classification of Health Problems in Primary Care) (WONCA, 1983) vereist de diagnose angststoornis de beide volgende criteria:

- A) Algemene en persistente angst of angstige stemming die niet toegeschreven kan worden aan of disproportioneel groot is als reactie op een specifieke psychosociale stress factors, stimulus of gebeurtenis.
- B) Geen aanwijzingen voor andere psychische stoornissen.

Door de ICHPPC-2-defined (International Classification of Health Problems in Primary Care) (WONCA, 1983) wordt een angstig/nervus/gespannen gevoel (P01) niet nader gedefinieerd.

### **Angststoornis (volgens NHG-Standaard)**

De NHG-Standaard uit 1997 houdt de onderverdeling in angststoornissen aan van de DSM-IV (paniekstoornis, agorafobie, specifieke fobie, sociale fobie, obsessieve compulsieve stoornis, posttraumatische stresstoornis en gegeneraliseerde angststoornis). De posttraumatische stresstoornis wordt in de Standaard echter niet besproken omdat de angst hierbij ontstaat door herbelevingen van een extreem traumatische ervaring en derhalve als reëel dient te worden aangemerkt. De gegeven begrippen zijn afgeleid van de DSM-IV criteria. In de standaard komt ook hypochondrie aan de orde hoewel hypochondrie doorgaans niet gerekend wordt tot de angststoornissen.

Naar analogie van de DSM-IV, worden in de NHG-Standaard uit 2004 angststoornissen onderverdeeld in paniekstoornis, agorafobie, specifieke fobie, sociale fobie, obsessieve compulsieve stoornis, posttraumatische stresstoornis en gegeneraliseerde angststoornis. Hoewel de DSM-IV hypochondrie niet tot de angststoornissen rekent, is deze wederom wel opgenomen in de NHG Standaard. In de Standaard zijn de begrippen 'angststoornis' en 'paniekaanval' en een achttal specifieke angststoornissen afgeleid van de DSM-IV classificatie.

De term *angststoornis* is een verzamelnaam voor verschillende stoornissen waarbij sprake is van buitensporige of onevenredig lang aanhoudende angst (pathologische angst) die aanleiding geeft tot aanhoudend subjectief lijden of tot een belemmering van het dagelijks functioneren.

Een *paniekaanval* is hevige angst in een duidelijk begrensde periode, of een intens gevoel van onbehagen, waarbij de volgende symptomen kunnen optreden: hartkloppingen, transpireren, trillen of beven, ademnood of het gevoel te stikken, pijn of een onaangenaam gevoel op de borst, misselijkheid of maagklachten, duizeligheid, gevoelens van derealisatie of depersonalisatie, angst voor controleverlies of om krankzinnig te worden, angst om dood te gaan, tintelingen of dove gevoelens, opvliegers of koude rillingen. De duur van de aanval kan variëren van enkele minuten tot een half uur, daarna kan de patiënt zich nog enkele uren angstig voelen. Op zichzelf is een paniekaanval geen angststoornis, maar kan wel een symptoom van een dergelijke stoornis zijn.

Een *paniekstoornis* wordt gekenmerkt door recidiverende paniekaanvallen, waarbij de patiënt na de aanval of tussen de aanvallen door bang is een nieuwe paniekaanval te krijgen. Als gevolg van een paniekstoornis ontstaat vaak agorafobie, vandaar dat in de DSM-IV<sup>TR</sup> gesproken wordt van 'paniekstoornis met of zonder agorafobie'.

*Agorafobie* wordt gekenmerkt door angst voor situaties waaruit de patiënt denkt moeilijk te kunnen ontkomen of voor situaties waarin hij moeilijk hulp zou kunnen krijgen als zich een paniekaanval zou voordoen of als hij onwel zou worden. Dit leidt tot weloverwogen pogingen deze situaties te vermijden (vermijdingsgedrag). Vaak worden meerdere situaties vermeden, zoals alleen buitenshuis zijn, in een menigte verblijven (drukke straten of winkels, restaurants) en met auto, bus of trein reizen.

Een *specifieke fobie* wordt gekenmerkt door hevige, aanhoudende angst voor een specifiek object, bijvoorbeeld spinnen, slangen of bloed, of voor een specifieke situatie, zoals

hoogten (hoogtevrees) of kleine ruimten (claustrofobie). Confrontatie met het object of de situatie wordt vermeden of doorstaan met hevige angst.

Een *sociale fobie* wordt gekenmerkt door hevige, aanhoudende angst voor situaties waarin men wordt blootgesteld aan een mogelijk kritische blik van anderen en waarin men bang is zich belachelijk te maken, bijvoorbeeld door blozen of trillende handen. Voorbeelden van dergelijke situaties zijn: eten, drinken, spreken of schrijven in het openbaar. Deze situaties worden vermeden of doorstaan met hevige angst. De sociale fobie kan worden onderverdeeld in een specifieke vorm, waarbij de angst gekoppeld is aan een specifieke situatie, zoals spreken in het openbaar (podiumvrees), en in een gegeneraliseerde vorm, waarbij de angst in verschillende situaties voorkomt.

Een *obsessieve compulsieve stoornis* wordt gekenmerkt door terugkerende en hardnekkige gedachten, impulsen of voorstellingen (obsessies), of door dwanghandelingen. De terugkerende en hardnekkige gedachten, impulsen of voorstellingen worden beleefd als opgedrongen en misplaatst en leiden tot hevige angst of spanning. De dwanghandelingen zijn dwangmatige handelingen (compulsies) die tegen beter weten in worden uitgevoerd en een tijdelijke angstreducerende functie hebben, bijvoorbeeld wassen, controleren, tellen of bidden.

Een *posttraumatische stressstoornis* wordt gekenmerkt door herbelevingen in de vorm van terugkerende nachtmerries, herinneringen of flashbacks die betrekking hebben op een traumatische gebeurtenis, het vermijden van prikkels (situaties, gedachten, activiteiten of mensen) die bij het trauma horen, en verhoogde prikkelbaarheid, hetgeen zich uit in woede-uitbarstingen, overdreven schrikreacties en/of het zich moeilijk kunnen concentreren.

Een *gegeneraliseerde angststoornis* wordt gekenmerkt door buitensporige, aanhoudende angst voor of bezorgdheid over diverse aspecten van het leven, bijvoorbeeld werk, financiën, kinderen en toekomst. Deze stoornis gaat gepaard met symptomen als piekeren, rusteloosheid, vermoeidheid, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, spierspanning en slaapproblemen.

*Hypochondrie* wordt gekenmerkt door de aanhoudende angst of opvatting een ernstige ziekte te hebben terwijl daarvoor onvoldoende grond bestaat. Deze stoornis is gebaseerd op een preoccupatie met en een verkeerde interpretatie van lichamelijke verschijnselen. Deze angst of overtuiging blijft aanwezig, ondanks adequate voorlichting.

## 5 Het voorschrijven van antidepressiva

*Annemarie de Jong, Dinesh Somai, Anita Volkens, Liset van Dijk*

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het voorschrijven van antidepressiva in 2001 en 2002 in de huisartspraktijk in kaart gebracht op basis van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Getracht wordt om inzicht te verschaffen in de volgende vragen: hoe vaak worden antidepressiva voorgeschreven door de huisarts? Welke antidepressiva worden vooral voorgeschreven? En voor welke diagnoses? En tenslotte: zijn er groepen patiënten te onderscheiden aan wie vaker of juist minder vaak een antidepressivum wordt voorgeschreven?

### 5.2 Methode

Voor dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van gegevens uit LINH. Voor een algemene beschrijving van LINH wordt verwezen naar hoofdstuk 3. De voorschrijfgegevens van 98 huisartspraktijken zijn gebruikt voor de analyses. Een groot deel van de praktijken, 82 in totaal, hebben zowel gegevens over 2001 en 2002 aangeleverd, 16 praktijken hebben alleen gegevens over 2001 aangeleverd en 16 andere praktijken alleen in 2002. Om te kunnen bepalen of een praktijk antidepressiva heeft voorgeschreven moet de praktijk de geneesmiddelencode (=ATC-code) hebben geregistreerd. Praktijken die minimaal 85% van alle geneesmiddelen hebben voorzien van een ATC-code zijn meegenomen in de analyses. Uiteindelijk zijn zowel voor 2001 als 2002 99% van de praktijken meegenomen zijn als het gaat om analyses waarin het uitsluitend om de recepten gaat (en niet om de bijbehorende diagnose).

Om iets kunnen zeggen over de combinatie antidepressivum en diagnose, is het belangrijk dat ook de diagnose door de huisarts is geregistreerd. Dit is over het algemeen minder vaak gedaan dan de ATC-code. Derhalve zijn de inclusiecriteria hiervoor minder streng gesteld. Praktijken die ten minste 60% van de recepten van een diagnose hebben voorzien, zijn in de analyses meegenomen. In 2001 waren dat 44 praktijken, in 2002 57 praktijken. Deze praktijken hadden gemiddeld genomen 78,8% van de recepten van een diagnose voorzien in 2001, in 2002 was dat 82,3%.

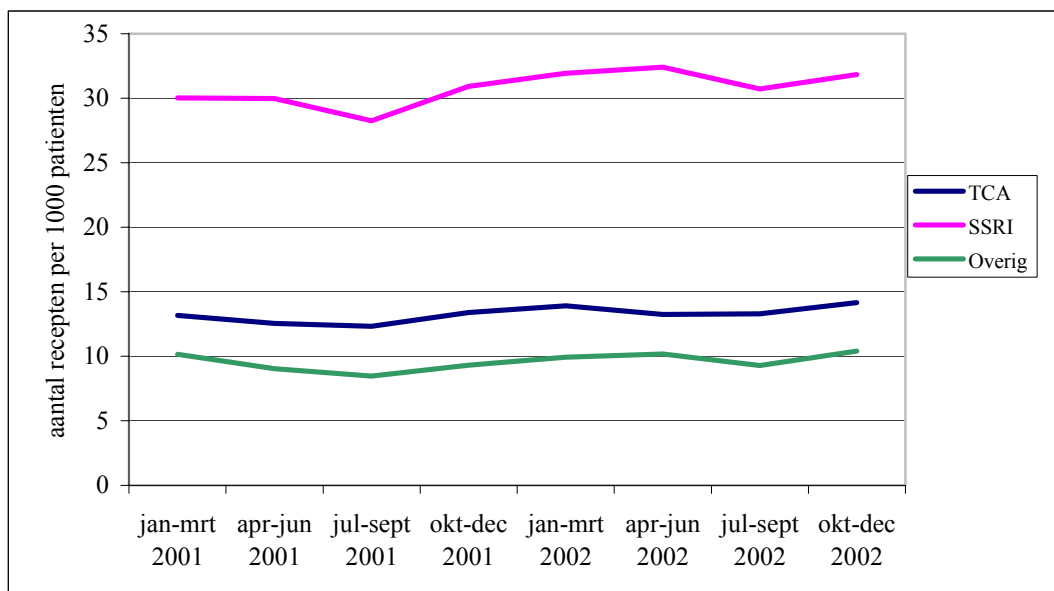
De invloed van patiëntenkenmerken op het gebruik van antidepressiva is geanalyseerd met behulp van de gegevens van de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2). De praktijken uit de NS2 vormen een grote deelverzameling van de LINH praktijken. In het kader van de NS2 zijn, naast de gebruikelijke registraties van het huisartsgeneeskundig handelen in de deelnemende praktijken verschillende aanvullende gegevensverzamelingen uitgevoerd, onder andere de patiëntregistratie. Met behulp van deze enquête is van alle patiënten bekend wat hun hoogst genoten opleiding is en of zij een autochtone of allochtone afkomst hebben.

## 5.3 Voorschrijfvolume

### 5.3.1 Aantal recepten antidepressiva per 1000 patiënten in 2001 en 2002

Het aantal recepten antidepressiva dat huisartsen voorschrijven, stijgt. In 2001 zijn er per 1000 patiënten 208 recepten antidepressiva voorgeschreven door de huisarts, in 2002 is dit toegenomen tot 221 recepten antidepressiva per 1000 patiënten. Wanneer de antidepressiva in de drie hoofdgroepen wordt ingedeeld, blijkt dat de SSRI's het meest worden voorgeschreven, gevolgd door de TCA's en daarna de overige antidepressiva. Voor alle drie groepen geldt dat het aantal voorschriften per 1000 patiënten in 2002 ten opzichte van 2001 toeneemt. Tevens is er een lichte schommeling in het jaar: in de maanden juli tot en met september is het gebruik van antidepressiva iets lager dan in de overige kwartalen van het jaar.

Figuur 5.1: Aantal recepten antidepressiva per kwartaal (TCA's, SSRI's en overige antidepressiva) per 1000 patiënten in 2001/2002

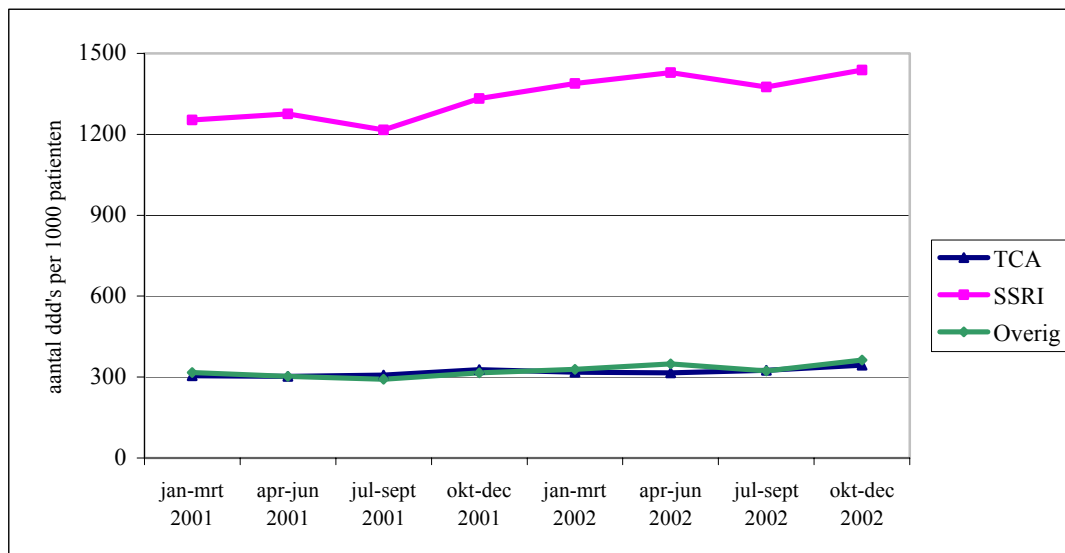


Het aantal recepten per 1000 patiënten wijkt af van de 408 recepten per 1000 patiënten zoals gevonden in het GIP-signaal: Gebruik van antidepressiva 1996 – 2001 (2003). Een verklaring hiervoor is dat in het GIP-signaal ook de specialistenreceptuur is opgenomen. Dit verklaart ruim 100 recepten van het verschil. Een andere mogelijke oorzaak is dat de cijfers door ons berekend gebaseerd zijn op ziekenfonds patiënten en particulier verzekerde patiënten. In het GIP-signaal wordt een schatting gemaakt van het aantal recepten dat particuliere patiënten afnemen.

## 5.4 Aantal DDD's (defined daily dose = standaard dagdosering)

Het aantal DDD's staat voor het aantal dagen met één standaard dagdosering. Bijvoorbeeld: één voorschrift voor 30 tabletten van 10 mg bevat 300 mg aan werkzame stof; als de standaard dagdosering 15 mg is, komt het aantal standaard dagdoseringen overeen met 20 ( $300 \text{ mg}/15 \text{ mg} = 20$  dagen) (GIPsignaal, 2003). Figuur 5.2 laat zien dat evenals bij het aantal voorschriften, het aantal voorgeschreven DDD's per 1000 patiënten voor SSRI's het grootst is. Het aantal voorgeschreven DDD's van TCA's en overige antidepressiva ligt ongeveer gelijk. Dit duidt erop dat TCA's een lager aantal DDD's per recept hebben (zie ook hoofdstuk 6).

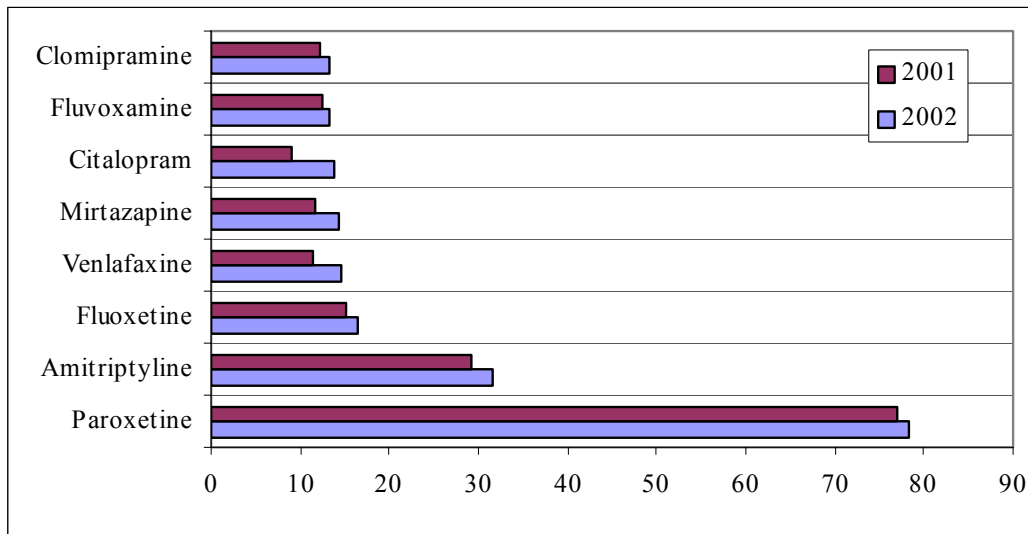
Figuur 5.2: Aantal DDD's per kwartaal (TCA's, SSRI's en overige antidepressiva) per 1000 patiënten in 2001/2002



### 5.4.1 Keuze voor een antidepressivum

Welk antidepressivum zit nu vooral 'in de pen' bij de huisarts? Figuur 5.3 laat de top acht van meest voorgeschreven recepten antidepressiva zien per 1000 patiënten in 2001 en 2002. Paroxetine, een SSRI, wordt het meest voorgeschreven door de huisarts, gevolgd door een TCA: amitriptyline. Voor alle antidepressiva geldt dat er nog steeds een lichte groei in aantal recepten per 1000 patiënten is waar te nemen in 2002. Voor de nieuwere middelen, citalopram, venlafaxine en mirtazapine is de stijging groter dan van de antidepressiva die al wat langer op de markt zijn. De cijfers van het GIP laten ook zien dat het voorschrijven van venlafaxine en mirtazapine sterker stijgt dan het voorschrijven van andere middelen ([www.gipdatabank.cvz.nl](http://www.gipdatabank.cvz.nl), november 2004). Voor citalopram is dit in de GIP-cijfers niet het geval.

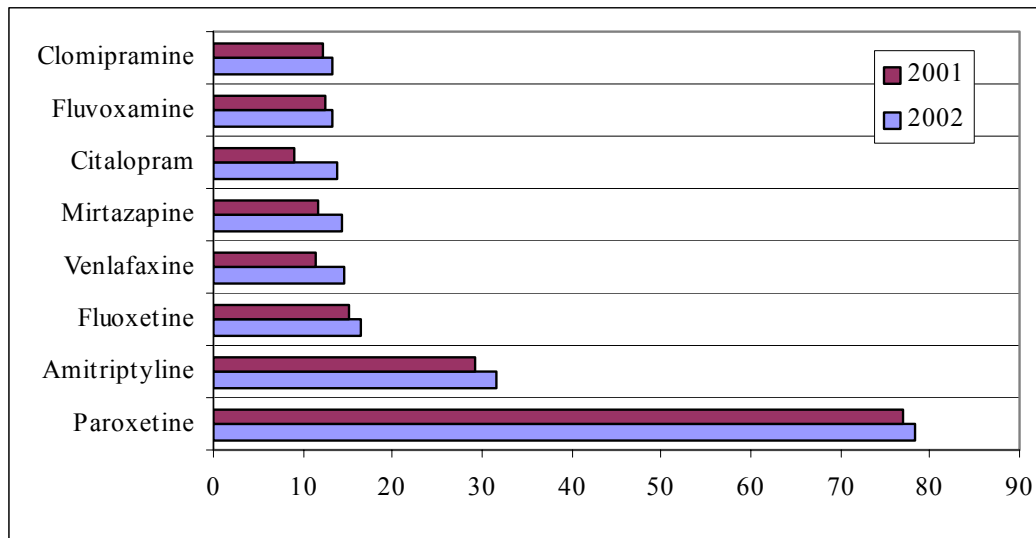
Figuur 5.3: Top 8 van meest voorgeschreven antidepressiva (aantal voorschriften per 100 patiënten) in de huisartspraktijk in 2001-2002



Figuur 5.4 laat de top acht weer zien, maar nu voor het aantal voorgeschreven DDD's. Ook hier is, logischerwijze, paroxetine de koploper. Bij het aantal voorschriften kwam amitriptyline op de tweede plaats met duidelijk meer voorschriften per 1000 patiënten dan fluoxetine en venlafaxine. Echter, als naar het aantal voorgeschreven DDD's per 1000 patiënten gekeken wordt, dan is dat voor amitriptyline ongeveer gelijk aan dat voor fluoxetine. Voor venlafaxine geldt dat niet. Dit duidt erop dat het aantal DDD's per recept bij SSRI's hoger is dan bij TCA's en overige antidepressiva (zie ook hoofdstuk 6). Verder is opvallend dat citalopram wat betreft het aantal voorgeschreven DDD's per 1000 patiënten in 2002 op de vierde plaats komt.



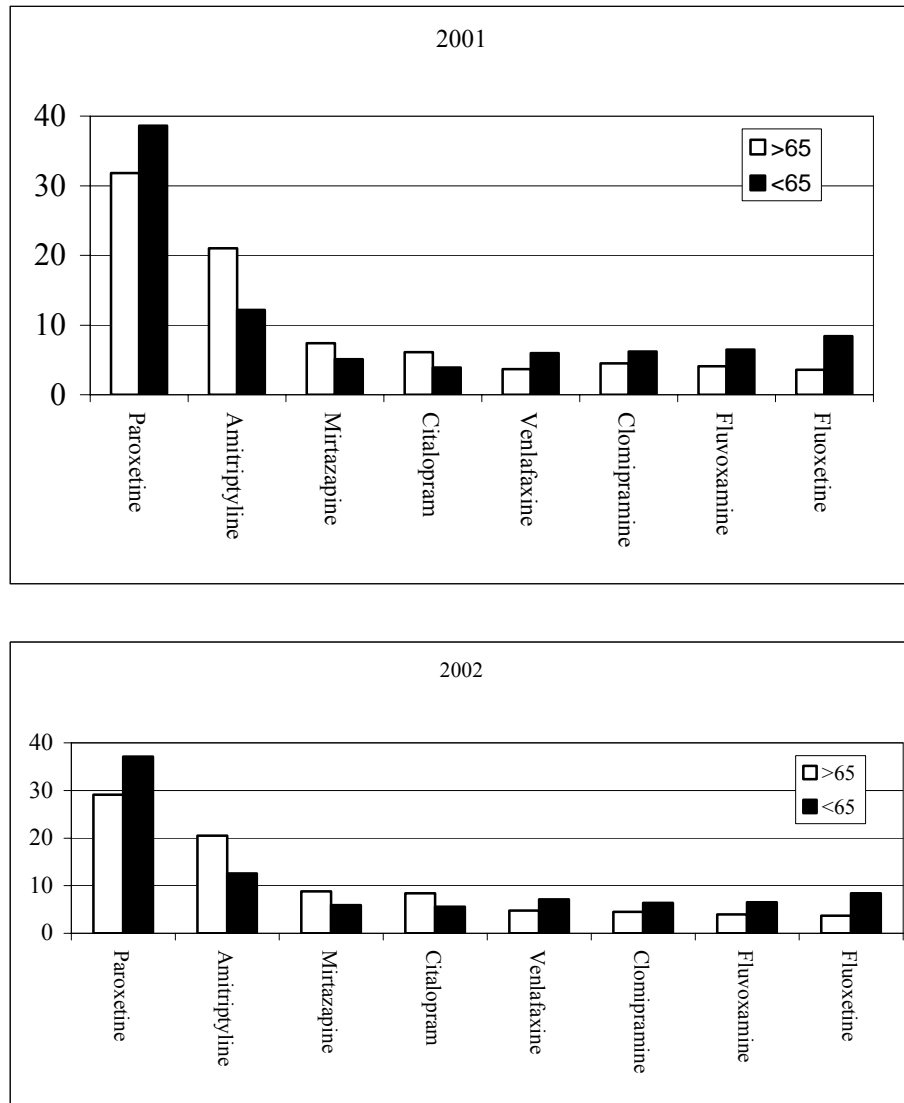
Figuur 5.4: Top 8 van meest voorgeschreven antidepressiva (aantal DDD's per 1000 patiënten in de huisartspraktijk in 2001-2002



#### *Het voorschrijven van antidepressiva bij ouderen*

In de interviews die in het kader van dit onderzoek met huisartsen zijn gehouden (zie hoofdstuk 7) werd geregeld gezegd dat bij oudere patiënten voor andere middelen wordt gekozen. Een reden die de huisartsen daarvoor aangaven, is dat een aantal middelen, met name citalopram, minder interacties hebben met andere medicatie. Omdat ouderen vaak meer geneesmiddelen gebruiken, is citalopram dan een goede keuze. Uit figuur 5.5 blijkt dat de keuze voor een antidepressivum inderdaad anders is bij 65-plussers dan bij jongere patiënten. De 65-plussers krijgen vaker amitriptyline, mirtazapine of citalopram voorgeschreven door de huisarts dan jongere patiënten.

Figuur 5.5: Top 8 van meest voorgeschreven antidepressiva aan patiënten jonger dan 65 jaar en ouder dan 65 jaar per 1000 patiënten in de huisartspraktijk in 2001-2002



#### 5.4.2 Analyses op diagnose niveau

Tabel 5.1 geeft een overzicht van de top tien van meest gestelde diagnoses op recepten voor antidepressiva in 2001 en 2002. Het aandeel van de diagnose depressie is in 2002 gedaald ten opzichte van 2001. Daar tegenover staat een toename van het aandeel “depressief gevoel”. De verschuivingen zijn echter niet groot en kunnen deels samenhangen met het feit dat de praktijken die in de analyses zijn betrokken in 2001 en 2002 niet precies dezelfde zijn.

Tabel 5.1: Aandeel (%) van diagnoses op recepten antidepressiva in 2001 en 2002: top acht

Diagnose	% in 2001 N = 27.961	% in 2002 N = 38.855
Depressie	49,5	43,9
Angststoornis/angsttoestand	11,6	11,4
Down/depressief gevoel	6,8	9,4
Angstig/nerveus/gespannen gevoel	4,6	4,6
Slapeloosheid/andere slaapstoornis	2,0	2,1
Andere neurose	0,7	1,3
Neurasthenie/surmenage	0,7	1,1
Persoonlijkheden/karakterstoornis	0,5	0,8
Hoofdgroep 'psychische problemen'	84,5	81,7

## 5.5 Kenmerken van patiënten die een antidepressivum voorgeschreven krijgen

Zijn er bepaalde patiëntengroepen te onderscheiden aan wie vaker of juist minder vaak een antidepressivum wordt voorgeschreven? In paragraaf 5.5 gaan we op deze vraag in. Alleen de gegevens van 2001 worden gebruikt. Dit omdat de patiëntkenmerken in 2001 zijn gemeten (in de patiëntregistratie van de NS2, zie hoofdstuk 3).

### *Geslacht, leeftijd en antidepressiva gebruik*

In tabel 5.2 is gekeken of het aantal mannelijke gebruikers verschilt van het aantal vrouwelijke gebruikers. Zoals ook al is aangetoond in eerder onderzoek (o.a. GIP-sigitaal, 2003) worden antidepressiva tweemaal vaker aan vrouwen voorgeschreven dan aan mannen. Dit verschil ontstaat vanaf de leeftijd van 15 jaar en wordt niet meer ingehaald.

Tabel 5.2: Gebruikers van antidepressiva naar geslacht als percentage van patiënten in de betreffende leeftijdsgroep in 2001

	Man		Vrouw	
	%	N = patiënten	%	N = patiënten
0 t/m 4 jaar	0,01	8.028	0	7.545
5 t/m 14 jaar	0,2	20.565	0,1	19.667
15 t/m 24 jaar	0,7	19.264	1,9	19.601
25 t/m 44 jaar	2,4	51.714	5	51.189
45 t/m 64 jaar	3,7	40.765	6,8	39.194
65 t/m 74 jaar	3,4	10.945	6,6	12.581
75 jaar e.o.	4,1	7.175	8,2	12.287

### *Verzekeringsvorm, leeftijd en antidepressiva gebruik*

Is het gebruik van antidepressiva onder ziekenfondsverzekerden anders dan onder particulier verzekerden? Uit tabel 5.3 blijkt dat ziekenfondsverzekerden vaker antidepressiva voorgeschreven krijgen dan patiënten die een particuliere ziektekostenverzekering hebben. Het verschil is het grootst in de leeftijdscategorie 45 tot en met 64 jaar en neemt vervolgens weer af met het stijgen van de leeftijd.

Tabel 5.3: Gebruikers van antidepressiva naar verzekeringsvorm als percentage van patiënten in de betreffende leeftijdsgroep in 2001

	Ziekenfonds		Particulier	
	%	N=patiënten	%	N=patiënten
0 t/m 4 jaar	0,01	10.075	0	5.499
5 t/m 14 jaar	0,2	24.030	0,2	16.202
15 t/m 24 jaar	1,5	26.537	1,0	12.329
25 t/m 44 jaar	4,0	75.870	2,8	27.034
45 t/m 64 jaar	5,7	51.718	4,2	28.245
65 t/m 74 jaar	5,2	17.154	4,6	6.372
75 jaar e.o.	6,6	14.840	6,4	4.623

### ***Opleiding, leeftijd en antidepressiva gebruik***

Is de hoogst genoten opleiding van een patiënt van invloed op het gebruik van antidepressiva? Uit tabel 5.4 blijkt dat hoe hoger de patiënt is opgeleid, hoe minder vaak hij of zij een antidepressivum slikt. Dit geldt voor alle leeftijdscategorieën.

Tabel 5.4: Gebruikers van antidepressiva naar opleiding als percentage van patiënten in de betreffende leeftijdsgroep in 2001

	Geen/Lagere school		Middelbaar/voortgezet onderwijs		HBO/academisch onderwijs	
	%	N=patiënten	%	N=patiënten	%	N=patiënten
25 t/m 44 jaar	6,6	4.277	4,1	45.971	3,0	20.670
45 t/m 64 jaar	6,6	10.884	5,2	38.769	4,9	13.749
65 t/m 74 jaar	5,5	8.664	5,1	8.999	4,5	1.902
75 jaar e.o.	6,8	8.862	6,4	5.511	5,4	913

### ***Etniciteit, leeftijd en antidepressiva gebruik***

In tabel 5.5 is gekeken naar de relatie tussen etniciteit en het gebruik van antidepressiva. Voor zowel autochtonen als westerse en niet-westerse allochtonen neemt het gebruik van antidepressiva toe met leeftijd. Tot de leeftijd van 25 jaar is het aandeel gebruikers van antidepressiva onder autochtonen en niet-westerse allochtonen ongeveer even hoog. In de leeftijd van 25 tot en met 65 jaar is het percentage gebruikers hoger onder de niet-westerse allochtonen, bij 65-plussers zijn er juist meer autochtone gebruikers.

Tabel 5.5: Gebruikers van antidepressiva naar opleiding als percentage van patiënten in de betreffende leeftijdsgroep in 2001

	Autochtoon		Westers allochtoon		Niet-westers allochtoon		Onbekend	
	%	N	%	N	%	N	%	N
0 t/m 4 jaar	0,01	10.536	0,0	579	0,0	997	0,0	3.462
5 t/m 14 jaar	0,2	27.442	0,4	1600	0,1	2.361	0,1	8.829
15 t/m 24 jaar	1,2	24.896	1,3	1663	1,1	1.786	1,5	10.521
25 t/m 44 jaar	3,8	63.336	4,1	4562	4,8	3.637	3,2	31.369
45 t/m 64 jaar	5,4	58.074	5,6	4573	5,6	1.598	4,6	15.718
65 t/m 74 jaar	5,3	18.581	4,2	1254	4,7	233	4,5	3.458
75 jaar e.o.	7,0	14.841	5,4	860	2,6	77	6,0	3.685

N = Aantal patiënten.

Het feit dat autochtonen boven de 65 jaar vaker antidepressiva gebruiken dan niet-westerse allochtonen kan te maken hebben met het feit dat in de allochtone bevolkingsgroep ouder dan 65 jaar mannen oververtegenwoordigd zijn. Hierdoor zou het verschil dat gevonden is in tabel 5.5 verklaard kunnen. Uit tabel 5.6 en 5.7 blijkt echter dat voor mannen en vrouwen de relatie tussen etniciteit en gebruik van antidepressiva hetzelfde is.

Tabel 5.6: Gebruikers van antidepressiva naar etniciteit als percentage van patiënten in de betreffende leeftijdsgroep in 2001 (mannen)

Man	Autochtoon		Westers allochtoon		Niet-westers allochtoon	
	%	N	%	N	%	N
0 t/m 4 jaar	0,02	5.410	0	296	0	518
5 t/m 14 jaar	0,2	14.005	0,5	818	0,2	1.230
15 t/m 24 jaar	0,6	12.403	0,5	831	0,8	894
25 t/m 44 jaar	2,5	30.483	2,6	1961	3,9	1.676
45 t/m 64 jaar	3,8	29.020	4,0	2284	5,0	813
65 t/m 74 jaar	3,4	8.647	3,9	546	3,7	108
75 jaar e.o.	4,3	5.629	3,4	266	0	31

N = Aantal patiënten.

Tabel 5.7: Gebruikers van antidepressiva naar etniciteit als percentage van patiënten in de betreffende leeftijdsgroep in 2001 (vrouwen)

Vrouw	Autochtoon		Westers allochtoon		Niet-westers allochtoon	
	%	N	%	N	%	N
0 t/m 4 jaar	0	5.125	0	283	0	479
5 t/m 14 jaar	0,1	13.437	0,3	782	0,1	1.131
15 t/m 24 jaar	1,9	12.493	2,2	832	1,5	892
25 t/m 44 jaar	5,2	32.852	5,3	2.601	5,6	1.961
45 t/m 64 jaar	7,0	29.050	7,2	2.289	6,1	785
65 t/m 74 jaar	6,8	9.934	4,4	708	5,6	125
75 jaar e.o.	8,6	9.211	6,2	594	4,4	46

N = Aantal patiënten.

## 5.6 Samenvatting

In dit hoofdstuk is de omvang van het voorschrijven van antidepressiva in kaart gebracht. Tevens is de combinatie met de diagnose belicht en is er gekeken hoe de samenhang van het gebruik van antidepressiva met een aantal patiëntenkenmerken is. De belangrijkste bevindingen uit dit hoofdstuk zijn:

- Zowel het gebruik van SSRI's als van TCA's en overige antidepressiva was in 2002 hoger dan in 2001. Deze groei is het sterkst voor de nieuwere middelen: citalopram, venlafaxine en mirtazapine.
- Antidepressiva worden vooral voor depressie voorgeschreven, gevolgd door angststoornissen. Verder blijkt dat antidepressiva in 2002 vaker werden voorgeschreven bij overige psychische problemen dan in 2001.
- Patiëntenkenmerken blijken van invloed te zijn op het gebruik van antidepressiva. Ouderen gebruiken vaker antidepressiva. Onder vrouwen is het gebruik ongeveer tweemaal groter dan onder mannen en ziekenfondsverzekerden krijgen vaker een antidepressivum voorgeschreven dan particulier verzekerden. Lager opgeleiden krijgen vaker een antidepressivum voorgeschreven dan hoog opgeleide patiënten. Autochtone patiënten in de leeftijd van 25 tot 65 jaar slikken minder vaak een antidepressivum dan hun allochtone leeftijdsgenoten; vanaf 65 jaar krijgt de autochtone patiënt vaker een antidepressivum voorgeschreven.

## 6 Het voorschrijven van antidepressiva: doelmatig voorschrijven

*Annemarie de Jong, Anita Volkers, Dinny de Bakker, Liset van Dijk*

### 6.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is een globale beschrijving gegeven van de huidige stand van zaken wat betreft het voorschrijven van antidepressiva. SSRI's, en dan met name paroxetine, worden het vaakst voorgeschreven. De nieuwere middelen, zoals citalopram, venlafaxine en mirtazapine groeien het hardst in voorschrijfvolume in 2002. Daarnaast worden amitriptyline, mirtazapine en citalopram vaker aan 65-plussers voorgeschreven. In dit hoofdstuk volgt een verdieping van de analyses. Tijdens de duur van dit onderzoek zijn de relevante NHG-Standaarden herzien: 'Depressieve stoornis' (2003) en 'Angststoornissen' (2004). Omdat CVZ er de voorkeur aan gaf om het voorschrijven (ook) met deze nieuwe NHG-Standaarden te vergelijken, wordt aan de hand van deze Standaarden bestudeerd in hoeverre antidepressiva doelmatig wordt voorgeschreven. Beide Standaarden raden huisartsen aan terughoudend te zijn met voorschrijven. Volgens de NHG-Standaard 'Depressieve stoornis' is medicamenteuze therapie alleen bij een ernstige depressie gewenst. In de behandeling van angststoornissen speelt de medicamenteuze behandeling een beperkte rol en wordt niet-medicamenteuze behandeling benadrukt. Alleen wanneer er sprake is van een paniekstoornis kan het zinvol zijn om over te gaan op een medicamenteuze behandeling. Zowel bij de behandeling van depressie als angststoornissen mag de patiënt naast een antidepressivum kortdurend een benzodiazepine gebruiken.

De eerste stap om de doelmatigheid van de medicamenteuze behandeling te bestuderen, is te kijken of de huisarts al dan niet voorschrijft en of dit conform de richtlijnen is. Hierbij dient de huisarts te kijken naar de ernst van de klachten. De ernst van de aandoening van depressieve en angstige patiënten kan de huisarts in LINH op twee niveaus registreren: op klachtenniveau (angstig gevoel, depressief gevoel) of op stoornisniveau (angststoornis, depressie). De relatie tussen de door de huisarts gestelde diagnose en de gekozen farmacotherapeutische behandeling zal worden besproken in termen van doelmatig of ondoelmatig, waarbij doelmatig voorschrijven is gedefinieerd als voorschrijven volgens de NHG-Standaarden (zie paragraaf 6.2). Aan de orde komt overigens ook of antidepressiva voor andere psychische problemen dan angst en depressie en voor andere diagnosen dan psychische problemen worden voorgeschreven. Vervolgens kan gekeken worden of, indien voorgeschreven wordt, gekozen wordt voor een middel dat is aanbevolen in de NHG-Standaard. De genoemde voorkeursmiddelen bij depressie zijn: amitriptyline, imipramine, nortriptyline, paroxetine, sertraline of fluvoxamine. Wanneer de patiënt naast een depressie een angststoornis heeft, mag ook clomipramine worden voorgeschreven. De derde en laatste stap zal zijn om het voorschrijven van antidepressiva wat betreft de dosering en duur te bestuderen.

## 6.2 Methode

Voor dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van de LINH-cijfers over het jaar 2001 en 2002. Voor de selectie van praktijken wordt verwezen naar paragraaf 5.2. In dit hoofdstuk is gekeken welk geneesmiddel is voorgeschreven wanneer bij een patiënt de diagnose depressie of angststoornis is gesteld en in hoeverre dit overeenkomt met de adviezen uit de Standaarden. Tevens is, andersom, gekeken voor welke indicaties antidepressiva worden voorgeschreven. Om uitspraken te kunnen doen of de patiënt is behandeld conform de NHG-Standaard Depressieve stoornis of de NHG-Standaard Angststoornissen is het nodig dat zowel de diagnose als het geneesmiddel bekend zijn. De onderstaande tabel geeft aan wanneer in dit hoofdstuk iets als “doelmatig voorschrijven” wordt beschouwd.

Wanneer wordt er conform de NHG-Standaard voorgeschreven en wanneer niet?

Hierbij kunnen de volgende situaties voorkomen:

(NB: De situaties hebben alleen betrekking op de situaties die kunnen worden getoetst met de LINH-data)

1. Situatie waarin antidepressiva conform de NHG-Standaard depressieve stoornis en/of de NHG-Standaard angststoornissen worden voorgeschreven:
  - Aan de patiënt met indicatie depressie (P76) of angststoornis (P74) wordt een antidepressivum voorgeschreven dat wordt geadviseerd in de Standaard. Qua duur en dosis wordt de NHG-Standaard gevolgd.
  - De diagnose depressie (P76) of angststoornis (P74) wordt niet gesteld en er wordt geen antidepressivum voorgeschreven.
2. Situatie waarin antidepressiva niet conform de NHG-Standaard depressieve stoornis en/of de NHG-Standaard angststoornissen worden voorgeschreven:

Aan de patiënt met indicatie depressie (P76) of angststoornissen (P74) wordt geen antidepressivum, maar een ander geneesmiddel voorgeschreven.

  - De indicatie depressie (P76) of angststoornis (P74) wordt niet gesteld, maar er wordt wel een antidepressivum voorgeschreven.
  - Aan de patiënt met indicatie depressie (P76) of angststoornis (P74) wordt een ander antidepressivum voorgeschreven dan in de standaard wordt geadviseerd en/of de standaard wordt niet gevolgd qua duur en dosis.
  - Aan de patiënt met indicatie depressie (P76) of angststoornis (P74) wordt een antidepressivum voorgeschreven, maar er zijn contra-indicaties in de vorm van co-medicatie en/of co-morbiditeit.



### 6.3 Welk geneesmiddel wordt voorgeschreven bij de diagnose depressie (P76) en angststoornis (P74)?

Tabel 6.1 geeft een overzicht van de medicamenteuze therapie die huisartsen geven bij de diagnoses depressie en angststoornis in 2001 en 2002. De tabel laat zien dat in 2001 bij een diagnose angststoornis in bijna 85% gekozen is voor een behandeling met een antidepressivum en/of een benzodiazepine. Voor de medicamenteuze behandeling van depressie is in dat jaar in meer dan de helft van de gevallen gekozen voor een behandeling met SSRI's. Het aandeel van TCA's, overige antidepressiva en benzodiazepinen is beduidend lager. Deze laatste geneesmiddelen worden ongeveer in gelijke mate voorgeschreven (<11%). Bij angststoornissen wordt veelal ook gekozen voor een behandeling met een SSRI, maar het percentage ligt duidelijk lager dan bij depressie (36%). Naast SSRI's spelen benzodiazepinen een duidelijke rol bij de medicamenteuze behandeling van angststoornissen (29%). Net als bij depressie is het aandeel van TCA's en overige antidepressiva kleiner (<13%).

In 2002 komt het beeld in grote lijnen overeen met het beeld in 2001. Ook nu geldt dat bij depressie in de helft van de gevallen waar gekozen is voor een medicamenteuze behandeling een SSRI is voorgeschreven. Bij een klein percentage is een TCA, een ander antidepressivum of een benzodiazepine voorgeschreven (<14%). Bij een diagnose depressie is in bijna 86% gekozen voor een behandeling met een antidepressiva en/of een benzodiazepine en dit percentage is 88% bij een diagnose angststoornis.

Tabel 6.1: Welke medicamenteuze therapie wordt bij de diagnose depressie en de diagnose angststoornis gegeven in 2001 en 2002?

	TCA	SSRI	Overige anti-depressiva	Benzodiazepine	Overige voorschriften	Totaal %	N
<b>2001</b>							
Depressie	10,7%	54,6%	10,9%	8,5%	15,3%	100	18.189
Angststoornissen	12,5%	36,4%	6,5%	29,4%	15,2%	100	5.836
<b>2002</b>							
Depressie	11,1%	51,4%	13,7%	9,5%	14,2%	100	22.344
Angststoornissen	11,3%	40,2%	8,1%	28,4%	12,2%	100	7.491

In de NHG-Standaard 'Depressieve stoornis' (2003) wordt geen voorkeur meer uitgesproken voor TCA's of SSRI's. Wel adviseert de Standaard om binnen de groep TCA's een keuze te maken uit één van de volgende middelen: imipramine, amitriptyline en nortriptyline en uit de SSRI-groep te kiezen voor paroxetine, sertraline of fluvoxamine. Gaat de depressie gepaard met angst dan is clomipramine ook een doelmatige keuze. Wanneer een patiënt voor een angststoornis een antidepressivum krijgt voorgeschreven dan zijn imipramine, clomipramine, paroxetine en fluvoxamine een doelmatige keuze. Tabel 6.2 laat zien dat de medicamenteuze behandeling van angststoornissen vaker conform de NHG-Standaard verloopt dan de medicamenteuze behandeling van depressie. Paroxetine en amitriptyline zijn verantwoordelijk voor het grootste deel van de doelmatige voorschriften bij de behandeling van depressie. De doelmatige medicamenteuze

behandeling van angststoornissen is vooral toe te schrijven aan de middelen clomipramine en paroxetine. Tot slot valt op dat bij depressie SSRI's vaker doelmatig worden voorgeschreven dan TCA's, terwijl het bij angststoornissen andersom is.

Tabel 6.2: Wordt een antidepressivum conform de NHG-Standaarden 'Depressieve stoornis' en 'Angststoornissen' voorgeschreven in 2001 en 2002?

	2001		2002	
	Doelmatig	Ondoelmatig	Doelmatig	Ondoelmatig
<b>Depressie</b>				
TCA	66,7%	33,3%	65,4%	34,6%
SSRI	78,9	21,1%	73,5%	26,5%
Totaal	76,9 %	23,1 %	72,3 %	27,7%
<b>Angststoornissen</b>				
Totaal TCA	92,1%	7,9%	87,9%	12,1%
Totaal SSRI	86,9%	13,1%	80,7%	19,3%
Totaal	88,2 %	11,8 %	82,2 %	17,8 %

#### *Contra-indicaties en co-medicatie*

In hoeverre wordt de behandeling van depressie of angststoornissen beïnvloed door contra-indicaties en/of co-medicatie van een patiënt? Wanneer bij een patiënt naast de diagnose depressie of angststoornis de diagnose ziekte van Parkinson is gesteld of de patiënt slikt een NSAID of een anti-psychotica dan adviseert de NHG-Standaard om een TCA voor te schrijven. Het voorschrijven van een SSRI wordt geadviseerd wanneer bij de patiënt naast de diagnose depressie of angststoornis de diagnose recent hartinfarct, hartfalen, hartritmestoornissen, bemoeilijkte mictie (urineretentie) en onbehandeld glaucoom is gesteld. Uit tabel 6.3 blijkt dat wanneer de patiënt een contra-indicatie heeft voor een bepaalde groep antidepressiva er niet duidelijk rekening wordt gehouden met contra-indicaties. Echter, het aantal patiënten dat voorgeschreven krijgt bij een contra-indicatie is klein. Bij TCA's is de meest voorkomende contra-indicatie waarbij toch TCA's voorgeschreven worden hartfalen; bij SSRI's is dit het gebruik van antipsychotica.

Tabel 6.3: Welke contra-indicaties heeft de patiënt en welk antidepressivum wordt er voorgeschreven in 2001 en 2002? (absolute aantallen)

	2001		
	TCA	SSRI	Overig antidepressivum
<b>Contra-indicaties voor TCA (ICPC-code)</b>			
Onbehandeld glaucoom (1393)	7	12	4
Hartritmestoornissen (1505)	2	2	-
Recent hartinfarct (1575)	4	9	2
Hartfalen (1577)	20	34	9
Bemoeilijkte mictie (2205)	4	1	-
Contra-indicaties voor SSRI			
Ziekte van Parkinson (1787)	4	9	4
Gebruik van NSAIDS (M05A)	-	-	-
Gebruik van antipsychotica (N05BA)	94	120	28
	2002		
	TCA	SSRI	Overig antidepressivum
<b>Contra-indicaties voor TCA (ICPC-code)</b>			
Onbehandeld glaucoom (1393)	11	14	6
Hartritmestoornissen (1505)	2	7	1
Recent hartinfarct (1575)	7	14	4
Hartfalen (1577)	33	40	11
Bemoeilijkte mictie (2205)	4	8	2
Contra-indicaties voor SSRI			
Ziekte van Parkinson (1787)	3	9	2
Gebruik van NSAIDS (M05A)	-	-	-
Gebruik van antipsychotica (N05BA)	109	186	50

#### 6.4 Voor welke diagnoses wordt een antidepressiva voorgeschreven?

Deze paragraaf gaat in op de vraag voor welke diagnoses antidepressiva worden voorgeschreven. Anders dan in de vorige paragraaf is dit keer het geneesmiddel het vertrekpunt van de analyses. Een voorschrift voor een antidepressivum met daarop de diagnose angststoornis (P74) of een voorschrift met de diagnose depressie (P76) is beschouwd als overeenkomstig de richtlijnen. Het voorschrijven van antidepressiva bij de diagnoses angstig gevoel (P01), depressief gevoel (P03) en overige psychische problemen (rest 'P-groep) is beschouwd als zijnde niet in overeenstemming met de richtlijnen.

Tabel 6.4 geeft een overzicht welk antidepressivum bij welke diagnose wordt voorgeschreven. De meeste voorschriften betreffen een SSRI. Deze middelen worden het vaakst voor een depressie voorgeschreven. De TCA's worden relatief vaak voor een diagnose voorgeschreven die buiten het hoofdstuk psychische klachten ligt. Bij de behandeling van angststoornissen worden iets vaker SSRI's voorgeschreven dan TCA's of overige antidepressiva. De gegevens laten zien dat huisartsen terughoudend zijn bij het voorschrijven van antidepressiva bij een angstig gevoel en een depressief gevoel, alhoewel in 2002 het aantal voorschriften voor een depressief gevoel toenam.

Tabel 6.4: Voor welke diagnoses wordt in 2001 en in 2002 een antidepressivum voorgeschreven? (% van recepten antidepressiva)

	<b>2001</b>						Totaal %	N
	Angstig gevoel	Depressief gevoel	Angst-stoomis	Depressie	Overige psychische problemen	Overige diagnoses		
TCA	6,6%	6,2%	11,8%	31,1%	13,7%	30,6%	100	6.448
SSRI	4,0%	6,4%	12,5%	58,4%	7,4%	11,3%	100	17.413
Overige anti-depressiva	4,5%	8,9%	8,1%	42,8%	24,3%	11,5%	100	4.762
Totaal	4,7%	6,8%	11,6%	49,7%	11,6%	15,7%	100	28.623
	<b>2002</b>							
TCA	6,7%	6,0%	9,3%	27,4%	16,3%	34,3%	100	9.315
SSRI	4,1%	10,6%	12,7%	47,9%	10,8%	14,0%	100	24.380
Overige anti-depressiva	3,7%	8,8%	8,9%	45,4%	16,7%	16,6%	100	6.908
Totaal	4,6%	9,2%	11,2%	42,8%	13,0%	19,1%	100	40.603

*Voor welke overige diagnoses wordt er een antidepressivum voorgeschreven?*

TCA's worden relatief vaak voor een diagnose voorgeschreven die buiten het hoofdstuk 'psychische problemen' valt. Om welke diagnoses gaat het dan? In tabel 6.5 is een top vijf weergegeven van diagnoses buiten het P-hoofdstuk voor TCA's, SSRI's en overige antidepressiva. Anders dan bij de SSRI's en overige antidepressiva gaat het bij TCA's vaker om pijngerelateerde diagnoses. Alhoewel antidepressiva niet voor pijngerelateerde diagnoses zijn geregistreerd, zijn de TCA's wel werkzaam gebleken bij patiënten met chronische neuropathische pijn. Een aantal andere genoemde indicaties, bijvoorbeeld moeheid, duiden op klachten die een patiënt kan hebben naast depressie. Aangezien in deze analyses alleen gekeken is naar de één-op-één relatie tussen diagnose en recept kan het zijn dat bij deze patiënt ook de diagnose depressie is gesteld.

Tabel 6.5: Voor welke overige diagnoses worden antidepressiva voorgeschreven in 2001 en 2002: een top vijf

2001						
TCA	N	SSRI	N	Overige antidepressiva	N	
1. Andere gegeneraliseerde/ niet gespecificeerde ziekte	219	Andere gegeneraliseerde/ niet gespecificeerde ziekte	649	Andere gegeneraliseerde/ niet gespecificeerde ziekte	291	
2. Spanningshoofdpijn	186	Moeheid/zwakte	154	Essentiële hypertensie zon- der orgaan beschadiging	60	
3. Hoofdpijn	162	Essentiële hypertensie zonder orgaan beschadiging	127	Otitis externa	49	
4. Spierpijn	161	Hyperventilatie	76	Hyperventilatie	35	
5. Essentiële hypertensie zonder orgaan beschadiging	137	Anorexia nervosa/boulimie	61	'Bewegingsapparaat'	30	
2002						
TCA	N	SSRI	N	Overige antidepressiva	N	
1. Spanningshoofdpijn	101	Essentiële hypertensie zonder orgaan beschadiging	109	Essentiële hypertensie zon- der orgaan beschadiging	39	
2. Gegeneraliseerde pijn	77	Andere gegeneraliseerde/ niet gespecificeerde ziekte	77	Hyperventilatie	31	
3. Andere perifere neuritis/neuropathie	73	Moeheid/zwakte	70	Andere gegeneraliseerde/ niet gespecificeerde ziekte	28	
4. Spierpijn	72	Sociale functiebeperking/ handicap	51	Geen ziekte	18	
5. Herpes zoster	68	Hyperventilatie	47	Moeheid/zwakte	17	

#### Diagnose op patiëntniveau

Voorgaande analyses waren uitgevoerd op receptniveau. Tabel 6.6 laat op patiëntniveau zien voor welke diagnoses patiënten antidepressiva voorgeschreven krijgen. Wanneer een patiënt meerdere diagnoses heeft in een jaar of wanneer gewicht is van antidepressivum is deze patiënt meer keer meegeteld in de tabel. Het beeld op patiëntniveau komt overeen met het beeld op diagnosesniveau. (zie tabel 6.4).

Tabel 6.6: Welke diagnose heeft een patiënt die een antidepressivum krijgt voorgeschreven in 2001 en 2002?\*

2001							
	Angstig gevoel	Depressief gevoel	Angst- stoornis	Depressie	Overige psychische problemen	Overige diagnosen	N
TCA	7,0%	6,0%	11,5%	30,1%	15,6%	46,5%	1.809
SSRI	5,0%	8,6%	12,8%	60,3%	10,0%	19,6%	4.260
Overige anti-depressiva	7,7%	10,9%	11,2%	42,5%	33,2%	37,0%	2.262
2002							
	Angstig gevoel	Depressief gevoel	Angst- stoornis	Depressie	Overige psychische problemen	Overige diagnosen	N
TCA	6,9%	6,2%	10,6%	25,9%	17,2%	46,0%	2.326
SSRI	5,0%	12,3%	12,5%	51,4%	12,0%	20,5%	5.723
Overige anti-depressiva	6,1%	13,5%	12,0%	44,7%	22,4%	39,3%	2.602

\* Totaal percentage telt op tot meer dan 100% omdat patiënten meer dan één soort antidepressivum kunnen krijgen voorgeschreven of voor meer dan één diagnose.

## 6.5 Aantal DDD's per recept

Als we kijken naar TCA's, SSRI's en de overige antidepressiva dan blijkt dat er verschillen bestaan in het aantal standaard dagdoseringen dat wordt voorgeschreven. Het aantal DDD's per recept is het grootst voor de SSRI's (43,3) en het kleinst voor de TCA's (24,8) (Tabel 6.7). Andere gegevens, die van het GIP, laten exact hetzelfde beeld zien ([www.gipdatabank.cvz.nl](http://www.gipdatabank.cvz.nl), november 2004). Een mogelijke verklaring voor het gevonden verschil is dat de kans op overdosering bij een TCA groter is dan bij de andere antidepressiva. Ook raadt de NHG-Standaard Angststoornissen een lagere dosis voor TCA's. Dit zien we ook terug in tabel 6.8. Bij TCA's is de dagdosering lager bij angststoornissen dan bij depressie. Voor SSRI's en de overige antidepressiva is de standaard dagdosering ongeveer gelijk, ongeacht de diagnose.

Tabel 6.7: Gemiddeld aantal DDD's per voorschrift naar hoofdcategorieën in 2001 en 2002

DDD's per voorschrift	2001	2002
TCA	24,8	24,8
SSRI	43,3	45,3
Overige antidepressiva	34,3	35,9
Totaal	37,2	38,6

Tabel 6.8: Aantal DDD's per voorschrift naar diagnose en soort antidepressivum in 2001 en 2002

DDD's per voorschrift	2001			
	TCA	SSRI	Overige	Totaal
Depressie	29,7	42,4	34,2	39,4
Angststoornis	17,7	42,7	34,1	36,3
Geen depressie of angst	24,4	44,0	34,3	36,2
Totaal	24,8	43,3	34,3	37,2
DDD's per voorschrift	2002			
	TCA	SSRI	Overige	Totaal
Depressie	29,4	45,5	36,2	41,7
Angststoornis	19,9	44,4	35,5	38,4
Geen depressie of angst	24,2	45,3	35,8	37,0
Totaal	24,8	45,3	35,9	38,6

### *Invloed van patiëntkenmerken op de standaard dagdosering*

In tabel 6.9 is gekeken naar de invloed van leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm op het aantal DDD's dat een patiënt voorgeschreven krijgt. De gevonden verschillen zijn niet groot voor geslacht en verzekeringsvorm. Vrouwen en ziekenfondsverzekerden krijgen per recept iets minder DDD's voorgeschreven. De diagnose is hierop niet van invloed. Bij leeftijd is het verschil groter: ouderen krijgen minder DDD's per recept. Dat geldt voor alle diagnoses. Dit heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat ouderen vaker TCA's voorgeschreven krijgen en dat huisartsen lager doseren bij ouderen.

Tabel 6.9: Gemiddeld aantal DDD's naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm in 2001 en 2002

	2001					
	man	vrouw	<65 jaar	> 65 jaar	ziekenfonds	particulier
Depressie	40,3	39,0	40,3	35,5	39,1	40,5
Angststoornis	38,9	35,3	37,0	31,6	36,1	37,1
Geen depressie of angst	37,6	35,5	37,7	31,4	35,9	36,7
Totaal	38,5	36,6	38,5	32,4	36,9	37,9
	2002					
	man	vrouw	<65 jaar	> 65 jaar	ziekenfonds	particulier
Depressie	41,9	41,6	42,7	37,4	41,1	43,2
Angststoornis	40,3	37,7	39,1	33,7	38,0	39,7
Geen depressie of angst	38,8	36,1	38,5	32,2	36,8	37,5
Totaal	39,9	38,1	40,0	33,7	38,3	39,7

## 6.6 Voorschrijfduur

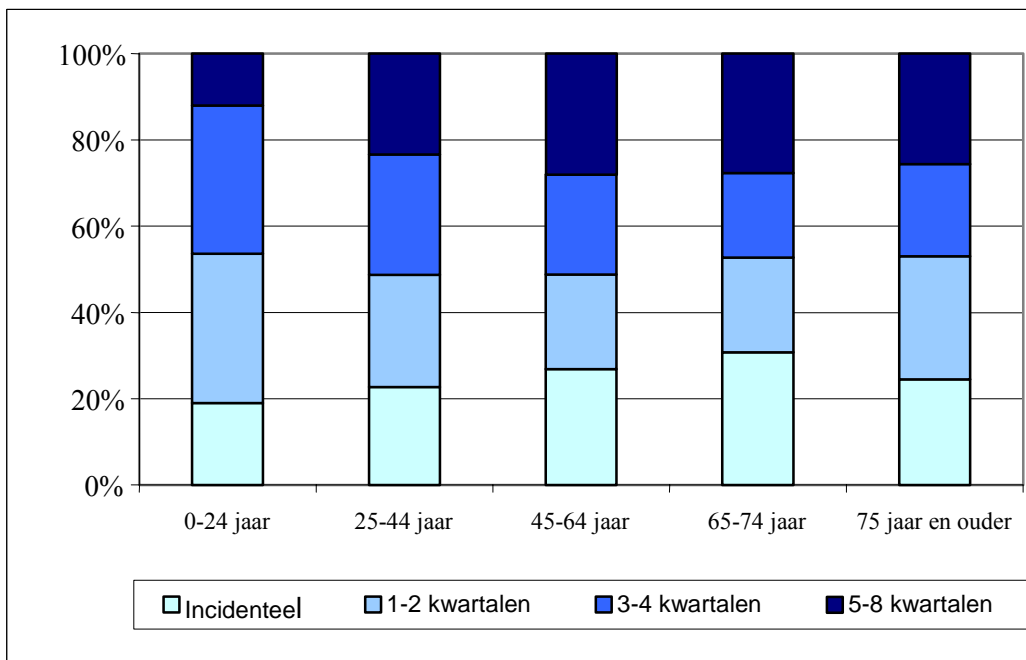
Volgens de richtlijnen in de NHG-Standaarden 'Depressieve stoornis' en 'Angststoornissen' moeten patiënten het gebruik van antidepressiva voortzetten tot ten minste zes maanden na het verdwijnen van de klachten, tenzij er na acht weken geen effect merkbaar is. Alleen voor patiënten die tussen juli 2001 en juli 2002 een recept kregen, is nagegaan in hoeveel aaneengesloten kwartalen in (heel) 2001 en 2002 zij antidepressiva gebruikten. Dit omdat wanneer een patiënt alleen in het eerste kwartaal van 2001 een antidepressivum gebruikt, niet duidelijk is of de patiënt een eenmalig gebruiker is of dat het toevallig het laatste recept van een lange reeks is (gestart in 1999 of 2000). Hetzelfde geldt voor iemand die alleen in het laatste kwartaal van 2002 slikt: is dat een eenmalig gebruiker of is dat recept het eerste in een langere reeks.

Iets minder dan de helft van de patiënten, 45,4%, krijgt minder dan een half jaar aaneengesloten een antidepressivum voorgeschreven. Tot deze groep behoren de twee soorten patiënten:

- incidentele gebruikers: deze patiënten krijgen in meerdere kwartalen voorgeschreven, maar met onderbrekingen;
- patiënten die één of twee aaneengesloten kwartalen krijgen voorgeschreven.

Alleen voor de groep incidentele gebruikers (17,5% van alle gebruikers) kan worden geconcludeerd dat het om ondoelmatig gebruik gaat. Van de gebruikers die één of twee kwartalen aaneengesloten een antidepressivum slikken is niet bekend hoe groot het ondoelmatig gebruik is. Tot deze groep patiënten horen ook patiënten bij wie na acht weken geen merkbaar effect is opgetreden en die daarom stoppen. De groep langdurig gebruikers (meer dan één jaar gebruik) is vanaf de leeftijd van 25 jaar het grootst. Figuur 6.1 laat zien dat de leeftijd sowieso van invloed is op de periode waarover een antidepressivum wordt voorgeschreven. Patiënten van 25 jaar en ouder gebruiken over het algemeen langer antidepressiva dan patiënten onder de 25 jaar.

Figuur 6.1: Aantal kwartalen dat patiënten antidepressiva voorgeschreven kregen in 2001



Er zijn ook verschillen tussen mannen en vrouwen waar te nemen. Waar bij jonge vrouwen (tot 25 jaar) incidenteel gebruik minder vaak voorkomt dan bij mannen, is dat vanaf de leeftijd van 65 jaar juist omgekeerd. Tot 65 jaar gebruiken vrouwen vaker dan mannen langer dan een jaar antidepressiva (tabel 6.10). Naar verzekeringsvorm zijn geen verschillen waar te nemen (niet in tabel).

Tabel 6.10a: Aantal aaneengesloten kwartalen dat mannen antidepressiva kregen voorgeschreven in 2001 en 2002 (% gebruikers van leeftijdsgroep)

	Leeftijd				
	0-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Incidenteel gebruik	19,8	14,4	18,5	17,9	10,3
1-2 kwartalen	38,9	34,3	27,2	26	39,4
3-4 kwartalen	26,2	22	19,4	15,8	16,1
5-8 kwartalen	15,1	29,2	34,9	40,3	34,2



Tabel 6.10b: Aantal aaneengesloten kwartalen dat vrouwen antidepressiva kregen voorgeschreven in 2001 en 2002 (% gebruikers van leeftijdsgroep)

	Leeftijd				
	0-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65-74 jaar	75 jaar en ouder
Incidenteel gebruik	10,9	16,8	18,7	23	18,6
1-2 kwartalen	41,6	26,7	22,8	23,7	29,2
3-4 kwartalen	27,6	20,4	15,9	14,1	15,5
5-8 kwartalen	19,8	36,2	42,6	39,1	36,7

## 6.7 Samenvatting

Bij de medicamenteuze behandeling van depressie wordt de patiënt in de helft van de gevallen behandeld met een SSRI. Andere antidepressiva en benzodiazepinen spelen een kleinere rol in de behandeling van depressie. Als een patiënt met een angststoornis een geneesmiddel krijgt voorgeschreven, kiest de huisarts net zo vaak voor een antidepressivum als voor een benzodiazepine. Wanneer we alleen kijken naar de voorschriften TCA's en SSRI's, schrijven huisartsen bij een diagnose depressie in driekwart van de gevallen een middel conform de adviezen in de NHG-Standaard voor. Bij angststoornissen ligt dit percentage nog iets hoger, rond de 80%. Er zijn weinig patiënten met contra-indicaties en contra-medicatie. Maar als deze er zijn dan lijkt het erop dat de huisarts weinig rekening hiermee houdt in de keuze voor een soort antidepressivum. Hier valt dus nog doelmatigheidswinst te halen.

Wanneer we in plaats van de diagnose het antidepressivum als uitgangspunt nemen, blijkt dat ongeveer de helft van de middelen wordt voorgeschreven aan patiënten met een depressie. Huisartsen schrijven minder frequent een antidepressivum bij angststoornissen en nog minder frequent voor een angstig of depressief gevoel. Dit voldoet aan de omschrijving van doelmatig voorschrijven. Alle typen antidepressiva worden ook voorgeschreven voor andere psychische problemen en andere diagnoses dan psychische problemen. Met name het voorschrijven van TCA's voor andere diagnoses dan psychisch problemen is opvallend. Het gaat hierbij dan met name om pijnbestrijding.

Per recept is het aantal voorgeschreven DDD's bij TCA's duidelijk lager dan bij de andere antidepressiva. Verder valt in dit hoofdstuk op dat bijna 20% van de gebruikers van antidepressiva incidentele gebruikers zijn, dat wil zeggen gebruikers die antidepressiva niet aaneengesloten voorgeschreven krijgen. Het grootste deel van de patiënten gebruikt echter antidepressiva voor drie maanden of langer.

De gegevens in dit hoofdstuk bieden inzicht in de vraag hoe huisartsen voorschrijven bij depressie en angststoornissen en hoe antidepressiva worden voorgeschreven in de huisartspraktijk. Ze bieden echter geen inzicht in de motivaties van huisartsen om te kiezen voor een bepaalde medicamenteuze behandeling. De volgende twee hoofdstukken gaan hierop nader in.



## 7 Interviews naar redenen van voorschrijven van antidepressiva

Anita Volkers, Annemarie de Jong, Jozé Braspenning, Liset van Dijk

### 7.1 Inleiding

Er is nog weinig bekend over de redenen die huisartsen hebben om al dan niet antidepressiva voor te schrijven en daarmee ook over de redenen van al dan niet doelmatig voorschrijven van antidepressiva. Uit eerder onderzoek van het NIVEL (Volkers e.a., in druk) bij ouderen (>55 jaar) is wel gebleken dat bij het al dan niet voorschrijven van een antidepressivum aan depressieve patiënten klinische factoren relevant zijn, maar bij de keuze voor een specifiek middel (SSRI's of TCA's) bleek dit niet het geval te zijn. Dit is een eerste aanwijzing dat bij de keuze voor een antidepressivum er sprake is van een complex beslissingsproces, dat niet voor alle fasen in het voorschrijfproces hetzelfde is. Koomen (1998a, 1998b) beschrijft de factoren die een rol spelen bij de keuze voor een geneesmiddel en hoe het keuzeproces kan worden beïnvloed. De factoren die, aldus Koomen, een rol spelen zijn: kennis en ervaring, kiezen op gevoel, intuïtief kiezen, kiezen uit gewoonte, kiezen met verstand en gewetensvol kiezen. Kiezen op gevoel, ofwel het kiezen beïnvloed door emoties, kan zowel een immateriële als materiële oorsprong hebben. Het karakter van de huisarts of apotheker en de invloed van de patiënt zijn voorbeelden van immateriële beïnvloeding. Daarnaast kunnen de farmaceutische industrie, verzekeraar, overheid, apothekers en apotheekhoudende huisartsen een materieel belang hebben bij de keuze voor een middel. Komen gaat er derhalve van uit dat het maken van een keuze voor medicatie bestaat uit bewuste en onbewuste processen.

Jacoby e.a. (2003) hebben zich specifiek op redenen van voorschrijven in de huisartspraktijk gericht. Hoewel zij zich concentreren op factoren die de beslissing om nieuwe geneesmiddelen voor te schrijven beïnvloeden, vormt hun indeling in factoren een referentiekader voor het voorschrijven van antidepressiva. In het artikel wordt onderscheid gemaakt tussen:

- 1) interne invloeden: afkeer van risico's, vertrouwen, voorschrijfervaring, expertise op klinisch gebied, ervaring met desbetreffend geneesmiddel, prijsbewustheid en kijk op de eigen professionele rol.
- 2) externe invloeden: collega's, literatuur, nascholing, richtlijnen, farmaceutische industrie en gezondheidsautoriteiten.
- 3) Geneesmiddelenkarakteristieken: effectiviteit, veiligheid en bijwerkingen, doserings- en compliance aspecten, kosten en farmacologische innovatie
- 4) Patiëntkarakteristieken.

In de genoemde onderzoeken is de invloed van de patiënt niet uitvoerig beschreven. In het kader van doelmatig voorschrijven (van antidepressiva) dient echter aandacht te worden besteed aan de wil van patiënt. Dit wordt duidelijk naar aanleiding van een uitspraak van Barber (1995) over "good prescribing": "The prescriber should have four aims: to maximise effectiveness; to minimise risks; to minimise costs; to respect the patient's choices."

In het hieronder beschreven onderzoek is met behulp van interviews nagegaan welke redenen en overwegingen huisartsen hebben voor het (on)doelmatig voorschrijven van antidepressiva. De interviews waren met name explorerend van aard om de verscheidenheid van redenen in kaart te brengen. Het eerste deel van het interview was vooral gericht op redenen van het wel of niet voorschrijven van antidepressiva in het algemeen. In het tweede deel is aan de hand van twee eigen patiënten van de huisarts (verschillend per huisarts) en van twee voorbeeldpatiënten (identiek voor alle huisartsen) nagegaan hoe zij deze patiënten hebben behandeld cq. zouden hebben behandeld en of zij wel of niet antidepressiva hebben voorgeschreven cq. zouden hebben voorgeschreven. Het interview was semi-gestructureerd met zowel gesloten vragen als open vragen; het merendeel van de vragen was open.

De interviews zijn mede bedoeld als voorfase voor een schriftelijk onderzoek onder LINH-huisartsen waarin redenen van voorschrijven van antidepressiva eveneens centraal staan (zie volgend hoofdstuk). In dit case-control onderzoek staan de volgende vragen centraal:

- 1) Waarom schrijven huisartsen al dan niet voor bij de indicatie depressie of angststoornis?
- 2) Waarom schrijven huisartsen al dan niet voor bij de indicatie depressief gevoel of angstig gevoel?
- 3) Waarom kiezen huisartsen een TCA of een SSRI?
- 4) Waarom gaan huisartsen over op het voorschrijven van een ander antidepressivum ('medicatieswitch')?

De uitkomsten van het interview zijn dan ook zo beschreven dat ze antwoord kunnen geven op (een deel van) de vragen die gesteld worden in het schriftelijke onderzoek ten aanzien van doelmatig voorschrijven. Zo komen de redenen die huisartsen in de interviews noemen om al dan niet voor te schrijven terug in het onderzoek onder LINH-huisartsen.

## **7.2 Methode**

### **7.2.1 *Benaderen huisartsen en afnemen van de interviews***

Aan de interviews hebben 23 huisartsen meegedaan. Achttien huisartsen zijn geworven uit een totale steekproef van 100 niet-LINH huisartsen en vijf huisartsen zijn gevraagd via persoonlijke contacten. Er is gekozen om niet-LINH artsen te interviewen omdat LINH-huisartsen al veel gegevens voor dit onderzoek leverden en vooral omdat zij de onderzoekspopulatie voor de vervolgstudie naar redenen van voorschrijven zouden zijn. In die vervolgstudie worden de redenen gegevens in de interviews getoetst op basis van gegevens in het Elektronisch Medisch Dossier van de LINH-huisartsen (zie hoofdstuk 8). Aanvankelijk werden 50 huisartsen benaderd. Zij zijn in juni 2003 schriftelijk ingelicht over het onderzoek en vervolgens telefonisch benaderd met de vraag om aan het onderzoek deel te nemen. Aan de huisartsen werd een vergoeding van 100 euro voor hun deelname toegezegd. De respons was heel laag (n=2). Redenen hiervoor waren dat de huisartsen niet wilden meewerken (onder andere door de drukte in verband met voorbereidingen voor de vakantie) of al op vakantie waren. Dit heeft ertoe geleid dat we

enkele huisartsen via persoonlijke contacten hebben benaderd (n=5). Drie van deze huisartsen werden gevraagd voor een proefinterview om de vragenlijst uit te testen. Omdat deze interviews veel informatie opleverden en de vragen nauwelijks veranderden, is besloten deze drie huisartsen in de analyses te betrekken. In augustus en september is een tweede steekproef van 50 huisartsen gefaseerd per regio (Noord-, Midden- en Zuid-Nederland) benaderd. Wederom werden de huisartsen per brief ingelicht over het onderzoek en later telefonisch benaderd. Om de respons te vergroten werd de brief aangepast, waarbij met name de duur van het interview (op basis van de ervaringen met de proefinterviews) werd ingekort. Tevens werd een antwoordformulier toegevoegd omdat bij de eerste steekproef gebleken was dat het bij telefonische benadering van de huisarts vaak niet gemakkelijk was om “langs de assistente te komen”. Uit de tweede steekproef hebben 16 huisartsen aan het onderzoek mee gedaan. Van tevoren was besloten om met de werving van huisartsen te stoppen op het moment dat uit de interviews geen nieuwe redenen naar voren kwamen. Dit was het geval bij het aantal van 23 huisartsen.

Het interview werd bij de huisartsen in de praktijk of thuis afgenomen. Aanvankelijk duurde het interview 1,5 uur, maar na het afnemen van vijf interviews werd gestreefd naar een interviewduur van 1 uur. De huisartsen gaven namelijk aan 1,5 uur een (te) grote tijdsinvestering te vinden. De interviews werden afgenomen door één van de vier interviewers en opgenomen op band. Voorafgaand aan het interview werd het doel van het onderzoek kort uitgelegd. De anonimiteit van de huisarts werd benadrukt. De interviewer benadrukte bovendien tijdens het interview dat het niet een beoordeling van het voorschrijfgedrag betrof maar dat redenen van voorschrijven en de gemaakte keuzes centraal stonden. De vragen van de interviewer en de opzet van het interview waren gericht op het minimaliseren van “achteraf-rationaliseren” van keuzes. Zo werd bijvoorbeeld gevraagd naar de drie antidepressiva die het eerst bij de huisarts opkwamen in plaats van expliciet te vragen naar voorkeursmiddelen. Bij afsluiting van het interview werd de huisarts gevraagd of hij/zij iets gemist had in het interview. Vervolgens is het interview volledig uitgetypt en is een samenvatting van de inhoud van het interview naar de huisartsen gestuurd. De huisartsen konden eventuele onjuistheden in het verslag of aanvullingen bij het verslag schrijven en terugsturen naar de onderzoekers. Op verzoek kon het verslag ook per e-mail worden op- en teruggestuurd. De aanpassingen van de huisartsen zijn in de definitieve versie van de verslagen opgenomen. Bij geen reactie van de huisarts zijn wij, zoals wij ook in de begeleidende brief hadden vermeld, ervan uit gegaan dat deze akkoord was met het verslag. Aan de huisartsen is een eindverslag van het gehele onderzoek toegezegd.

### **7.2.2 Opzet en inhoud interview**

Het interview was opgebouwd uit vragen over (zie bijlage 4):

- huisarts- en praktijkkenmerken;
- niet-medicamenteuze behandeling van depressie en angst;
- algemene kennis met betrekking tot antidepressiva;
- informatie zoeken door de huisarts;
- diagnostiek en behandeling van twee concrete patiënten uit de praktijk (verschillend per huisarts);

- diagnostiek en behandeling van twee papieren voorbeeldpatiënten (identiek voor alle huisartsen);
- actualiteit voorschrijven antidepressiva.

De reden om te vragen naar voorschrijven aan concrete en voorbeeldpatiënten was de verwachting dat de redenen achter bepaalde keuzes van voorschrijven hierdoor duidelijker naar voren zouden komen, dan wanneer aan huisartsen alleen gevraagd werd naar keuzes in het algemeen. Bij de concrete patiënten ging het om patiënten waarbij de huisarts onlangs de diagnose depressief gevoel, depressie, angstig gevoel of angststoornis had vastgesteld. De huisartsen werden van tevoren schriftelijk op de hoogte gesteld van deze vraag zodat zij gegevens over deze patiënten konden nazoeken en direct beschikbaar hadden tijdens het interview. Aan de huisarts werden afwisselend de eerste twee papieren patiënten of de laatste twee papieren patiënten gepresenteerd.

### 7.2.3 *Analyse*

De interviews zijn met zo min mogelijk verlies aan relevante informatie samengevat door twee van de onderzoekers (AV, LvD) in een verslag voor de huisarts waarbij de volgende indeling is aangehouden:

- achtergrond huisarts
- niet-medicamenteuze behandeling
- voorkeur antidepressiva
- geregistreerde diagnoses van voorkeursmiddel
- contra-indicaties voorkeursmiddel
- bijwerkingen voorkeursmiddel
- ervaring met de effectiviteit van antidepressiva in het algemeen
- ervaring met de bijwerkingen van antidepressiva in het algemeen
- ervaring met de therapietrouw van antidepressiva in het algemeen
- kosten
- richtlijnen/formularia/andere informatie

Deze indeling is gebruikt om het materiaal te ordenen en factoren te detecteren die van invloed zijn op het voorschrijven van antidepressiva.

## 7.3 **Resultaten**

### 7.3.1 *Overzicht deelnemende huisartsen*

De meerderheid van de geïnterviewde huisartsen was man en meer dan de helft van de huisartsen was tussen de 40 en 49 jaar (tabel 7.1). De huisartsen werkten in praktijken met verschillende praktijkvormen die in ongeveer gelijke mate vertegenwoordigd waren. Bij de helft van de praktijken (n=11) was er sprake van de vestiging van andere disciplines in hetzelfde gebouw. Het ging hier niet altijd om een gezondheidscentrum. Alle huisartsen maakten gebruik van een huisarts informatie systeem (HIS). Medicom en Promedico kwamen hierbij het vaakst voor. De praktijken waren over het gehele land verspreid: elf praktijken in het noorden van het land, vijf praktijken in het midden van het

land en zeven praktijken in het zuiden van het land. Er deden zowel huisartsen uit stedelijke als niet-stedelijke gebieden mee aan het onderzoek (gegevens niet in tabel).

Tabel 7.1: Huisarts en praktijk kenmerken van deelnemende huisartsen

	Aantal huisartsen
<b>Leeftijd huisarts(in jaren)</b>	
20-39	5
40-49	11
50-60	6
Niet bekend	1
<b>Geslacht huisarts</b>	
Man	19
Vrouw	4
<b>Praktijkvorm</b>	
Solopraktijk	7
Duopraktijk	5
Groepspraktijk (incl. HOED-praktijk)	7
Praktijk in gezondheidscentrum	4
<b>Apotheekhoudende praktijk</b>	
Ja	3
<b>Gebruik huisarts informatie systeem (HIS)</b>	
Arcos	1
Elias	2
Medicom	7
Microhis	2
Promedico	8
Anders	2
Niet bekend	1

### 7.3.2 Niet-medicamenteuze therapie

Depressie en angststoornissen hoeven niet noodzakelijkerwijze medicamenteus behandeld te worden. Niet-medicamenteuze therapie kan een doelmatigere keuze zijn; bovendien raadt de NHG-Standaard aan naast medicamenteuze therapie ook niet-medicamenteuze in te zetten. In het interview werd daarom na de algemene vragen ingegaan op niet-medicamenteuze therapie. Het aantal huisartsen dat specifieke opleidingen/cursussen had gevolgd ten aanzien van de niet-medicamenteuze behandeling van depressie was klein. Dit wil niet zeggen dat huisartsen geen aspecten uit de psychotherapie of andersoortige therapieën gebruikten in de praktijk bij de begeleiding van een depressieve patiënt, getuige het volgende voorbeeld: *Ik behandel volgens de drie P's: Praten, psychohygiënische maatregelen en pillen. Afhankelijk van hoe ernstig de depressie is, worden al of geen pillen gegeven. Het is dus praten. Onder psychohygiënische maatregelen versta ik dat mensen aan het sporten worden gezet. Ze moeten iets aan hun lichamelijke conditie doen. Ze moeten structuur in hun dag aanbrengen, zodat ze gedwongen worden om op tijd op te staan om wat te gaan doen. Ontbijten, boodschappen halen, hoe moeilijk dat ook is. Echt structuur in de dag aanbrengen. In het begin is het wekelijks hier komen praten en met de tijd worden de tussenpozen steeds langer. Dus ik speel eigenlijk psychotherapeut. (#121)*

Alle huisartsen verwijzen weleens patiënten met een depressie. Er zijn verschillen in de mate waarin en naar wie huisartsen verwijzen. Zo gaf één huisarts aan vrijwel altijd door

te verwijzen terwijl een andere huisarts zei zelden door te verwijzen. Tabel 7.2 laat zien naar wie huisartsen verwijzen. Het kan hier gaan om een eerste keuze waarheen de huisarts vaak verwijst, maar ook om heel af en toe verwijzen. In het totaal gaven 18 huisartsen aan dat zij weleens naar de GGZ/voorheen Riagg verwijzen. Bijna alle huisartsen (n=22) verwijzen naar een eerstelijns psycholoog, psychiater, psycholoog of psychotherapeut.

Tabel 7.2: Waarheen verwijzen huisartsen patiënten met een depressie?

	Aantal huisartsen dat hier naar verwijst (n=23) <sup>a)</sup>
Algemeen Maatschappelijk Werk	4
GGZ/voorheen Riagg	18
Eerstelijns psycholoog	13
Psychiater	9
Psycholoog (vrijgevestigd)	6
Psychotherapeut	4
Anders (academie, crisisdienst, polikliniek voor angst en voor algemene psychiatrie, sociaal psychiatrisch verpleegkundige (spv'er) en ziekenhuis)	5

a) Een huisarts kan meer dan één mogelijkheid hebben aangegeven.

In het algemeen hangt de reden om te verwijzen af van de ernst en soort van de problematiek en het type behandeling waarvan de huisarts verwacht dat die effectief zal zijn. Andere redenen van klinische aard die werden genoemd, zijn bijvoorbeeld het uitvoeren van nadere diagnostiek en het vermogen tot zelfinzicht bij de patiënt. Niet-klinische redenen spelen echter ook een rol. Eén huisarts gaf als reden om naar de GGZ/Riagg te verwijzen dat volgens hem het Riagg beter is dan de psycholoog/psychiater. Er werden ook redenen genoemd om niet naar GGZ/Riagg te verwijzen: GGZ/Riagg heeft een stigma, weinig inzicht in de organisatie van de GGZ en slechte ervaring met het Riagg. Bij de redenen om te verwijzen naar een psychiater, psycholoog of psychotherapeut komen de slechte ervaringen met GGZ/Riagg waaronder wachttijden wel terug. Verschillende huisartsen noemden de positieve ervaringen bij verwijzing naar psychotherapeut, psycholoog en psychotherapeut als reden om hiernaar te verwijzen. Voorbeelden van positieve ervaringen zijn: huisartsen vonden dat er goed werk werd geleverd door deze therapeuten, huisartsen kenden de therapeut en hadden een direct contact met de behandelaar, er werd snel gehandeld, er was goed overleg en een goede samenwerking en er was een lage drempel voor de patiënten. Een verwijzing naar een psychiater, psycholoog of psychotherapeut lijkt samen te hangen met persoonlijke voorkeur en bekendheid bij de huisarts. Dergelijke redenen vonden we niet terug bij een verwijzing naar de GGZ/Riagg.

Op de vraag wat de ervaring van huisartsen met (de organisatie van) de GGZ was, kwamen wisselende antwoorden. De ervaring wisselde niet alleen tussen huisartsen, maar ervaringen konden ook voor een huisarts sterk verschillen afhankelijk van de praktijk en regio waar hij/zij werkte of had gewerkt. Gesteld kan worden dat vijf huisartsen zich duidelijk positief uitlieten over (de organisatie van) de GGZ. Hun ervaringen waren redelijk tot goed zoals deze voorbeelden laten zien:



*In de verwijsbrief (gestandaardiseerd verwijsformulier) staan de verwachtingen van de verwijzer. Dus als ik invul dat ik graag wil dat de patiënt deze week gezien wordt, dan doen ze dat gewoon. Of als hij suïcidaal is, dan bellen ze op van hoe suïcidaal precies en nemen zij het initiatief om te bellen. (# 107)*

*Je krijgt vrij snel een rapportage van een intakegesprek met een behandelplan en wat het voorstel is van de GGZ. Je moet ook aangeven op het formulier: regulier, urgent of crisis, dan streep je dat gewoon aan. En ik hoor niet vaak zeggen van wat gaat dat lang duren of ik heb nog steeds geen oproep gehad of ik zit nog steeds te wachten. (# 114)*

*Er wordt goed gerapporteerd, heel systematisch en er zitten 40 behandelaars, dus dat is wel wat wisselend, maar in principe prima. Met name vind ik dat er rechtlijnig en professioneel gewerkt wordt, dat is niet overal zo. (# 114)*

Een groot deel van de huisartsen had echter minder goede ervaringen. Zo gaf een deel van de huisartsen aan dat de intake weliswaar snel plaatsvindt bij GGZ/Riagg (binnen enkele weken), maar dat de wachttijd voor de werkelijke behandeling lang duurt (enkele maanden). Andere negatieve punten die naar voren kwamen, waren bijvoorbeeld: meestal is de intaker niet de behandelaar, de behandeling gaat vaak mis door ziekte van de behandelaar of omdat afspraken afgezegd worden, patiënten zijn zelf niet tevreden over begeleiding of over de wisseling therapeuten, soms heeft patiënt er niets aan en haakt af, vaak krijgt een patiënt niet steeds dezelfde persoon als behandelaar, het is erg bureaucratisch en afspraken worden niet nagekomen en het is een te grote organisatie die niet effectief is. Benadrukt moet worden dat huisartsen in geval van crisis en bij urgente patiënten over het algemeen wel tevreden waren over GGZ/Riagg. De vijf huisartsen die in het geheel niet verwezen naar de GGZ/Riagg hadden een samenwerkingsverband met een eerstelijns psycholoog of psychiater.

*We hebben een samenwerkingsverband met een psychiater. Die heeft mij uit een boekje allerlei namen aanbevolen van psychotherapeuten, psychiaters die redelijk goed zouden zijn. Ik ken hem, ik ken nog een andere psychotherapeut, ik ken een psycholoog en de ene keer stuur ik naar die en de andere keer stuur ik naar die, dat is afwisselend. (#103)*

*Ik wil gewoon een psycholoog hebben die ik ken. (#105)*

*Mensen met paniekstoornissen, sociaal fobische klachten, eventueel met medicatie, die gaan naar onze eerstelijns psycholoog toe. Die doet gedragstherapie en cognitieve therapie en dat doe ik niet. Omdat de psycholoog er is ben je eerder geneigd om iemand door te sturen dan wanneer die er niet zou zijn... Als je daar dan veel vertrouwen in hebt dan denk je 'die kan het toch beter dan ik'. Voor de patiënt maakt het, behalve 40 of 50 euro per sessie, niet veel uit. Het Riagg is toch beladen voor veel mensen, daar willen ze toch niet graag heen, daar in de wachtkamer te zitten. Het heeft toch een enorm stigma, het Riagg en de GGZ. (#108)*

Op grond van het voorgaande valt niet te verwachten dat huisartsen op grote schaal de taak van de GGZ over hebben genomen als het gaat om psychotherapeutische behandelingen. Toch kan niet uitgesloten worden dat het functioneren van de GGZ invloed heeft op het handelen van de huisarts, maar we vonden hiervoor slechts bij vier huisartsen een aanwijzing voor:

*Veel mensen komen het traject niet door. Echt veel andere alternatieven zijn er eigenlijk ook niet. Je moet dan zelf de begeleiding doen. (#104)*

*Het gevolg van de lange wachttijd is dat de patiënt regelmatig wordt teruggezien door de huisarts tot het moment van behandeling. (#109).*

*De wachtlijst kan soms zo oplopen dat je geneigd en eigenlijk verplicht bent om zelf de mensen te begeleiden. (#111)*

*Mijn ervaring met het Riagg, misschien historisch al, is gewoon heel slecht. Lange wachtlijsten en mensen hebben hoge nood. Op het moment dat ze dan de stap nemen van ik moet nou toch echt hulp hebben, dan worden ze op een wachtlijst gezet van zes tot acht weken. Dat is gewoon niet acceptabel. Vandaar dat ik uiteindelijk voor mij zelf een hele andere vorm gekozen heb en dat is dan de consultatie in de praktijk. (#121)*

Het lijkt niet aannemelijk dat de lange wachttijden in GGZ/Riagg leiden tot vaker voorschrijven van antidepressiva. Geen enkele huisarts heeft dit expliciet genoemd. Wel kost de extra begeleiding in verband met wachttijden in de GGZ een aantal huisartsen extra tijd. Meest aannemelijk is echter dat huisartsen de problemen met GGZ/Riagg oplossen door te verwijzen naar (eerstelijns) psychologen, psychiaters en psychotherapeuten. Bijna alle huisartsen verwijzen hiernaar en zij zijn duidelijk tevreden over deze zorg. De huisartsen die nooit naar GGZ/Riagg verwezen, hadden direct contact en werkten samen met een eerstelijns psycholoog of psychiater. Bij drie van deze huisartsen was een psycholoog in hetzelfde gebouw gevestigd. Met de toekomstige ontwikkelingen in de huisartspraktijk (zoals vorming van gezondheidscentra) kan dit een interessante ontwikkeling zijn die invloed kan hebben op het voorschrijfgedrag van de huisarts. Door de korte lijnen wordt een patiënt mogelijk eerder verwezen voor een niet-medicamenteuze therapie dan dat de huisarts kiest voor het voorschrijven van antidepressiva.

### **7.3.3 Voorkeur antidepressiva**

De huisartsen werd gevraagd om de eerste drie antidepressiva te noemen die bij hen opkwamen. De helft van de huisartsen noemde als eerste antidepressivum paroxetine. De andere huisartsen varieerden nogal wat betreft het eerste middel. Ter illustratie, amitriptyline werd door drie huisartsen als eerste middel genoemd, clomipramine en sertraline door twee huisartsen. Bij het noemen van de antidepressiva werd veelal de merknaam gebruikt. Een kwart van de huisartsen noemde paroxetine als tweede, hetzelfde geldt voor fluoxetine. Venlafaxine werd door vier huisartsen als tweede genoemd. Als derde antidepressivum werden fluoxetine en mirtazapine het vaakst genoemd (elk vier huisartsen). Deze werden gevolgd door amitriptyline, clomipramine, cipramil, fluvoxamine en venlafaxine. Zes huisartsen vulden het rijtje van drie antidepressiva aan met een vierde antidepressivum. Zo werd cipramil bijvoorbeeld door twee huisartsen aanvullend genoemd.

Huisartsen zijn te verdelen in twee groepen: huisartsen die voornamelijk één middel voorschrijven - bijna altijd het eerst genoemde antidepressivum - (n=14) en huisartsen die hun keuze meer laten afhangen van de individuele patiënt (n=9). Huisartsen die voornamelijk één middel voorschrijven, doen dat omdat zij ervaring met dit middel hebben, ze vinden dat het effectief is, ze op de hoogte zijn van de bijwerkingen en ze weten hoe ze het middel moeten doseren:

*Seroxat® is mijn voorkeursmiddel omdat het minder interacties heeft dan de klassieke antidepressiva. Ik heb met Seroxat® gewoon ervaring, weet de doseringen uit mijn hoofd*

*en ken de bijwerkingen precies. Je kunt de mensen precies vertellen waar ze rekening mee moeten houden. (#102)*

*Het maakt niet zo veel uit voor welke SSRI je kiest, maar deze heeft een gunstig bijwerkingsprofiel. Mijn ervaring met Zoloft® is vrij positief: weinig uitvallers en de meeste mensen knappen ervan op. Daardoor blijf je het gebruiken. (#105)*

*Met Seroxat® heb ik de meeste ervaring opgedaan. Het is een goede ervaring. Ik heb dit geleerd van mijn opleider destijds. Hij schreef met name Seroxat® voor. Ik ben ermee begonnen en het is goed bevallen, dus ben ik er gewoon mee doorgedaan. (#109)*

*Paroxetine heeft mijn voorkeur omdat het uit een aantal onderzoeken heel goed naar voren kwam in vergelijking met andere middelen. Je kunt beter met een beperkt aantal middelen heel veel ervaring hebben dan met veel middelen weinig. En de ervaringen zijn goed. (#115)*

*Ik schrijf meestal Seroxat® voor omdat ik daar de meeste ervaring mee heb. Ik weet wat de bijwerkingen zijn en waar ik het in moet zetten. (#120).*

Hieronder geven we voorbeelden van redenen die huisartsen zonder een duidelijk voorkeursmiddel hebben om bij de ene patiënt het ene middel en bij de andere patiënt het andere middel kiezen:

*Ik heb een voorkeur voor Anafranil® bij angst/pijnsyndromen. Met Remeron® sedeer je iets meer mee, daar worden mensen wat rustiger van. Vooral ook als er veel opwinding bij zit. Seroxat® schrijf ik toch ook wel voor bij angst. (#1)*

*Seroxat® is het eerste middel van voorkeur bij jongeren. Bij ouderen heb ik als eerste keus cipramil, vanaf 60 jaar. Tijdens een nascholing in Drenthe, sprak ik iemand van de GGZ en die vond het een gunstig middel om mee te starten bij ouderen. Relatief goede verdraagzaamheid en veiligheid en überhaupt heb ik het idee dat het middel in opkomst is, want je leest er veel meer over. Remeron is een keuze, als iemand, naast de depressie, ook erg onrustig is of wat angstkenmerken heeft. Het werkt toch iets meer sederend, het maakt iets slaperiger. (#101)*

*Welk antidepressivum ik kies hangt van de patiënt af. Als iemand een beetje geremd moet worden, of een beetje gestimuleerd moet worden, als iemand een angststoornis erbij heeft, paniek, dat maakt allemaal verschil. Kortom, wat voor soort depressie het is. (#116)*

*Ik maak hele specifieke keuzes bij verschillende patiënten. Ik kijk naar wat voor soort klachten op de voorgrond staan bij de depressie. Waarbij ik een beetje uit ga van de gedachte van iemand uit Amerika, Steven Stahl. Die gaat van de gedachte uit dat sommige mensen in een depressie vooral noradrenerg deficiënt zijn. Dat zijn de mensen die uitgeblust zijn, niet vooruit te branden, lusteloos. Dan zijn er mensen die vooral serotonerg deficiënt zijn. Dat zijn de mensen die angstig en fobisch zijn in hun depressie.... Dus bij mensen die echt depressief zijn met vooral angst op de voorgrond kies ik voor een zuivere SSRI. Is de patiënt daarnaast ook heel erg duidelijk noradrenerg deficiënt, dan kies ik voor een breder middel, dat is bijvoorbeeld efexor. Merk ik dat iemand weliswaar wat noradrenerg deficiënt is maar vooral ook angstig en slaapstoornissen heeft, dan kies ik juist voor mirtazapine.... De TCA's reserveer ik eigenlijk weer voor een hele andere groep mensen. Dat zijn mensen met neuropatische pijn, dus dat heeft niets met depressies te maken. (#121)*

Opvallend dat cipramil bij een aantal huisartsen expliciet genoemd wordt als voorkeursmiddel bij ouderen. Huisartsen schrijven dit bijvoorbeeld voor omdat zij tijdens een nascholing hebben gehoord dat cipramil een gunstig middel is om mee te starten bij ouderen gezien de relatief goede verdraagzaamheid en veiligheid, omdat de ouderenpsychiaters het gebruiken of omdat cipramil naar hun idee heel weinig bijwerkingen kent wat prettig is voor oude mensen.

#### **7.3.4 Kennis over geregistreeerde diagnoses, contra-indicaties en bijwerkingen van voorkeursmiddel(en)**

In het interview is ingegaan op de kennis die huisartsen hebben over de antidepressiva die zij het vaakst voorschrijven. De kennis over de indicatie(s) waarvoor het voorkeursmiddel of de voorkeursmiddelen zijn geregistreerd was beter en uitgebreider dan de kennis over contra-indicaties en bijwerkingen. Alle huisartsen noemden dat hun voorkeursmiddel(en) geregistreerd waren voor depressie. Twee derde noemde dat hun voorkeursmiddel(en) ook is/zijn geregistreerd voor angststoornissen, maar niet alle huisartsen waren hier helemaal zeker van. Andere geregistreeerde indicaties die naar voren kwamen waren obsessief compulsieve stoornis, (sociale) fobie, bedplassen, eetstoornissen en pijn. De huisartsen twijfelden bij deze indicaties meer of wat zij zeiden juist was.

Enkele huisartsen noemden als indicatie voor antidepressiva pijn. Het ging om venlafaxine (Efexor®) en, met name, amitriptyline:

*Amitriptyline is nogal een wondermiddel op een ander gebied, in hele lage doseringen. Dus buiten het gebruik als antidepressivum wordt het geleidelijk aan ook gebruikt omdat het een pijnstillend effect heeft, bij zenuwpijnen met name. Ik gebruik het nogal eens bij kankerpatiënten, waarbij je zelfs met morfine bepaalde zenuwpijnen niet kunt verminderen. Het gaat om relatief lage doseringen, terwijl je in de antidepressieve sfeer ergens tussen de 75 en 150 mg komt, gaat het bij de pijnstilling om niet meer dan 25 mg. (#2)*

*Efexor® wordt tegenwoordig ook als pijnstiller gebruikt bij neuropatische pijn. (#103)*

*Amitriptyline is geregistreerd voor vitale depressie en het wordt ook wel gedaan bij pijnbestrijding. (#110)*

*Amitriptyline schrijf ik wel eens voor bij pijnbestrijding. (#119)*

Slechts drie huisartsen konden uitgebreid de contra-indicaties voor hun voorkeursmiddel(en) noemen. De meerderheid gaf er beperkte informatie over en sommige huisartsen wisten de contra-indicaties niet uit het hoofd te noemen. Het feit dat huisartsen kennis over contra-indicaties niet paraat hebben wil niet zeggen dat zij niet op contra-indicaties letten bij het voorschrijven. Een voorbeeld hiervan is een huisarts die onlangs van voorkeursmiddel was veranderd:

*Over de contra-indicaties van Efexor® weet ik alles, dat gebruikte ik tot recent eigenlijk voor alle groepen maar het had te weinig effect. Ik weet dat er contra-indicaties bestaan voor Seroxat®. We hebben een makkelijk computersysteem, als ik dat aanklik dan zie ik gelijk de contra-indicaties dus die weet ik niet uit mijn hoofd. (#111)*

Een andere huisarts zegt over de contra-indicaties van Remeron®:

*Ja, die zullen er ongetwijfeld zijn. Ernstige leverfunctiestoornissen, dat soort dingen. Voor de rest weet ik het niet echt. Als een patiënt een somatische voorgeschiedenis heeft dan zoek ik het altijd op. (#112)*

Het kwam ook voor dat huisartsen van mening waren dat hun voorkeursmiddel eigenlijk geen contra-indicaties had:

*Volgens mij bestaan er geen contra-indicaties voor dit middel (Seroxat ®). (#102)*

Ongeveer twee derde van de huisartsen kon meerdere bijwerkingen van hun voorkeursmiddel(en) noemen hoewel het geschetste bijwerkingsprofiel beperkt was. Wat opvalt, is dat bij de beschrijvingen voornamelijk werd geput uit de eigen ervaring en niet uit ‘objectieve’ informatie over de bijwerkingen van het voorkeursmiddel. De huisartsen die niet meerdere bijwerkingen noemden, oordeelden dat bijwerkingen van het voorkeursmiddel zelden voorkwamen of niet ernstig waren.

### **7.3.5 *Ervaring met de effectiviteit, bijwerkingen en therapietrouw van antidepressiva in het algemeen***

Huisartsen zijn van mening dat de therapietrouw bij antidepressiva redelijk goed is en dat bijwerkingen aanwezig zijn maar niet frequent resulteren in het stoppen van het gebruik. Een aantal huisartsen gaf aan dat zij het idee hadden dat als patiënten willen stoppen zij dit in ieder geval met hun huisarts bespreken. Voorbeelden die huisartsen over individuele patiënten gaven, maakten duidelijk dat huisartsen niet altijd zicht hebben op de werkelijke therapietrouw. Zo kwam één patiënt op het bezoeken met de klacht dat het antidepressivum niet werkte. Na contact met de apotheek bleek het middel echter nooit te zijn opgehaald bij de apotheek. Eén huisarts vertelde het volgende:

*Wat er kan gebeuren, dat heb je als huisarts niet in de gaten, dat je start met een antidepressivum en dat mensen na twee weken of een maand niet meer komen. Patiënten kunnen uit je beeld verdwijnen zonder dat je er erg in hebt.*

Een andere huisarts die de therapietrouw als redelijk hoog beoordeelde zei tegelijkertijd: *Ik twijfel er nog wel eens aan of mensen het echt goed innemen, als mensen terugkomen en het heeft niet geholpen.*

De geïnterviewde huisartsen gaven aan dat na een eerste contact met de patiënt vaak een dubbelconsult volgt waarin de werking en bijwerkingen van antidepressiva worden toegelicht. Meer dan de helft van de huisartsen gaven aan dat voorlichting, een goede argumentatie en het motiveren van de patiënt de therapietrouw bevorderen.

### **7.3.6 *Kosten***

Bij de keuze voor een antidepressivum vormen de kosten van de verschillende middelen nauwelijks een overweging hoewel TCA's veel goedkoper zijn dan SSRI's. Een citaat ter illustratie:

*Ik ben apotheekhoudend huisarts en weet heel goed wat de middelen kosten. Bij andere middelen ben ik me bewust van de prijs, maar gek genoeg speelt dit bij antidepressiva voor mij geen enkele rol. Ik weet eigenlijk niet waarom.*

Een andere huisarts merkt op dat het niet makkelijk is om een TCA voor te schrijven: *Het is zo erg, en dat zeg ik met enige schaamte, dat je een TCA uitgebreid moet verkopen aan je patiënt. Mensen horen niet graag dat ze goedkope geneesmiddelen krijgen*

*voorgeschreven. Dat is per definitie slecht en zeker als ze zelf de factuur daarvan krijgen, amitryptiline kost niks, dat kan nooit goed zijn.*

Er wordt zowel op stofnaam als merknaam voorgeschreven.

### **7.3.7 Gebruik van richtlijnen/formularia en andere informatie bij het voorschrijven van antidepressiva**

Bijna alle huisartsen gebruikten richtlijnen of formularia bij het voorschrijven van antidepressiva. De richtlijnen of formularia werden voor dit doel voornamelijk af en toe geraadpleegd en niet dagelijks of wekelijks. Veelal ging het om de NHG-Standaard Depressie of het Farmacotherapeutisch Kompas. Genoemd moet worden dat ten tijde van het interview de nieuwe NHG-Standaard Depressieve stoornis nog niet beschikbaar was. Huisartsen sloegen de NHG-Standaard erop na of hadden de standaard in het hoofd zitten. Een aantal huisartsen was erg tevreden over de NHG-Standaard en vonden de Standaard goed onderbouwd, degelijk, praktijkgericht en de mogelijkheid gevend om af te wijken bij de individuele patiënt. Er waren ook enkele huisartsen die de NHG-Standaard goed vonden, maar duidelijk maakten dat geen enkele huisarts zich aan het voorschrijven van de TCA's hield conform de NHG-Standaard. Een aantal huisartsen oordeelden negatief over de NHG-Standaard omdat hij te oud was, achter de praktijk aan liep of te moraliserend was. Over het Farmacotherapeutisch Kompas werd gezegd dat het eenvoudig te gebruiken was. Een aantal huisartsen raadpleegde ook het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) of het Groninger formularium. Huisartsen gaven aan dat het EVS niet altijd even handig in het gebruik was of dat het rigide was. Daarentegen vertelde één huisarts dat hij deel nam aan een waarneemgroep vanuit het FTO die afspraken over antidepressiva had geïmplementeerd in het EVS (Medicom). Een enkele huisarts maakte gebruik van een andere richtlijn of formularium bij het voorschrijven van antidepressiva (CBO consensus richtlijn, het Nijmeegs formularium of een psychiatrie handboek).

Naast richtlijnen en formularia kunnen huisartsen hun informatie ook op andere plekken halen. Het FTO is daarvan een voorbeeld. Met uitzondering van drie huisartsen namen alle huisartsen deel aan een FTO. Bij de helft van de huisartsen was het voorschrijven van antidepressiva ooit aan de orde gekomen in het FTO en één huisarts gaf aan dat destijds hiervoor een eerstelijns psycholoog was uitgenodigd. Bindende afspraken in het FTO kwamen over het algemeen weinig voor en bindende afspraken over het voorschrijven van antidepressiva in het geheel niet. Een meerderheid van de huisartsen had overleg met andere collega's dan in het FTO over het voorschrijven van antidepressiva. Meestal ging dit om casuïstiek uit hun praktijk. Het betrof overleg met de GGZ, psychiater of psycholoog. Overleg met de apotheker over het voorschrijven van antidepressiva werd slechts eenmaal genoemd.

Wetenschappelijke tijdschriften en vakbladen kunnen ook informatie geven over geneesmiddelen. Huisarts en Wetenschap, het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en Medisch Contact werden frequent gelezen door de huisartsen, gevolgd door het GeBu en Modern Medicine. Eén huisarts noemde Internet als bron voor informatie. Twee huisartsen gaven aan nooit vakbladen te lezen.

Tot slot is er informatie van de farmaceutische industrie. Iets meer dan de helft van de geïnterviewde huisartsen ontving artsenbezoekers. Bij vier huisartsen was er in de afgelopen periode een artsenbezoeker langs geweest met informatie over antidepressiva. Enkele uitspraken die huisartsen over het ontvangen van artsenbezoekers deden, waren: “Wij krijgen de hele dag mensen die willen dat wij iets voor hen oplossen. Dan is het ook wel eens leuk om over een onderwerp met een artsenbezoeker te praten”. (#101)  
“Iedereen die aardig is mag komen. (#115)  
“Ik heb één keer in de week een artsenbezoeker en van tevoren weet ik nooit waarover ze het gaan hebben”. (#119)

### **7.3.8 Redenen om wel of geen antidepressiva voor te schrijven aan patiënten uit de eigen praktijk**

Centraal in het interview stonden de redenen om al dan niet antidepressiva voor te schrijven. Dit is gedaan met behulp van twee eigen patiënten: één aan wie de huisarts wel voorschreef en één aan wie de huisarts niet voorschreef. Ook werden aan de huisarts twee papieren patiënten voorgelegd. Deze leverden echter geen andere redenen op om al dan niet voor te schrijven en worden hier verder niet behandeld.

#### *Niet voorschrijven van antidepressiva*

In tabel 7.3a is een beschrijving gegeven van de patiënten met depressief gevoel, depressie of angststoornis bij wie de huisarts heeft besloten geen antidepressivum voor te schrijven. Het ging om patiënten die onlangs op het spreekuur waren gekomen en waarbij de huisarts voor het eerst of opnieuw de diagnose voor deze psychische problemen had vastgesteld. In het totaal hebben 17 huisartsen een patiënt geselecteerd. De overige huisartsen konden geen patiënt bedenken die voor de bespreking in aanmerking kwam omdat zij bij een depressie altijd een antidepressivum voorschreven. Uit tabel 7.3a wordt duidelijk dat de helft van de patiënten onder de 40 jaar en met name vrouw was. Bij de helft van de patiënten was de diagnose depressie vastgesteld, bij twee patiënten een angststoornis en bij één patiënt dysthymie. De overige patiënten hadden een verscheidenheid aan andere psychische problemen. De meeste huisartsen gaven aan dat zij op grond van klinische symptomen tot de diagnose waren gekomen. Drie huisartsen noemden dat daarnaast dat de duur van de klachten een rol had gespeeld. Meer dan de helft van de patiënten was niet eerder met de klachten bij de huisarts geweest en had geen voor-geschiedenis van de gepresenteerde klachten. Een klein aantal huisartsen had gebruik gemaakt van richtlijnen of standaarden bij het stellen van de diagnose.

Tabel 7.3a: Kenmerken van de patiënten waarbij de huisarts heeft gekozen om geen antidepressivum voor te schrijven

	Aantal patiënten (n=17)
<b>Leeftijd patiënt</b>	
20-39 jaar	9
40-60 jaar	5
Ouder dan 60 jaar	3
<b>Geslacht</b>	
Man	3
Vrouw	14
<b>Gestelde diagnose</b>	
Depressie	9
Dysthyme stoornis	1
Angststoornis	2
Gezinsproblematiek	1
Aanpassingsstoornis	1
Surmenage	1
Faalangst en zelfvertrouwen verlies	1
Persoonlijkheidsstoornis met depressieve klachten/hypochondrisch	1

Bijna alle huisartsen stelden aan deze patiënten één of meerdere niet-medicamenteuze behandelingen voor. De helft van de patiënten werd gevraagd terug te komen op het spreekuur of (ondersteunende) gesprekken met de huisarts te hebben. Eveneens werd aan de helft van de patiënten een behandeling bij het Riagg, een psycholoog of een psychiater voorgesteld. In enkele gevallen verwees de huisarts de patiënt door naar het maatschappelijk werk of de wijkverpleging of stelde de huisarts schildertherapie/dagbesteding voor. Bij drie patiënten werd andere medicatie dan antidepressiva voorgeschreven. Het ging om een slaapmiddel of een anxiolyticum. Eén patiënt kreeg het voorstel voor een behandeling met lichttherapie.

Huisartsen noemden ongeveer 25 verschillende redenen om bij de betreffende patiënt geen antidepressiva voor te schrijven. De helft van de redenen was van klinische aard. Deze redenen kwamen bij 12 patiënten voor. De “klinische” redenen die huisartsen noemden waren: *mild beeld, voor de eerste keer met deze klacht bij de huisarts, patiënt heeft op ieder medicijn iedere denkbare bijwerking, mogelijk beginnende dementie, patiënt heeft meer nodig dan antidepressiva door trauma en langdurige klachten, geen vitale depressieve symptomen, de diagnose, duur van de klachten, geen effect op medicatie in het verleden, patiënt was niet ambulante en kon niet naar de tweede lijn verwezen worden, anxiolyticum in plaats van antidepressivum omdat snel effect was vereist en aanwezigheid persoonlijkheidsstoornis.*

Bij vier patiënten schreef de huisarts geen antidepressivum voor omdat: *de klachten gerelateerd waren aan situationele omstandigheden, veroorzaakt waren door direct aan te wijzen vervelende/traumatische gebeurtenissen in het heden of verleden of samenhangen met verwerkingsproblematiek en klachten daarom van tijdelijke aard waren.* Daarnaast was bij drie patiënten de sociale omstandigheid een reden om niet voor te schrijven: *voldoende sociale steun of mantelzorg/klachten hingen samen met sociale problematiek.* Uit de interviews kwamen bij zes patiënten redenen naar voren die samen-



hingen met de houding van de patiënt ten opzichte van behandeling zoals: *patiënt wil geen medicatie, twijfelt over een antidepressivum of wil geen medicamenteuze therapie*. Bij drie patiënten werden andere patiëntgebonden redenen genoemd: *Patiënt komt er wel uit zonder medicatie, patiënt staat pas onlangs open voor bespreken klachten en patiënt kan concreet zijn probleem beschrijven en bepraten*.

Tweederde van de huisartsen overwoog of was bereid alsnog een antidepressivum voor te schrijven bijvoorbeeld als de klachten zich verergerden of lang aanhielden, in combinatie met psychotherapie, als de patiënt hierom zou vragen en als gesprekken met de huisarts niet succesvol zouden zijn.

Tabel 7.3b: Kenmerken van de patiënten waarbij de huisarts heeft gekozen om wel een antidepressivum voor te schrijven

	Aantal patiënten (n=217)
<b>Leeftijd patiënt</b>	
20-39 jaar	7
40-60 jaar	9
Ouder dan 60 jaar	2
Onbekend	3
<b>Geslacht</b>	
Man	13
Vrouw	8
<b>Gestelde diagnose</b>	
Depressie	17
Angststoornis	3
Angst en depressie	1

#### *Wel voorschrijven van antidepressiva*

In tabel 7.3b is een beschrijving gegeven van de patiënten met depressief gevoel, depressie of angststoornis bij wie de huisarts heeft besloten wel een antidepressivum voor te schrijven. Er zijn gegevens beschikbaar van 21 patiënten. De mannelijke patiënten waren in de meerderheid. Alle patiënten hadden de diagnose depressie en/of angst. Wederom gebruikte een klein aantal huisartsen richtlijnen/standaarden bij het stellen van de diagnose. Alle huisartsen waren op basis van klinische symptomen tot de diagnose gekomen. Vijf huisartsen gaven aan dat de duur van de klachten een rol had gespeeld bij het tot stand komen van de diagnose. Voor meer dan de helft van de patiënten gold dat zij niet eerder met de klachten bij de huisarts geweest waren en geen voorgeschiedenis hadden wat betreft hun klachten.

De huisartsen kozen bij een medicamenteuze behandeling het vaakst voor paroxetine en in mindere mate voor sertraline, mirtazepine, amitriptyline, venlafaxine, fluvoxamine en fluoxetine. Er werden bijna 30 redenen genoemd om antidepressiva voor te schrijven. De redenen waren meer divers dan bij het niet-voorschrijven van antidepressiva en moeilijker te rubriceren. De redenen van klinische aard worden hieronder genoemd en kwamen bij 18 patiënten naar voren:

*Duidelijk depressief beeld/depressie, ernst van de klachten, suïcide gevaar, veel klachten, noodzakelijk gezien de klachten, voorkomen ernstig ziektebeeld van een paar jaar geleden, probleem van de patiënt is onduidelijk en hoe de patiënt hieruit kan komen, patiënt functioneert onder normaal niveau, in het verleden al veel niet-medicamenteuze behandeling gehad, duur klachten, langdurig proces van verdriet verwerken, medicatie in aanvulling op psychotherapie om deze te laten slagen, patiënt maakt geen spoedeisende indruk, patiënt was er slecht aan toe, opeenstapeling van klachten, lijden van de patiënt.*

Bij twee patiënten was de sociale omstandigheid een reden om voor te schrijven:

*klein sociaal netwerk en druk van partner van patiënt om zich te laten behandelen.*

Bij een aantal patiënten werden redenen aangevoerd om een specifiek antidepressivum te kiezen. De algemene redenen hiervoor waren: *het is het middel van eerste keus, SSRI's hebben minder bijwerkingen en meer voordelen dan TCA's, het is de eerste keus uit de gebruikte standaard, goede ervaring met het middel, goedkoop en bekend middel.*

Bij andere patiënten werden antidepressiva soms gekozen vanwege een specifieke werking: *angstremming (paroxetine en fluvoxamine), aanwezigheid post-traumatische stress stoornis (Efexor®) en goed effect op de slaap (paroxetine).*

De houding en wil van de patiënt speelden zowel bij de keuze om wel of niet voor te schrijven mee en in mindere mate bij de keuze voor een specifiek middel: *Verzoek/wens/druk van patiënt om een behandeling met antidepressiva, verzoek patiënt om een specifiek middel, patiënt staat niet afwijzend tegenover antidepressiva, medicatie geeft voor patiënt vertrouwen en houvast, weerstand tegen behandeling GGZ/Psycholoog en patiënt wil geen andere therapeut.* Een andere patiëntgerelateerde reden werd bij één patiënt genoemd: *patiënt begrijpt werking/traject antidepressiva.* Tenslotte noemde één huisarts de volgende reden: *wil patiënt graag helpen.* Vervolgens dient opgemerkt te worden dat één huisarts eigenlijk niet had willen voorschrijven en één huisarts niet zeker wist of hij een antidepressivum had voorgeschreven als de patiënt er niet om had gevraagd. Daarnaast hebben drie huisartsen een ander antidepressivum voorgeschreven dan zij hadden gewild omdat de patiënt hierom vroeg.

## **7.4 Conclusies**

Het valt niet direct te verwachten dat huisartsen de taken van de GGZ gaan overnemen hoewel een groot deel negatieve ervaringen heeft gehad met de GGZ/Riagg. Dit in verband met lange wachttijden en het ontbreken van een direct contact tussen huisarts en een vaste behandelaar. Huisartsen laten zich positiever uit over eerstelijns psychologen, psychiaters, psychologen en psychotherapeuten. De aanwezigheid van deze therapeuten in de nabijheid van de huisartspraktijk en het persoonlijke contact lijken gunstig voor het doorverwijzen naar deze hulpverleners.

De helft van de huisartsen noemt paroxetine als eerste middel wanneer gevraagd wordt de eerste drie antidepressiva te noemen die in hen opkomen. Er zijn huisartsen die met name het antidepressivum voorschrijven dat zij als eerste noemen en andere huisartsen schrijven de genoemde middelen voor afhankelijk van het type patiënt. Opvallend is de

voorkeur voor cipramil bij ouderen. Er bestaat redelijke kennis over de indicatie(s) waarvoor het voorkeursmiddel of de voorkeursmiddelen zijn geregistreerd. De kennis over bijwerkingen is beperkt en de kennis over contra-indicaties gering. Huisartsen zijn van mening dat de therapietrouw bij antidepressiva redelijk goed is en dat bijwerkingen aanwezig zijn maar niet frequent resulteren in het stoppen van het gebruik. Voorbeelden die huisartsen over individuele patiënten geven, maken duidelijk dat huisartsen niet altijd zicht hebben op de werkelijke therapietrouw. De kosten van de verschillende antidepressiva vormen bij de keuze voor een antidepressivum nauwelijks een overweging. De individuele patiënt gaat voor de kosten.

Bij het voorschrijven van antidepressiva raadplegen huisartsen het vaakst de NHG - Standaard en het Farmacotherapeutisch Kompas. Dit is echter niet dagelijks of wekelijks. Antidepressiva worden besproken in FTO's, maar er zijn geen bindende afspraken over het voorschrijven hiervan. Bijna alle huisartsen lezen Nederlandstalige vakliteratuur en een gering aantal huisartsen heeft in de afgelopen periode een artsbezoeker ontvangen die informatie gaf over antidepressiva.

Op basis van de informatie die huisartsen hebben gegeven bij patiënten uit hun eigen praktijk blijkt dat richtlijnen en standaarden vaker worden gebruikt bij het voorschrijven van antidepressiva dan bij de diagnosestelling. Over het algemeen lijkt bij het stellen van de diagnose de aanwezigheid van klinische symptomen belangrijker dan de duur van de symptomen. Een deel van de patiënten waarbij de huisarts heeft besloten geen antidepressivum voor te schrijven, had andere psychische problemen dan depressie, dysthymie of angststoornis. Aan bijna alle patiënten werd een niet-medicamenteuze behandeling voorgesteld. Daarentegen hadden alle patiënten die een antidepressivum kregen voorgeschreven een depressie of angststoornis. Met uitzondering van twee patiënten, kregen alle patiënten SSRI's voorgeschreven. Zowel bij het besluit om niet als om wel voor te schrijven is het merendeel van de redenen van klinische aard. In aansluiting op eerder onderzoek van het NIVEL zijn specifieke klinische kenmerken van de patiënt meer van belang bij het wel of niet voorschrijven van een antidepressivum dan bij de keuze voor een specifiek middel. De voorkeur voor een middel wordt vaak bepaald door de algemene voorkeur voor een antidepressivum en een enkele keer door de specifieke werking. De patiënt had zelf ook een stem in de keuze al dan niet behandeld te worden met een antidepressiva en, in mindere mate, in het soort middel dat voorgeschreven werd.



## 8 Vervolgonderzoek naar redenen van voorschrijven onder LINH-huisartsen

Anita Volkers, Annemarie de Jong, Liset van Dijk, Dinny de Bakker

### 8.1 Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk is een groot aantal redenen en motiveringen om antidepressiva voor te schrijven in de huisartspraktijk naar voren gekomen. Deze redenen kunnen globaal worden ingedeeld in redenen van klinische aard, redenen die samenhangen met de wil of invloed van de patiënt, redenen die worden bepaald door adviezen van en afspraken in richtlijnen, FTO's, opleiding of nascholing en redenen waarbij het kostenperspectief een rol speelt. Het interview is echter bij een beperkt aantal huisartsen (n=23) afgenomen. Het is daarom van belang om in een grotere en andere groep huisartsen te onderzoeken of zij dezelfde redenen en overwegingen hebben in het voorschrijfproces. Door aan huisartsen te vragen welke redenen zij hadden om wel of niet voor te schrijven bij concrete patiënten uit de praktijk kan een indruk worden gekregen over de representativiteit van de gegevens verzameld door middel van de interviews. Daarnaast geeft deze informatie inzicht in hoe vaak de verschillende redenen voorkomen en hoe relevant de verschillende redenen zijn ten opzichte van elkaar. Het gaat hier dus om het kwantificeren van de kwalitatieve data uit hoofdstuk 7. Het Elektronisch Medisch Dossier (EMD) kan van nut zijn bij een dergelijke studie omdat huisartsen hierin veel informatie over de patiënt, diens klachten en behandeling vastleggen. Het is alleen niet bekend of huisartsen alle redenen om al dan niet voor te schrijven nauwgezet in het EMD registreren.

In dit hoofdstuk worden de resultaten beschreven van het onderzoek onder LINH-huisartsen waarin nagegaan is welke redenen relevant zijn als het gaat om de volgende vragen:

- 1) Waarom schrijven huisartsen bij een depressie of angststoornis al dan niet antidepressiva voor?
  - 2) Waarom schrijven huisartsen bij een depressief gevoel of angstig gevoel al dan niet antidepressiva voor?
  - 3) Waarom kiezen huisartsen voor een behandeling met een SSRI in plaats van een behandeling met een TCA?
  - 4) Waarom veranderen huisartsen van soort antidepressivum bij een patiënt?
- Tevens is onderzocht of het EMD een rol kan spelen bij onderzoek naar redenen van voorschrijfgedrag.

### 8.2 Methode

#### 8.2.1 Deelnemende huisartsen

In november 2003 zijn 42 huisartsen uit LINH-solopraktijken schriftelijk gevraagd om deel te nemen aan het onderzoek. Daarna zijn in januari 2004 66 huisartsen uit de LINH duo- en groepspraktijken aangeschreven om deel te nemen. In totaal zijn dus 108 huisartsen benaderd. In de aanbiedingsbrief werd aangegeven dat de antwoorden van de

huisarts anoniem verwerkt zouden worden. Bij deelname ontvingen de huisartsen een vergoeding van €100. Toegezegd werd om de resultaten van het onderzoek later toe te sturen. Aan beide groepen huisartsen is, indien zij nog niet gereageerd hadden, na een maand een schriftelijke reminder gestuurd. Wanneer ook daar geen respons op kwam, werden de huisartsen gebeld door hun LINH-contactpersoon van de Werkgroep Kwaliteit Onderzoek (WOK). De respons bij de huisartsen uit solopraktijken was 79% en bij de duo- en groepspraktijken 52%. Dit bracht het totaal aantal huisartsen die de vragenlijst invulden op 67.

Het totale aantal LINH-huisartsen is hoger dan het aantal LINH-huisartsen dat werd aangeschreven voor dit onderzoek. Een aantal huisartsen is echter niet benaderd. Dit had verschillende oorzaken:

- Voor het case-control onderzoek is de aanwezigheid van een diagnose op het recept belangrijk. Praktijken die minder dan 80% van hun recepten van een diagnose hadden voorzien zijn niet in het onderzoek betrokken.
- Wanneer in een huisartspraktijk op jaarbasis minder dan 10.000 recepten waren uitgeschreven, is de praktijk ook niet benaderd. Dit omdat het in deze praktijken lastig bleek te zijn patiëntparen te vinden. Bovendien werden praktijken waar minder dan 50 recepten rofecoxib (>50) waren voorgeschreven niet benaderd. Onderhavig onderzoek werd namelijk gecombineerd met een onderzoek naar het voorschrijven van Cox2-remmers. Bij een dergelijk aantal rofecoxib recepten bleek het onmogelijk geschikte paren voor dat deel van het onderzoek te selecteren.
- Praktijken die het HIS Arcos gebruiken, zijn niet benaderd. In dit case-control onderzoek moesten patiënten op patiëntnummer worden terug gezocht door de huisarts. De Arcos patiëntnummers worden voor LINH omgezet omdat zij anders niet in de database kunnen worden opgenomen. Het terugcoderen naar patiëntnummers zoals ze in het HIS van de Arcos-huisartsen staan, is niet mogelijk.
- In zes duo- of groepspraktijken was het onduidelijk welke patiënten door welke huisarts werden behandeld.
- Uitgesloten werden huisartsen waarvan de LINH-contactpersoon (WOK) had aangegeven dat deze niet benaderd dienden te worden aangezien zij gestopt waren na 2002 of geen activiteiten meer wilden verrichten voor LINH of omdat zij ziek/overleden waren.

### 8.2.2 *Selectie patiënten en vragenlijst*

#### *Paren*

Om inzicht te krijgen in redenen van voorschrijven van antidepressiva werden per benaderde LINH-arts drie paren geselecteerd die aan de volgende criteria voldeden:

Paar 1: Bij de gegeven indicatie (depressie/angststoornis) kunnen antidepressiva worden voorgeschreven. Dit gebeurt niet bij de doelpatiënt, wel bij de match (onderprescriptie)

Paar 2: Bij de gegeven indicatie hoeft niet voorgeschreven te worden (depressief of angstig gevoel). De doelpatiënt krijgt voorgeschreven, de match niet (overprescriptie)

Paar 3: Bij de gegeven indicatie is een ander geneesmiddel gewenst dan is voorgeschreven. De doelpatiënt krijgt een TCA, de match een SSRI. Bij dit paar is

uitgegaan van de NHG-Standaard Depressie 1994 waarin TCA's als eerste keuze middel staan genoemd.

Daarnaast kreeg de huisarts ook een patiënt voorgelegd die in de loop van het jaar van soort antidepressivum veranderd is. Alle patiënten werden geselecteerd uit de LINH-registratie van het jaar 2002.

#### *Gegevens*

De gegevens van alle geselecteerde patiënten zijn opgenomen in een vragenlijst (zie bijlage 5). Per paar is aan de huisartsen gevraagd om de patiënten in hun EMD op te zoeken. Aangegeven was dat het ging om het registratie jaar 2002. Per patiënt werd aan de huisarts de volgende informatie gegeven:

- patiëntnummer
- voorgeschreven middel (in het geval van een voorschrift)
- datum contact/voorschrift
- diagnose
- leeftijd
- geslacht

Als de huisarts de desbetreffende patiënt kon terugvinden in het EMD werd hij/zij gevraagd om de vragen over deze patiënt te beantwoorden. Per paar patiënten is gevraagd naar de redenen die de huisarts had om voor een bepaalde behandeling te kiezen bij een bepaald contact.

#### *Redenen overgenomen uit interviews*

De in de vragenlijst voorgedodeerde redenen kwamen voor het merendeel uit de interviews met de niet-LINH huisartsen. Dit omdat we het belang van deze redenen wilden kwantificeren. Soms is een aantal redenen toegevoegd. Bij redenen om niet voor te schrijven hebben wij bijvoorbeeld toegevoegd dat de huisarts heeft gekozen voor een behandeling met benzodiazepinen of andere medicatie dan benzodiazepinen. Dit is mede gedaan door de interesse vanuit CVZ voor dit aspect. De huisarts kon één of meerdere van deze redenen aankruisen. Daarnaast werd gevraagd of andere overwegingen nog een rol hadden gespeeld bij de behandeling. Zo ja, dan was er ruimte in de vragenlijst om deze te noteren en toe te lichten. Ter afsluiting werd bij elk patiëntenpaar gevraagd hoeveel overwegingen de huisarts kon terugvinden in zijn EMD.

#### *Match*

Gepoogd werd om een doelpatiënt en de bijbehorende match (control) zoveel mogelijk identiek te laten zijn wat betreft geslacht, leeftijd en verzekeringsvorm van de patiënt alsmede de gestelde indicatie en bij voorkeur de aanwezige co-morbiditeit. Gezien het beperkte aantal beschikbare patiënten per huisarts was het niet eenvoudig om paren te vormen rekening houdend met al deze factoren. Uiteindelijk is er voor gekozen om patiënten in ieder geval zoveel mogelijk op elkaar te laten lijken wat betreft leeftijd en geslacht. Gekozen werd voor patiënten die minimaal twee contacten/en of recepten hadden. Dit omdat we het vermoeden hadden dat bij een eenmalig recept/contact de kans groter was dat iemand anders de patiënt had behandeld. Bij de geselecteerde patiënten is

bij de eerste twee paren er wel voor gekozen om de huisarts het eerste recept in het registratiejaar voor te leggen.

#### *Pilot*

Alvorens de vragenlijst naar de LINH huisartsen is gestuurd, is deze in oktober 2003 uitgetest bij vijf huisartsen uit LINH solopraktijken. In de begeleidende brief werd het doel en belang van het onderzoek uitgelegd en werden de vragen nader toegelicht. Tevens werd aangegeven dat het onderzoek zich in een pilotfase bevond en dat daarom een aantal extra vragen werd gesteld over het invullen van de vragenlijst zelf, zoals hoeveel tijd ermee gemoeid was en een oordeel over de inhoud en kwaliteit van de vragen. De huisartsen konden de vragenlijst per antwoordenvolop terugsturen en voor het invullen van de vragenlijst kregen de huisartsen een vergoeding van 100 euro. Van alle vijf huisartsen kregen we de vragenlijsten ingevuld terug. Op basis hiervan werd verwacht dat de uiteindelijke respons op de vragenlijst eveneens hoog zou zijn. De huisartsen vonden de opzet van de vragenlijst duidelijk en de vragen begrijpelijk. Het feit dat de gegevens in de vragenlijst afkomstig waren uit 2002 gaf geen problemen. Gemiddeld kostte het deze huisartsen 35 minuten om de vragenlijst in te vullen. Op grond van de eerste ingevulde vragenlijsten vonden enkele aanpassingen plaats. In de uiteindelijke vragenlijst werd in het geval dat een patiënt een antidepressivum kreeg de vraag gesteld wie (bijv. huisarts zelf, de assistent of een psychiater) het recept had voorgeschreven. Tevens werd bij de patiënten het aantal overwegingen om wel of niet voor te schrijven uitgebreid en werd een aparte vraag toegevoegd over de mate waarin de huisarts de aangekruiste overwegingen kon terugvinden in het EMD. Tevens voegden we bij de eerste twee paren de vraag toe of de patiënt (ook) een niet-medicamenteuze therapie had gekregen. Tenslotte werd bij patiënten waarbij de huisarts koos om geen antidepressiva voor te schrijven (patiënt 1b en 2b) gevraagd of de huisarts in een later stadium dit alsnog had gedaan.

#### **8.2.3** *Analyse*

In dit deel van het onderzoek ging het met name om het verifiëren en kwantificeren van de redenen die al naar voren waren gekomen tijdens de interviews zoals beschreven in hoofdstuk 7. Ook wilden we zicht krijgen op mogelijk aanvullende redenen. Bij de statische analyses is gebruik gemaakt van beschrijvende statistiek. De gegevens van de huisartsen die hebben meegedaan aan de pilot zijn niet opgenomen in de resultaten, omdat er te veel veranderingen in de vragenlijst waren aangebracht. Hierdoor misten bij deze huisartsen te veel gegevens.

### **8.3 Resultaten**

#### **8.3.1** *Eerste paar*

In het eerste paar dat we onderzochten, kreeg de doelpatiënt voorgeschreven bij de diagnose depressie of angststoornis. De match had ook een depressie of angststoornis maar kreeg geen antidepressivum voorgeschreven. Bij 61 van de deelnemende huisartsen kon uit de prescriptieregistratie een patiënt worden geselecteerd met een diagnose depressie of angststoornis en daarbij een voorschrift voor een antidepressivum. Hiervan gaven 59 huisartsen aan de gegevens van de patiënt terug te kunnen vinden in het EMD. Twee



huisartsen noteerden echter dat er sprake was van een paniekstoornis respectievelijk angststoornis in plaats van een depressie en één huisarts merkte op dat het niet om een eerste recept ging aangezien het eerste recept drie weken eerder dan de vermelde datum was uitgeschreven. Besloten is om deze patiënten mee te nemen in de vervolganalyses omdat geen direct effect verwacht werd op redenen van voorschrijven. De achtergrondgegevens van de patiënten die betrokken zijn in de redenen analyse staan in tabel 8.1a vermeld. Als het recept niet door de huisarts zelf was uitgeschreven (n=10) dan was dit gedaan door de assistente of collega-huisarts (n=7) of door een psychiater (n=3). Bij het uitschrijven door de assistente of collega-huisarts gaf de huisarts in de helft van de patiënten expliciet aan dat het om een herhaalrecept ging.

Bij 49 huisartsen werd in de contactregistratie een patiënt gevonden die voldeed aan de criteria voor de match: dit wil zeggen een patiënt met de diagnose depressie of angststoornis zonder een recept voor een antidepressivum. Van 47 patiënten kon de huisarts de gegevens terugvinden. Bij zeven patiënten uit deze groep maakte de huisarts de opmerking dat niet alle patiëntgegevens teruggevonden konden worden of dat ze onjuist waren. Eén huisarts vermeldde dat de patiënt niet zijn patiënt was (huisarts uit groepspraktijk). Bij één patiënt werd genoteerd dat het contact twee weken eerder was geweest dan de opgegeven datum. Bij twee patiënten werd de diagnose depressie nader gespecificeerd als geagiteerde depressie en postnatale depressie. Aangezien bij alle patiënten wel redenen waren aangegeven om niet voor te schrijven, zijn alle patiënten in de analyse opgenomen. Voor drie andere patiënten lag dit anders aangezien zij ten tijde van het contact wel een antidepressivum bleken te slikken. Zij werden dan ook uitgesloten van de verdere analyses. Het voorgaande houdt in dat van 44 patiënten informatie bruikbaar was voor de analyse. De achtergrondgegevens van de patiënten staan in tabel 8.1a vermeld. Twaalf huisartsen gaven aan niet zelf de diagnose te hebben gesteld. Soms had een andere huisarts de diagnose gesteld, maar veelal een psychiater of een psycholoog.

Tabel 8.1a: Overzicht patiëntkenmerken, diagnoses en voorschriften paar 1

	Wel voorgeschreven (n=59)	Niet voorgeschreven (n=44)
Diagnose		
Depressie (P76)	45	33
Angststoornis (P74)	14	11
Sexe		
Mannen	18	13
Vrouwen	41	30
Onbekend		1
Leeftijd		
<25 jaar	2	3
25-44 jaar	24	19
45-64 jaar	25	11
65-74 jaar	3	6
>75 jaar	5	4
Onbekend		1
Type antidepressivum		
TCA's totaal	5	
Amitriptyline	1	
Clomipramine	4	
SSRI's totaal	45	
Citalopram	6	
Fluoxetine	3	
Fluvoxamine	5	
Paroxetine	27	
Sertraline	4	
SNRI's totaal	3	
Trazodon	1	
Venlafaxine	2	
Overige antidepressiva totaal	6	
Mirtazapine	6	

Tabel 8.1b laat zien dat alle voorgestructureerde redenen door één of meerdere huisartsen werden aangekruist zowel bij het wel als niet voorschrijven van antidepressiva. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de redenen relevant waren. De ernst en de duur van de klachten werden het vaakst als redenen genoemd om voor te schrijven. De effectiviteit van het middel en het feit dat de patiënt in het verleden baat had gehad bij een antidepressivum waren eveneens belangrijke redenen om voor te schrijven. Het gaat hier dus vooral om redenen van klinische aard. Daarentegen kruiste een klein deel van de huisartsen aan dat de patiënt om een antidepressivum had gevraagd of geen niet-medicamenteuze therapie wilde. Ook de reden 'de huisarts verwacht geen effect van een niet-medicamenteuze behandeling' werd weinig genoemd. Bij de redenen om geen antidepressiva voor te schrijven sprongen drie redenen sterk naar voren en wel 'de patiënt krijgt een niet-medicamenteuze behandeling', 'exogene oorzaak van klachten' en 'de huisarts verwacht weinig effect van medicamenteuze behandeling'. De laatste twee redenen zijn duidelijk van klinische aard. De invloed van de patiënt speelt een rol, maar in mindere mate dan de eerder genoemde redenen.

Tabel 8.1b: Frequentie van redenen om wel en niet antidepressiva voor te schrijven bij een depressie of angststoornis

	Patiënten (n=59)
	N
<b>Redenen van wel voorschrijven antidepressiva:</b>	
Weet ik niet, iemand anders heeft het recept uitgeschreven	9
Ernst van de klachten	34
Duur van de klachten	35
Effectiviteit van middel	24
Endogene oorzaak van klachten	14
Voortzetting van behandeling gestart door andere behandelaar	15
Patiënt heeft in het verleden baat bij antidepressivum gehad	23
Patiënt heeft om antidepressivum gevraagd	10
Patiënt wil geen niet-medicamenteuze therapie	2
Klinische voorgeschiedenis	16
Ingrijpende gebeurtenissen uit verleden van patiënt	12
Verwacht geen effect van niet-medicamenteuze behandeling	10
	Patiënten (n=44)
	N
<b>Redenen van niet voorschrijven antidepressiva:</b>	
Weet ik niet, iemand anders heeft de diagnose gesteld	3
Geringe ernst van de klachten	8
Korte duur van de klachten	9
Verwacht weinig effect van medicamenteuze behandeling	10
Exogene oorzaak van klachten	14
Patiënt weigert medicamenteuze behandeling met antidepressiva	7
Gekozen voor een behandeling met benzodiazepines	6
Gekozen voor andere medicamenteuze behandeling dan benzodiazepines	2
Patiënt krijgt een niet-medicamenteuze behandeling	16

Er werden veel aanvullende redenen genoemd om bij een depressie of angststoornis antidepressiva voor te schrijven. Voor een deel waren dit redenen die samenhangen met de voorgedeede redenen, maar er waren ook nieuwe redenen. Deze zijn vermeld in de bijlage bij dit hoofdstuk. Twee redenen willen we hier in de tekst vermelden: het voorschrijven wanneer een angststoornis cq paniekstoornis gecombineerd is met een depressie en het uitschrijven van een bepaald recept voor een antidepressivum omdat de patiënt problemen had bij het afbouwen van paroxetine.

De huisartsen noemden ook aanvullende redenen om niet voor te schrijven. Deze zijn eveneens opgenomen in de bijlage achteraan dit hoofdstuk. De redenen om niet voor te schrijven waren vooral gerelateerd aan de symptomen/klachten van de patiënt, de sociale omstandigheden en het feit dat de patiënt zelf een niet-medicamenteuze therapie wilde.

Bij het voorschrijven van een antidepressivum konden bij 70% van de patiënten alle of de meeste overwegingen terug worden gevonden in het EMD. Als we kijken naar het terugvinden van alle of de meeste redenen om niet voor te schrijven in het EMD dan blijkt dit ook voor een groot aantal huisartsen mogelijk (75%).

### 8.3.2 *Tweede paar*

Het tweede paar dat we onderzochten, is vergelijkbaar met het eerste paar alleen de diagnoses zijn anders. De doelpatiënt heeft een depressief of angstig gevoel en krijgt daarvoor antidepressiva voorgeschreven, de match heeft eveneens een depressief of angstig gevoel maar krijgt niet voorgeschreven.

Bij 53 huisartsen werd in de prescriptieregistratie een patiënt gevonden die voldeed aan de criteria voor de doelpatiënt dit wil zeggen een diagnose depressief gevoel of angstig gevoel met een recept voor een antidepressivum. Bij 50 patiënten werden de gegevens teruggevonden in het EMD. Daarnaast gaven zes huisartsen aan dat één van de gegevens niet juist was. Bij twee patiënten was de leeftijd niet juist, deze patiënten zijn wel meegenomen in verdere analyses. Bij twee patiënten was er sprake van een depressie volgens de huisartsen en bij twee patiënten bleek het te gaan om de patiënt van een andere huisarts in de groepspraktijk. Aangezien we de laatste vier patiënten niet hebben betrokken in de verdere analyses staan van 46 patiënten de achtergrond gegevens in tabel 8.2a vermeld. Twaalf huisartsen hadden niet zelf het recept uitgeschreven, maar dit was gedaan door een vorige huisarts (n=3), de assistente (n=3), een collega-huisarts (n=2), een psychiater (n=2) of een HIDHA (n=1). Eén keer was degene die had voorgeschreven onbekend.

Bij 62 huisartsen werd een patiënt gevonden in de contactmodule die voldeed aan de criteria voor de match. De criteria waren een diagnose depressief gevoel of angstig gevoel en geen voorschrift voor een antidepressivum. Door 61 huisartsen werd aangegeven dat zij de patiënt konden terug vinden in hun EMD. Vier huisartsen gaven echter aan dat niet alle gegevens klopten. Bij één patiënt was de datum verkeerd. Bij twee andere patiënten specificeerde de huisarts de diagnose angstig gevoel met “nervus, functionele klachten” of met angststoornis. Tenslotte gaf een andere huisarts aan dat de klacht angstig gevoel samenhang met stress en was ingebed in sociale problematiek gerelateerd aan werk. De patiënt met de gecorrigeerde diagnose angststoornis werd niet betrokken in de analyse. Dit houdt in dat bij 60 patiënten nader is gekeken welke redenen huisartsen hadden om niet voor te schrijven. De achtergrondgegevens van deze patiënten staan in tabel 8.2a. Elf huisartsen hadden de diagnose niet zelf gesteld. De diagnose was drie keer door een (kinder)psychiater gesteld, twee keer door de assistente, twee keer door een collega-huisarts, één keer door een reumatoloog, één keer door een haio en één keer door de vorige huisarts. Eén keer was degene die had voorgeschreven onbekend.

Tabel 8.2a: Overzicht patiëntkenmerken, diagnoses en voorschriften paar 2

	Niet voorgeschreven (n=60) N	Wel voorgeschreven (n=46) N
Diagnose		
Depressief gevoel (P03)	31	25
Angstig gevoel (P01)	29	21
Sexe		
Mannen	17	17
Vrouwen	42	29
Onbekend	1	
Leeftijd		
<25 jaar	6	0
25-44 jaar	21	18
45-64 jaar	20	19
65-74 jaar	7	6
>75 jaar	5	2
Onbekend	1	1
Type antidepressivum:		
TCA's totaal		10
Amitriptyline		3
Clomipramine		5
Nortriptyline		1
Maprotiline		1
SSRI's totaal		29
Citalopram		3
Fluoxetine		7
Fluvoxamine		1
Paroxetine		18
SNRI's totaal		3
Venlafaxine		3
Overige antidepressiva totaal		4
Mirtazapine		4

Hoe vaak huisartsen de voorgedecodeerde redenen om al dan niet antidepressiva voor te schrijven bij een depressief of angstig gevoel noemden, is weergegeven in Tabel 8.2b. Zowel bij het wel als niet voorschrijven van antidepressiva zijn alle redenen door één of meerdere huisartsen aangekruist en dus in meer of mindere mate relevant. De meest voorkomende reden om niet voor te schrijven is 'een exogene oorzaak van de klachten'. Ook 'geringe ernst van de klachten', 'verwachting dat een medicamenteuze behandeling geen effect heeft' en 'gekozen voor een behandeling met benzodiazepinen' werden relatief vaak als reden van niet-voorschrijven van antidepressiva genoemd. Iets minder vaak werd aangekruist dat de patiënt een medicamenteuze behandeling met antidepressiva weigerde. Bij een derde van de patiënten was het krijgen van een niet-medicamenteuze behandeling een reden om geen antidepressiva voor te schrijven.

Evenals bij het voorschrijven bij depressie of een angststoornis, werden de ernst en duur van de klachten het vaakst als redenen genoemd om voor te schrijven ondanks het feit dat de huisartsen als diagnose bij het voorschrift depressief of angstig gevoel registreerden. Deze redenen werden wat betreft frequentie gevolgd door de effectiviteit van het middel en voortzetting van behandeling gestart door andere behandelaar. Iets vaker dan bij het voorschrijven bij depressie of angststoornis komt "voortzetting van de behandeling door een andere behandelaar" naar voren (respectievelijk 30% versus 25%). Veel minder vaak

werd genoemd dat de patiënt zelf om een antidepressivum heeft gevraagd of geen niet-medicamenteuze therapie wilde. Patiënten met een depressief of angstig gevoel komen volgens de Standaarden in principe niet in aanmerking voor een behandeling met antidepressiva. Toch kreeg een deel van deze patiënten op basis van het klinisch beeld antidepressiva en niet zo zeer omdat de patiënt hier specifiek om had gevraagd.

Tabel 8.2b: Frequentie van redenen om wel en niet antidepressiva voor te schrijven bij een depressief gevoel of angstig gevoel

	Patiënten (n=60)
	N
<b>Redenen van niet voorschrijven antidepressiva:</b>	
Weet ik niet, iemand anders heeft de diagnose gesteld	6
Geringe ernst van de klachten	18
Korte duur van de klachten	15
Verwacht weinig effect van medicamenteuze behandeling	18
Exogene oorzaak van klachten	21
Patiënt weigert medicamenteuze behandeling met antidepressiva	12
Gekozen voor een behandeling met benzodiazepines	17
Gekozen voor andere medicamenteuze behandeling dan benzodiazepines	2
Patiënt krijgt een niet-medicamenteuze behandeling	19
	Patiënten (n=46)
	N
<b>Redenen van wel voorschrijven antidepressiva:</b>	
Weet ik niet, iemand anders heeft het recept uitgeschreven	4
Ernst van de klachten	21
Duur van de klachten	24
Effectiviteit van middel	16
Endogene oorzaak van klachten	3
Voortzetting van behandeling gestart door andere behandelaar	14
Patiënt heeft in het verleden baat bij antidepressivum gehad	9
Patiënt heeft om antidepressivum gevraagd	8
Patiënt wil geen niet-medicamenteuze therapie	3
Klinische voorgeschiedenis	9
Ingrijpende gebeurtenissen uit verleden van patiënt	10
Verwacht geen effect van niet-medicamenteuze behandeling	4

Bij het niet en wel voorschrijven van antidepressiva bij een depressief of angstig gevoel kon bij respectievelijk 75% en 76% van de patiënten alle of de meeste overwegingen worden terugvonden in het EMD.

### 8.3.3 *Derde paar*

In het derde paar dat we onderzochten, ging het om de volgende vraag: waarom krijgt de ene patiënt een TCA voorgeschreven en de andere een SSRI? In de prescriptieregistratie werd bij 56 huisartsen een patiënt gevonden met een recept voor een TCA (doelpatiënt). Bij 53 patiënten gaf de huisarts aan dat de gegevens van de presenteerde patiënt teruggevonden konden worden. Zes huisartsen gaven aan dat niet alle gegevens van de patiënt overeen kwamen met de gegevens in hun EMD. Bij twee patiënten was de datum van het voorschrift niet goed en bij twee patiënten gaf de huisarts terecht aan dat de leeftijd ontbrak. Bij een andere patiënt maakte de huisarts melding van het feit dat nortriptyline al

veel eerder was voorgeschreven bij deze patiënt door een psychiater. Bij de zesde patiënt noteerde de huisarts dat de ICPC-code was komen te vervallen en dat het een herhaalrecept betrof. Bij de laatste twee patiënten gaven de huisartsen aan dat zij het recept niet zelf hadden uitgeschreven en ook niet wisten waarom het was uitgeschreven. Alle zes patiënten hebben we opgenomen in de analyses. De achtergrondkenmerken van de huisartsen waarbij TCA's zijn voorgeschreven staan in tabel 8.3a. Vijftien keer in het totaal had de huisarts niet zelf het recept uitgeschreven. Er werd aangegeven dat het recept was uitgeschreven door de assistente (n=4) meestal in verband met een herhaalrecept, door GGZ/Riagg (n=3), een haio (n=2), een psychiater (n=4) of door een eerdere arts (n=2).

In de prescriptieregistratie kon bij alle deelnemende huisartsen (n=67) een patiënt worden gevonden waarbij de huisarts een SSRI had voorgeschreven, 66 van hen konden hun patiënt terugvinden in het EMD. Twee keer ontbrak de leeftijd van de patiënt. Eén keer behoorde de diagnose angststoornis en niet depressie te zijn. Eén keer bleek het om een patiënt van een collega-huisarts te gaan waarbij desbetreffende huisarts het recept herhaalde. Deze laatste patiënt hebben we niet betrokken in de analyses. Daarnaast vulden twee huisartsen geen enkele vraag in over de patiënt omdat deze al eerder in de vragenlijst aan de orde was gekomen. Het ging hier inderdaad om dezelfde patiënt, maar wel om andere vragen. De achtergrondkenmerken van de 63 patiënten waarop de analyse is gebaseerd, zijn weergegeven in tabel 8.3a. Bij twaalf patiënten had de huisarts niet zelf het recept uitgeschreven. In de helft van de gevallen was het de assistente die dit had gedaan en in de andere gevallen een collega-huisarts (o.a. tijdens vakantie/waarneming), een geriater, een psychiater of de vorige huisarts.

Tabel 8.3a: Overzicht patiëntkenmerken, diagnoses en voorschriften paar 3

	TCA voorgeschreven (n=53) N	SSRI voorgeschreven (n=63) N
Diagnose		
Depressie (P76)	42	49
Angststoornis (P74)	11	14
Sexe		
Mannen	14	19
Vrouwen	39	44
Leeftijd		
<25 jaar	2	5
25-44 jaar	14	16
45-64 jaar	22	30
65-74 jaar	6	4
>75 jaar	7	6
onbekend	2	2
Type antidepressivum:		
TCA's totaal		
Amitriptyline	22	
Clomipramine	18	
Nortriptyline	6	
Maprotiline	2	
Dosulepine	1	
Doxepine	2	
Imipramine	2	
SSRI's totaal		
Paroxetine		36
Fluoxetine		12
Fluvoxamine		4
Citalopram		7
Sertraline		4

Bij het voorschrijven van een TCA en een SSRI waren de drie redenen die het vaakst werden genoemd gelijk en van klinische aard hoewel zij in een andere volgorde voorkwamen (tabel 8.3b). Het gaat om 'baat bij het middel in het verleden gehad', 'weinig bijwerkingen bij dit antidepressivum' en 'effectiviteit van het middel'. Bij het voorschrijven van TCA's worden als vierde en vijfde reden gegeven 'het advies in de NHG-Standaard' en 'reden van voorschrijven is onbekend'. Hierna kwam pas 'goedkoop voorschrijven'. Bij het voorschrijven van SSRI's worden als vierde en vijfde reden 'geleerd tijdens opleiding/nascholing' en 'gebruikersgemak' genoemd. Op de zesde plaats staat 'ik heb het advies in de NHG-standaard opgevolgd'.

Het feit dat bij een vierde van de patiënten een TCA is voorgeschreven terwijl de reden van voorschrijven onbekend is, zou een aanwijzing kunnen zijn dat TCA's soms worden voorgeschreven zonder dat duidelijk is waarvoor en of ze nog wel nodig zijn. Bij de SSRI's valt op dat opleiding en nascholing meer invloed hebben op de keuze van het middel dan de NHG-Standaard. De NHG-Standaard wordt wel genoemd als reden van voorschrijven van SSRI's, hoewel in de NHG-Standaard 1994 TCA's de voorkeur hadden. Dit kan betekenen dat de huisarts de nieuwe Standaard in gedachten heeft (een deel van de vragenlijsten is uitgezet nadat de nieuwe Standaard was geïntroduceerd) of dat huisartsen verwijzen naar andere aspecten uit de Standaard, zoals contra-indicaties. Ook



kan het zijn dat de huisarts niet op de hoogte is van de inhoud van de Standaard. De bevinding dat bij ruim een derde van de patiënten met een SSRI het gebruiksgemak belangrijk is, hangt samen met de inschatting van huisartsen dat de therapietrouw hoger is bij SSRI's.

Tabel 8.3b: Frequentie van redenen om een TCA of een SSRI voor te schrijven bij een depressie of angststoornis

	Patiënten (n=53)
	N
<b>Redenen van voorschrijven TCA:</b>	
Weet ik niet, iemand anders heeft de diagnose gesteld	14
Ik heb het advies in de NHG-standaard opgevolgd	15
Ik heb een andere richtlijn gevolgd	0
Behandelwijze is afgesproken in FTO	5
Ik schrijf zo goedkoop mogelijk voor	9
Patiënt heeft in verleden baat bij <u>dit</u> antidepressivum gehad	26
Dit antidepressivum heeft voor patiënt weinig bijwerkingen	23
Geleerd tijdens opleiding/nascholing	5
Effectiviteit van het middel	22
	Patiënten (n=63)
	N
<b>Redenen van voorschrijven SSRI:</b>	
Weet ik niet, iemand anders heeft de diagnose gesteld	8
Ik heb het advies in de NHG-standaard opgevolgd	10
Behandelwijze afgesproken in FTO	2
Ik heb een andere richtlijn gevolgd	7
Geleerd tijdens opleiding/nascholing	18
Patiënt heeft in verleden baat bij <u>dit</u> antidepressivum gehad	27
Dit antidepressivum heeft voor patiënt weinig bijwerkingen	26
Gebruikersgemak is groot	17
Effectiviteit van het middel	31
Er waren contra-indicaties voor een klassiek antidepressivum	3
Er was sprake van een verhoogd suicide risico	2
TCA had eerder geen effect	1
Patiënt is op oudere leeftijd	3
Met dit antidepressivum wordt een betere therapietrouw bereikt	8

Er is een groot aantal extra redenen opgeschreven die bij het voorschrijven van TCA's en SSRI's een rol spelen. Zij worden vermeld in de bijlage bij dit hoofdstuk. Wat opvalt aan de aanvullende redenen die genoemd worden voor het voorschrijven van TCA's is dat deze voorgeschreven worden als contra-indicaties voor TCA's duidelijk afwezig zijn, bij de indicatie pijn en omdat de huisarts ervaring heeft met het middel. Bij SSRI's spelen contra-indicaties voor TCA's mee hoewel deze reden nauwelijks is aangekruist bij de voorgecodeerde redenen. De specifieke effecten van SSRI's werden vaak als aanvullende reden genoemd.

Bij 77% van de patiënten kon de huisarts in het EMD vinden wat overwegingen waren geweest om een TCA voor te schrijven. Het viel hierbij op dat bij 15% van de patiënten maar enkele redenen konden worden terug gevonden. Bij iets meer dan de helft (57%) van de patiënten konden alle redenen en overwegingen die zijn genoemd om een SSRI

voor te schrijven worden teruggevonden. Mogelijk speelt een rol dat bij de voorgedeerde redenen een groot aantal niet-klinische redenen voorkomen.

### 8.3.4 *Vierde patiënt*

Het laatste punt wat we wilden onderzoeken was waarom een huisarts bij bepaalde patiënten beslist te veranderen van soort antidepressivum. Bij 45 huisartsen werd een patiënt gevonden waarbij op twee tijdstippen verschillende typen antidepressiva werden voorgeschreven. Alle huisartsen konden hun patiënt terugvinden in het EMD. Eén huisarts merkte terecht op dat bij zijn patiënt de leeftijd ontbrak en bij een andere patiënt werd de diagnose depressie gespecificeerd als depressie met fibromyalgie. Per patiënt ging het bij beide voorschriften om dezelfde indicatie; depressie, angststoornis of depressief gevoel (tabel 8.4a). Bij het merendeel van de patiënten schreef de huisarts zelf de recepten uit, maar bij negen patiënten was dit niet het geval. Eén keer schreef een haio voor, vijf keer een psychiater, twee keer GGZ/Riagg en één keer veranderde de huisarts een antidepressivum dat eerder door het Riagg was voorgeschreven.

Tabel 8.4a: Overzicht patiëntkenmerken, diagnoses en voorschriften case patiënt 4

	Aantal patiënten (n=45) N
Diagnose	
Depressie (P76)	39
Angststoornis (P74)	4
Depressief gevoel (P03)	2
Sexe	
Mannen	16
Vrouwen	29
Leeftijd	
<25 jaar	3
25-44 jaar	13
45-64 jaar	16
65-74 jaar	9
>75 jaar	3
onbekend	1
Medicatie switch	
TCA naar SSRI	12
TCA naar SNRI	1
SSRI naar TCA	4
SSRI naar SNRI	7
SSRI naar overig antidepressivum	3
SNRI naar SSRI	7
Overig antidepressivum naar SSRI	6
Overig antidepressivum naar TCA	2
Lithium naar TCA	2
Lithium naar SSRI	1

Tabel 8.4a laat zien om welke twee antidepressiva het per patiënt ging. Uit opmerkingen bij vijf patiënten kon worden afgeleid dat de twee genoemde middelen in combinatie met elkaar werden geslikt. De combinaties waren lithium met een ander antidepressivum, nortriptyline met fluoxetine en fluoxetine met mianserine. Deze huisartsen gaven derhalve geen overwegingen aan om van antidepressivum te veranderen. Ondanks de

diagnose depressie in de prescriptieregistratie gaven twee huisartsen achteraf aan dat de voorschrijfindicatie pijn was. Deze huisartsen kruisten eveneens geen enkele overweging aan. De meest voorkomende redenen bij de 38 huisartsen die wel redenen aangaven om van antidepressiva te wisselen waren ‘het eerste antidepressivum was niet werkzaam bij patiënt’ en ‘patiënt heeft bij eerste middel teveel bijwerkingen’ (tabel 8.4b). Het kwam minder vaak voor dat een patiënt zelf wilde overstappen vanwege de bijwerkingen. Bij het veranderen van het type antidepressivum speelden “klachten verergerden zodanig, dat er een kans op suïcide was” en “afspraken binnen het FTO zijn veranderd” geen rol.

Aanvullende redenen die werden genoemd bij het veranderen van de medicatie waren veelal specifieke bijwerkingen.

Tabel 8.4b: Frequentie van redenen om van antidepressiva te veranderen

	Patiënten (n=38)
	N
<b>Redenen van niet voorschrijven antidepressiva:</b>	
Weet ik niet, iemand anders heeft de diagnose gesteld	7
Het eerste antidepressivum was niet werkzaam bij patiënt	17
Patiënt heeft bij eerste middel teveel bijwerkingen	18
Klachten verergerden zodanig, dat er een kans op suïcide was	0
Afspraken binnen het FTO zijn veranderd	0
Patiënt wilde zelf overstappen vanwege de bijwerkingen	8

Ook bij deze patiënt zien we dat huisartsen de redenen en overwegingen goed kunnen terugvinden in hun EMD aangezien bij 84% van de patiënten alle of de meeste overwegingen waren terug te vinden.

## 8.4 Discussie en conclusie

Uit de interviews beschreven in hoofdstuk 7 kwamen verschillende redenen naar voren die huisartsen hebben om al dan niet antidepressiva voor te schrijven. De meest genoemde redenen uit de interviews zijn overgenomen in het onderzoek dat in dit hoofdstuk is besproken. Dit bleken – daar waar het gaat om al dan niet voorschrijven van antidepressiva – vooral klinische redenen te zijn. Ook uit onderhavig deel van het onderzoek komt naar voren dat vooral klinische redenen een belangrijke rol spelen bij het voorschrijven van antidepressiva. De uit de interviews overgenomen redenen bleken derhalve relevant te zijn en wij nemen daarom aan dat uitkomsten van de interviews representatief zijn voor een grotere groep huisartsen. Hoewel klinische redenen veruit het meest genoemd worden, noemen huisartsen daarnaast andere redenen die hun voorschrijfgedrag beïnvloeden. Voorbeelden zijn de wil van de patiënt, adviezen van en afspraken in richtlijnen, FTO’s en opleiding/nascholing en het kostenperspectief. Het kwam ook voor dat de huisarts niet precies de reden van voorschrijven wist. Hier zou sprake kunnen zijn van een onnauwkeurige registratie of het onvoldoende nagaan waarom een patiënt een bepaald middel gebruikt.

In het eerste van de onderzochte paren was de doelpatiënt iemand met een depressie of angststoornis die geen antidepressivum voorgeschreven kreeg. Als we kijken naar de overwegingen die huisartsen hiervoor hebben dan zijn deze voor een groot deel legitiem. Zo schrijven huisartsen met name niet voor bij een depressie of angststoornis als de patiënt een niet-medicamenteuze behandeling krijgt, er een exogene oorzaak van klachten is en de huisarts weinig effect verwacht van een medicamenteuze behandeling. De invloed van de patiënt speelt hier een minder belangrijke rol.

De doelpatiënt in het tweede paar was iemand met een angstig of depressief gevoel die ondanks de milde klachtcode (P01 of P03) toch een antidepressivum kreeg. Het bleek dat het voorschrijven toch samenhang met de ernst en duur van de klachten. Ondanks de diagnose op klachtniveau waren de symptomen bij deze patiënten dus blijkbaar ernstig genoeg om voor te schrijven. Het ging ook relatief vaak om een voortzetting van de behandeling door een andere behandelaar. In zekere zin zou het hier om een vertekening van ondoelmatig voorschrijven kunnen gaan als de begindiagnose bij het eerste recept voorgeschreven door de andere behandelaar wel depressie of angststoornis was in plaats van depressief of angstig gevoel. Ook hier speelde de wil van de patiënt een ondergeschikte rol. Hiermee toont dit deel van het onderzoek aan dat ondoelmatig voorschrijven, omdat de patiënt om een antidepressivum vraagt of geen niet-medicamenteuze therapie wil, niet vaak lijkt voor te komen.

Bij het derde paar ging het om de keuze tussen een SSRI of een TCA. De klinische redenen die huisartsen geven om SSRI's voor te schrijven, zijn dezelfde als bij TCA's namelijk: 'baat bij het middel in het verleden gehad', 'weinig bijwerkingen bij dit antidepressivum' en 'effectiviteit van het middel'. Opleiding en nascholing spelen vaker mee in de overweging om SSRI's voor te schrijven dan de NHG-Standaard. Aangezien de NHG-Standaard tot eind 2003 SSRI's niet als voorkeursmiddelen noemden, is dit een logische bevinding. Ook "gebruikersgemak" voor de patiënt is een reden om SSRI's voor te schrijven. De positieve klinische ervaringen en ideeën over SSRI's maken duidelijk waarom huisartsen voor een SSRI kiezen en niet voor een TCA, hoewel ook bij TCA's positieve klinische redenen voor voorschrijven worden gegeven.

Het veranderen van antidepressivum wordt bepaald door klinische redenen namelijk het gebrek aan effectiviteit van het eerst gekozen middel of de bijwerkingen die de patiënt bij het eerste middel had. Wederom heeft de mening van de patiënt nauwelijks invloed op de verandering van medicatie.

Een groot aantal huisartsen noemde aanvullende redenen om voor te schrijven. Deze gaven overigens niet de indruk dat we veel essentiële redenen hebben gemist tijdens de interviews. Redenen om geen antidepressiva voor te schrijven bij een depressie of angststoornis hangen samen met de symptomatologie van de patiënt, de sociale omstandigheden en het feit dat de patiënt zelf een niet-medicamenteuze therapie wil. Bij het voorschrijven van een SSRI komt naar voren dat met name de aanwezigheid van een angststoornis c.q. paniekstoornis al dan niet in combinatie met depressie keuze bepalend is. De huisarts schreef soms opnieuw paroxetine voor of een ander antidepressivum omdat de patiënt problemen had bij het afbouwen van paroxetine. Bij het veranderen van de medi-

catie waren veelal specifieke bijwerkingen een extra overweging om van antidepressivum te wisselen en soms de wil van de patiënt.

Bij het merendeel van de patiënten konden alle of de meeste redenen en overwegingen worden terug gevonden in het EMD. Het EMD is daarmee een bruikbaar instrument om na te gaan welke redenen ten grondslag liggen aan het voorschrijfgedrag van huisartsen.



## **Bijlage bij hoofdstuk 8: Aanvullende redenen die huisartsen gaven (letterlijke citaten)**

### **Aanvullende redenen bij het wel voorschrijven van antidepressiva bij patiënten met een depressie of angststoornis (case 1)**

- Het gaat om een angststoornis
- De ervaring dat paroxetine helpt bij een ernstige angststoornis
- Diffuse angststoornis met depressie
- Herstart na problemen met/recidief na afbouwen paroxetine
- Gebruikt dit antidepressivum met goed effect
- Kreeg voorheen zoloft via psychiater maar dit gaf bijwerkingen
- Gesprekken met de psycholoog alleen bleken niet voldoende
- Oorspronkelijk reden was paniekstoornis
- Positieve familie-anamnese voor depressie (zus heeft hetzelfde, gebruikt deze medicatie ook)
- Patiënt gebruikte dit middel al toen hij in de praktijk kwam en het wordt nu inmiddels langzaam afgebouwd
- Slaapstoornis staat op voorgrond
- Veel somatisatie
- Vicious cirkel doorbreken
- Amitriptyline is slaapverwekkend
- Op advies verpleeghuisarts

### **Aanvullende redenen bij het niet voorschrijven van antidepressiva bij patiënten met een depressie of angststoornis (control 1)**

- Patiënte geeft borstvoeding
- Diagnose depressie niet duidelijk
- Geen depressie
- Voorrang aan niet-medicamenteuze behandeling
- Patiënt had net te horen gekregen dat hij blaaskanker had
- In verleden langdurig AD geslikt maar dit is nu niet de vraag van de patiënt
- Soortgelijke klachten in het verleden en toen geen effect van antidepressiva
- Eerst verdere analyse dan lab en gesprek
- Leeftijd van de patiënt
- Medicatie (antidepressiva) juist gestaakt doordat de luxerende omstandigheden wegvielen meer psychosociale problematiek
- Meeste klachten hangen samen met langdurig alcoholmisbruik
- In overleg met patiënte
- Onduidelijk psychiatrisch beeld
- Patiënt in overleg met therapeut geen medicatie
- Patiënt wilde naar psycholoog
- Patiënt heeft angstklachten bepaald door sociale omstandigheid
- Patiënt wil zelf naar GGZ en dieper op problemen ingaan
- Persoonlijkheidsstoornis
- Waarschijnlijk down op basis surmenage
- Patiënt wilde graag natuurlijke medicatie
- Patiënt staakte eerder zelf de medicatie

### **Aanvullende redenen bij het voorschrijven van TCA's (case 3)**

- Meer ervaring met dit middel
- Patiënt had ook een (neurologische) pijnklacht
- Advies van de 2e lijn
- Behandeling (destijds) gestart door specialist bijv. psychiater
- Bijwerkingen of weinig effect SSRI's
- Dosering is individueel goed te titreren
- Keuze overgenomen van voorganger,
- Patiënt is jong en er is dus geen gevaar voor bijwerkingen hart/vaatstelsel
- Ernstige vitale depressie met suicide in voorgeschiedenis
- Patiënt is bekend met maagklachten,
- Patiënt staat al heel lang op dit middel
- Recidief karakter van de depressieve klachten
- Relatief jonge en gezonde man zonder suicidale neigingen
- Slaapverwekkende werking heeft voordeel bij deze patiënt
- Voorgeschiedenis patiënt
- FTO afspraken
- Valneiging bij benzodiazepinegebruik

### **Aanvullende redenen bij het voorschrijven van TCA's (control 3)**

- Alle jonge patiënten krijgen sowieso SSRI's in verband met suicide risico's
- Het gaat om een allochtoon die de Nederlandse taal nauwelijks beheerst en waarbij het suicide risico niet is in te schatten)
- Gekozen voor cipramil in plaats van paroxetine omdat dat interacteert met selokeen
- Bij oudere patiënten wordt door geriater en Riagg ouderen zorg meestal citalopram voorgeschreven
- Cardiale pathologie
- De lange halfwaarde bij prozac is prettig met betrekking tot het afbouwen
- Ervaring met SSRI's in het algemeen of met specifieke SSRI
- Goede ervaringen van familie met dit middel,
- Patiënt wilde zelf nu paroxetine gebruiken
- Lang geleden geïmiteerd door psychiater
- Mogelijk meer effect op angstcomponent van patiënt
- Naast depressie ook paniekaanvallen
- Op verzoek van patiënte
- In overleg met Riagg
- Paroxetine zou minder sederen
- Patiënte lijdt aan spinale spieratrofie en is rolstoel gebonden
- Herhaling van recept eerder door specialist of andere/vorige huisarts voorgeschreven
- Is in principe 1e keus bij SSRI's



## 9 Determinanten van voorschrijven van antidepressiva

*Liset van Dijk, Dinny de Bakker*

### 9.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bestudeert welke factoren op patiënt- en huisartsniveau het voorschrijven van antidepressiva beïnvloeden. Het hoofdstuk begint met een overzicht van mogelijke determinanten van het voorschrijven van antidepressiva. Hierbij wordt vooral gekeken naar resultaten uit eerder onderzoek op dit terrein. Ook zal soms gerefereerd worden aan determinanten van voorschrijven van andere geneesmiddelen. Dit omdat voor antidepressiva niet altijd resultaten uit ander onderzoek voorhanden zijn, maar wel voor andere geneesmiddelen. Deze kunnen ook inzicht geven in het voorschrijven van antidepressiva. Vervolgens gaat het hoofdstuk in op de gegevens uit de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen (NS2) alsmede op de gebruikte methoden.

Het voorschrijven van antidepressiva kan vanuit verschillende invalshoeken bestudeerd worden. In de resultaten zijn gegevens van de volgende aspecten van voorschrijven opgenomen:

- Wel of niet voorschrijven van antidepressiva
- Aantal voorschriften voor antidepressiva
- Keuze voor een SSRI of een TCA
- Voorschrijfrange
- Voorschrijven van nieuwe antidepressiva

Tot slot gaat het hoofdstuk in op de vraag wat de resultaten opleveren voor het formuleren van mogelijke interventies.

### 9.2 Determinanten van het voorschrijven van antidepressiva

Het voorschrijven van antidepressiva kan door verschillende factoren beïnvloed worden. Haaijer-Ruskamp en Denig (1999) geven aan dat het voorschrijven van huisartsen verklaard kan worden door macro-factoren zoals cultureel bepaalde opvattingen, regelgeving en de rol van verzekeraars, patiëntgroepen en beroepsgroepen. Op meso-niveau onderscheiden zij huisartspraktijken en op microniveau kenmerken van huisarts en patiënt. In dit onderzoek richten we ons met name op het microniveau. We kijken naar de samenhang van patiëntkenmerken en huisartskenmerken met het voorschrijven van antidepressiva.

#### 9.2.1 *Determinanten op patiëntniveau*

Uit voorgaande hoofdstukken is gebleken dat er verschillen zijn tussen groepen patiënten in de mate waarin zij antidepressiva voorgeschreven krijgen. Ook is duidelijk geworden dat huisartsen zich in hun overwegingen om voor te schrijven vooral laten leiden door (klinische) kenmerken van de patiënt.

### *Geslacht*

Vrouwen hebben vaker een depressie dan mannen (Van der Linden e.a., 2004). Derhalve is het niet vreemd dat zij vaker antidepressiva voorgeschreven krijgen dan mannen (bijvoorbeeld SFK 2002; Cardol e.a. 2004). In een recent onderzoek onder 55-plussers met een depressie werd echter geen significant verschil tussen mannen en vrouwen gevonden (Volkers e.a., 2004). Dit kan komen omdat in dit laatste onderzoek alleen mensen met een depressie of depressief gevoel werden bestudeerd.

### *Leeftijd*

Uit hoofdstuk 5 werd duidelijk dat het gebruik van antidepressiva toeneemt met leeftijd. Ook dit is in eerder onderzoek gevonden (bijvoorbeeld Hansen, 2004): 70-plussers in Denemarken hebben bijna vijf keer zo veel kans een antidepressivum voorgeschreven te krijgen dan jongvolwassenen tussen de 18 en 25 jaar. Wat het soort antidepressiva betreft, is het lange tijd zo geweest dat huisartsen bij ouderen langer vast hielden aan het voorschrijven van TCA's. In 2002 was het echter zo dat ook bij ouderen SSRI's het vaakst werden voorgeschreven (Verhaak e.a., 2002).

### *Sociaal-economische klasse en etniciteit*

Hoofdstuk 5 liet zien dat mensen met een hogere opleiding minder vaak antidepressiva voorgeschreven krijgen. Deens onderzoek bevestigt dit (Hansen, 2004). Ziekenfonds verzekerden die over het algemeen genomen een lager inkomen hebben dan particulier verzekerden gebruiken ook vaker antidepressiva. Allochtone patiënten tot 65 jaar gebruiken vaker antidepressiva dan autochtone Nederlanders (zie hoofdstuk 5). Dit kan wellicht voor een deel verklaard worden door het feit dat zij gemiddeld genomen lager opgeleid zijn dan autochtonen. Allochtonen krijgen vaker dan autochtonen TCA's voorgeschreven (Van Dijk, 2003).

### *Aandoening*

Of de patiënt al dan niet voorgeschreven krijgt, hangt ook af van de diagnose die de huisarts stelt bij de patiënt. Voor een lichte depressie krijgt een patiënt minder snel een antidepressivum dan voor een zware depressie (Volkers e.a., 2004).

## **9.2.2 *Determinanten op praktijk- en huisartsniveau***

Er zijn duidelijke verschillen in het voorschrijven van geneesmiddelen tussen huisartspraktijken en tussen huisartsen (Braspenning e.a., 2004; De Bakker e.a., 2004). Dit geldt ook voor antidepressiva, in elk geval wat betreft het voorschrijfvolume (Laurant e.a., 2004; Hansen e.a., 2003). Wel is het zo dat de meeste huisartsen een voorkeur voor SSRI's hebben (Laurant e.a., 2004; Hansen e.a., 2003), maar ook hierin bestaan verschillen. Deze paragraaf beschrijft een aantal praktijk- en huisartskenmerken die met het voorschrijven van antidepressiva kunnen samenhangen.

### *Praktijkvorm*

Uit Deens onderzoek kwam naar voren dat de prevalentie van het voorschrijven van antidepressiva hoger is onder solisten (Hansen e.a., 2003). Er was geen verschil in de incidentie van voorschrijven en de keuze voor het soort antidepressivum. Ook uit studies met betrekking tot andere geneesmiddelen komen verschillen tussen solisten en andere

huisartsen naar voren (bijvoorbeeld Steffenson e.a., 1999). Zo kiezen solisten minder vaak voor een antibioticum dat in de NHG-Standaarden wordt aangeraden (Van Dijk e.a., 2004). In de analyses in dit hoofdstuk wordt getoetst of er wat betreft het voorschrijven van antidepressiva verschillen zijn tussen huisartsen die in verschillende praktijksettings werken.

#### *Mate van stedelijkheid woonplaats*

Bekend is dat zorgaanbod- en gebruik verschillen tussen stad en platteland (Verheij, 1999). Voor verschillende geneesmiddelen zijn reeds verschillen gevonden in voorschrijven tussen huisartsen in de stad en huisartsen op het platteland. Zo volgen huisartsen in stedelijke gebieden vaker de richtlijnen als het gaat om het al dan niet voorschrijven van antibiotica. Echter, zij volgen minder vaak de richtlijnen als het gaat om het soort antibioticum dat werd voorgeschreven (Van Dijk e.a., 2004). Huisartsen in niet-stedelijke gebieden schrijven vaker nieuwe bloeddrukverlagers voor dan huisartsen in stedelijke gebieden (Greving e.a., 2004). In Nederland is dit voor antidepressiva nog niet bekend. Wel is duidelijk dat er grote regionale verschillen zijn wat betreft het voorschrijven van antidepressiva, waarbij een aantal meer rurale gebieden een hoger voorschrijfvolume heeft dan gemiddeld in Nederland (Van Batenburg-Eddes e.a., 2002).

#### *Geslacht en leeftijd van de huisarts*

Uit Deens onderzoek komt naar voren dat er geen significante verschillen zijn tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen wat betreft het voorschrijfvolume en de keuze voor bepaalde antidepressiva (Hansen e.a., 2003). In diezelfde Deense studie worden ook geen verschillen in het voorschrijven van antidepressiva gevonden naar leeftijd van de huisarts. Echter, het aantal jaren dat de huisarts werkzaam is, heeft wel effect op het voorschrijfvolume: dit neemt af naarmate de voorschrijver langer als huisarts werkzaam is. Dit sluit niet aan bij het algemene beeld in Nederland waar gevonden wordt dat oudere huisartsen over het algemeen meer geneesmiddelen voorschrijven (Haaijer-Ruskamp & Denig, 1999). In dit hoofdstuk zullen we toetsen of er in Nederland al dan niet verschillen zijn tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen in het voorschrijven van antidepressiva en of er verschillen zijn in het voorschrijven naar leeftijd van de huisarts.

#### *Werkbelasting*

Hutten (1998) vond dat naarmate er meer patiënten in een huisartspraktijk ingeschreven zijn, huisartsen meer geneigd zijn voor te schrijven. Van Dijk e.a. (2003) vonden juist het tegenovergestelde. Wat betreft het voorschrijven van antidepressiva is in een Deense studie gevonden dat een hogere werkdruk van de huisarts (geoperationaliseerd als aantal *surgery* contacten per huisarts per jaar) samenging met een hogere incidentie van voorschrijven, maar niet met een hogere prevalentie (Hansen e.a., 2003).

#### *Taakopvatting huisarts*

Het voorschrijven van antidepressiva gebeurt vooral bij psychosociale klachten. Deze klachten vragen meer tijd van de huisarts dan andere klachten, bijvoorbeeld omdat patiënten vaker komen en omdat de consulten langer duren (bijvoorbeeld Bruijnzeels e.a., 1999; Bensing, 1991). De mate waarin huisartsen psychosociale problematiek tot het taakgebied rekenen, hangt samen met de mate waarin zij activiteiten op dit terrein uitvoeren (Kolthof

e.a., 2004). In dit onderzoek bestuderen we of de taakopvatting van de huisarts over psychosociale problematiek samenhangt met een specifieke activiteit op dat terrein: het voorschrijven van antidepressiva.

#### *Informatieverwerving door de huisarts en gebruik richtlijnen*

Huisartsen kunnen zich in hun voorschrijven laten beïnvloeden door de manier waarop zij informatie verwerven (Haaijer-Ruskamp & Denig, 2001; Van Dijk e.a. 2003). Huisartsen kunnen zich op verschillende manieren informeren over geneesmiddelen. Belangrijke informatiebronnen zijn:

- via richtlijnen zoals NHG-Standaarden en het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS);
- via schriftelijke informatiebronnen zoals wetenschappelijke bladen, vakbladen en internet;
- via collega-artsen, apothekers, het Farmaco Therapie Overleg (FTO) e.d.;
- via marketingactiviteiten van de farmaceutische industrie;
- via nascholing.

De Standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) lopen over het algemeen iets achter bij de ontwikkelingen op de geneesmiddelenmarkt. De NHG-Standaard Depressie was in 2001 (ten tijde van dit onderzoek) zeven jaar oud, de Standaard Angststoornissen was vier jaar oud. Verondersteld kan worden dat huisartsen die zich in 2001 conformeerden aan de NHG-Standaarden minder snel SSRI's voorschrijven en ook minder soorten antidepressiva voorschrijven. Dit laatste omdat de richtlijnen slechts een beperkt aantal antidepressiva noemen (hoofdstuk 2).

Bekend is dat huisartsen die meer informatie van de farmaceutische industrie gebruiken vaker nieuwe geneesmiddelen voorschrijven (Van Dijk e.a., 2003; Greving e.a., 2004). Niet duidelijk is of zij in het algemeen meer geneesmiddelen voorschrijven (Van Dijk e.a. 2003). Wel schrijven huisartsen die veel artsbezoekers ontvangen meer soorten geneesmiddelen voor: hun voorschrijfrange is groter (De Bakker e.a., 2004). Wat betreft antidepressiva zou verondersteld kunnen worden dat huisartsen die meer informatie van de farmaceutische industrie gebruiken vaker nieuwere antidepressiva voorschrijven (venlafaxine en mirtazapine). Omdat de SSRI's al een tiental jaren op de markt zijn, is het de vraag of de invloed van de farmaceutische industrie daar nog in doorwerkt.

#### *Neiging tot voorschrijven in het algemeen*

Sommige huisartsen kiezen sneller voor een medicamenteuze therapie dan andere huisartsen. Verondersteld kan worden dat huisartsen die in het algemeen vaker voorschrijven ook vaker ervoor kiezen patiënten met angst of depressie te behandelen met antidepressiva (zie ook Hansen e.a., 2003).

## 9.3 Methode

Dit hoofdstuk maakt gebruik van gegevens uit de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2) en wel van de volgende databronnen:

- Prescriptiegegevens
- Gegevens uit de contactregistratie
- Gegevens uit de huisartsenquête
- Gegevens uit de patiëntregistratie

Het feit dat NS2-gegevens worden gebruikt, impliceert dat, in tegenstelling tot de hoofdstukken 5 en 6, alleen voorschrijfgegevens uit 2001 worden geanalyseerd. Een algemene beschrijving van de NS2 is te vinden in hoofdstuk 3.

### 9.3.1 *Aantal geïncludeerde huisartsen*

Aan de NS2 namen 104 huisartspraktijken deel waar in totaal 195 huisartsen werkzaam waren. In dit hoofdstuk bestuderen we variatie in voorschrijven tussen deze huisartsen en dan met name de determinanten die verschillen in voorschrijven kunnen verklaren. De meeste determinanten – anders dan die op patiëntniveau - zijn in de NS2 op huisartsniveau gemeten. Hoewel duidelijk is in welke huisartspraktijk geneesmiddelen zijn voorgeschreven, is het niet altijd duidelijk door welke huisarts het recept is uitgeschreven. Op het recept staat vaak niet de voorschrijvende huisarts. Bij solopraktijken is het uiteraard wel duidelijk wie het recept heeft uitgeschreven. Dit ligt anders bij de praktijken met meerdere huisartsen. In deze praktijken is besloten een recept toe te kennen aan de huisarts waarbij de patiënt is ingeschreven. Echter, ook dit gegeven was niet in alle praktijken bekend, dit gold dan met name voor duo- en groepspraktijken die het HIS Arcos gebruiken. Deze praktijken zijn uit de analyses gelaten. Van vier praktijken waren bovendien geen voorschrijfcijfers bekend. Twee huisartsen hadden minder dan drie prescripties per patiënt per jaar en werden om die reden van de analyses uitgesloten. Uiteindelijk konden derhalve de gegevens van 116 huisartsen in de analyses worden opgenomen. In paragraaf 9.3.4 worden deze huisartsen op een aantal kenmerken vergeleken met de huisartsen die niet in de analyses zijn geïncludeerd.

### 9.3.2 *Operationalisatie afhankelijke variabelen*

In totaal worden in dit hoofdstuk vijf aspecten van het voorschrijven van antidepressiva bestudeerd. Drie daarvan zijn gemeten op het niveau van de patiënt. Het gaat om de volgende variabelen:

1. Krijgt de patiënt al dan niet een antidepressivum voorgeschreven in het jaar van de registratie (0=geen; 1=wel); dit is afzonderlijk onderzocht voor de groep patiënten met een depressie en/of een depressief gevoel en voor de mensen met een angststoornis en/of angstig gevoel. Subanalyses zijn gedaan voor mensen met een depressief gevoel en mensen met een angstig gevoel. Dit omdat bij deze mensen het niet doelmatig wordt geacht antidepressiva voor te schrijven.
2. Krijgt de patiënt een SSRI of een TCA voorgeschreven in het jaar van registratie? (0=TCA; 1=SSRI); dit is onderzocht voor alle patiënten die een antidepressivum voorgeschreven kregen. Wanneer de patiënt in een jaar zowel TCA's als SSRI's heeft gebruikt, is gekozen voor het laatst gebruikte middel. Dit wil zeggen dat wanneer paroxetine het laatst voorgeschreven middel was bij een patiënt, deze is aangemerkt

als een SSRI-gebruiker. Wanneer het laatste middel bijvoorbeeld clomipramine was, dan is de patiënt aangeduid als een TCA-gebruiker. In totaal heeft ongeveer 5% van de patiënten een switch gemaakt tussen middelen. In de analyses zal als controlevariabele worden opgenomen of de patiënt gedurende het jaar veranderd is van middel. Subanalyses worden gedaan voor mensen met een depressie/depressief gevoel en voor mensen met een angststoornis/angstig gevoel.

3. Hoeveel recepten krijgt een patiënt in het registratiejaar voorgeschreven (wanneer deze eenmaal een middel gebruikt)? Ook hier worden subanalyses gedaan voor mensen met een depressie/depressief gevoel en voor mensen met een angststoornis/angstig gevoel.

Daarnaast zijn op huisartsniveau twee variabelen bestudeerd:

- 4) De voorschrijfrange van de huisarts, i.e. het aantal verschillende soorten antidepressiva dat deze voorschrijft. Er zijn twee variabelen geconstrueerd. Eén waarbij alle middelen die door de huisarts voorgeschreven zijn, opgeteld zijn. Bij de tweede maat zijn alleen de middelen waarvan de huisarts ten minste tien recepten voorschrijft op jaarbasis in de analyses opgenomen. Dit omdat bij middelen die de huisarts minder vaak voorschrijft, de kans groter is dat dit een herhaalrecept van een andere hulpverlener is.
- 5) Het aandeel nieuwe antidepressiva (mirtazapine en venlafaxine) in het totaal aantal voorschriften antidepressiva.

### 9.3.3 *Operationalisatie onafhankelijke variabelen*

In de analyses worden onafhankelijke variabelen op twee niveaus geïncludeerd:

1. patiënt
2. praktijk en huisarts<sup>11</sup>

In deze paragraaf worden de determinanten die op beide niveaus gebruikt zijn kort op een rijtje gezet. Een uitgebreide beschrijving van de operationalisatie van de determinanten wordt gegeven in de bijlage van dit hoofdstuk.

Op patiëntniveau zijn de volgende determinanten in de analyses opgenomen:

- Geslacht
- Leeftijd
- Opleiding
- Werkstatus
- Ethniciteit
- Diagnose

---

11 Praktijk en huisarts zijn eigenlijk afzonderlijke niveaus. Echter omdat het aantal huisartsen binnen praktijken gering is en de variatie tussen deze twee niveaus moeilijk te scheiden was, is ervoor gekozen de analyses te beperken tot het niveau van de huisarts. Praktijkkenmerken worden aangemerkt als huisartskenmerken.

Op praktijk- en huisartsniveau gaat het om de volgende determinanten:

- Praktijkvorm
- Plaats van vestiging (verstedelijking)
- Apotheekhoudend zijn
- Huisarts Informatie Systeem (HIS)
- Geslacht
- Leeftijd
- Werkbelasting
- Taakopvatting psychosociale problematiek
- Informatieverwerving
  - Deelname FTO
  - Raadplegen collega's
  - Ontvangen artsenbezoekers
  - Gebruik informatiebronnen van farmaceutische achtergrond
  - Gebruik richtlijnen
  - Na- en bijscholing
- Neiging tot voorschrijven in het algemeen
- Aantal contacten voor angst/depressie in het algemeen

#### 9.3.4 Kenmerken van de huisartsen die in de determinantenanalyses zijn betrokken

Eerder werd al gemeld dat in totaal 195 huisartsen deelnamen aan de NS2, maar dat we slechts van 116 huisartsen konden achterhalen welke voorschrijfcijfers bij hen horen. De vraag is of deze huisartsen een selecte groep vormen of dat zij representatief zijn voor de huisartsen die deelnamen aan de NS2. Tabel 9.1 laat zien in hoeverre huisartsen die geïncludeerd zijn in de analyses verschillen van de huisartsen die niet geïncludeerd zijn op de onafhankelijke variabelen. Bij de geïncludeerde huisartsen zijn solisten oververtegenwoordigd, terwijl apotheekhoudenden en vrouwen ondervertegenwoordigd zijn ten opzichte van de steekproef van NS2-huisartsen. Als gekeken wordt naar de Nederlandse huisartsopulatie dan zijn solisten niet oververtegenwoordigd.

Tabel 9.1: Kenmerken van huisartsen die wel en huisartsen die niet geïncludeerd zijn in de analyses

	Wel geïncludeerd N=116)	Niet geïncludeerd (N=73)
Percentage huisartsen in solopraktijk	44%**	12%
Percentage huisartsen in apotheekhoudende praktijk	6%**	16%
Mate van stedelijkheid (1=niet stedelijk, 5=zeer stedelijk)	3,15	2,79
Percentage vrouwelijke huisartsen	20%**	38%
Leeftijd	47,3	46,0
Taakopvatting psychosociale problemen (1=sterk;5=zwak)	3,0	2,9
Aantal keren FTO-bezoek per jaar	7,8*	6,3
Aantal mondelinge informatiebronnen dat wordt gebruikt (1-3)	1,7	1,7
Gebruik van standaarden, kompas, formularium (1=nooit, 5=vaak)	4,0	3,9
Gebruik van informatie van farmaceutische industrie (1=nooit, 5=vaak)	1,4	1,3
Aantal artsenbezoekers ontvangen in de laatste 4 weken	2,2	1,8
Aantal uren bijscholing per jaar	56,8	47,6

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$  (*t*-test).

### 9.3.5 *Analyses*

In dit hoofdstuk wordt gebruik gemaakt van multiniveau analyses. Dit is omdat de onafhankelijke variabelen op verschillende niveaus gemeten zijn en omdat er clustering is van patiënten ‘binnen huisartsen’ (Snijder & Bosker, 1999; Leyland & Groenewegen, 2003). Er worden twee niveaus onderscheiden: huisarts en patiënt. Er worden steeds drie modellen geschat: een leeg model om te zien of er variatie tussen huisartsen is in voorschrijven. Vervolgens worden patiëntkenmerken aan het model toegevoegd, omdat we ervan uitgaan dat de keuze om voor te schrijven in eerste instantie van de patiënt afhangt (diens klachten, diens manier van presenteren etc). In het derde model worden huisartskenmerken toegevoegd. Door de variatie tussen huisartsen in deze andere modellen te vergelijken met het lege model kan bezien worden of de patiënt- en huisartskenmerken een deel van de variatie tussen huisartsen kunnen verklaren.

Als de afhankelijke variabele op het niveau van de huisarts is gemeten, maken we gebruik van multivariate regressie analyses; in dat geval gaan we ervan uit dat alle onafhankelijke variabelen op hetzelfde niveau gemeten zijn, namelijk dat van de huisarts. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de forward methode wat wil zeggen dat variabelen die significant samenhangen met de afhankelijke variabele (bijvoorbeeld voorschrijfrange) stapsgewijs in het model worden ingevoerd. Hiervoor is gekozen vanwege het explorerende karakter van de analyses maar ook vanwege het feit dat het aantal onafhankelijke variabelen in de analyses groot is ten opzichte van het aantal huisartsen.

Een aantal variabelen op huisartsniveau zal niet in alle analyses terugkomen of zelfs helemaal niet worden gepresenteerd. Dit is het geval wanneer deze variabele relatief veel missende waarden en geen significante bijdrage had aan de verklaring van het voorschrijven. Het model is dan opnieuw geschat zonder de betreffende variabele, waardoor meer huisartsen (en hun patiënten) in de analyses konden worden opgenomen. Het betreft hier variabelen zoals aantal artsenbezoekers en psychosociale taakopvatting.

## 9.4 **Resultaten: wel of geen antidepressivum bij depressie of een depressief gevoel**

Welke patiënten die met een depressie of depressief gevoel bij de huisarts komen, hebben meer kans om een antidepressivum voorgeschreven te krijgen? Uit tabel 4.2 blijkt dat mensen die van de huisarts de diagnose depressie (P76) hebben gekregen een veel grotere kans hebben op een antidepressivum dan patiënten met een diagnose depressief gevoel (P03). Wanneer de patiënt naast de depressie of het depressief gevoel ook angst (P01/P74) heeft, is de kans op voorschrijven groter. De kans op een voorschrift is iets hoger bij vrouwen dan bij mannen. Dit betekent dat het verschil in gebruik van antidepressiva tussen mannen en vrouwen niet geheel toe te schrijven is aan het feit dat vrouwen vaker met een depressie bij de huisarts komen. Met de leeftijd neemt de kans op een voorschrift ook toe. Deze effecten blijven bestaan als kenmerken van de huisarts(praktijk) aan het model worden toegevoegd. Patiënten van solisten krijgen vaker een antidepressivum voorgeschreven. Hetzelfde geldt voor patiënten van huisartsen die bij verschillende zorgverleners (apotheker, collega-huisarts, medisch specialist) informeren. Huisartsen die veel gebruik maken van richtlijnen, schrijven minder vaak een anti-



depressivum voor. Patiënten van huisartsen met veel patiënten krijgen minder snel een antidepressivum voorgeschreven. Dit lijkt een opvallend resultaat omdat voorschrijven vaak gezien wordt als een tijdsbesparende verrichting. Echter, in het geval van voorschrijven van antidepressiva kan het zo zijn dat verwijzen de huisarts minder tijd kost dan het voorschrijven van antidepressiva. Een patiënt die antidepressiva gebruikt, vraagt tijd en begeleiding. Een drukke huisarts kan er daarom voor kiezen de patiënt niet-medicamenteus te laten behandelen. In dit onderzoek hebben we niet naar verwijzingen gekeken. Dit heeft als reden dat de verwijzingen niet door alle huisartsen zijn geregistreerd en er dan nog meer huisartsen buiten de analyses zouden vallen.

Tot slot zien we dat patiënten minder snel een antidepressivum voorgeschreven krijgen naarmate de huisartspraktijk in een meer verstedelijkt gebied gevestigd is. Uit een studie naar regionale verschillen in voorschrijven bleek dat het voorschrijfvolume in de Friesland alsmede in (delen van) Gelderland, Overijssel, West-Brabant, Zeeland en Zuid-Limburg hoger was dan gemiddeld in Nederland, terwijl het bijvoorbeeld in de regio's rondom Rotterdam en Amsterdam lager was dan het landelijk gemiddelde (Van Batenburg-Eddes e.a., 2002).

Tabel 9.2: Resultaten van de logistische multiniveau analyse ter verklaring van het al dan niet voorgeschreven krijgen van een antidepressivum bij depressie of depressief gevoel (P76/P03)<sup>a,b)</sup>

	Odds ratio		
	Leeg model	Model 1: patiënt-kenmerken	Model 2: patiënt- en huisartskenmerken
<b>Patiëntkenmerken</b>			
Geslacht (0=man; 1=vrouw)		1,29	1,28
Leeftijd (in jaren)		1,01	1,01
Verzekeringsvorm (0=ziekenfonds; 1=particulier)			
Etniciteit (0=niet-westers allochtoon; 1=autochtoon, westers allochtoon)			
Werkstatus (0=geen werk/studie; 1=werk/studie)			
Opleiding			
Laag (ref. ; geen/LO)			
Midden (LBO/MBO/havo/vwo)			
Hoog (HBO/WO)			
Zwaarte depressie (0=depressief gevoel P03; 1=depressie P76)		6,94	6,84
Angst (0=patiënt heeft geen angst P01/P74; 1=patiënt heeft wel angst)		2,02	2,05
<b>Huisartskenmerken</b>			
Solopraktijk (0=geen solo; 1=solo)			1,35
Apotheekhoudend zijn (0=nee; 1=ja)			
Mate van stedelijkheid (1=niet stedelijk, 5=zeer stedelijk)			0,89
Geslacht huisarts (0=man; 1=vrouw)			
Leeftijd van de huisarts (in jaren)			
Aantal patiënten per FTE (/1000)			0,80
Aantal keren FTO-bezoek per jaar			
Aantal mondelinge informatiebronnen (1-3)			1,13
Gebruik van informatie van farmaceutische industrie (1=nooit, 5=vaak)			
Gebruik van richtlijnen (1=nooit, 5=vaak)			0,84
Aantal uren bijscholing per jaar			
Aantal prescripties per patiënt per jaar (zonder antidepressiva)			1,11
Aantal contacten depressie per jaar per patiënt			
Intraklasse correlatie (benadering)	0,072	0,068	0,045

a) Alleen significante odds ratio's worden weergegeven,  $p < 0,05$ .

b) In de analyses van model 1 en 2 is gecorrigeerd voor het HIS dat de huisarts gebruikt.

Vervolgens is een selectie gemaakt van de patiënten die van de huisarts de diagnose depressief gevoel (P03) hebben gekregen. Een depressief gevoel is qua klacht minder ernstig dan een depressie en een huisarts zou hierbij eigenlijk geen antidepressivum voor hoeven te schrijven. Tabel 9.3 laat zien dat van de patiëntkenmerken alleen leeftijd en de aanwezigheid van angst significant samenhangen met het voorschrijven van antidepressiva bij een depressief gevoel. Met leeftijd neemt de kans op een voorschrift toe en mensen die naast een depressief gevoel ook angst hebben, hebben ook meer kans op een recept. Vrouwen hebben, in tegenstelling tot de totale groep patiënten met een depressie en/of depressief gevoel geen grotere kans op een antidepressivum voorschrift. Patiënten van solisten krijgen bij een depressief gevoel vaker een antidepressivum voorgeschreven. Huisartsen die meer gebruik maken van richtlijnen schrijven bij een depressief gevoel

minder snel een antidepressivum voor. Alle andere huisartskenmerken zijn niet significant.

Tabel 9.3: Resultaten van de logistische multiniveau analyse ter verklaring van het al dan niet voorgeschreven krijgen van een antidepressivum bij een depressief gevoel (P03)<sup>a,b)</sup>

	Odds ratio		
	Leeg model	Model 1: patiëntkenmerken	Model 2: patiënt- en huisartskenmerken
<b>Patiëntkenmerken</b>			
Leeftijd (in jaren)		1,01	1,02
Angst (0=patiënt heeft geen angst P01/P74; 1=patiënt heeft wel angst)		2,21	2,31
<b>Huisartskenmerken</b>			
Solopraktijk (0=geen solo; 1=solo)			1,76
Gebruik van richtlijnen (1=nooit, 5=vaak)			0,69
Intraklasse correlatie (benadering)	0,123	0,120	0,06

a) Alleen significante odds ratio's worden weergegeven,  $p < 0,05$ , voor geïnccludeerde variabelen: zie tabel 9.2.

b) In de analyses van model 1 en 2 is gecorrigeerd voor het HIS dat de huisarts gebruikt.

## 9.5 Resultaten: wel of geen antidepressivum bij angst of een angstig gevoel

Voor patiënten met een angststoornis of een angstig gevoel zijn dezelfde modellen geschat als in de vorige paragraaf. Eerst is een analyse gedaan voor alle patiënten met een angststoornis of een angstig gevoel (Tabel 9.4). Evenals bij depressie geldt dat patiënten eerder voorgeschreven krijgen als hun klachten door de huisarts als ernstiger worden ingeschat: mensen met een angststoornis krijgen vaker voorgeschreven dan mensen met een angstig gevoel. Wanneer de patiënt ook een depressie of een depressief gevoel heeft, dan is de kans op voorschrijven ook duidelijk groter. Dit bevestigt de bevindingen in hoofdstuk 8 waar ook aangegeven werd dat de combinatie van een depressie met een angststoornis reden is om antidepressiva voor te schrijven. Wanneer de huisartskenmerken aan het model worden toegevoegd, worden nog twee patiëntkenmerken significant. Vrouwen met een angststoornis of een angstig gevoel krijgen vaker een antidepressivum voorgeschreven, evenals patiënten die niet werken of studeren. Van de huisartskenmerken zijn er maar twee significant; deze twee kenmerken zagen we ook bij de resultaten van de patiënten met een depressie/depressief gevoel. Patiënten van een huisarts met veel patiënten krijgen minder vaak voorgeschreven. Naarmate de huisarts in een meer verstedelijkt gebied gevestigd is, krijgen de patiënten minder snel een antidepressivum voorgeschreven.

Tabel 9.4: Resultaten van de logistische multiniveau analyse ter verklaring van het al dan niet voorgeschreven krijgen van een antidepressivum bij angst of angstig gevoel (P74/P01)<sup>a,b)</sup>

	Leeg model	Model 1: patiënt-kenmerken	Model 2: patiënt- en huisartskenmerken
<b>Patiëntkenmerken</b>			
Geslacht (0=man; 1=vrouw)			1,21
Leeftijd (in jaren)			
Verzekeringsvorm (0=ziekenfonds; 1=particulier)			
Etniciteit (0=niet-westers allochtoon; 1=autochtoon, westers allochtoon)			
Werkstatus (0=geen werk/studie; 1=werk/studie)			0,80
Opleiding			
Laag (ref. ; geen/LO)			
Midden (LBO/MBO/havo/vwo)			
Hoog (HBO/WO)			
Zwaarte angststoornis (0=angstig gevoel P01; 1=angststoornis P74)		11,13	11,42
Depressie (0=patiënt heeft geen depressie P03/P76; 1=patiënt heeft wel depressie)		21,24	23,41
<b>Huisartskenmerken</b>			
Solopraktijk (0=geen solo; 1=solo)			
Apotheekhoudend zijn (0=nee; 1=ja)			
Mate van stedelijkheid (1=niet stedelijk, 5=zeer stedelijk)			0,83
Geslacht huisarts (0=man; 1=vrouw)			
Leeftijd van de huisarts (in jaren)			
Aantal patiënten per FTE (/1000)			0,78
Aantal keren FTO-bezoek per jaar			
Aantal mondelinge informatiebronnen (1-3)			
Gebruik van informatie van farmaceutische industrie (1=nooit, 5=vaak)			
Gebruik van richtlijnen (1=nooit, 5=vaak)			
Aantal uren bijscholing per jaar			
Aantal prescripties per patiënt per jaar (zonder antidepressiva)			
Aantal contacten depressie per jaar per patiënt			
Intraklasse correlatie	0,050	0,082	0,054

a) Alleen significante odds ratio's worden weergegeven,  $p < 0,05$ .

b) In de analyses van model 1 en 2 is gecorrigeerd voor het HIS dat de huisarts gebruikt.

Vervolgens is een analyse gedaan waarin alleen de patiënten met een angstig gevoel (P01) zijn geïnccludeerd (Tabel 9.5). Ook hier geldt dat de huisarts aan deze patiënten eigenlijk niet zou hoeven voorschrijven. De resultaten laten zien dat, net als bij de totale groep patiënten met P1/P74 op patiëntniveau geslacht, werkstatus en de aanwezigheid van een depressie samenhangen met het krijgen van een antidepressivum. De grootte van de odds ratio voor de aanwezigheid van een depressie duidt erop dat mensen met een angstig gevoel vooral voorgeschreven krijgen voor de bijbehorende depressie. Patiënten in meer stedelijke gebieden krijgen minder vaak een antidepressivum. Dit geldt ook voor patiënten van een huisarts die vaak informatie leest van de farmaceutische industrie. Dit is een niet voorzien effect.

Tabel 9.5: Resultaten van de logistische multiniveau analyse ter verklaring van het al dan niet voorgeschreven krijgen van een antidepressivum bij een angstig gevoel<sup>a,b)</sup>

	Leeg model	Model 1: patiënt-kenmerken	Model 2: patiënt- en huisartskenmerken
<b>Patiëntkenmerken</b>			
Geslacht (0=man; 1=vrouw)			1,28
Werkstatus (0=geen werk/studie; 1=werk/studie)		0,73	0,69
Depressie (0=patiënt heeft geen depressie P03/P76; 1=patiënt heeft wel depressie)		27,19	26,23
<b>Huisartskenmerken</b>			
Mate van stedelijkheid (1=niet stedelijk, 5=zeer stedelijk)			0,85
Gebruik van informatie van farmaceutische industrie (1=nooit, 5=vaak)			0,80
Intraklasse correlatie	0,050	0,082	0,054

a) Alleen significante odds ratio's worden weergegeven, voor geïncludeerde variabelen, zie tabel 9.4,  $p=0,05$ .

b) In de analyses van model 1 en 2 is gecorrigeerd voor het HIS dat de huisarts gebruikt.

## 9.6 Resultaten: aantal recepten

In een volgende analyses is gekeken hoeveel voorschriften patiënten die antidepressiva gebruiken, in het jaar van registratie hebben gekregen (Tabel 9.6). Hieruit blijkt dat het aantal recepten dat patiënten krijgen, afneemt met leeftijd. Ook krijgen particulier verzekerden, werkenden/studerenden en mensen met een middelbare opleiding minder recepten voorgeschreven. Autochtonen en westers allochtonen krijgen meer recepten. Mensen die niet voor depressie/depressief gevoel of angst/angstig gevoel bij de huisarts op consult zijn geweest (maar voor een andere klacht antidepressiva kregen of alleen herhaalrecepten hebben gekregen) krijgen minder recepten op jaarbasis. Van de huisartskenmerken is één effect significant: patiënten van apotheekhoudende huisartsen krijgen meer recepten. Dit betekent dat de voorschrijfduur/ de duur van gebruik vooral bepaald wordt door kenmerken van de patiënt.

Tabel 9.6: Resultaten van de multiniveau analyse ter verklaring van het aantal recepten antidepressiva dat patiënten voorgeschreven krijgen <sup>a,b,c)</sup>

	Leeg model	Model 1: patiëntkenmerken	Model 2: patiënt- en huisartskenmerken
<b>Patiëntkenmerken</b>			
Geslacht (0=man; 1=vrouw)			
Leeftijd (in jaren)		-0,01	-0,01
Verzekeringsvorm (0=ziekenfonds; 1=particulier)		-0,30	-0,26
Etniciteit (0=niet-westers allochtoon; 1=autochtoon, westers allochtoon)		1,36	1,35
Werkstatus (0=geen werk/studie; 1=werk/studie)		-0,69	-0,74
Opleiding			
Laag (ref. ; geen/LO)		-	-
Midden (LBO/MBO/havo/vwo)		-0,23	-0,23
Hoog (HBO/WO)			
Consult gehad:			
Nee (ref)		-	-
Voor depressie/depressief gevoel		0,65	0,61
Voor angst/angstig gevoel		0,46	0,45
Voor angst en depressie		1,23	1,26
<b>Huisartskenmerken</b>			
Solopraktijk (0=geen solo; 1=solo)			
Apotheekhoudend zijn (0=nee; 1=ja)			1,57
Mate van stedelijkheid (1=niet stedelijk, 5=zeer stedelijk)			
Geslacht huisarts (0=man; 1=vrouw)			
Leeftijd van de huisarts (in jaren)			
Aantal patiënten per FTE (/1000)			
Aantal keren FTO-bezoek per jaar			
Aantal mondelinge informatiebronnen (1-3)			
Gebruik van informatie van farmaceutische industrie (1=nooit, 5=vaak)			
Gebruik van richtlijnen (1=nooit, 5=vaak)			
Aantal uren bijscholing per jaar			
Aantal prescripties per patiënt per jaar (zonder antidepressiva)			
Aantal contacten depressie per jaar per patiënt			
Intercept		4,74	1,37ns
Intraklasse correlatie	0,128	0,105	0,067

- a) Alleen significante odds ratio's worden weergegeven,  $p < 0,05$ .  
b) In de analyses van model 1 en 2 is gecorrigeerd voor het HIS dat de huisarts gebruikt.  
c) Alleen patiënten die ten minste één recept voor antidepressiva hebben ontvangen (inclusief patiënten die niet op consult zijn geweest bij de huisarts gedurende het jaar van registratie).

## 9.7 Resultaten: TCA of SSRI?

In de NHG-Standaard van 1994 kregen TCA's de voorkeur boven SSRI's. In de nieuwe Standaard is dat niet meer zo. Toch hebben we een analyse gedaan om te bestuderen welke factoren beïnvloeden of een patiënt een TCA of een SSRI voorgeschreven krijgt (Tabel 9.7). Naarmate mensen ouder worden, krijgen zij vaker een TCA voorgeschreven. Westerse allochtonen en autochtonen krijgen vaker een SSRI voorgeschreven dan niet-westerse allochtonen. Dit verschil was al eerder gevonden in onderzoek met dezelfde gegevens (Van Dijk, 2003), maar in dat onderzoek was niet gecontroleerd voor huisartskenmerken. Dat is nu wel gedaan en het verschil tussen autochtonen en allochtonen blijft dan bestaan. Hoger opgeleiden krijgen vaker een SSRI. Dit zou te maken kunnen hebben met de mondigheid van de patiënt: patiënten met een hoge opleiding vragen wellicht eerder om een bepaald middel. Als er van antidepressivum veranderd wordt, dan is dat vaker naar een TCA dan naar een SSRI: switchers hebben namelijk een significant kleinere kans dat het laatste gekregen middel een SSRI was. Mensen met een consult voor angst en/of depressie krijgen vaker een SSRI dan andere patiënten. Dit valt te verklaren uit het feit dat de voorschrijfrange van TCA's veel groter is dan van SSRI's: TCA's worden veel vaker voor andere diagnoses, met name pijnbestrijding, voorgeschreven (hoofdstuk 6). Werkenden lijken vaker SSRI's te krijgen, maar dit effect verdwijnt na het includeren van huisartskenmerken in het model. Er zijn maar enkele huisartskenmerken die samenhangen met de keuze tussen een TCA en een SSRI. Apotheekhoudenden schrijven vaker SSRI's voor. Ook huisartsen die vaker informatie van de farmaceutische industrie gebruiken, schrijven vaker SSRI's voor. Tot slot schrijven huisartsen die veel consulten voor depressie hebben, significant minder vaak een SSRI voor. Dit kan erop duiden dat huisartsen patiënten met een TCA vaker op consult laten komen; dit omdat het starten met slikken van TCA's lastiger is. Dit effect is in lijn met de bevinding in hoofdstuk 6 dat het aantal DDD's per recept bij TCA's minder groot is.

Tabel 9.7: Resultaten van de logistische multiniveau analyse ter verklaring van het voorgeschreven krijgen van een TCA of SSRI (SSRI=1)<sup>a,b,c)</sup>

	Odds ratio		
	Leeg model	Model 1: patiënt-kenmerken	Model 2: patiënt- en huisartskenmerken
<b>Patiëntkenmerken</b>			
Geslacht (0=man; 1=vrouw)			
Leeftijd (in jaren)		0,99	0,99
Verzekeringsvorm (0=ziekenfonds; 1=particulier)			
Etniciteit (0=niet-westers allochtoon; 1=autochtoon, westers allochtoon)		1,71	1,88
Werkstatus (0=geen werk/studie; 1=werk/studie)		1,17	
Opleiding			
Laag (ref. ; geen/LO)		-	-
Midden (LBO/MBO/havo/vwo)		1,17	1,19
Hoog (HBO/WO)		1,43	1,53
Van middel veranderd (0=nee;1=ja)		0,57	0,57
Consult gehad voor depressie/angst:			
Nee (ref)			
Voor depressie/depressief gevoel		5,44	5,42
Voor angst/angstig gevoel		2,47	2,61
Voor angst en depressie		5,05	5,32
<b>Huisartskenmerken</b>			
Solopraktijk (0=geen solo; 1=solo)			
Apotheekhoudend zijn (0=nee; 1=ja)			2,20
Mate van stedelijkheid (1=niet stedelijk, 5=zeer stedelijk)			
Geslacht huisarts (0=man; 1=vrouw)			
Leeftijd van de huisarts (in jaren)			
Aantal patiënten per FTE (/1000)			
Aantal keren FTO-bezoek per jaar			
Aantal mondelinge informatiebronnen (1-3)			
Gebruik van informatie van farmaceutische industrie (1=nooit, 5=vaak)			1,30
Gebruik van richtlijnen (1=nooit, 5=vaak)			
Aantal uren bijscholing per jaar			
Aantal prescripties per patiënt per jaar (zonder antidepressiva)			
Aantal contacten depressie per jaar per patiënt			0,99
Intraklasse correlatie	0,09	0,136	0,083

a) Alleen significante odds ratio's worden weergegeven.

b) In de analyses van model 1 en 2 is gecorrigeerd voor het HIS dat de huisarts gebruikt.

c) Wanneer een patiënt in het jaar van registratie zowel een TCA als een SSRI voorgeschreven kreeg, is gekozen voor het laatste middel; in de analyses is een variabele opgenomen die aangeeft of de patiënt geswitcht is van middel.

Vervolgens is een analyse gedaan waarin uitsluitend patiënten zijn geïncludeerd die met een depressie of depressief gevoel op het spreekuur zijn geweest in het jaar van registratie. Tabel 9.8 laat zien dat ook bij deze patiënten de kans op een SSRI kleiner is naarmate de patiënt ouder is. Ook werkstatus en etniciteit zijn gerelateerd aan de keuze van het soort middel: werkenden en studerende krijgen vaker een SSRI evenals autochtonen. Voor het apotheekhoudend zijn van de huisarts wordt eveneens hetzelfde effect gevonden: patiënten van apotheekhoudenden krijgen vaker een SSRI. Anders is dat bij



mensen met een depressie of depressief gevoel; huisartsen in meer stedelijke gebieden schrijven vaker een SSRI voor aan hun patiënten.

Tabel 9.8: Resultaten van de logistische multiniveau analyse ter verklaring van het voorgeschreven krijgen van een TCA of SSRI bij depressie of depressief gevoel (SSRI=1) <sup>a,b,c)</sup>

	Odds ratio		
	Leeg model	Model 1: patiëntkenmerken	Model 2: patiënt- en huisartskenmerken
<b>Patiëntkenmerken</b>			
Leeftijd (in jaren)		0,98	0,98
Etniciteit (0=niet-westers allochtoon; 1=autochtoon, westers allochtoon)			1,83
Werkstatus (0=geen werk/studie; 1=werk/studie)		1,47	1,48
Van middel veranderd (0=nee;1=ja)		0,40	0,38
<b>Huisartskenmerken</b>			
Apotheekhoudend zijn (0=nee; 1=ja)			3,33
Mate van stedelijkheid (1=niet stedelijk, 5=zeer stedelijk)			1,37
Intraklasse correlatie	0,176	0,155	0,096

- a) Alleen significante odds ratio's worden weergegeven, voor geïnccludeerde variabelen: zie tabel 9.7.  
 b) In de analyses van model 1 en 2 is gecorrigeerd voor het HIS dat de huisarts gebruikt.  
 c) Wanneer een patiënt in het jaar van registratie zowel een TCA als een SSRI voorgeschreven kreeg, is gekozen voor het laatste middel; in de analyses is een variabele opgenomen die aangeeft of de patiënt geswitcht is van middel.

Tabel 9.9 laat de resultaten zien voor patiënten met een angststoornis of een angstig gevoel. Bij deze patiënten wordt de keuze voor een SSRI alleen beïnvloed door de patiëntkenmerken leeftijd en opleiding.

Tabel 9.9: Resultaten van de binominale multilevel analyse ter verklaring van het voorgeschreven krijgen van een TCA of SSRI bij angststoornis of angstig gevoel (SSRI=1) <sup>a,b,c)</sup>

	Odds ratio		
	Leeg model	Model 1: patiënt-kenmerken	Model 2: patiënt- en huisartskenmerken
<b>Patiëntkenmerken</b>			
Leeftijd (in jaren)		0,98	0,98
Opleiding			
Laag (ref. ; geen/LO)			
Midden (LBO/MBO/havo/vwo)		1,54	1,57
Hoog (HBO/WO)		1,76	1,70

- a. Alleen significante odds ratio's worden weergegeven, voor geïnccludeerde variabelen: zie tabel 9.7.  
 b. In de analyses van model 1 en 2 is gecorrigeerd voor het HIS dat de huisarts gebruikt.  
 c. Wanneer een patiënt in het jaar van registratie zowel een TCA als een SSRI voorgeschreven kreeg, is gekozen voor het laatste middel; in de analyses is een variabele opgenomen die aangeeft of de patiënt geswitcht is van middel.

## 9.8 Resultaten: voorschrijfrange en nieuwe antidepressiva

Huisartsen kunnen kiezen uit een range van antidepressiva. In de NS2-prescriptieregistratie werden 23 verschillende voorgeschreven antidepressiva gevonden. Huisartsen hebben een voorschrijfrange van gemiddeld 12,5 antidepressiva (sd=2,2). Bij 7 à 8 antidepressiva gaat het om meer dan tien recepten (sd=2,3). De correlatie tussen de “ruime” (alle voorgeschreven middelen) en de “smalle” (meer dan tien recepten voorgeschreven) voorschrijfrange is 0,60 ( $p < 0,001$ ).

Tabel 9.10 laat de resultaten van de regressie-analyse zien voor de “ruime” voorschrijfrange. Huisartsen die vaker artsenbezoekers ontvangen, schrijven meer verschillende antidepressiva voor. Ook huisartsen die apotheekhoudend zijn, schrijven meer verschillende antidepressiva voor. Dit zal ermee te maken hebben dat bij deze huisartsen ook de specialistenreceptuur in het HIS is geregistreerd en wellicht dat specialisten andere middelen voorschrijven dan de huisarts. Huisartsen met het HIS Arcos schrijven minder soorten antidepressiva voor.

Tabel 9.10: Resultaten van de regressie-analyses (forward-methode) ter verklaring van het aantal antidepressiva dat de huisarts voorschrijft (N=97)

	Voorschrijfrange ruim		Gecorrigeerde R <sup>2</sup>
	Ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt	Gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt	
Model 1:			7,9%
▪ Aantal artsenbezoekers	0,21	0,30	
Model 2:			19,7%
▪ Aantal artsenbezoekers	0,26	0,36	
▪ HIS: Arcos	-2,33	-0,36	
Model 3:			23,7%
▪ Aantal artsenbezoekers	0,27	0,38	
▪ HIS: Arcos	-2,22	-0,34	
▪ Apotheekhoudend (1=ja)	1,94	0,22	

De “smalle” voorschrijfrange wordt deels door andere factoren beïnvloed (Tabel 9.11). Evenals bij de brede voorschrijfrange is het zo dat apotheekhoudenden en Arcos-huisartsen meer verschillende middelen voorschrijven. Naarmate huisartsen meer patiënten hebben, schrijven zij van meer soorten antidepressiva meer dan tien recepten uit op jaar-basis. Vrouwelijke huisartsen schrijven minder verschillende antidepressiva voor (meer dan 10 recepten per jaar) dan hun mannelijke collega's.

Tabel 9.11: Resultaten van de regressie-analyses (forward-methode) ter verklaring van het aantal antidepressiva waarvan de huisarts meer dan 10 recepten op jaar-basis voorschrijft (N=97)

	Voorschrijfrange smal		Gecorrigeerde R <sup>2</sup>
	Ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt	Gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt	
Model 1:			8,6%
▪ Aantal patiënten per FTE	0,73	0,31	
Model 2:			18,6%
▪ Aantal patiënten per FTE	0,78	0,33	
▪ Apotheekhoudend (1=ja)	2,93	0,33	
Model 3:			22,8%
▪ Aantal patiënten per FTE	0,78	0,33	
▪ Apotheekhoudend (1=ja)	2,74	0,31	
▪ HIS: Arcos	-1,45	-0,22	
Model 4:			26,8%
▪ Aantal patiënten per FTE	0,66	0,28	
▪ Apotheekhoudend (1=ja)	2,45	0,27	
▪ HIS: Arcos	-1,61	-0,25	
▪ Geslacht (1=vrouw)	-1,24	-0,22	

Momenteel zitten twee nieuwere antidepressiva ‘in de lift’: venlafaxine en mirtazapine (zie ook hoofdstuk 5). Er zijn grote verschillen tussen huisartsen in de mate waarin zij deze middelen voorschrijven. Gemiddeld is 11,2 procent van alle recepten voor antidepressiva voor deze middelen (sd=8,8%; range: 0-45%). Het aandeel van deze twee nieuwe middelen is groter wanneer de huisarts meer artsenbezoekers ontvangt (Tabel 9.12). Dit komt overeen met resultaten uit onderzoek naar het voorschrijven van nieuwe pijnstillers (rofecoxib) en nieuwe maagzuurremmers (esomeprazol); deze middelen werden ook vaker voorgeschreven door huisartsen die veel artsenbezoekers ontvangen (Van Dijk e.a., 2003). Huisartsen schrijven minder nieuwe antidepressiva voor wanneer zij Arcos als HIS hebben en wanneer hun praktijk in een meer verstedelijkt gebied is gevestigd.

Tabel 9.12: Resultaten van de regressie-analyses (enter-methode) ter verklaring van het aandeel nieuwe antidepressiva dat de huisarts voorschrijft (N=97)

	Aandeel (%) nieuwe geneesmiddelen		
	Ongestandaardiseerde regressiecoëfficiënt	Gestandaardiseerde regressiecoëfficiënt	Gecorrigeerde R <sup>2</sup>
Model 1:			10,7%
▪ Aantal artsenbezoekers	0,96	0,34	
Model 2:			14,5%
▪ Aantal artsenbezoekers	1,07	0,38	
▪ HIS: Arcos	-5,71	-0,22	
Model 3:			17,5%
▪ Aantal artsenbezoekers	1,11	0,39	
▪ HIS: Arcos	-6,70	-0,26	
▪ Urbanisatiegraad (1=niet stedelijk, 5= zeer stedelijk)	-1,30	-0,20	

## 9.9 Afsluiting

### 9.9.1 Samenvatting

In dit hoofdstuk is gekeken naar factoren op patiënt- en huisartsniveau die het voorschrijven van antidepressiva beïnvloeden. Hierbij is gekeken naar verschillende aspecten van het voorschrijven:

- Wel of niet voorschrijven van antidepressiva
- Aantal voorschriften voor antidepressiva
- Keuze voor een SSRI of een TCA
- Voorschrijfrange
- Voorschrijven nieuwe geneesmiddelen

#### *Patiëntkenmerken en antidepressiva*

Uit de analyses komt naar voren dat de kans om bij angst of depressie een antidepressivum voorgeschreven te krijgen vooral afhangt van de zwaarte van de klachten (zoals ingeschat door de huisarts) en het in combinatie aanwezig zijn van beide klachten. Mensen met angst en/of depressie krijgen vaker antidepressiva voorgeschreven, en dan

met name SSRI's, dan mensen met andere klachten of mensen die niet op het spreekuur zijn geweest met angst of depressie (en alleen herhaalrecepten kregen). Vrouwen krijgen vaker een antidepressivum voorgeschreven dan mannen; zij krijgen echter niet meer recepten (als ze eenmaal voorgeschreven krijgen) en ook is er geen verschil tussen mannen en vrouwen als het gaat om de keuze tussen een TCA en een SSRI. Naarmate mensen ouder worden neemt de kans op het krijgen van een antidepressivum toe, maar het aantal voorgeschreven recepten wordt kleiner. Ouderen krijgen vaker een TCA dan jongeren. Voor allochtonen geldt dat zij een even grote kans hebben om een antidepressivum voorgeschreven te krijgen dan autochtonen. Wanneer ze een antidepressivum voorgeschreven krijgen, is dat vaker een TCA dan bij autochtonen; ook krijgen allochtonen minder recepten. De overige effecten die gevonden zijn, zijn:

- Bij angststoornissen krijgen werkenden/studerenden minder vaak voorgeschreven
- Werkenden/studerenden krijgen minder recepten
- Patiënten met een middelbare opleiding krijgen minder recepten
- Particulier verzekerden krijgen minder recepten
- Patiënten met een middelbare of hogere opleiding krijgen vaker een SSRI
- Mensen die veranderen van antidepressivum, switchen vaker van een SSRI naar een TCA dan andersom.

#### *Huisartskenmerken en antidepressiva*

Wat betreft de huisartskenmerken valt op dat deze vooral van invloed zijn op het al dan niet voorschrijven van antidepressiva bij een depressie: solisten, huisartsen in meer rurale gebieden, huisartsen met weinig patiënten, huisartsen die verschillende zorgverleners consulteren en huisartsen die minder vaak richtlijnen gebruiken, schrijven vaker antidepressiva voor bij een depressie. Bij angststoornissen zijn het huisartsen met minder patiënten en huisartsen in rurale gebieden die vaker voorschrijven. Hoewel huisartsen met veel patiënten minder vaak voorschrijven, hebben zij wel een grotere voorschrijfrange. Verder is informatie van de farmaceutische industrie van belang. Huisartsen die meer informatie van de industrie gebruiken, schrijven vaker SSRI's voor. Zij hebben een smallere voorschrijfrange; dit valt waarschijnlijk te verklaren uit het feit dat zij vooral SSRI's voorschrijven. Daar staat tegenover dat huisartsen die veel artsenbezoekers ontvangen een bredere voorschrijfrange hebben.

#### **9.9.2 Aanknopingspunten voor interventies**

Een doel van dit onderzoek is het voorstellen van interventies om doelmatig voorschrijven van antidepressiva te bevorderen. Hoe kunnen de resultaten in dit hoofdstuk daaraan bijdragen? De resultaten in dit hoofdstuk bieden een aantal aanknopingspunten. Zo kan bijvoorbeeld gekeken worden aan welke groepen patiënten vaker wordt voorgeschreven en welke huisartsen vaker voorschrijven bij lichte klachten.

#### *Goede diagnosticering van belang bij keuze wel of niet voorschrijven*

Huisartsen laten zich bij het voorschrijven van antidepressiva duidelijk leiden door hun inschatting van de zwaarte van de klachten: bij depressie of een angststoornis schrijven zij veel vaker antidepressiva voor dan bij een depressief gevoel of een angstig gevoel. Een goede diagnosticering van deze klachten is derhalve van belang.

### *Patiëntgroepen die opvallen*

Het voorschrijven bij vrouwen verdient aandacht. Zij krijgen vaker dan mannen een recept bij dezelfde diagnose. Zo krijgen vrouwen bij een angstig gevoel vaker een antidepressivum. Dit duidt er op dat bij vrouwen minder doelmatig wordt voorgeschreven. Ouderen krijgen ook meer recepten dan jongeren. Ouderen krijgen vaker dan jongeren TCA's. In hoofdstuk 7 werd als reden gegeven dat TCA's (met name clomipramine) minder interacteren met andere geneesmiddelen wat met name bij ouderen van belang is. Allochtonen krijgen – met uitzondering van angststoornissen – niet minder vaak een recept dan autochtonen, maar als zij eenmaal voorgeschreven krijgen, krijgen ze wel minder recepten. Dit zou erop kunnen wijzen dat de therapietrouw bij allochtonen lager is. Allochtonen krijgen vaker TCA's. Uit de interviews kwam naar voren dat huisartsen de therapietrouw bij TCA's lager inschatten. Sociaal-economische status is met name van invloed op de keuze van het soort geneesmiddel: hoger opgeleiden en werkenden krijgen vaker SSRI's. Dit zou erop kunnen duiden dat mondige patiënten vaker om een bepaald middel (bijvoorbeeld paroxetine) vragen wat aanknopingspunten voor interventies kan bieden.

### *Veel huisartskenmerken nauwelijks invloed*

Wat betreft de huisartskenmerken valt vooral op dat veel kenmerken weinig of geen invloed op het voorschrijven hebben. Voorbeelden zijn de frequentie van het FTO, de psychosociale taakopvatting van de huisarts, het raadplegen van verschillende collega's voor informatie over geneesmiddelen en het aantal uren bijscholing per jaar. Deze kenmerken zijn wellicht te ruw gemeten. Bij het FTO gaat het bijvoorbeeld niet zozeer om de frequentie als wel om de vorm waarin het FTO gegoten wordt. Er zijn aanwijzingen dat het FTO wel effect kan hebben, als er afspraken gemaakt en getoetst worden (Jansen e.a., 2004). Ook bij nascholing gaat het om de inhoud van de nascholing en niet zozeer om het aantal uren dat nascholing gevolgd wordt. Huisartsen zijn vrij in het soort nascholing dat zij volgen. Een huisarts hoeft dus helemaal geen nascholing op het terrein van de GGZ te volgen.

### *Huisartskenmerken waar wel verschillen gevonden worden*

Huisartsen in de stad en huisartsen op het platteland wijken van elkaar af. In landelijke gebieden wordt vaker voorgeschreven en kiezen huisartsen, althans bij depressie of depressief gevoel vaker voor een SSRI dan een TCA. Zij schrijven wel minder vaak dan hun collega's in de stad de nieuwste antidepressiva voor. Ook huisartsen met veel patiënten wijken op een aantal punten af van huisartsen met minder patiënten. 'Drukke' huisartsen schrijven minder snel een antidepressivum voor en hebben een grotere voorschrijfrange. Dat drukke huisartsen minder snel voorschrijven, kan erop wijzen dat zij vaker doorverwijzen. Ook gebruik van informatie van de farmaceutische industrie heeft invloed, vooral op de keuze van middelen. Huisartsen die vaak informatie van de industrie lezen schrijven vaker SSRI's voor. Huisartsen die veel artsenbezoekers ontvangen, hebben een grotere voorschrijfrange en schrijven meer nieuwe antidepressiva voor. Het ontvangen van artsenbezoekers heeft ook in eerder onderzoek laten zien effect te hebben op de keuze voor nieuwe geneesmiddelen (Van Dijk e.a., 2003). En dan tot slot de apotheekhoudende huisarts. Deze schrijft meer recepten en vaker SSRI's voor en heeft een grotere voorschrijfrange. Toch zijn over de apotheekhoudende huisarts weinig conclusies te

trekken omdat bij deze huisartsen ook de specialistenreceptuur in de gegevens zit; dat kan invloed hebben op de gegevens van deze huisartsen.





## **Bijlage: Operationalisatie determinanten gebruikt in hoofdstuk**

### **Determinanten op patiëntniveau**

Geslacht: Een dichotome variabele is geconstrueerd (0=man; 1=vrouw).

Leeftijd: Leeftijd is als een continue variabele opgenomen in de analyses.

Opleiding: Voor de opleiding van de variabele opleiding zijn drie dummy-variabelen geconstrueerd:

- geen/lager onderwijs;
- voortgezet/middelbaar onderwijs;
- HBO/academisch onderwijs.

In de analyses vormt de categorie 'geen/lager onderwijs' de referentiecategorie.

Werkstatus: Een dichotome variabele is geconstrueerd met de waarde 1 als de patiënt werkt of studeert en de waarde 0 als dat niet zo is.

Etniciteit: Een dichotome variabele is geconstrueerd met de waarde 0 als de patiënt autochtoon of westers allochtoon is en de waarde 1 als de patiënt niet-westers allochtoon is.

Diagnose: In een aantal analyses is ook de door de huisarts gestelde diagnose in de analyses betrokken worden. Dit gebeurt in de vorm van dummy-variabelen (heeft patiënt al dan niet depressie etc). De diagnose is door de huisarts gecodeerd volgens de International Classification Primary Care (ICPC).

### **Praktijk- en huisartsniveau**

Praktijkvorm: Onderscheid is gemaakt naar huisartsen die als solist werkzaam zijn en huisartsen die met één of meer andere huisartsen een praktijk voeren (0=duo/groep/gezondheidscentrum; 1=solo).

Plaats van vestiging: Hiervoor is de urbanisatiegraad van de plaats waar de praktijk gevestigd is opgenomen. Onderscheid is gemaakt naar de volgende mate van stedelijkheid: niet stedelijk, weinig stedelijk, matig stedelijk, sterk stedelijk en zeer sterk stedelijk. Deze variabele is als intervalvariabele in de analyses opgenomen

Apotheekhoudend zijn: Een dichotome variabele is geconstrueerd welke aangeeft of de praktijk apotheekhoudend is (waarde 1) of niet (waarde 0). Deze variabele is als controlevariabele opgenomen omdat bij apotheekhoudende huisartsen ook de specialistenreceptuur in de analyses is opgenomen.

Huisarts Informatie Systeem (HIS): In de analyses wordt gecontroleerd voor het HIS dat de huisarts gebruikt. Hiertoe is voor elk van de vijf HIS-en die de NS2-huisartsen gebruikten een dummy-variabele gecreëerd, waarvan er vier in de analyses werden opgenomen. Het grootste HIS, Promedico, fungeert steeds als referentie.

Geslacht huisarts: Een dichotome variabele is geconstrueerd (0=man; 1=vrouw).

Leeftijd huisarts: Leeftijd is als een continue variabele opgenomen in de analyses.

Werkbelasting: Deze is geoperationaliseerd als het aantal patiënten dat de huisarts heeft gedeeld door het aantal FTE's van de huisarts (/1000).

Informatieverwerking door de huisarts en gebruik richtlijnen: Hiervoor zijn zes variabelen geconstrueerd welke hieronder worden besproken (zie voor een uitgebreidere bespreking Van Dijk e.a., 2003).

*Deelname aan het FTO*: Gevraagd is hoe vaak de huisarts per week, maand of jaar deelneemt aan het FTO. Deze waarden zijn omgerekend naar het aantal keren per jaar dat de huisarts het FTO bezoekt.

*Raadplegen collega's*: Dit is alleen gevraagd voor het verkrijgen van informatie over nieuwe geneesmiddelen. We gaan uit van de assumptie dat huisartsen voor geneesmiddelen die al langer op de markt zijn dezelfde informatiebronnen gebruiken als voor nieuwe geneesmiddelen en dat huisartsen die veel informatie bij collega's navragen over nieuwe geneesmiddelen dat ook vaker doen voor andere geneesmiddelen. In de huisartsenquête is voor vier mondelinge hulpbronnen gevraagd of de huisarts deze wel eens consulteert voor informatie over nieuwe geneesmiddelen: collega-huisarts, openbare apotheker, medisch specialist en ziekenhuisapotheker. Uit een HOMALS-analyse (een factoranalyse voor nominale en dichotome variabelen) bleek dat de eerste drie samen één factor vormden. Over deze drie items is een somscore berekend. De waarde van deze variabele loopt van 0 tot en met 3.

*Ontvangst artsenbezoekers*: In de huisartsenquête is gevraagd of de huisarts wel eens artsenbezoekers ontvangt en zo ja, hoe vaak dat de afgelopen vier weken was. Opgemerkt moet worden dat niet duidelijk is welke artsenbezoekers bij de huisarts zijn geweest. De variabele geeft alleen een indicatie van hoe vaak een huisarts contact heeft met artsenbezoekers.

*Gebruik van informatiebronnen van de farmaceutische industrie*: Daarnaast is ook voor een aantal schriftelijke bronnen nagevraagd of de huisarts deze raadpleegt in verband met de keuze van farmacotherapie in het algemeen en hoe vaak de huisarts dat doet (nooit tot dagelijks). Uit een factoranalyse kwam naar voren dat het Informatorium Medicamentorum, het Repertorium en informatie van de farmaceutische industrie samen een schaal vormden. Het Informatorium en het Repertorium hebben beiden een "industriële achtergrond". Een somscore is berekend voor de variabele die in de rest van de tekst 'gebruik informatie farmaceutische industrie' wordt genoemd. De waarde van deze variabele loopt van 1 (nooit) tot 5 (vaak).

*Gebruik richtlijnen*: Voor deze bronnen is, net als voor bronnen van de farmaceutische industrie, gevraagd hoe vaak huisartsen deze gebruiken. Uit een factoranalyse kwam naar voren dat gebruik van NHG-Standaarden, overige formularia en het Farmacotherapeutisch Kompas samen een factor vormden. Een somscore is berekend over deze variabele die in de rest van de tekst 'gebruik van richtlijnen' wordt genoemd. De waarde van deze variabele loopt van 1 (nooit) tot 5 (vaak).

*Na- en bijscholing*: Bijscholing geeft huisartsen informatie over nieuwe ontwikkelingen in het vak,

onder andere op het gebied van de farmacotherapie. In de huisartsenquête is niet gevraagd naar het soort bijscholing dat gevolgd is, maar wel naar het aantal uren dat de huisarts bij- of nascholing volgt.

Neiging tot voorschrijven in het algemeen: deze variabele is geoperationaliseerd als het gemiddeld aantal recepten (minus recepten voor antidepressiva) dat de huisarts op jaarbasis per patiënt voorschrijft.

Aantal contacten voor depressie/angst: Hiervoor is in de analyses gecontroleerd omdat bij huisartsen die veel contacten hebben, wellicht relatief veel mensen zitten met lichte klachten, waardoor de huisarts een ander voorschrijfpatroon ontwikkelt dan een huisarts waar minder mensen met een depressie komen.



## 10 Workshop “Doelmatig voorschrijven van antidepressiva”

*Anita Volkers, Jozé Braspenning, Dinny de Bakker, Liset van Dijk*

### 10.1 Inleiding

De laatste onderzoeksvraag van dit onderzoek heeft betrekking op interventies die mogelijk zijn om doelmatiger voorschrijven te beïnvloeden en luidde: Welke interventies zijn beschikbaar of dienen te worden ontwikkeld om doelmatig gebruik van antidepressiva te bevorderen? In het kader hiervan is een workshop georganiseerd met als doel te komen tot voorstellen voor interventies waarvoor het draagvlak onder de betrokken partijen zo groot mogelijk is. Immers, een interventie lijkt meer kans van slagen te hebben als op alle fronten dezelfde doelen nagestreefd worden. Derhalve zijn de verschillende partijen in het veld uitgenodigd voor een workshop die op 22 april 2004 is gehouden. Dit hoofdstuk beschrijft de voorbereiding, uitvoering en resultaten van deze workshop. De voorbereiding bestond naast de praktische voorbereiding en literatuurstudie uit interviews met vijf stakeholders. Paragraaf 10.2 gaat hierop in. De workshop bestond uit een algemeen gedeelte en een tweetal workshops: één over therapietrouw en één over stoppen met gebruik van antidepressiva. Paragraaf 10.3 beschrijft de werkwijze en de resultaten van de workshop. In paragraaf 10.4 doen we aanbevelingen voor interventies op het terrein van het voorschrijven van antidepressiva. Deze interventies komen voort uit de resultaten van het onderzoek en de workshop. In het proces rondom het voorschrijven van antidepressiva zijn verschillende fasen waarop interventies zich zouden kunnen richten, welke sterk gerelateerd zijn met de stappen in doelmatigheid die in hoofdstuk 1 genoemd zijn. Het gaat om de volgende fasen:

1. Het stellen van de diagnose
2. De keuze van de therapie:
  - a. Het al dan niet inzetten van medicamenteuze therapie
  - b. De keuze voor een middel, dosering
3. Het gebruik (therapietrouw en monitoring)
4. Het afbouwen van gebruik

De voorstellen voor interventies zullen zoveel mogelijk in deze groepen worden ingedeeld. Daarnaast is het zo dat bij het voorschrijven en gebruik van antidepressiva verschillende partijen betrokken zijn. In de eerste plaats zijn dat uiteraard de voorschrijvers en patiënten, maar daarnaast ook apothekers, zorgverzekeraars en de overheid partij. Interventies kunnen zich op elk van deze partijen richten. In interventies waarin meer partijen betrokken zijn, zullen zij op een andere manier in de betreffende interventie staan. Daarom wordt ook onderscheid gemaakt naar deze verschillende partijen.

### 10.2 Input voor de workshop: gesprekken met stakeholders

De input voor de workshop werd in de eerste plaats gevormd door de gegevens uit onderhavig onderzoek. Het gaat dan om het cijfermatig onderzoeksmateriaal uit LINH en de NS2. Daarnaast was er informatie uit de interviews met 23 huisartsen en de case-control studie, alsmede uit de gesprekken met de stakeholders. Deze gegevens samen moesten

concreet een aantal voorstellen tot interventies opleveren ter bevordering van doelmatig voorschrijven van antidepressiva. De input uit het onderzoek wordt in de samenvatting van hoofdstuk 11 besproken. Om te veel herhaling te voorkomen, gaan we er daarom hier niet verder op in. De input werd ook samengevat voor de deelnemers aan de workshop. Deze samenvatting is te vinden in bijlage 6. Deze paragraaf gaat verder in op de gesprekken met de stakeholders.

Er is met vijf stakeholders een open interview gehouden. Deze vijf stakeholders zijn gekozen uit de personen die zich op hadden gegeven voor de workshop. Gekozen is voor interviews met uiteenlopende partijen:

- Psychiater-hoogleraar
- Huisarts/onderzoeker
- Huisartsgenootschap/richtlijnontwikkelaar
- Zorgverzekeraar
- Patiëntenorganisatie

Doel van deze interviews was inzicht te krijgen in de vraag hoe verschillende spelers in het veld tegen de problematiek rondom antidepressiva aankijken, onze ideeën voor interventies te bespreken en nieuwe ideeën op te doen voor mogelijk succesvolle interventies. Ook werd hen gevraagd waar zij mogelijkheden en beperkingen zagen voor bevorderen van doelmatig voorschrijven van antidepressiva. Dit waren de centrale gespreksthema's in de interviews. Voorafgaande aan het interview kreeg de geïnterviewde een aantal voorlopige resultaten uit het onderzoek toegestuurd. Uit de interviews kwam een aantal aspecten naar voren die belangrijk zijn voor mogelijke interventies op het gebied van de behandeling met antidepressiva. Deze aspecten worden hieronder thematisch besproken. De getallen in de tekst verwijzen naar het (geanonimiseerde) nummer van de stakeholder die dit punt aan de orde heeft gesteld.

#### *Kennis en houding van huisartsen*

Eén van de stakeholders constateert een gebrek aan kennis bij huisartsen over behandelduur en dosering en constateert dat de zes maanden uit de NHG-Standaard te kort zijn, zeker bij een recidief.(#1) Huisartsen kennen vaak ook de bijwerkingen van de SSRI's niet goed volgens deze stakeholder. Een andere stakeholder geeft een mogelijkheid tot interventie die kan bijdragen aan het oplossen van dit probleem: namelijk het stellen van eisen aan de inhoud van de nascholing van huisartsen. Bij nascholing zou erop gelet kunnen worden dat huisartsen niet alleen hun favoriete onderwerp volgen, maar onderwerpen op elk gebied zoals de GGZ. Hierbij zou accreditering een rol kunnen spelen.(#2) Weer een andere stakeholder merkt op dat de patiëntenverenigingen meer in het onderwijs van huisartsen zouden kunnen betekenen.(#3)

Niet alleen zou de kennis over de behandeling met antidepressiva bij huisartsen verbeterd kunnen worden, volgens een aantal stakeholders kan de huisarts ook meer pro-actief werken dan nu het geval is bijvoorbeeld door het actief benaderen van patiënten.

### *Communicatie tussen huisarts en patiënt*

De rol van de patiënt wordt door verschillende stakeholders genoemd; de communicatie tussen huisarts en patiënt wordt daarbij als cruciaal beschouwd. Dit wordt door de beroepsgroep erkend, de NHG-Standaard besteedt duidelijk aandacht aan de communicatie met de patiënt (#2). Een aantal stakeholders geeft aan dat de huisarts zich niet te veel moet laten beïnvloeden door de patiënt bij het voorschrijven. De huisarts heeft met een aantal middelen ervaring en moet de keuze aan de patiënt motiveren. (#1) Een stakeholder geeft aan dat het belangrijk is dat de huisarts niet te snel en fragmentarisch voorschrijft. Een huisarts moet niet direct op de vraag tot voorschrijven in gaan. De patiënt moet goed op de hoogte zijn van de voor- en nadelen van het gebruik van antidepressiva. De huisarts moet realistische informatie hierover geven en de patiënt helpen bij het maken van een keuze. (#3) Die keuze hoeft dus niet altijd een medicamenteuze therapie te zijn. Een huisarts kan alternatieven met de patiënt bespreken. Dat alternatief hoeft niet altijd verwijzen te zijn, een huisarts kan ook adviseren meer te gaan bewegen. (#4) Deze stakeholder vindt dat er sowieso behoefte is aan inzicht in de vraag wat patiënten zelf vinden van het gebruik van antidepressiva. Eén stakeholder merkt op dat een bundeling van informatie over antidepressiva nuttig zou zijn, bijvoorbeeld door het maken van een internetsite waar informatie vanuit verschillende invalshoeken gevonden kan worden. Zo'n site zou dan onafhankelijk gecoördineerd kunnen worden. (#3) Een ander punt is het voorlichten bij interventies: dan zou aan een patiënt uitgelegd kunnen worden waarom het project belangrijk is en wat de gevolgen ervan voor de patiënt kunnen zijn. (#5)

### *Kosten*

Moet de patiënt wel of niet belast worden met het "kostenverhaal" rondom antidepressiva? Deze vraag is in meerdere interviews terug gekomen. De stakeholders zijn het er echter niet over eens of dit wel of niet moet gebeuren.

### *Therapietrouw/gebruik (monitoren)*

Bij het gebruik van geneesmiddelen is de therapietrouw een belangrijk punt. De huisarts zou in de monitoring van het gebruik een actievere rol kunnen spelen dan nu het geval is. Het bewaken van de therapie kan bewerkstelligd worden door het maken van duidelijke afspraken met collega's en assistenten over het voorschrijven van antidepressiva. (#2) Hieraan zou bijvoorbeeld in nascholingscursussen meer aandacht besteed kunnen worden. De knelpunten in de begeleiding van depressieve patiënten, met name het regelmatig terugvragen, zouden in cursussen in verband met de nieuwe richtlijn Depressie kunnen worden aangestipt. (#2)

### *Afbouwen van gebruik*

Eerder werd gezegd dat één van de stakeholders vond dat een behandelduur van zes maanden te kort is, zeker wanneer het een recidief betreft. Volgens deze stakeholder moet in ieder geval voorkomen worden dat de patiënt de behandeling vervolgt met een te lage en dus niet of minder effectieve dosering. Eén van de andere stakeholders stipt het probleem aan dat het eigenlijk niet bekend is wat de optimale gebruiksduur van antidepressiva is (#4). Hij ziet daarom mogelijkheden in een zogenaamde discontinueringstrial waarin bestudeerd wordt wat het optimale "stopmoment" is. Hiernaast moet aandacht

zijn voor hoe de patiënt te begeleiden bij stoppen waarbij de klachten van de patiënt goed in de gaten gehouden moeten worden. Een dergelijke stoptrial kan in de lokale situatie geïmplementeerd worden. Daarbij kunnen verschillende partijen een rol spelen: de huisarts, de praktijkverpleegkundige en de apotheker. (#4) Wat betreft het stoppen merkt een andere stakeholder op dat de huisarts moet beseffen dat er altijd een moment komt dat de patiënt wil stoppen met het gebruik van antidepressiva. Voorafgaand aan de behandeling zou de huisarts hier aandacht aan moeten besteden. (#3)

#### *Afstemming met apotheker (in FTO)*

De huisarts en de patiënt zijn niet de enige spelers in het veld. Zo zou er een rol voor de apotheker weggelegd kunnen zijn in het kader van doelmatig gebruik van antidepressiva. Bijvoorbeeld in de vorm van screenen en monitoren. Het FTO is een geschikte plaats om afspraken te maken hierover. Ook het computersysteem kan een belangrijke rol spelen. Medicom is bijvoorbeeld een systeem waarop huisarts en apotheker samen zijn aangesloten en dat erg op communicatie is gericht. (#4) Ook een andere stakeholder ziet mogelijkheden in het FTO alsmede in een onafhankelijke artsbezoeker en transmurale afspraken (LTA) over de behandeling van depressie. (#2)

#### *Kwaliteitsbeleid*

Eén van de stakeholders is voorstander van een algemeen kwaliteitssysteem waar huisartsen in groepsverband aan werken, omdat kwaliteit het best in groepsverband geleverd kan worden. Hiervoor is een professioneel kader nodig, alsmede informatie voor de huisartsen, monitoring en investeringen. Specifiek voor antidepressiva kan gedacht worden aan een antidepressivajaar waar omheen een kwaliteitssysteem ontwikkeld wordt. Als onderdeel van zo'n project zouden bijvoorbeeld langdurig gebruikers binnen de termijn van een jaar telkens terug moeten komen bij de huisarts. Daarin is zeker een rol voor de praktijkverpleegkundige of doktersassistente-plus. (#5)

De zorgverzekeraar kan bijdragen aan het kwaliteitsbeleid. Professionals zijn weliswaar zelf verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid maar de zorgverzekeraar kan helpen bij het maken van afspraken op de langere termijn. Huisartsen en zorgverzekeraar hebben een gemeenschappelijk belang. De huisarts heeft als professional belang bij het leveren van goede zorg en de zorgverzekeraar heeft belang bij goede zorg voor zijn verzekerden. Bij een kwaliteitssysteem zijn informatievoorziening en investering in menskracht van belang: interventies kosten tijd en menskracht en geld en je hebt een trekker nodig. (#5)

#### *Investeringen in tijd en geld*

De stakeholders zijn het erover eens dat interventies tijd en geld kosten en dat huisartsen gemotiveerd moeten worden hun energie ervoor aan te wenden. Dit zonder dat hij of zij te veel tijd aan de interventie kwijt is. Verbetering van voorlichting moet niet betekenen dat de huisarts een nog groter takenpakket krijgt. Eén stakeholder merkt op dat interventies zodanig moeten zijn dat de huisarts ze leuk vindt zonder dat hij/zij het idee krijgt nog meer te moeten doen. (#3)



Ook de beloning van huisartsen is belangrijk. Hierbij kan de zorgverzekeraar een rol spelen, bijvoorbeeld als het gaat om tarieven. Die zijn een probleem bij ziekenfonds-verzekerden. Meer begeleiding kost meer tijd en voor ziekenfonds verzekerden is er een vaste vergoeding. De zorgverzekeraar zou daar wat aan kunnen doen. Voor particulieren is dat veel minder een probleem. (#4) Een andere stakeholder is het hiermee eens. Als er in een interventie bijvoorbeeld een protocol is waarin mensen vaker terug moeten komen bij de huisarts of psycholoog, dan zou dat vergoed kunnen worden. (#5)

### **10.2.1 *Invulling workshop***

Op basis van de resultaten van het onderzoek en de gesprekken met de stakeholders is verder invulling gegeven aan de workshop. Tijdens deze workshop zijn eerst de resultaten uit het onderzoek en uit de gesprekken met de stakeholders gepresenteerd in korte presentaties. Vervolgens is besloten te kiezen voor de uitwerking van interventies rondom twee thema's: therapietrouw en stoppen met het gebruik van antidepressiva. Voor deze twee thema's is gekozen omdat op deze twee thema's volgens de onderzoekers doelmatigheidswinst valt te behalen. Uit eerder onderzoek was gebleken dat interventies rondom diagnostiek veel investeringen vragen. Wat betreft het inzetten van een medicamenteuze therapie is het aannemelijk dat het beïnvloeden van de keuze van de huisarts voor een soort antidepressivum waarschijnlijk moeizaam zal verlopen: het merendeel van de huisartsen prefereert SSRI's boven TCA's. Wat betreft therapietrouw is bekend dat daarmee problemen zijn: zo'n 50% van de patiënten is therapie-ontrouw. Van alle gebruikers is bijna een vijfde incidenteel gebruiker wat wil zeggen dat het gebruik onderbroken wordt (zie hoofdstuk 6). Huisartsen schatten de therapietrouw redelijk positief in, maar blijken er bij individuele patiënten niet altijd zicht op te hebben (hoofdstuk 7). Uit de interviews met de stakeholders kwam naar voren dat er rondom het stoppen met antidepressiva ook problemen zijn. Zo is niet duidelijk wat de optimale behandelduur is, hoe huisartsen monitoren etc. Afhankelijk van de leeftijd van de patiënt gebruikt zo'n 20 tot 40% langer dan een jaar aaneengesloten antidepressiva (hoofdstuk 6). De meeste patiënten willen op een gegeven moment stoppen met het gebruik van antidepressiva (stakeholders). Uit recent onderzoek is gebleken dat veel gebruikers ineens stoppen of met een zelfgemaakt afbouwschema zonder begeleiding (Van Geffen e.a., 2003). In het betreffende onderzoek wist minder dan de helft van de patiënten dat bij stoppen onttrekkingsverschijnselen kunnen optreden. In dat onderzoek wordt aanbevolen de informatievoorziening rondom stoppen te verbeteren.

### **10.2.2 *Praktische zaken rondom de workshop***

In januari 2004 is een uitnodiging gestuurd aan vertegenwoordigers uit verschillende gedingen: huisartsen (NHG, LHV), apothekers (KNMP/Winap), patiëntenorganisaties (bijvoorbeeld NPCF), zorgverzekeraars, CvZ, het ministerie van VWS, en werkers in de geestelijke gezondheidszorg. De workshop werd georganiseerd in samenwerking met Elita Zoer (congresorganisatie). Gestreefd werd naar een minimum aantal van 20 en een maximum aantal van 30 deelnemers. Uiteindelijk hebben zich 24 mensen opgegeven, waarvan er 20 op de dag zelf aanwezig waren. Niet aanwezig op de dag waren vertegenwoordigers uit de GGZ en een vertegenwoordiger namens de apothekers. Anderhalve week voor de workshop ontvingen de deelnemers een informatiemap met daarin een programma, een samenvatting van de resultaten van het onderzoek, een aanzet voor de

beide deel-workshops (therapietrouw en stoppen) en een lijst met deelnemers. Om te zorgen dat de verschillende partijen in beide deel-workshops vertegenwoordigers waren, waren de deelnemers vooraf ingedeeld.

### **10.3 Resultaten uit de workshop**

In deze paragraaf wordt ingegaan op de resultaten uit de twee deelworkshops. Hierin is een aantal suggesties naar voren gekomen rondom de therapietrouw en het stoppen met het gebruik van antidepressiva. Ook is op een aantal andere onderwerpen ingegaan.

#### **10.3.1 Therapietrouw**

##### *Informatie vooraf*

Voorafgaand aan de workshop kregen de deelnemers een korte introductie op de workshop toegestuurd. Deze tekst is in kader 10.1 weergegeven. Naast de inleidende tekst werd het globale doel van de interventie geformuleerd. Deze luidde als volgt: *Het verbeteren van de therapietrouw bij het gebruik van antidepressiva van patiënten die starten en/of langer gebruiken.*

Daarnaast werd aangegeven welke partijen een rol kunnen spelen in een dergelijke interventie (zie Tabel 10.1). Dat zijn in eerste instantie de patiënt, de huisarts, de praktijk-assistente/verpleegkundige en de apotheker. Zij zijn het meest direct betrokkenen bij het gebruik van antidepressiva (in de eerste lijn). Er werd ook ingegaan op mogelijke andere actoren (en hun rol in interventies) en op de settings waar de interventies plaats zouden kunnen vinden. Tot slot werd er een aantal suggesties gedaan voor mogelijke interventies op basis van de resultaten van het onderzoek en de literatuurstudie.

##### *Tijdens de workshop*

Tijdens de workshop bleek dat de introductieronde genoeg discussie opleverde voor interventies rondom therapietrouw. De deelnemers zijn niet meer in subgroepen uiteengegaan. Vooraf werd eerst vastgesteld dat als vertrekpunt werd genomen het moment dat de patiënt binnenkomt bij de huisarts. De deelnemers waren het er over eens dat therapietrouw begint bij een juiste diagnose. In het onderstaande worden de opmerkingen weergegeven die gemaakt zijn tijdens de workshop. Ingegaan wordt op wat verschillende partijen in het veld hebben gezegd.

## Kader 10.1: Inleidende tekst op de workshop “Therapietrouw”

In het algemeen zijn depressieve patiënten minder therapietrouw bij een behandeling met medicijnen dan niet depressieve patiënten (DiMatteo e.a., 2000). Uit onderzoek van Brook (2004) blijkt dat bij patiënten met een nieuwe prescriptie voor een antidepressivum een laag opleidingsniveau, recent ontstaan van psychologische symptomen, negatieve bijwerkingen en een lange half-waarde tijd van het antidepressivum factoren zijn die medicatieontrouw voorspellen. De huisartsen die deelnamen aan de interviews in ons onderzoek beoordeelden de therapietrouw van hun patiënten als redelijk goed en vermelden dat bijwerkingen bij het gebruik van SSRI's voorkomen, maar dat het merendeel van de patiënten deze wel verdraagt. Het is niet vaak een reden om te stoppen. Het is opvallend dat tijdens de voorgesprekken met een aantal deelnemers aan de werkconferentie de therapietrouw juist als knelpunt naar voren komt.

Er bestaat variatie tussen patiënten wat betreft de wijze waarop (incidenteel of aaneengesloten) en hoelang zij antidepressiva gebruiken (van Dijk, 2002). Voor een interventie moet bepaald worden op welk type patiënt de interventie zich richt. Therapieontrouw houdt in: niet starten met de medicatie, na enkele dagen stoppen vanwege bijwerkingen, na enkele dagen stoppen omdat de klachten verbeterd zijn, af en toe slikken, te kort of een lagere dosis dan voorgeschreven slikken. Voorlichting aan de patiënt over wat de effecten en bijwerkingen van antidepressiva zijn speelt een belangrijke rol bij therapietrouw. Uit voorgesprekken met een aantal deelnemers aan de conferentie blijkt dat de kennis van huisartsen over de werking, bijwerking en contra-indicaties van antidepressiva verbeterd zou kunnen worden. In de nieuwe NHG-Standaard Depressie wordt regelmatig contact met patiënt en evaluatie van het beloop van de depressie geadviseerd. Momenteel ligt het gemiddeld aantal contacten voor depressief gevoel/depressie tussen de 3 en 4 contacten per jaar. Een ander aandachtspunt is de vraag van patiënten om een (specifiek) antidepressivum. Het voorschrijven bij andere indicaties dan depressie/angst en van antidepressiva waarmee de huisarts geen ervaring heeft, lijkt de therapietrouw niet te bevorderen. Tenslotte kan generiek voorschrijven ten nadele zijn van de therapietrouw als een patiënt elke keer een andere verpakking of andere pil krijgt wat betreft grootte en kleur.

Tijdens de workshop willen we ideeën opdoen voor een interventie ter “verbetering van de therapietrouw”. Het gaat er niet om tot één interventie te komen, maar om de voor- en nadelen van verschillende mogelijkheden in kaart te brengen alsmede de rol die verschillende partijen in het veld kunnen spelen. Hieronder volgt een aantal punten die een leidraad vormen voor de discussie. Wij willen u vragen om voor 22 april uw gedachten te laten gaan over de manieren en instrumenten om therapietrouw bij het gebruik van antidepressiva in de huisartspraktijk in kaart te brengen, mogelijkheden om de therapietrouw te verbeteren bij patiënten die starten en/of langer gebruiken en de rol van verschillende partijen in een dergelijke interventie. Op de achterkant van deze pagina staat een aantal aandachtspunten genoemd. Onze lijst is wellicht niet compleet. Als u aanvullingen heeft, dan kunt u die uiteraard op 22 april inbrengen.

Tabel 10.1: Voorgestelde doelgroepen, overige betrokkenen, settings en interventies voor de workshop “Therapietrouw”

Mogelijke doelgroepen	Mogelijke settings	Mogelijke interventies	Mogelijke overige betrokkenen
(Beginnende) gebruikers	Huisartspraktijk	Feedback op grond van individuele patiënt/prescriptie gegevens	Zorgverzekers: aanleveren informatie over declaraties, financiering (bijv. van extra consulten) en voorlichting
Huisartsen	Apotheek	Voorlichting en educatie met aandacht voor effect antidepressiva, bijwerkingen en terapietrouw (huisarts en patiënt)	Patiëntenvereniging: delen ervaringen met ervaringsdeskundigen/andere patiënten
Praktijkassistenten/ verpleegkundigen	Patiëntengroepen	Counseling bij antidepressiva gebruik (zowel vooraf als tijdens door spv'er/ GGZ/psycholoog/psychiater)	GGZ: begeleiding
Apothekers	FTO	Antidepressiva spreekuur door huisarts met interesse en kennis van GGZ (één huisarts uit Hagro/FTO groep)	Farmaceutische industrie: geen eenzijdige informatievoorziening in media en bijsluiter
		Monitoring van antidepressiva prescriptie (huisarts en apotheek)	
		Reminders (huisarts en apotheek)	
		Betrekken van belangrijke anderen voor de patiënt bij de terapietrouw	
		Eenvoudig voorschrijfbeleid en instructies	
		Cursus “Hoe om te gaan met de mondige patiënt?”	

### Ministerie

Het ministerie let op de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Vanwege het beperkte budget speelt bij doelmatigheid het kostenaspect een grote rol. Antidepressiva lijken ondoelmatig te worden toegepast. Hier moet iets aan gebeuren. Het is onduidelijk hoe groot het probleem van therapie-ontrouwheid is. VWS heeft zelf beperkte mogelijkheden tot interventies. Gedacht kan worden aan: richtlijnontwikkeling, FTO, relatie met de industrie (b.v. afspraken over reclame-uitingen/control marketing) en voorlichting aan patiënten.

### (Vertegenwoordigers van) voorschrijvers

#1

Een nauwe betrokkenheid van de voorschrijver is een absolute voorwaarde voor terapietrouw. De huisarts moet alvorens antidepressiva voor te schrijven dit grondig bespreken met de patiënt en goede voorlichting geven. De huisarts moet wijzen op alternatieven. Wanneer besloten is tot voorschrijven dan moet de patiënt grondig voorbereid worden op de effecten en de (bij)werking van antidepressiva met name in de eerste drie weken. De huisarts moet afspraken maken met de patiënt over het melden van (directe) bijwerkingen (b.v. via de telefoon).

#2

Het slordige controlebeleid is een probleem, het secuur zijn met “terugbestellen” (het terug laten komen van patiënten) is minder een probleem. De patiënt moet adequaat voorlicht worden. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een patiëntenbrief. Ook geregelde monitoring is belangrijk. De richtlijnen, en dan met name die betrekking hebben op het controlebeleid, moeten strikter gevolgd worden. Er moeten betere afspraken met de patiënt gemaakt worden. Het EVS kan zeker waardevol zijn als hulpmiddel bij het verbeteren van het controlebeleid. Daarom is belangrijk te weten waarom huisartsen het EVS niet of onvoldoende gebruiken.

#3

Een algemene opmerking over het verhelpen van het probleem therapie-ontrouwheid is dat de “voorschrijver” er meer tijd in moet stoppen, door het geven van meer voorlichting e.d., maar ook dat de patiënten zich meer moeten inspannen. Het probleem speelt zich op meerdere niveaus af:

Niveau 0: alle partijen hebben bepaalde verwachtingen van antidepressiva. Patiënten kunnen bijvoorbeeld te hoge verwachtingen hebben van de medicatie, waardoor ze teleurgesteld kunnen raken of juist bang zijn voor het gebruik als gevolg van de bijwerkingen. Een oplossing is om veel meer te doen aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, op alle niveaus.

Niveau 1 heeft betrekking op het stellen van de juiste diagnose en het geven van informatie door de huisarts. De huisarts kan de diagnose niet in een enkel consult stellen. De huisarts moet “on the spot”, dat wil zeggen in de huisartspraktijk, ondersteund worden in het diagnostisch proces. Het EVS bijvoorbeeld is bruikbaar als een reminder voor de criteria bij de diagnose depressie. De huisarts moet ter ondersteuning informatie geven aan de patiënt. Belangrijk is dat dezelfde informatie gegeven wordt vanuit de huisarts en de apotheek, zodat het voor de patiënt overzichtelijk blijft. Het gaat om het afstemmen van informatie en het geven van eenduidige informatie. Verschillen in de informatievoorziening kunnen ertoe leiden dat de patiënt niet begint met antidepressiva of adviezen niet opvolgt tijdens de behandeling.

Niveau 2: de patiënt moet goed begeleid worden. Gerealiseerd moet worden dat dit tijd en energie vergt, en daardoor capaciteit kost. Het uiteindelijke doel is de juiste patiënt juist te diagnosticeren en juist te behandelen.

### Patiënten

Therapie-ontrouwheid is met name een probleem bij mensen met een eerste depressie. Het heeft te maken met zowel de attitude van de patiënten als die van de behandelaars. In het algemeen geldt dat de patiënt anders tegen een psychische aandoening aankijkt dan tegen een somatische aandoening en zich afvraagt waarom hij een depressie heeft. De indruk is dat behandelaars niet afwachtend zijn met het voorschrijven van antidepressiva. Het is zinvol om hier toch een tijdje mee te wachten en eerst op een adequate wijze een diagnose te stellen. Adequate diagnostiek is een voorwaarde voor therapie-trouw. “Gewone” sociale problemen worden vaak gediagnosticeerd als een depressie (over-

diagnose). Ook moet bepaald worden hoe ernstig een depressie is. Vervolgens kan besloten worden antidepressiva voor te schrijven of niet. Belangrijk is dat patiënt steeds goed geïnformeerd wordt. Hier moet een aantal consulten voor worden uitgetrokken en aan de patiënt moet informatie meegegeven worden. Tegelijkertijd zijn er patiënten die zeer gemotiveerd en weloverwogen aan een antidepressivum willen beginnen. Bij deze patiënten zou de behandeling juist snel gestart moeten worden. Wanneer de diagnose depressie adequaat gesteld is, moet de patiënt deze accepteren en gemotiveerd zijn.

### Overig

#1

Therapie-ontrouwheid hoeft niet altijd een probleem te zijn. Er zijn diverse redenen om te stoppen met het gebruik. Misschien is het zinvol om aan de hand daarvan subgroepen van patiënten te onderscheiden (bijvoorbeeld patiënten die na één à twee recepten stoppen; patiënten die stoppen en dan weer beginnen).

Binnen de FTO-setting is therapie-ontrouwheid in ieder geval een belangrijk onderwerp. DGV is bezig met het ontwikkelen van een interventie die uitgetoetst wordt bij vijf FTO-groepen. De interventie richt zich op verschillende aspecten: een scherpere indicatiestelling, het extra aanscherpen van voorlichting en controlebeleid, het inlassen van een medicatievrije bedenperiode (dagen/ week) waarin schriftelijke voorlichting wordt gegeven, communicatietraining, afstemming tussen huisarts en apotheek wat betreft begeleiding en voorlichting en prescriptieterugkoppeling.

#2

Oplossingen voor het bevorderen van therapietrouw kunnen zijn: het volgens een protocol behandelen en logistieke ondersteuning van de huisartsen. In de Verenigde Staten wordt de praktijkverpleegkundige veel ingeschakeld, bijvoorbeeld bij het stellen van de diagnose. Bij het stellen van de diagnose wordt gebruikt gemaakt van gestandaardiseerde screeningsinstrumenten en wanneer er sprake is van een depressie wordt een geprotocolleerd traject gevolgd. Zo wordt de patiënt na drie dagen gebeld door een verpleegkundige. Er zijn routinematige vervolgafspraken. Ook wordt gebruik gemaakt van counseling, een techniek van “motivational interviewing”. Nagegaan wordt wat de bezwaren zijn van de patiënt tegen het innemen van psychofarmaca. Het is een specifieke gesprekstechniek, met als doel de intrinsieke motivatie te bevorderen. Deze techniek helpt de patiënt zijn gedachten op een rijtje te zetten en te structureren. Generieke communicatietechnieken zullen waarschijnlijk niet veel helpen.

#3

Er moet niet meteen worden voorgeschreven. Er moet ook gedacht worden aan niet-medicamenteuze interventies zoals bewegen en een gestructureerde dagindeling. Het Trimbos Instituut is bezig met een doorbraakproject waarin geprobeerd wordt om huisartsen de CBO-richtlijnen te laten volgen. Er moeten hulpverleners voor de huisartsen komen om trouw te controleren (bijvoorbeeld SVP'er/ verpleegkundige) en dit moet op een pro-actieve manier. De patiënt kan actiever worden gemaakt (“shared decision making”). De indicatiestelling dient niet alleen op basis van medische gegevens plaats te vinden: de patiënt moet de behandeling ook willen accepteren.

#### Discussiepunten in de groep

- De medicatievrije bedenktijd wordt toegejuicht, maar hangt wel af van het denk- en beslissingsproces van de patiënt, sommige patiënten moeten wel direct behandeld worden.
- De monitoring moet verbeterd worden. Sommige deelnemers benadrukken de actieve rol van de patiënt, andere deelnemers die van de hulpverlener.
- Huisartsen steunen niet het idee dat het voorschrijven op verzoek van de patiënt bij een “off-label” indicatie niet meer vergoed wordt door de verzekering.

### **10.3.2 Stoppen met het gebruik van antidepressiva**

#### *Informatie vooraf*

Evenals bij de workshop “Therapietrouw” kregen de deelnemers van de workshop “Stoppen met gebruik” voorafgaand aan de workshop een korte introductie op de workshop toegestuurd. Deze tekst wordt in kader 10.2 weergegeven. Naast de inleidende tekst werd het globale doel van de interventie geformuleerd. Deze luidde als volgt: *Het (laten) stoppen met gebruik van antidepressiva door patiënten die (onnodig) lang gebruik maken van antidepressiva.*

Daarnaast werd aangegeven welke partijen een rol kunnen spelen in een dergelijke interventie (zie tabel 10.2). Dat zijn dezelfde als bij therapietrouw, dus in eerste instantie de patiënt, de huisarts, de praktijkassistente/verpleegkundige en de apotheker. Er werd ook ingegaan op mogelijke andere actoren (en hun rol in interventies) en op de settings waar de interventies plaats zouden kunnen vinden. Tot slot werd een aantal suggesties gedaan voor mogelijke interventies op basis van de resultaten van het onderzoek en de literatuurstudie.

## Kader 10.2: Inleidende tekst op de workshop “Stoppen met gebruik”

### **Inleiding**

De NHG-Standaard Depressie geeft aan dat mensen minimaal een half jaar antidepressiva moeten slikken, willen deze effectief zijn. Ongeveer de helft van de patiënten die antidepressiva gebruiken, slikt deze langer dan een half jaar (Van Dijk, 2002). De vraag is of dit voor al deze patiënten (nog) nodig is antidepressiva te blijven slikken. *Onnodig* lang gebruik is onwenselijk vanuit zowel kwaliteits- en kostenoverwegingen. In deze workshop willen we aandacht besteden aan het stoppen met gebruik van antidepressiva. Bij een aantal andere geneesmiddelen, zoals benzodiazepinen en maagmedicatie, zijn al dergelijke stoptrials gedaan. Uit het onderzoek naar “stoppen met benzodiazepinen” (Gorgels e.a. 2002) bleek bijvoorbeeld dat het reduceren van de dosering via een afbouwschema een effectieve en goed uitvoerbare interventie voor huisartsen was, maar de bereidheid van patiënten om aan een dergelijke dosisreductie deel te nemen, bleek beperkt. Dit betekent dat stoppen alleen lijkt te lukken bij goed gemotiveerde patiënten.

### **Eerste globale ideeën**

Voor een stop-interventie zullen allereerst patiënten gescreend moeten worden. De vraag is welke patiënten daarvoor in aanmerking komen (bijvoorbeeld: hoe lang moet iemand antidepressiva gebruiken om geïncludeerd te worden) en wie een dergelijke screening kan doen. Vervolgens moet gekeken worden hoe de patiënten benaderd en begeleid zullen worden. Een mogelijkheid is om patiënten die langer dan een bepaalde periode antidepressiva slikken op te roepen op het spreekuur bij de huisarts om te kijken of het nog nodig is de middelen te slikken. Patiënten die willen en/of kunnen stoppen, kunnen begeleid worden bij het stoppen door bijvoorbeeld de praktijkverpleegkundige. Er zijn echter uiteraard nog andere mogelijkheden. Zo zou de apotheker een rol hierbij kunnen spelen. Vraag is uiteraard ook welke mogelijkheden er zijn om patiënten aan te zetten tot stoppen met antidepressiva. Het gaat er overigens uitdrukkelijk niet om patiënten die niet kunnen stoppen met gebruik van antidepressiva in de interventie te betrekken (althans na screening niet meer).

### **Wat doen we tijdens de workshop?**

Tijdens de workshop willen we ideeën opdoen voor een “stop-interventie”. Het gaat er niet persé om tot één interventie te komen, maar om de voor- en nadelen van verschillende mogelijkheden in kaart te brengen. Wij willen u graag vragen om voor 22 april uw gedachten te laten gaan over mogelijke screeningsinstrumenten, mogelijkheden om patiënten aan te zetten of te motiveren tot stoppen en de rol van verschillende partijen in een dergelijke interventie (dus ook uw eigen rol). Op de achterkant van deze pagina staat een aantal aandachtspunten genoemd, die een leidraad vormen voor de discussie. Onze lijst is wellicht niet compleet. Als u aanvullingen heeft, dan kunt u die uiteraard op 22 april inbrengen.

### *Tijdens de workshop*

Interventies met betrekking tot het stoppen van het gebruik van antidepressiva stuiten op veel meer discussie en bezwaren bij de deelnemers dan het onderwerp therapietrouw. Uit deze workshop zijn derhalve weinig concrete voorstellen voor interventies naar voren gekomen. Dit bleek voor een deel te komen omdat men vond dat er onvoldoende bekend is rondom het stoppen met antidepressiva. Onderstaande vat samen wat er tijdens de workshop is gezegd. Dit wordt niet, zoals bij therapietrouw, gegroepeerd naar soort actor. Wel wordt achter elke uitspraak aangegeven door welke actor deze is gedaan.



Tabel 10.2: Voorgestelde doelgroepen, overige betrokkenen, settings en interventies voor de workshop “Stoppen met gebruik”

Mogelijke doelgroepen	Mogelijke settings	Mogelijke interventies	Mogelijke overige betrokkenen
Langdurige gebruikers	Huisartspraktijk	Screening van patiënten	Patiëntenorganisaties: voorlichting over gevolgen van stoppen
Huisartsen	Apotheek	Werken met stopbrieven en patiënten op spreekuur oproepen	GGZ: begeleiding
Praktijkassistenten/ verpleegkundigen	FTO	Voorlichting en educatie (huisarts en patiënt)	Farmaceutische industrie: beïnvloeding voorschrijfgedrag en houding patiënten ten aanzien van medicatie
Apothekers		Begeleidingstraject voor mensen die willen stoppen met antidepressiva	Zorgverzekeraar: ondersteuning, voorlichting, randvoorwaarden scheppen
		Taakdifferentiatie tussen huisartsen (één huisarts in HAGRO/FTO specialiseert zich in GGZ)	
		Maken en toetsen van afspraken omtrent stoppen met gebruik medicatie (in HAGRO/FTO)	
		Financiering	

### Rondom het stoppen met antidepressiva

- Een interventie rondom het stoppen met medicatie is nodig en nuttig. Zorgverzekeraars zijn daar zeker in geïnteresseerd. Er is wel te weinig bekend over problemen rondom het stoppen met antidepressiva (*zorgverzekeraar*).
- Het stoppen met gebruik van antidepressiva is een individueel probleem net zoals het starten. Het is duidelijk dat er winst valt te behalen op microniveau maar wat is de winst op macroniveau (*overig*)?
- Het stoppen met antidepressiva is een complex probleem. Er is weinig kennis hierover, vooral in de eerste lijn. Maar iedere patiënt wil een keer stoppen met deze middelen. Er is meer informatie nodig over dit probleem. Aan het begin van therapie moet er duidelijke informatie aan de patiënt gegeven worden ook over stoppen en dan is het mogelijk om een duidelijk afweging te maken, ook voor de huisartsen. Kwaliteitsverbetering en doelmatigheidsverbetering zijn zeker haalbaar bij het stoppen (*patiënten; huisarts*).
- Er zijn signalen dat patiënten extra hulp/zorg kunnen gebruiken bij het gebruik van antidepressiva. Hier kan onder andere gedacht worden aan de patiëntenbrieven en richtlijnen (*huisarts*).
- Het contact tussen patiënt en huisarts is belangrijk. De insteek van de apotheker is ook handig: wat kan de rol van de apotheker zijn? Een andere vraag is hoe de zorgverzekeraars dit proces kunnen stimuleren (*CVZ*)?
- Er is behoefte aan de evaluatie van het gebruik van antidepressiva en niet alleen over het stoppen ermee (*overig*).
- Er is te weinig informatie om te zeggen dat er gestopt moet worden. Er is goed onderzoek nodig om te kijken wat er gebeurt bij het stoppen (*huisarts*).

### Overig

- De kwaliteit van de zorg moet voorop staan en ook het klinisch belang van een behandeling. Patiënten zoeken naast de pillen ook andere vormen van hulp buiten de huisarts om en daar valt winst te boeken. Het is belangrijk in de gaten te houden wat te patiënt zelf nog doet (*overig*).
- Antidepressiva worden ook ingezet op milde depressies en dat is niet goed. Antidepressiva moeten alleen worden ingezet voor een vitale depressie. Daar zijn die middelen voor geregistreerd en niet voor ‘lichte’ depressie klachten (*overig*).
- Het indicatiegebied van depressie moet beter gedefinieerd worden, dus meer uitsplitsen naar soorten depressie. En de Standaard moet strikt opgevolgd worden (*huisarts*).
- Er moet onderzoek gedaan worden naar determinanten van het gebruik van antidepressiva en ook naar het succesvol en onsuccesvol gebruik (*huisarts*).
- Patiënt ‘empowerment’ is belangrijk. De patiënt moet meer verantwoordelijkheden krijgen (*overig*).
- Extra praktijkondersteuning is nodig om bijvoorbeeld bij diagnosticering de ernst van depressie in kaart te brengen, bijvoorbeeld door een SVP’er. (*huisarts*)
- Bij het eerste consult moet de huisarts vooral afwachten en informatie geven (folders). De patiënten moet je ook zelf erbij betrekken zodat ze hun probleem erkennen. Misschien met behulp van een SPV’er of via de patiënt zelf; daar zijn instrumenten voor (*huisarts*).

### Discussiepunten

Het monitoren van gebruik van antidepressiva wordt door een groot deel van de deelnemers zinvol gevonden, maar niet iedereen is het hiermee eens. Ook wordt het belang van incentives ingezien, en dan met name incentives in de sfeer van tijd en geld.

#### 10.3.3 Aandachtspunten voor interventies afgeleid uit de workshop

Tabel 10.3 geeft een samenvattend overzicht van de aanknopingspunten die de workshop heeft opgeleverd voor formuleren van voorstellen voor interventies. Duidelijk is dat de huisartspraktijk hierin centraal staat. Dit is niet vreemd gezien het feit dat het onderzoek en de workshop zich met name op de huisarts richtten.

Tabel 10.3: Aandachtspunten voor interventies rondom antidepressiva uit gesprekken met stakeholders en workshop

---

Patiënten
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Motivaties om al dan niet antidepressiva te willen slikken in kaart brengen, bijvoorbeeld met behulp van motivational interviewing</li><li>▪ Actieve houding</li></ul>
Huisarts/huisartspraktijk
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Verhogen kennis over voorschrijven antidepressiva, bijvoorbeeld door verplicht aantal uren nascholing op terrein van de GGZ</li><li>▪ Verbeteren voorlichting aan patiënten, onder andere reële verwachtingen scheppen</li><li>▪ Pro-actieve benadering in monitoring gebruik en aanzetten tot stoppen met gebruik; de praktijkverpleegkundige kan hierin een rol spelen maar ook het EVS</li><li>▪ Incentives nodig in termen van tijd en geld, bijvoorbeeld door extra praktijkondersteuning</li><li>▪ Extra ondersteuning voor diagnosticering bijvoorbeeld door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige of met behulp van een reminder in het EVS</li><li>▪ Instellen medicatievrije periode aan begin</li></ul>
Apotheker
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Verbeteren voorlichting aan patiënten</li><li>▪ Kan een rol spelen in screening en monitoring van patiënten</li></ul>
FTO/HAGRO
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Platform voor ontwikkeling kwaliteitssysteem</li><li>▪ Afstemmen informatie die aan patiënt gegeven wordt</li></ul>
Zorgverzekeraar
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Financiering interventies</li><li>▪ Ondersteuning ontwikkeling kwaliteitsbeleid</li></ul>
Overige opmerkingen
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Meer onderzoek nodig naar het stoppen met gebruik van antidepressiva</li><li>▪</li></ul>

---

## 10.4 Voorstellen voor interventies

### 10.4.1 Inleiding

Uit het onderzoek “Doelmatig voorschrijven van antidepressiva” en de workshop (zie hierboven) zijn verschillende mogelijkheden voor interventies af te leiden. Deze zijn deels terug te voeren op specifieke fasen in het voorschrijfproces (bijvoorbeeld diagnosticering), deels omvatten ze het hele voorschrijfproces. In het onderstaande doen we een aantal voorstellen voor interventies. De insteek was aanvankelijk om interventies te bedenken waar CVZ een rol in kon spelen. CVZ kan dat met name in de vergoedings-sfeer. Echter, op dit terrein valt niet zo veel te doen, met uitzondering van het geven van publieksvriendelijke informatie (zoals ook in de patiëntenversie van het Farmaco Therapeutisch Kompas gebeurt) en het nemen van (vergoedings)maatregelen wanneer er nieuwe antidepressiva op de markt komen. Uit het onderzoek en de workshop kunnen meer interventies worden geformuleerd. In alle voorgestelde interventies spelen verschillende partijen een rol, waarbij de huisarts er vrijwel altijd één van is. Daarbij wordt steeds aangegeven op welke fase in het voorschrijfproces de interventie betrekking heeft en welke partijen erbij betrokken kunnen worden. Bij het formuleren van de interventies is gekeken naar het feit dat deze met name voor de huisarts niet te belastend moeten zijn.

Dit betekent dat soms andere partijen ingeschakeld worden (in de voorgestelde interventies). De meeste voorstellen voor interventies werden door verschillende deelnemers op de workshop ondersteund. Aanvullend op de interventies wordt ook aangegeven op welke terreinen nog extra onderzoek nodig is alvorens tot concrete interventies kan worden overgegaan.

Overigens moet worden opgemerkt dat in veel interventies de zorgverzekeraar wordt genoemd als mogelijk uitvoerende partij. Hierbij gaat het vaak om financiering die de zorgverzekeraar kan verstrekken. Bijvoorbeeld als er extra ondersteuning wordt genoemd als interventiemogelijkheid dan zou de zorgverzekeraar dit mede kunnen financieren. Echter, er zijn grote verschillen tussen zorgverzekeraars in de mate waarin zij dit soort activiteiten ontplooiën. Het opzetten van interventies kost in eerste instantie geld en levert niet meteen veel op. Actieve zorgverzekeraars krijgen geen compensatie voor hun activiteiten. Om zorgverzekeraars te stimuleren activiteiten ter bevordering van doelmatigheid te ontplooiën, zou overwogen kunnen worden actieve zorgverzekeraars die streven naar doelmatigheid van zorg vanuit overheidswege (tijdelijk) te ondersteunen.

#### **10.4.2 *Ideën voor interventies: geneesmiddelenbeleid***

Wanneer een nieuw geneesmiddel op de markt komt, dient er naast registratie bij het CBG ook aanvraag te worden gedaan om in het GVS te worden opgenomen. CVZ speelt hierin een belangrijke rol. Uit het onderzoek werd ook duidelijk dat de farmaceutische industrie vooral invloed heeft op de keuze van het soort antidepressivum en dan met name op de keuze voor nieuwe middelen. Dit is eveneens zo voor andere nieuwe geneesmiddelen (Van Dijk e.a., 2003). Momenteel lijkt het erop dat de keuze tussen TCA's en SSRI's is uitgevallen in het voordeel van de SSRI's (zie dit onderzoek). Hieraan lijkt niet veel meer te doen, tenzij sterke prijsmaatregelen genomen worden waarbij TCA's wel en SSRI's niet vergoed worden. Dit lijkt echter geen haalbare kaart, al was het maar alleen vanwege de grote aantallen patiënten die omgezet moeten worden van TCA's naar SSRI's. Met betrekking tot het verschijnen van nieuwe antidepressiva zouden de overheid en/of CVZ echter iets kunnen doen door het (sterker) aan banden leggen van reclame voor nieuwe geneesmiddelen, het voeren van een restrictiever beleid voor toelating van nieuwe geneesmiddelen of het voeren van een restrictiever beleid ten aanzien van vergoedingen van nieuwe geneesmiddelen.

*Doel interventie:* beteugelen van kosten van voorschrijven

*Fase van voorschrijfproces:* keuze medicamenteuze therapie

*Betrokken partijen:* huisarts, apotheker, farmaceutische industrie

*Wie kan het doen?:* overheid, IGZ, CVZ

*Aanleiding voor voorstel:* analyses LINH/NS2 (voorkeur SSRI's, invloed farmaceutische industrie), interviews met huisartsen (keuze SSRI's)

### 10.4.3 *Ideeën voor interventies: fasen in gebruik*

#### **Bezint eer gij begint?**

Uit de analyses van de CMR-peilstations komt naar voren dat huisartsen bij 80% van de patiënten die zij met een depressie diagnosticeerden antidepressiva voorschreven in verband met deze depressie (hoofdstuk 4). Cardol e.a. (2004) lieten, op basis van NS2-gegevens, zien dat in de helft van de eerste contacten voor depressie en angst wordt voorgeschreven; hierin waren zowel de codes P74/P76 als de lichtere codes P01/P03 betrokken. In de resultaten die uit de NS2 en de CMR-peilstations naar voren komen, zit dus wel een verschil. Een aantal deelnemers aan de workshop vond dat huisartsen bij de meeste patiënten in eerste instantie sowieso een afwachtende houding moeten innemen wat betreft voorschrijven van antidepressiva. Dit houdt in dat in het eerste contact helemaal niet voorgeschreven zou moeten worden. Afwachtend voorschrijven zou kunnen door een medicatievrije periode in te lassen. De huisarts geeft de patiënt wel informatie over antidepressiva en probeert te achterhalen wat de patiënt vindt van het gebruik van antidepressiva. Dit laatste kan bijvoorbeeld door middel van “motivational interviewing”, waarbij nagegaan wordt wat de bezwaren zijn van de patiënt tegen het innemen van psychofarmaca. Dit kan overigens door een praktijkverpleegkundige worden gedaan. De patiënt kan dan bijvoorbeeld na een week weer op het spreekuur komen om te bespreken of hij al dan met medicatie begint. Zowel de huisarts als de patiënt zijn dan actief betrokken bij het besluit al dan niet antidepressiva te gebruiken. Bij patiënten die zware klachten hebben en goed gemotiveerd zijn om antidepressiva te gebruiken, is een medicatievrije periode niet noodzakelijk.

*Doel interventie:* bevorderen van ‘verantwoord’ starten met gebruik van antidepressiva

*Fase van voorschrijfproces:* keuze medicamenteuze therapie

*Betrokken partijen:* huisarts, patiënt, praktijkverpleegkundige

*Wie kan het doen?:* NHG/LHV, zorgverzekeraar

*Aanleiding voor voorstel:* Analyses CMR-peilstations, NS2-gegevens, discussie in workshop

#### **Betere monitoring gebruik antidepressiva: therapietrouw en afbouwen gebruik**

Huisartsen schatten de therapietrouw van hun patiënten gunstig in, zo bleek uit de 23 interviews met niet-LINH huisartsen. Uit de analyses in hoofdstuk 6 blijkt bovendien dat één op de vijf patiënten incidenteel antidepressiva gebruiken en het gebruik in elk geval tijdelijk discontinueren. Daarnaast is er groep patiënten die de middelen minder dan een half jaar lang gebruikt wat kan duiden op te snel stoppen met antidepressiva. Een groot deel van de deelnemers aan de workshop vond dat de therapietrouw verbeterd kan worden door het monitoren van patiënten die antidepressiva gebruiken te verbeteren. Ook zou door een beter monitoringssysteem het moment van afbouwen van gebruik beter bepaald kunnen worden en zou het afbouwen daadwerkelijk begeleid kunnen worden.

In de Verenigde Staten bestaat een protocol voor de begeleiding bij de behandeling van depressie. Zo wordt de patiënt na drie dagen gebeld door een verpleegkundige en zijn er routinematige vervolgspraken. Een dergelijk protocol zou in Nederland ook ontwikkeld kunnen worden en opgenomen kunnen worden in de NHG-Standaard. Deze besteedt al wel aandacht aan dit onderwerp, maar dit zou explicieter kunnen.

Ook bij het afbouwen zou de begeleiding verbeterd kunnen worden. Uit recent onderzoek blijkt bovendien dat ruim de helft van de patiënten die stoppen onttrekkingsverschijnselen krijgt, die invloed hebben op het dagelijks functioneren (Van Geffen e.a. 2004). Ook belangrijk is het vergaren van meer kennis omtrent het stoppen met antidepressiva. Dit kan in de vorm van een discontinueringstrial. Zo'n trial kan in de huisartspraktijk worden geïmplementeerd. Mensen die gedurende een bepaalde periode antidepressiva slikken kunnen bijvoorbeeld worden opgeroepen voor een gesprek over het gebruik (en een deel van de mensen niet, als controlegroep). Ook dat is een vorm van monitoring. Bij alle vormen van monitoring van gebruik kan de huisarts zowel door de praktijkverpleegkundige als door de apotheker worden ondersteund. De apotheker kan bijvoorbeeld patiënten screenen.

*Doel:* bevorderen van goed gebruik van en verantwoord stoppen met antidepressiva

*Fase van voorschrijfproces:* therapietrouw, afbouwen gebruik

*Betrokken partijen:* huisarts, patiënt, praktijkverpleegkundige, apotheker

*Wie kan het doen?:* NHG/LHV, zorgverzekeraar, KNMP, NIVEL (onderzoek), Trimbos (onderzoek), universiteiten (onderzoek), ZonMw (financiering), zorgverzekeraars (financiering)

*Aanleiding voor voorstel:* Interviews niet-LINH huisartsen, LINH-gegevens, gesprekken met stakeholders, discussie in de workshop

#### **10.4.4 Ideeën voor interventies: vaardigheden en kennis van de huisarts**

##### **Ondersteuning bij diagnosticering**

Uit onderhavig onderzoek komt naar voren dat het stellen van de diagnose depressie of angststoornis in de eerste lijn niet altijd eenvoudig is (hoofdstuk 4). Dit probleem wordt ook, zo bleek uit de workshop "Doelmatig voorschrijven van antidepressiva", door het veld ondersteund. Wanneer de huisarts de diagnose depressie onderkent, blijkt dat hij/zij het voorschrijven laat afhangen van de zwaarte van de klachten, wat ook wordt aanbevolen in de NHG-Standaard Depressieve stoornis. De huisarts zou extra ondersteuning kunnen gebruiken bij het stellen van de diagnose en dit bij voorkeur 'on the spot' in de huisartspraktijk. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van het EVS of met extra personele ondersteuning.

##### *Met behulp van EVS*

Ondersteuning door middel van het inbouwen van een reminder in het Elektronisch Voorschrijf Systeem: wanneer de huisarts denkt aan de diagnose depressie kan hij/zij dit intypen en dan komt een lijst met kenmerken of een instructie voor te stellen vragen automatisch naar boven. Voorwaarde hiervoor is wel dat het EVS gebruikersvriendelijker wordt, waardoor huisartsen het eerder gaan gebruiken.

*Doel interventie:* verbetering van de diagnosticering van depressie en angststoornissen

*Fase van voorschrijfproces:* diagnosticering

*Betrokken partijen:* huisarts, patiënt

*Wie kan het doen?:* NHG/LHV

*Aanleiding voor voorstel:* CIDI-analyses, LINH-gegevens, gesprekken met stakeholders, discussie in de workshop

*Met behulp van SVP'er/praktijkverpleegkundige*

Ondersteuning door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (SVP'er) of door een praktijkverpleegkundige die zich in psychische klachten specialiseert, bijvoorbeeld door het instellen van een spreekuur voor patiënten van psychische klachten. De patiënt kan op zo'n spreekuur komen voor (extra) diagnosticering door de SVP'er of gespecialiseerde verpleegkundige. Deze kan ook extra tijd nemen om de diagnose te stellen.

*Doel interventie:* verbetering van de diagnosticering van depressie en angststoornissen

*Fase van voorschrijfproces:* diagnosticering

*Betrokken partijen:* huisarts, patiënt, SVP'er, praktijkverpleegkundige

*Wie kan het doen?:* Zorgverzekeraar, NHG/LHV

*Aanleiding voor voorstel:* CIDI-analyses, LINH-gegevens, gesprekken met stakeholders, discussie in de workshop

### **Bijscholing over GGZ-onderwerpen verplicht stellen**

De kennis van huisartsen over depressie, angststoornissen en antidepressiva is niet optimaal, zo blijkt uit de interviews met de niet-LINH huisartsen (hoofdstuk 7). Tijdens de gesprekken met de stakeholders kwam een vrij eenvoudige mogelijke oplossing naar voren om hierin verbetering aan te brengen. Dit betreft het wijzigen van het systeem van accreditering van nascholing. Nu wordt aan huisartsen alleen de eis gesteld minimaal 40 uur per jaar aan bijscholing te volgen. Aan de accreditering zouden echter ook inhoudelijke eisen gesteld kunnen worden. Huisartsen zouden dan verplicht gesteld worden hun nascholings tijd te verdelen over een aantal onderwerpen waarvan de geestelijke gezondheidszorg er één is.

*Doel interventie:* verhogen van de kennis van huisartsen over geestelijke gezondheidszorg

*Fase van voorschrijfproces:* alle

*Betrokken partijen:* huisarts

*Wie kan het doen?:* NHG/LHV

*Aanleiding voor voorstel:* interviews met niet-LINH huisartsen, gesprekken met stakeholders

### **Professionalisering van het FTO/HAGRO**

Vergroting van de kennis over het voorschrijven van antidepressiva kan ook middels het FTO. Het FTO is een platform waar huisartsen en apothekers hun kennis kunnen uitwisselen. Uit de gesprekken met de niet-LINH huisartsen kwam naar voren dat weinig van deze huisartsen in een goed gestructureerd FTO functioneerden en dat er hooguit alleen kennis werd uitgewisseld. Maar het FTO kan veel meer zijn dan dat. Het FTO kan de basis zijn voor het opstellen van een kwaliteitssysteem rondom voorschrijven van geneesmiddelen, een thema dat tijdens de gesprekken met de stakeholders ook naar voren kwam. Dat het FTO van belang kan zijn, laat het volgende voorbeeld zien. In de regio Noord-Holland Noord is een traject ingezet naar professionalisering van het FTO (Jansen e.a., 2004). De basis van dit project was het uitwerken van een certificeringssysteem met daaromheen instrumenten die professionalisering kunnen bevorderen. Uiteindelijk doel is de doelmatigheid van voorschrijven in de regio te bevorderen. Het certificeringssysteem

deelt FTO-groepen in naar niveau van functioneren. Het kent vier niveaus (Van Dijk e.a. 2001) waarbij groepen op niveau 1 niet geregeld bij elkaar komen. Groepen op niveau 2 komen wel bij elkaar, maar wisselen alleen informatie uit. Groepen op niveau 3 maken afspraken over het te voeren farmacotherapie beleid en groepen op niveau 4 toetsen of de groepsleden zich aan de afspraken houden. Deelnemers aan het FTO krijgen een vergoeding die afhankelijk is van het niveau van functioneren: hoe hoger het niveau, hoe hoger de vergoeding. De bedoeling is om in Noord-Holland Noord FTO-groepen op een hoger niveau te laten functioneren. De vijf groepen die aan de pilotfase in 2003 hebben deelgenomen en aan het eind allemaal op niveau 3 of 4 functioneerden, waren enthousiast over het systematische werken in het FTO (Jansen e.a., 2004). In Noord-Holland Noord werden in de pilot twee thema's aangesneden: maagmedicatie en cholesterolverlagende middelen. In 2004 staan ook antidepressiva op het programma. Een dergelijk kwaliteitsstelsel geldt uiteraard voor alle geneesmiddelen, maar nieuwe initiatieven in die richting zouden zich meteen op antidepressiva kunnen richten. De afspraken die FTO-groepen maken hoeven zich niet alleen te beperken tot de keuze van een medicamenteuze therapie maar kunnen zich ook richten op het monitoren van gebruik of het begeleiden van langdurig gebruikers (zie ook interventies hierboven).

*Doel interventie:* verhogen doelmatig voorschrijven en gebruik van antidepressiva

*Fase van voorschrijfproces:* alle

*Betrokken partijen:* huisarts, apotheker

*Wie kan het doen?:* zorgverzekeraar, DGV, LHV, KNMP

*Aanleiding voor voorstel:* interviews met niet-LINH huisartsen, gesprekken met stakeholders

#### **10.4.5 Ideeën voor interventies: relatie arts-patiënt**

##### **Verbetering voorlichting aan patiënt over gebruik antidepressiva**

Ons onderzoek was niet zozeer gericht op de arts-patiënt communicatie. Uit de analyses kwam wel naar voren dat de wil van patiënt invloed heeft op de therapie die deze krijgt, maar dat die invloed niet groter is dan die van klinische redenen. In de gesprekken met het stakeholders en tijdens de workshop werd steeds teruggegrepen op het grote belang van goede voorlichting over gebruik van antidepressiva aan de patiënt. Patiënten moeten reële verwachtingen hebben over de effectiviteit en duidelijk worden geïnformeerd over de mogelijke bijwerkingen. Ook het belang van therapietrouw moet worden benadrukt. En tot slot moet de patiënt duidelijk geïnformeerd worden over het stoppen met het gebruik van antidepressiva. Uit de workshops kwam naar voren dat afstemming van informatie tussen verschillende partijen belangrijk is: de patiënt moet niet steeds een andere boodschap krijgen bijv. van de huisarts en apotheek. Op dit gebied zijn ook verschillende interventies mogelijk.

##### *Gezamenlijke website patiënteninformatie*

De informatie die patiënten kunnen krijgen over depressie, antidepressiva e.d. is erg versnipperd. Een belangrijke informatiebron is Internet. Op Internet wordt ook veel niet-objectieve informatie gegeven. Het zou goed zijn een webpagina te ontwikkelen waarop vanuit patiëntenverenigingen, huisartsen, GGZ en apothekers informatie gegeven wordt en waarop alleen links komen naar websites met objectieve informatie. Zo'n website



moet ingaan op alle fasen van het gebruik, dus niet alleen op nieuw gebruik. Wanneer een patiënt met depressieve klachten of klachten over angst bij de huisarts komt, kan de huisarts het adres van de webpagina meegeven; ook aan patiënten aan wie (in eerste instantie) niet voorgeschreven wordt.

*Doel interventie:* patiënt voorzien van eenduidige, objectieve informatie

*Fase van voorschrijfproces:* diagnosticering, keuze medicamenteuze therapie, therapietrouw, afbouwen gebruik

*Mogelijk betrokken partijen:* huisarts, patiënt

*Wie kan het doen?:* NHG, patiëntenverenigingen, KNMP, GGZ-Nederland, Trimbos-instituut, zorgverzekeraars kunnen ondersteuning bieden, CVZ

*Aanleiding voor voorstel:* interviews met niet-LINH huisartsen, gesprekken met stakeholders, discussie in workshop

*Na de huisarts: de apotheker en/of de praktijkverpleegkundige*

De voorlichting over antidepressiva hoeft niet altijd (alleen) door de huisarts te worden gegeven. Uitgebreide informatie kan ook door de apotheker of de praktijkverpleegkundige worden gegeven. Zo kan de praktijkverpleegkundige alle patiënten die voor het eerst een antidepressivum krijgen oproepen en voorlichting geven over het gebruik, de verwachtingen en de bijwerkingen. Ook kunnen patiënten waarvan blijkt dat zij de middelen niet goed gebruiken (bijvoorbeeld incidenteel stoppen) opgeroepen worden, alsmede patiënten die al lang de middelen gebruiken om te bezien of de patiënt zou willen en kunnen stoppen. De apotheker kan deze rol ook vervullen.

*Doel interventie:* verhogen van goed gebruik van antidepressiva

*Fase van voorschrijfproces:* diagnosticering, keuze medicamenteuze therapie, therapietrouw, afbouwen gebruik

*Betrokken partijen:* huisarts, patiënt, praktijkverpleegkundige, apotheker

*Wie kan het doen?:* NHG/LHV, KNMP, zorgverzekeraar

*Aanleiding voor voorstel:* interviews met niet-LINH huisartsen, gesprekken met stakeholders, discussie in workshop

## 10.5 Samenvatting

Dit hoofdstuk doet verslag van de workshop “Doelmatig voorschrijven van antidepressiva”, gehouden op 22 april 2004. Doel van die workshop was te komen tot voorstellen voor interventies waarvoor het draagvlak onder de betrokken partijen zo groot mogelijk is. Op de workshop waren vertegenwoordigers uit verschillende geledingen aanwezig: huisartsen (NHG, LHV), patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, onderzoekers, CVZ en het ministerie van VWS. Ter voorbereiding van de workshops zijn gesprekken gehouden met vijf verschillende stakeholders: zorgverzekeraar, hoogleraar-psychiater, huisarts-onderzoeker, patiëntenvereniging, vertegenwoordigers van huisartsen (NHG). Met de interviews wilden we inzicht krijgen in de vraag hoe verschillende spelers in het veld tegen de problematiek rondom antidepressiva aankijken en ideeën opdoen voor mogelijk succesvolle interventies die steun kunnen krijgen in het veld. Ook werd hen gevraagd

waar zij mogelijkheden en beperkingen zagen voor het bevorderen van doelmatig voorschrijven van antidepressiva. Uit deze gesprekken kwam op een aantal punten aanvullende informatie op het onderzoek naar voren. Vervolgens werden in de workshop op 22 april 2004 ideeën voor interventies uitgewisseld rondom de thema's "Therapietrouw" en "Stoppen met gebruik van antidepressiva". In de workshops kwamen ook ideeën voor andere onderwerpen naar voren. Vervolgens zijn in dit hoofdstuk voorstellen voor interventies gedaan. Deze liggen op verschillende terreinen zoals restrictiever beleid in het toelaten van nieuwe geneesmiddelen, terughoudend zijn met voorschrijven in eerste contacten, monitoring van gebruik in verband met therapietrouw en afbouwen van gebruik en ondersteuning bij de diagnosticering.

# 11 Samenvatting en conclusie

*Liset van Dijk, Anita Volkers, Annemarie de Jong, Dinny de Bakker*

Dit hoofdstuk begint met een samenvatting aan de hand van de drie onderzoeksvragen van dit onderzoek. Hierbij volgen we de hoofdstukindeling van het rapport. Aan het eind van de paragraaf wordt een tabel met kerncijfers gepresenteerd. Het hoofdstuk eindigt met een conclusie waarin de resultaten uit de verschillende onderdelen van het rapport met elkaar verweven worden.

## 11.1 Samenvatting

### 11.1.1 Onderzoeksvragen

De vraagstellingen van het onderzoek zijn als volgt geformuleerd:

1. In hoeverre worden antidepressiva in de eerste lijn doelmatig voorgeschreven?
- 2.a Wat zijn redenen voor huisartsen om antidepressiva (on)doelmatig voor te schrijven?
- 2.b Wat zijn determinanten van het voorschrijven van (on)doelmatig voorschrijven van antidepressiva?
3. Welke interventies zijn beschikbaar of dienen te worden ontwikkeld om doelmatig gebruik van antidepressiva te bevorderen?

### 11.1.2 Het voorschrijven van antidepressiva in de eerste lijn (hoofdstuk 4 t/m 6)

*Indicatiestelling (hoofdstuk 4)*

Een doelmatige behandeling start met een doelmatige indicatiestelling door de huisarts, met andere woorden: er moet terecht een diagnose depressie of angststoornis worden gesteld. Hierbij kunnen twee vormen van ondoelmatigheid optreden: onderdiagnostiek of overdiagnostiek. Onderdiagnostiek betekent het niet herkennen van een aandoening die wel aanwezig is. Dit kan leiden tot onderbehandeling, namelijk wanneer er bij de patiënt ten onrechte geen diagnose depressie of angststoornis wordt gesteld, en er geen of geen adequate behandeling wordt gegeven. Daartegenover staat overdiagnostiek – het diagnosticeren van een aandoening terwijl deze niet aanwezig is – wat kan leiden tot overbehandeling. In de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2) is bij 793 patiënten met psychische problematiek een CIDI afgenomen. Uit de resultaten blijkt dat zowel bij depressie als angststoornissen er sprake is van onderdiagnostiek. Van de patiënten met een CIDI-diagnose depressie wordt 73% niet als dusdanig herkend door de huisarts (n=164). Echter, van deze groep mensen wordt 54% (n=89) wel gediagnosticeerd met psychische en/of sociale problematiek en/of krijgt antidepressiva voorgeschreven. Dit is 40% van de totale groep mensen met een CIDI-diagnose depressie. Dit betekent dat de huisarts in totaal bij 33% van de mensen met een CIDI-diagnose depressie niets registreerde wat wees op psychische of sociale klachten of gebruik van antidepressiva. Voor angststoornissen geldt dat de huisarts 85% van de mensen met een CIDI-diagnose voor angst niet als dusdanig herkent (n=174). Echter, van deze mensen wordt 56% (n=98) wel gediagnosticeerd met andere psychische of sociale klachten; dit is 48% van alle patiënten met een CIDI-diagnose angst. De huisarts

registreerde derhalve bij 37% van de mensen met een CIDI-diagnose angst géén psychische of sociale klacht of gebruik van antidepressiva.

Het probleem van overdiagnostiek is bij beide psychiatrische aandoeningen kleiner: ongeveer 6% van de mensen die geen angststoornis of depressie hebben, worden wel als dussdanig gediagnosticeerd. Overdiagnosticering van depressie vond vaker plaats wanneer de patiënt andere psychische klachten of stoornissen had. Bij angststoornissen was dit niet het geval. Overigens ging het hier om kleine aantallen patiënten (depressie, n=27; angststoornissen, n=27).

In de CMR-peilstations vermeldden de deelnemende huisartsen in 2001 en 2002 op een weekstaat hoeveel patiënten een depressie hadden. Ook vulden zij per patiënt een lijst met symptomen in; deze symptomen waren afkomstig uit de NHG-Standaard Depressie 1994. De meeste patiënten die werden aangemeld in de CMR-peilstations met een depressie, voldeden aan de criteria van een milde of ernstige depressie volgens de NHG-Standaard Depressie uit 1994. Bij de helft van de patiënten was er sprake van vijf of meer symptomen van depressie waaronder somberheid en verlies van plezier en interesse. Volgens DSM-IV criteria en de huidige NHG-Standaard zouden alleen deze patiënten een depressie in engere zin hebben (major depressive disorder), waarbij medicamenteuze behandeling kan worden overwogen. Bij alle diagnosecategorieën werden antidepressiva echter in ruime mate voorgeschreven. Als wij er vanuit gaan dat huisartsen de symptomen op de vragenlijst betrouwbaar hebben aangekruist wijst dit erop dat huisartsen relatief snel voorschrijven ook al wordt volgens de NHG-Standaard terughoudendheid in voorschrijven geadviseerd.

#### *Voorschrijven (hoofdstuk 5 en 6)*

De doelmatigheid van voorschrijven van antidepressiva is in kaart gebracht met behulp van gegevens van het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) uit 2001 en 2002. De stijging van het voorschrijfvolume van antidepressiva zet zich voort: het aantal recepten antidepressiva per 1000 patiënten steeg van 208 in 2001 naar 221 recepten in 2002. Zowel het gebruik van SSRI's, als dat van TCA's en overige antidepressiva nam toe, waarbij de groei het sterkst is voor de nieuwere middelen: citalopram, venlafaxine en mirtazapine. Ongeveer de helft van de antidepressiva wordt voorgeschreven aan patiënten met een depressie. Huisartsen schrijven veel minder frequent een antidepressivum voor bij een angststoornis en nog minder vaak voor een angstig of depressief gevoel. Dit voldoet aan de omschrijving van doelmatig voorschrijven.

Als de huisarts voor een medicamenteuze behandeling van depressie kiest dan gaat het bij de helft van de patiënten om een behandeling met SSRI's. Andere antidepressiva en benzodiazepinen spelen een minder grote rol in de behandeling van depressie. Als een patiënt met een angststoornis een geneesmiddel krijgt voorgeschreven kiest de huisarts even vaak voor een antidepressivum als voor een benzodiazepine. Verder blijkt dat antidepressiva in 2002 vaker worden voorgeschreven bij andere psychische problemen dan in 2001. Alle typen antidepressiva worden voorgeschreven voor andere diagnoses dan psychische problemen, maar dit geldt met name voor TCA's. Het betreft dan vooral het

voorschrijven van TCA's voor pijnbestrijding. Dit is een indicatie voor het voorschrijven buiten het indicatiegebied.

De NHG-Standaard Depressieve stoornis van 2004 stelt dat de keuze voor een TCA of een SSRI mede afhankelijk is van de aanwezigheid van contra-indicaties. Het komt in zeer geringe mate voor dat huisartsen een antidepressivum voorschrijven waarvoor de patiënt een contra-indicatie heeft. De meest voorkomende 'contra-indicatie' voor SSRI's waarbij toch SSRI's worden voorgeschreven is het gebruik van antipsychotica. Bij TCA's is de meeste voorkomende contra-indicatie waarbij wordt voorgeschreven hartfalen.

Van alle gebruikers van antidepressiva gebruikt een derde de middelen voor een kortere periode dan een half jaar. Bij jongeren ligt dit percentage hoger dan bij ouderen. Daarnaast is bijna 20% van de gebruikers een incidentele gebruiker, dat wil zeggen dat de medicatie één of meerdere malen onderbroken is geweest.

### **11.1.3 Redenen van huisartsen voor het voorschrijven van antidepressiva (hoofdstuk 7, 8)**

Om redenen van voorschrijven van antidepressiva in kaart te brengen, zijn twee data-verzamelingen uitgevoerd. De eerste betrof semi-gestructureerde interviews met 23 huisartsen. In de tweede dataverzameling, een onderzoek onder 67 LINH-huisartsen, ging het om het verifiëren en kwantificeren van de redenen die reeds naar voren waren gekomen tijdens de interviews.

#### *Interviews (hoofdstuk 7)*

Belangrijk onderdeel van de interviews met de niet-LINH huisartsen was het bespreken van eigen patiënten. De onderstaande samenvatting gaat uitsluitend hier op in.

*Diagnose stellen:* Allereerst werd ingegaan op het stellen van de diagnose. De meeste huisartsen gaven aan dat zij op grond van klinische symptomen tot de diagnose waren gekomen. Een klein aantal huisartsen had gebruik gemaakt van richtlijnen of standaarden bij het stellen van de diagnose. Wel hadden veel huisartsen een soort van routine om tot de diagnose te komen (bijvoorbeeld het afchecken van een aantal punten).

*Redenen om niet voor te schrijven:* Vervolgens werd ingegaan op de patiënten bij wie de huisarts niet voorgeschreven had. Aan bijna al deze patiënten werd een niet-medicamenteuze behandeling voorgesteld. Er werden ongeveer 25 verschillende redenen genoemd door de huisartsen om geen antidepressiva voor te schrijven. De helft van de redenen was van klinische aard. De klinische redenen om niet voor te schrijven, waren bijvoorbeeld gerelateerd aan de ernst en de duur van de klachten, het ontbreken van effect bij de betreffende patiënt in het verleden of het feit dat de patiënt gevoelig was voor bijwerkingen van geneesmiddelen. Een aantal patiënten kreeg geen antidepressiva omdat de klachten gerelateerd waren aan situationele of sociale omstandigheden en de klachten daarom van tijdelijke aard waren. Tot slot speelde bij een deel de wil van de patiënt een rol: de patiënt wilde geen medicatie of de patiënt kon concreet zijn probleem beschrijven en bepraten. Twee derde van de huisartsen overwoog of was bereid alsnog een antidepressivum voor te schrijven bijvoorbeeld als de klachten zich verergerden of lang aanhielden.

*Redenen om wel antidepressiva voor te schrijven:* Evenals bij het besluit om niet voor te schrijven, was het merendeel van de redenen om wel voor te schrijven klinisch van aard. Er werden bijna 30 redenen genoemd om te kiezen voor behandeling met een antidepressivum. Deze waren meer divers dan bij het niet voorschrijven en moeilijker te rubriceren. De redenen van klinische aard die genoemd werden, waren bijvoorbeeld: duidelijk depressief beeld, de ernst en duur van de klachten, suïcidegevaar, voorkomen ernstig ziektebeeld van een paar jaar geleden en het lijden van de patiënt. De specifieke klinische kenmerken van de patiënt zijn belangrijker bij het al dan niet voorschrijven dan bij de keuze voor een specifiek antidepressivum. De voorkeur voor een middel werd vaker bepaald door de algemene voorkeur voor een antidepressivum van de huisarts en een enkele keer door de specifieke werking. Huisartsen kozen bijvoorbeeld voor SSRI's omdat ze vonden dat deze minder bijwerkingen hebben. Ook (goede) ervaringen met een middel bepaalden de keuze. De houding en wil van de patiënt speelden een rol in het voorschrijfproces; de invloed lijkt sterker bij de keuze al dan niet voor te schrijven dan bij de keuze voor een bepaald middel.

#### *Onderzoek onder LINH-huisartsen (hoofdstuk 8)*

Bij 67 LINH-huisartsen is een vervolgonderzoek naar redenen van voorschrijven uitgevoerd. Van elke huisarts werden drie paren patiënten geselecteerd uit zijn/haar registratiegegevens van 2002. Deze patiënten leken wat betreft achtergrondkenmerken en diagnose op elkaar maar kregen een verschillende behandeling. Daarnaast is bij de deelnemende huisartsen één patiënt geselecteerd die in de loop van 2002 veranderd is van soort antidepressivum.

In het eerste van de onderzochte paren was de doelpatiënt iemand met een depressie of angststoornis die geen antidepressivum voorgeschreven kreeg. Huisartsen schrijven met name niet voor bij een depressie of angststoornis als de patiënt een niet-medicamenteuze behandeling krijgt, er een exogene oorzaak van klachten is en de huisarts weinig effect verwacht van een medicamenteuze behandeling. De invloed van de patiënt speelt een minder belangrijke rol.

De doelpatiënt in het tweede paar was iemand met een angstig of depressief gevoel die ondanks de milde klachtcode (P01 of P03) toch een antidepressivum kreeg. Het bleek dat het voorschrijven toch samenhangt met de ernst en duur van de klachten. Ondanks de diagnose op klachtniveau waren de symptomen bij deze patiënten dus blijkbaar ernstig genoeg om voor te schrijven. Het ging relatief vaak om een voortzetting van de behandeling door een andere behandelaar. Ook hier speelde de wil van de patiënt een ondergeschikte rol. Hiermee toont dit deel van het onderzoek aan dat ondoelmatig voorschrijven doordat de patiënt om een antidepressivum vraagt of geen niet-medicamenteuze therapie wil niet vaak lijkt voor te komen.

Bij het derde paar ging het om de keuze tussen een TCA en een SSRI. Klinische redenen bleken hierbij het belangrijkste te zijn: 'baat bij het middel in het verleden gehad', 'weinig bijwerkingen bij dit antidepressivum' en 'effectiviteit van het middel'. Deze redenen worden zowel bij TCA's als SSRI's genoemd. Ook "gebruikersgemak" voor de patiënt was een belangrijke reden om SSRI's voor te schrijven. De positieve klinische ervaringen

en ideeën over SSRI's maken duidelijk waarom huisartsen voor een SSRI kiezen en niet voor een TCA, hoewel ook bij TCA's positieve klinische redenen voor voorschrijven worden gegeven.

Het veranderen van antidepressivum wordt bepaald door klinische redenen namelijk het gebrek aan effectiviteit van het eerst gekozen middel of de bijwerkingen die de patiënt bij het eerste middel had. Wederom heeft de mening van de patiënt minder invloed op de verandering van medicatie.

Evenals uit de interviews komt uit het redenenonderzoek onder LINH-huisartsen naar voren dat vooral klinische redenen een rol spelen bij het voorschrijven van antidepressiva. De uit de interviews overgenomen redenen bleken derhalve relevant te zijn en wij nemen daarom aan dat uitkomsten van de interviews representatief zijn voor een grotere groep huisartsen.

Het kwam voor dat de huisarts niet precies de reden van voorschrijven wist. Hier zou sprake kunnen zijn van een onnauwkeurige registratie of het onvoldoende nagaan waarom een patiënt een bepaald middel gebruikt. Echter, bij het merendeel van de patiënten konden alle of de meeste redenen en overwegingen worden teruggevonden in het EMD. Het EMD is daarmee een bruikbaar instrument om na te gaan welke redenen ten grondslag liggen aan het voorschrijfgedrag van huisartsen.

#### **11.1.4 *Determinanten van voorschrijven van antidepressiva (hoofdstuk 9)***

Met behulp van gegevens uit de Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk is bestudeerd welke patiënt- en huisartskenmerken samenhangen met verschillende aspecten van het voorschrijven van antidepressiva. De resultaten laten zien dat huisartsen zich bij het voorschrijven van antidepressiva laten leiden door hun inschatting van de zwaarte van de klachten: bij depressie of een angststoornis schrijven zij veel vaker antidepressiva voor dan bij depressief of angstig gevoel. Dit is tegengesteld aan het resultaat uit de CMR-gegevens (hoofdstuk 4) waar duidelijk werd dat er weinig onderscheid was in de mate van voorgeschreven krijgen tussen patiënten met verschillende soorten depressie (mild-ernstig) op basis van criteria van de NHG-Standaard uit 1994.

Wat betreft resultaten voor specifieke patiëntgroepen valt het volgende op. Vrouwen krijgen vaker dan mannen een recept bij dezelfde diagnose. Zo krijgen vrouwen bij een depressieve of angstige gevoelens vaker een antidepressivum. Dit duidt er op dat bij vrouwen minder doelmatig wordt voorgeschreven. Ouderen krijgen meer recepten dan jongeren, maar dan wel vooral bij de zwaardere diagnoses. Ouderen krijgen vaker dan jongeren TCA's. Allochtonen krijgen – met uitzondering van angststoornissen – niet minder vaak een recept dan autochtonen, maar als zij eenmaal voorgeschreven krijgen, krijgen ze wel minder recepten. Dit zou erop kunnen wijzen dat de therapietrouw bij allochtonen lager is. Allochtonen krijgen vaker TCA's. Uit de interviews kwam naar voren dat huisartsen de therapietrouw bij TCA's lager inschatten. Sociaal-economische status is met name van invloed op de keuze van het soort geneesmiddel: hoger opgeleiden en werkenden krijgen vaker SSRI's. Dit zou erop kunnen duiden dat mondige patiënten vaker om een bepaald middel (bijvoorbeeld paroxetine) vragen.

Wat betreft de huisartskenmerken valt vooral op dat veel kenmerken weinig of geen invloed op het voorschrijven hebben. Voorbeelden zijn de frequentie van het FTO, de subjectieve werklast van de huisarts, het raadplegen van verschillende collega's voor informatie over geneesmiddelen en het aantal uren bijscholing per jaar. Deze kenmerken zijn wellicht te ruw gemeten. Er zijn ook huisartskenmerken waar wel verschillen gevonden zijn. Duidelijk is dat huisartsen in de stad en die op het platteland van elkaar afwijken. In landelijke gebieden wordt vaker voorgeschreven en kiezen huisartsen, althans bij depressie/depressieve symptomen vaker voor een SSRI dan een TCA. Zij schrijven wel minder vaak dan hun collega's in de stad de nieuwste antidepressiva voor. Ook huisartsen met veel patiënten wijken op een aantal punten af van huisartsen met minder patiënten. 'Drukke' huisartsen schrijven minder snel een antidepressivum voor en hebben een grotere voorschrijfrange. Dat drukke huisartsen minder snel voorschrijven, kan erop wijzen dat zij vaker verwijzen. Ook gebruik van informatie van de farmaceutische industrie heeft invloed, vooral op de keuze van middelen. Huisartsen die vaak informatie van de industrie gebruiken, schrijven vaker SSRI's voor. Huisartsen die veel artsenbezoekers ontvangen hebben een grotere voorschrijfrange en schrijven meer nieuwe antidepressiva voor.

#### **11.1.5 Workshop en mogelijke interventies (hoofdstuk 10)**

De resultaten uit de LINH/NS2 analyses, de open interviews en het onderzoek onder LINH-huisartsen vormden de input voor de workshop "Doelmatig voorschrijven van antidepressiva", gehouden op 22 april 2004. Doel van die workshop was te komen tot voorstellen voor interventies waarvoor het draagvlak onder de betrokken partijen zo groot mogelijk is. Op de workshop waren vertegenwoordigers uit verschillende geledingen aanwezig: huisartsen (NHG, LHV), patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars, onderzoekers, CVZ en het ministerie van VWS.

##### **Vorbereiding: interviews met stakeholders**

Ter voorbereiding op de workshop zijn gesprekken gehouden met vijf verschillende stakeholders: een zorgverzekeraar, een hoogleraar-psychiater, een huisarts-onderzoeker, een patiëntenvereniging en vertegenwoordigers van huisartsen (NHG). Met de interviews wilden we inzicht krijgen in de vraag hoe verschillende spelers in het veld tegen de problematiek rondom antidepressiva aankijken en ideeën opdoen voor mogelijk succesvolle interventies die steun kunnen krijgen in het veld. Ook werd hen gevraagd naar de mogelijkheden en beperkingen die zij zagen voor het bevorderen van doelmatig voorschrijven van antidepressiva. Uit deze gesprekken kwam op een aantal punten aanvullende informatie op het onderzoek naar voren.

Uit de interviews met de 23 huisartsen bleek dat huisartsen niet alle bijwerkingen en contra-indicaties e.d. van antidepressiva kennen. Een deel van de stakeholders constateert eveneens gebreken in de kennis bij huisartsen wat betreft de medicamenteuze behandeling met antidepressiva. Het gaat dan om aspecten als behandelduur en bijwerkingen. De communicatie tussen huisarts en patiënt wordt door verschillende stakeholders van cruciaal belang geacht, waarbij de huisarts zich niet persé moet laten beïnvloeden door de patiënt. De voorlichting aan patiënten zou verbeterd kunnen worden.



Niet alleen zou de kennis over de behandeling met antidepressiva bij huisartsen verbeterd kunnen worden, volgens een aantal stakeholders zou de huisarts ook meer pro-actief kunnen werken. De huisarts zou in de monitoring van het gebruik alsmede bij het afbouwen van gebruik een actievere rol kunnen spelen dan nu het geval is. Over het afbouwen van gebruik is tot nu toe weinig bekend. Niet duidelijk is of de minimale voorschrijfduur van zes maanden in de NHG-Standaard wel de meest optimale is. Aandacht voor stoppen wordt door een aantal stakeholders belangrijk gevonden omdat er vrijwel altijd een moment komt dat de patiënt wil stoppen.

De stakeholders zijn het erover eens dat interventies tijd en geld kosten en dat huisartsen gemotiveerd moeten worden hun energie ervoor aan te wenden. Dit alles zonder dat hij of zij te veel tijd aan de interventie kwijt is. Ook beloning van huisartsen is belangrijk.

### **Resultaten workshop**

Op basis van de resultaten van het onderzoek en de gesprekken met de stakeholders is verdere invulling gegeven aan de workshop. Besloten te kiezen voor de uitwerking van interventies rondom twee thema's: therapietrouw en stoppen met het gebruik van antidepressiva. De deelnemers werden over de beide workshops verdeeld, waarbij rekening gehouden werd met een evenwichtige verdeling van de deelnemers (qua achtergrond).

#### Workshop therapietrouw

Uit deze workshop kwam naar voren dat een nauwe betrokkenheid van de voorschrijver een voorwaarde is voor therapietrouw. Goede voorlichting en monitoring zijn belangrijk. De patiënt moet grondig worden voorbereid op de effecten en werking van antidepressiva en de patiënt moet duidelijk gemaakt worden niet te hoge verwachtingen te hebben. Een patiëntbrief kan hierbij helpen. Belangrijk is dat dezelfde informatie gegeven wordt door de huisarts en de apotheek, zodat de informatie voor de patiënt overzichtelijk blijft. Wanneer de huisarts denkt dat de patiënt baat heeft bij antidepressiva en de patiënt niet is het van belang erachter te komen wat de bezwaren zijn van de patiënt tegen het innemen van psychofarmaca.

Er moeten duidelijke afspraken met de patiënt gemaakt worden over het gebruik van antidepressiva en de monitoring moet gestructureerder plaatsvinden. Hiervoor is wel ondersteuning nodig; dit kan bijvoorbeeld door de praktijkverpleegkundige. Het EVS kan waardevol zijn als hulpmiddel bij het verbeteren van het controlebeleid. Ook kan het EVS bruikbaar zijn bij diagnosticering, bijvoorbeeld als een reminder voor de criteria bij de diagnose depressie. Het is namelijk belangrijk dat de huisarts "on the spot" ofwel in de huisartspraktijk ondersteund wordt in het diagnostisch proces. De ondersteuning van de huisarts zou op pro-actieve manier kunnen, waarbij ook de patiënt actiever gemaakt moet worden ("shared decision making").

Wanneer de diagnose depressie is gesteld, hoeft niet altijd meteen voorgeschreven te worden. Er kan een aantal consulten voor worden uitgetrokken en/of een medicatievrije bedenkerperiode (dagen/week) worden ingelast. Bovendien kan gedacht worden aan niet-medicamenteuze interventies zoals bewegen en een gestructureerde dagindeling. Tegelijkertijd zijn er patiënten die zeer gemotiveerd en weloverwogen aan een antidepres-

sivum willen beginnen. Bij die patiënten zou de behandeling juist snel gestart moeten worden.

#### Workshop Stoppen met gebruik

Uit de discussie tijdens de workshop bleek dat er nog geen consensus bestaat over interventies met betrekking tot het stoppen van het gebruik van antidepressiva. Uit deze workshop zijn derhalve weinig concrete voorstellen voor interventies naar voren gekomen. Dit kwam voor een deel omdat men vond dat er onvoldoende bekend is rondom het stoppen met antidepressiva. Het stoppen met antidepressiva is een complex probleem. Er is goed onderzoek nodig om te kijken wat er gebeurt bij het stoppen. Aan het begin van de therapie moet er duidelijke informatie aan de patiënt gegeven worden, ook over stoppen. Ook de apotheker zou in het proces van stoppen een rol kunnen spelen bij het geven van informatie. Het monitoren van gebruik van antidepressiva wordt door een groot deel van de deelnemers zinvol gevonden, maar niet iedereen is het hier mee eens.

Vervolgens zijn voorstellen voor interventies gedaan. Deze liggen op verschillende terreinen zoals restrictiever beleid in het toelaten van nieuwe geneesmiddelen, terughoudend zijn met voorschrijven in eerste contacten, monitoring van gebruik in verband met therapietrouw en afbouwen van gebruik en ondersteuning bij de diagnosticering.

#### **11.1.6 Kerncijfers & resultaten**

Ter afsluiting van de samenvatting staan in tabel 11.1 de kerncijfers van deze studie samengevat. Wanneer in het rapport gegevens van zowel 2001 als 2002 zijn gepresenteerd, staan in deze tabel alleen de gegevens van 2002 weergegeven.

Tabel 11.1: Kerncijfers uit het onderzoek

Omschrijving	Cijfer	Bron	Evt. opmerkingen
<b>Onderdiagnostiek</b>			
% patiënten met een diagnose depressie in een psychiatrisch diagnostisch interview (CIDI) die niet als zodanig door de huisarts herkend zijn	33-73%	NS2	Wanneer alleen naar herkenning van depressie wordt gekeken, dan herkent de huisarts 73% van de mensen niet. Echter, wanneer ruimer gekeken wordt naar alle psychosociale problematiek dan herkent de huisarts 33% niet
% patiënten met CIDI-diagnose angst die niet als zodanig door de huisarts herkend zijn	37-85%		Zie hierboven
<b>Overdiagnostiek</b>			
% patiënten zonder CIDI-diagnose depressie die de huisarts diagnosticeert met depressie	6%	NS2	Bij patiënten die door de huisarts met een depressie of angststoornis zijn herkend, is vaker sprake van psychosociale problematiek.
% patiënten zonder CIDI-diagnose angst die de huisarts diagnosticeert met angst	6%		
<b>Voorschrijven naar zwaarte depressie (2002)</b>			
% patiënten met voorschrift anti-depressiva:		CMR	Zwaarte depressie gemeten aan de hand van de criteria gesteld in de NHG-Standaard "Depressie" (1994); Standaard raadt aan bij milde depressie niet voor te schrijven.
Milde depressie	80%		
Ernstige depressie	76%		
<b>Aantal recepten per 1000 patiënten (2002)</b>			
Antidepressiva totaal	221	LINH	
Paroxetine	78		
Amitriptyline	32		
Fluoxetine	16		
<b>Keuze SSRI/TCA (2002)</b>			
<b>Depressie/depressieve klachten</b>			
% SSRI (van alle recepten)	51%	LINH	Bij angststoornissen worden benzodiazepinen vaak voorgeschreven (28% van alle recepten bij angststoornis/angstig gevoel)
% TCA (van alle recepten)	11%		
<b>Angststoornis/angstig gevoel</b>			
% SSRI (van alle recepten)	40%		
% TCA (van alle recepten)	11%		

<b>Keuze voorkeursmiddelen uit NHG-Standaard (2002)</b>			
<b>Depressie</b>			
% voorkeursmiddelen bij SSRI's	74%	LINH	Voorkeursmiddelen afgeleid uit NHG-Standaard Depressieve stoornis (2003) en NHG-Standaard Angststoornis (2004)
% voorkeursmiddelen bij TCA's	65%		
<b>Angststoornis</b>			
% voorkeursmiddelen bij SSRI's	81%		
% voorkeursmiddelen bij TCA's	88%		
<b>Aantal DDD's per recept (2002)</b>			
<b>TCA</b>			
Totaal	25	LINH	
Depressie	29		
Angststoornis	20		
Overig	24		
<b>SSRI</b>			
Totaal	43		
Depressie	46		
Angststoornis	44		
Overig	45		
<b>Kans om een antidepressivum te krijgen (2001)</b>			
	Odd's ratio	NS2	Drie belangrijkste patiëntkenmerken worden genoemd
<i>Bij depressie/depressief gevoel</i>			
Zwaarte depressie	6,8		Patiënten met een diagnose "depressie" hebben een odd's ratio van 6,8 om een antidepressivum voorgeschreven te krijgen vergeleken bij mensen met een diagnose "depressief gevoel"
Patiënt heeft ook angst	2,1		
Geslacht	1,3		
<i>Bij angst/angstig gevoel</i>			
Patiënt heeft ook depressie	23,4		Patiënten met een diagnose "angststoornis" hebben een odd's ratio van 6,8 om een antidepressivum voorgeschreven te krijgen vergeleken bij mensen met een diagnose "angstig gevoel"
Zwaarte angststoornis	11,4		
Geslacht	1,2		

NS2 = Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk

LINH = Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg

CMR = Continue Morbiditeits Registratie

## 11.2 Conclusies

### 11.2.1 Inleiding

In dit rapport is verslag gedaan van een onderzoek naar het voorschrijven van antidepressiva in de Nederlandse huisartspraktijk. Aanleiding voor dit onderzoek was de sterke groei in het voorschrijfvolume en de kosten voor antidepressiva. Het gebruik van antidepressiva is het afgelopen decennium sterker gegroeid dan dat van andere geneesmiddelen (SFK, 2003). Redenen die voor de groei in het gebruik gegeven worden zijn de mogelijke verbetering die in de diagnostiek is opgetreden, verbreding van het indicatiegebied van het voorschrijven van antidepressiva en een toegenomen acceptatie van het gebruik van deze middelen. Echter, antidepressiva zijn geneesmiddelen die verschillende

bijwerkingen kunnen hebben. Ook zijn er aanwijzingen dat SSRI's verslavend kunnen werken. In deze studie is derhalve ingegaan op de doelmatigheid van voorschrijven. Hierbij is gekozen voor de huisartspraktijk omdat het merendeel van de antidepressiva door huisartsen wordt voorgeschreven. In het onderstaande gaan we eerst in op de conclusies van dit onderzoek. Vervolgens gaan we in op de vraag van doelmatigheid van voorschrijven van antidepressiva.

### **11.2.2 Conclusies uit het onderzoek**

#### *Meer onder- dan overdiagnostiek van depressie en angst*

Wat betreft de diagnosticering van angst en depressie wijzen de resultaten erop dat er meer onderdiagnostiek is dan overdiagnostiek. Hierbij dient wel aangetekend te worden dat huisartsen wel vaak psychische problematiek bij patiënten herkennen, maar dit niet diagnosticeren als een 'depressie' of 'angststoornis'. Bij patiënten die onterecht de diagnose depressie of angststoornis krijgen (overdiagnostiek), is vaak wel sprake van andere psychische problemen. Kortom: huisartsen herkennen vaak wel psychische problematiek, maar stellen niet altijd de diagnose die uit een gestandaardiseerd diagnostisch interview naar voren komt.

Dit alles heeft gevolgen voor het voorschrijven. Uit het onderzoek naar voorschrijfgedrag blijkt namelijk dat huisartsen vooral antidepressiva voorschrijven als zij de diagnose depressie (en in mindere mate angststoornis) stellen en minder bij andere psychische klachten. Wanneer de onderdiagnostiek van depressie zou afnemen (i.e. huisartsen meer psychische problematiek als depressie zouden herkennen), dan betekent dit dat er waarschijnlijk meer antidepressiva voorgeschreven zouden worden. Dit omdat huisartsen, zo bleek althans uit de LINH- en NS2 analyses, vaker voorschrijven wanneer de patiënt een depressie had dan wanneer de patiënt een depressief gevoel had.<sup>12</sup>

Bij de LINH en NS2-analyses speelt overigens nog het probleem van de codering van depressie. De huisarts kan in de ICPC-codering geen onderscheid maken naar een lichte, matige of ernstige depressieve episode. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk waar de huisarts het onderscheid legt tussen een depressief gevoel en een depressie. Bovendien kunnen huisartsen daarin onderling verschillen: de ene huisarts zal langer van een depressief gevoel spreken dan de andere. Het zou – voor onderzoek – aanbeveling verdienen als de ICPC-codering voor depressie onderscheid zou maken naar de zwaarte van een depressieve episode.

#### *SSRI's krijgen in huisartspraktijk de voorkeur boven TCA's*

Een oorzaak voor de groei in de kosten van het voorschrijven van antidepressiva is de toename in het voorschrijven van SSRI's ten koste van TCA's. Het was al langer bekend dat SSRI's vaker voorgeschreven worden bij depressie dan TCA's. Uit ons onderzoek blijkt dat huisartsen de bijwerkingen van SSRI's gunstiger inschatten dan die van TCA's. Ook het feit dat de therapie gemakkelijker vol te houden is bij SSRI's wordt wel genoemd. Een oorzaak voor de groei van het voorschrijfvolume die we noemden, is het feit dat het indicatiegebied voor antidepressiva wellicht is uitgebreid. Uit ons onderzoek komt

---

12. Uit de analyses op de CMR-peilstations data bleek dat huisartsen weinig onderscheid maakten tussen de verschillende soorten depressies (licht-matig-ernstig) als het ging om voorschrijven van antidepressiva.

naar voren dat het indicatiegebied van SSRI's 'zuiverder' lijkt te zijn dan van TCA's. SSRI's worden namelijk vaker dan TCA's bij depressie en angst voorgeschreven. TCA's worden vaker dan andere antidepressiva voor overige klachten voorgeschreven. Dit is dan met name voor pijnbestrijding. In de interviews met de huisartsen komt dit argument ook enkele malen naar voren bij de redenen waarom men TCA's voorschrijft. Gezien de sterkere positie van de SSRI's en het feit dat deze middelen zuiverder voorgeschreven worden dan andere antidepressiva, is het de vraag of interventies op dit gebied zinvol zijn. De NHG-Standaard Depressieve stoornis van 2004 maakt ook geen onderscheid meer in voorkeur voor TCA's en SSRI's. Wel zou gedacht kunnen worden aan interventies die voorkomen dat de nieuwere en duurere antidepressiva de plaats van SSRI's gaan innemen.

#### *Klinische overwegingen belangrijk bij voorschrijven van antidepressiva*

Zowel uit het redenenonderzoek als uit het determinantenonderzoek komt naar voren dat klinische kenmerken van de patiënt belangrijk zijn in de keuze al dan niet een antidepressivum voor te schrijven. De zwaarte van de klachten speelt een rol, alsmede de lijdensdruk en de geschiedenis van de patiënt. De vraag is echter of huisartsen de zwaarte van de klachten goed inschatten. We gaven al eerder aan dat huisartsen weliswaar vaak terecht inschatten dat er sprake is van psychische problematiek, maar dat de herkenning van de specifieke klacht moeilijker lijkt te zijn. Uit de CMR-peilstations kwam, in tegenstelling tot de NS2-gegevens, bovendien naar voren dat huisartsen bij alle soorten depressie even vaak voorschrijven. Niet alleen klinische kenmerken spelen een rol. Vrouwen krijgen vaker voorgeschreven bij dezelfde diagnose evenals ouderen. Ouderen en alloctonen krijgen vaker TCA's voorgeschreven.

#### *Geen duidelijke 'best practice' wat betreft voorschrijven van antidepressiva*

Patiëntkenmerken hangen duidelijk samen met verschillen in voorschrijven (zie hierboven). Huisartskenmerken lijken de variatie in voorschrijven veel minder sterk te bepalen, althans er zijn geen kenmerken van de huisarts die op allerlei facetten van het voorschrijven van antidepressiva invloed hebben. Dit betekent dat niet duidelijk is welke huisartsen meer voor interventies komen dan andere huisartsen. Wel moet opgemerkt worden dat een aantal kenmerken van de huisarts, zoals het FTO waaraan deze deelneemt en bijscholing die de huisarts volgt, niet sterk gemeten is. Toekomstig onderzoek naar determinanten naar voorschrijven zou dergelijke kenmerken sterker kunnen meten. Zo zou FTO-deelname gemeten kunnen worden aan de hand van het niveau waarop de FTO-groep functioneert.

#### *Interventies op verschillende terreinen mogelijk*

Tijdens de gesprekken met stakeholders en de workshop "Doelmatig voorschrijven van antidepressiva" werd duidelijk dat er veel verschillende interventies mogelijk zijn op het gebied van voorschrijven van antidepressiva. Algemene punten bij deze interventies zijn een verbeterde communicatie tussen arts en patiënt alsmede het feit dat de interventie de huisarts niet te veel tijd en energie moet kosten. Een deel van de voorgestelde interventies kan echter ook door anderen dan de huisarts (mede) worden uitgevoerd, zoals de praktijkverpleegkundige en de apotheker. Incentives voor interventies zijn nodig en die liggen

meestal in de sfeer van geld of tijd, zoals de ondersteuning door een praktijkverpleegkundige.

### **11.2.3 Doelmatigheid van voorschrijven van antidepressiva: (wat) valt er te verbeteren?**

Hoe kunnen we nu op basis van dit onderzoek kijken naar de groei in het voorschrijven van antidepressiva? Kunnen we ingaan op de hiervoor genoemde oorzaken voor de groei van het gebruik van antidepressiva? En: hoe doelmatig werkt nu de Nederlandse huisarts als het gaat om het voorschrijven van antidepressiva en (waar) valt hierin nog iets te verbeteren? Kijken we naar de diagnosticering van depressie en angststoornissen, dan lijkt het erop dat dit nog verbeterd kan worden. Het probleem van onderdiagnostiek is daarbij groter dan dat van overdiagnostiek. Huisartsen schrijven vooral antidepressiva voor wanneer zij patiënten met genoemde klachten diagnosticeren. Verbetering van de diagnosticering kan derhalve tot gevolg hebben dat het gebruik van antidepressiva verder zal toenemen. Wat betreft het voorschrijven van antidepressiva kan gezegd worden dat huisartsen in elk geval trachten doelmatig voor te schrijven. Uit gesprekken met huisartsen wordt duidelijk dat zij bij hun overwegingen om al dan niet voor te schrijven uitgaan van klinische overwegingen. Wat betreft de keuze van het soort middel laten huisartsen zich vaak leiden door hun persoonlijke voorkeur. Deze is onder andere gebaseerd op hun ervaring met het middel, hun inschatting van de bijwerkingen en hun inschatting van de effectiviteit van het middel. Dit valt vaak uit in het voordeel van de SSRI's. Antidepressiva worden overigens met regelmaat buiten het indicatiegebied voorgeschreven. Dit is ook één van de vooronderstellingen waarom het gebruik van antidepressiva toegenomen zou zijn. Zoals gezegd gebeurt dit off-label voorschrijven vaker bij TCA's en overige antidepressiva dan bij SSRI's. Bij SSRI's valt derhalve minder 'winst' te behalen als het gaat om het terugdringen van off-label gebruik van geneesmiddelen dan bij de andere antidepressiva. Overigens hebben huisartsen bij het off-label voorschrijven van TCA's wel een duidelijke achterliggende reden: het voorschrijven in lage doses in het kader van pijnbestrijding.

Tot nu toe hadden we het over 'de' Nederlandse huisarts, maar schrijven nu alle huisartsen even doelmatig voor? Er zijn wel verschillen tussen huisartsen op de verschillende aspecten in het voorschrijfproces (diagnosticering, al dan niet voorschrijven, keuze middel). Er zijn echter geen duidelijke verschillen gevonden in voorschrijven naar bepaalde huisartskenmerken. Er is daarom geen typering te geven van de (on)doelmatig voorschrijvende huisarts.

Concluderend kan gezegd worden dat dit onderzoek geen eenduidig antwoord geeft op de vraag hoe de groei in het voorschrijfvolume verklaard kan worden en welke rol ondoelmatig voorschrijven daarin heeft. Het onderzoek laat zien dat er op bepaalde aspecten, zoals de diagnosticering doelmatigheidswinst te behalen is, maar dat huisartsen over het algemeen beredeneerd lijken om te gaan met het voorschrijven van antidepressiva.





# Literatuur

Ackermann RT, Williams JW Jr. Rational treatment choices for non-major depressions in primary care: an evidence-based review. *J Gen Intern Med.* 2002 Apr;17(4):293-301.

Andrews G, Peters L. The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998, 33(2),80-8.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Fourth Edition). APA, Washington, DC. 1995.

Bakker D de, Jabaaij L, Abrahamse H, Van den Hoogen H, Braspenning J, Van Althuis T & Rutten R. Jaarrapport LINH 2000. Contactfrequenties en verrichtingen in het Landelijk Informatie netwerk Huisartsenzorg (LINH). Utrecht: NIVEL, 2001.

Barrett JE, Williams JW Jr, Oxman TE, Frank E, Katon W, Sullivan M, Hegel MT, Cornell JE, Sengupta AS. Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: a randomized trial in patients aged 18 to 59 years. *J Fam Pract.* 2001 May;50(5):405-12.

Barber N. What constitutes good prescribing? *BMJ.* 1995 Apr 8;310(6984):923-5.

Bartelds AIM. Continuous morbidity registration sentinel stations The Netherlands 2002. Utrecht: NIVEL, 2003, 192 p.

Batenburg-Eddes T van, Van den Berg-Jeths A, Van der Veen AA, Verheij RA, De Neeling AJ. Slikken in Nederland. Regionale variaties in geneesmiddelengebruik. Bilthoven, RIVM, 2002.

Bensing JM. Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behaviour in general practice. Utrecht, NIVEL, 1991.

Berg MJ van den, Kolthof ED, De Bakker DH, Van der Zee J. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De werkbelasting van huisartsen. Utrecht, Bilthoven: NIVEL, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2004.

Berman RM, Belanoff JK, Charney DS, Schatzberg AF. Principles of pharmacotherapy of depression. In: Charney DS, Nestler EJ, Bunney BS (eds). *Neurobiology of mental illness.* New York: Oxford University Press, 1999: 419-432.

Boer S de, Van der Laan JW. Farmacotherapie bij depressie: huidige situatie en toekomstverwachtingen. In: Timmerman H, Van den Berg Jeths A. *Geneesmiddelen nu en in de toekomst. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002.* Houten, Bohn Stafleu, Van Loghum, 2001.

Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM (redactie). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht/Nijmegen, NIVEL/WOK. p. 103-116.

Bruijnzeels M, Hoop T, Swart W, Voorham A. Etnische herkomst van patiënten en werkbelasting van de huisarts. Huisarts en Wetenschap, 1999, 42 (6), 254-58.

Buis W. Farmaceutische industrie regisseert psychiatrie. Psy, 2000, 4 (6), 22-23.

Cardol M, Van Dijk L, De Jong J, De Bakker D, Westert G. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? Utrecht, Bilthoven: NIVEL, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2004.

Coulehan JL, Schulberg HC, Block MR, Janosky JE, Arena VC.. Medical comorbidity of major depressive disorder in a primary medical practice. Arch. Intern. Med, 1990, 150(11), 2363-2367.

Coyne JC, Fechner-Bates S, Schwenk TL. Prevalence, nature, and comorbidity of depressive disorders in primary care. Gen. Hosp. Psychiatry, 1994 16(4), 267-276.

CVZ – College voor Zorgverzekeringen. Farmacotherapeutisch Kompas 2003. Amstelveen, CVZ, 2003.

CVZ – College voor Zorgverzekeringen. GIPsignaal Gebruik van antidepressiva 1996 – 2001, 2003.

Diagnostische criteria van de DSM-IV (vertaling). Lisse: Swets & Zeitlinger, 1995.

Dijk, L van, Barnhoorn H, De Bakker D. Kwaliteit van Farmaco Therapie Overleg. Utrecht: Nivel, 2001.

Dijk L van. Het voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk in 1999 en 2000. LINH-cijfers. Huisarts en Wetenschap, 2002, 45 (6), 289-290A.

Dijk L van. Geneesmiddelengebruik verschilt tussen allochtonen en autochtonen. LINH-cijfers. Huisarts en Wetenschap, 2003, 46 (8), 481.

Dijk L van, De Jong A, Florentinus S, Verheij R. Therapeutisch probleem of academisch probleem? Off-label voorschrijven in de huisartspraktijk. Pharmaceutisch Weekblad, 2004, 139, 902-905.

Dijk L van, Schiere AM, Braspenning J. Gericht voorschrijven van antibiotica. In: Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM(redactie). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht/Nijmegen, NIVEL/WOK, 2004. p. 103-116.

Docherty, J.P., 1997. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. J. Clin. Psychiatry 58, Suppl 1, 5-10.

Ewing JA, Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. JAMA, 1984 12, 252(14), 1905-1907.

- Freeling P, Rao BM, Paykel ES, Sireling LI, Burton RH. Unrecognised depression in general practice. *Br. Med. J. (Clin Res Ed)*, 1985, 290(6485), 1880-1883.
- Geffen ECG van, Fleers C, Van Vernde OJA, Kok JAE, Hugtenburg JG. Stoppen met antidepressiva: ervaringen van gebruikers. Utrecht, Wetenschapswinkel Geneesmiddelen, 2003.
- Gelenberg AJ. Psychiatric and Somatic Markers of Anxiety: Identification and Pharmacologic Treatment. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2000,2(2),49-54.
- Goldberg, DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley Monograph no.21. Oxford University Press, London, 1972.
- Gorgels WJMJ, Oude Voshaar RC, Mol AJJ. Terugdringen van chronisch gebruik van benzodiazepinen. Verslag van een wetenschappelijk onderzoek. Nijmegen, Afdelinh Huisartsgeneeskunde UMC St Radboud, 2002.
- Greving JP, Denig P. Haaijer-Ruskamp FM. Determinanten van het toegenomen gebruik van ACE-remmers en angiotensine-2 antagonisten in de eerste lijn. RUG, 2004.
- Grol R. Preventie van somatische fixatie en de attitude van de huisarts: Deel 5 – Eindrapportage van het project “Preventie van somatische fixatie”. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1983.
- Haaijer-Ruskamp FM, Denig P. Het voorschrijven van geneesmiddelen. In: Buurma H, De Jong-van den Berg LWT, Leufkens HGM (red). Maarssen: Elsevier/Bunge, 1999, 35, 37-42.
- Haaijer-Ruskamp FM, Denig P. Invloeden bij het kiezen van geneesmiddelen. *Gebu* 2001, 35, 37-43.
- Hansen DG. Prescribing of antidepressants: a pharmacoepidemiological study of patiënt and physician factors in general practice. PhD. Thesis, University of Southern Denmark, 2004.
- Hansen DG, Sondergaard J, Vach W, Gram LF, Rosholm JU, Kragstrup J. Antidepressant drug use in general practice: inter-practice variation and association with practice characteristics. *Eur J Clin Pharmacol*, 2003, 59: 143-149.
- Hirschfeld RM. The Comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2001 Dec;3(6):244-254.
- Hutten JBF. Workload and provision of care in general practice. Utrecht, NIVEL/ICS, 1998.
- ICPC-1 met Nederlandse subtitels. Onder redactie van Gebel RS en Lamberts H. Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- ICHPPC-2-Defined (International Classification of Health Problems in Primary Care. Oxford, New York.
- Jacoby A, Smith M, Eccles M. A qualitative study to explore influences on general practitioners' decisions to prescribe new drugs. *Br J Gen Pract*. 2003 Feb;53(487):120-5.

Jansen J, Van Dijk L, Wagner C, De Bakker D (2004). Evaluatie van de pilot "Professionalisering van het FTO in Noord-Holland Noord". Utrecht, NIVEL.

Kamps GB. Formularia en het voorschrijven door de huisartsen. MediTekst Amsterdam, 1999.

Kamps GB, Schuling J, Meyboom-de Jong B. Farmacotherapeutische adviezen vergeleken. [www.formularium.nl](http://www.formularium.nl).

Kendrick T. Prescribing antidepressants in general practice. *BMJ*. 1996 Oct 5;313(7061):829-30.

Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am. J. Psychiatry*, 1993, 150(5), 734-741.

Klinkman MS, Coyne JC, Gallo S, Schwenk TL. False positives, false negatives, and the validity of the diagnosis of major depression in primary care. *Arch. Fam. Med.*, 1998, 7(5), 451-461.

Koeter MWJ, Ormel J. General Health Questionnaire. Nederlandse bewerking en handleiding. Swets and Zeitinger, Lisse, The Netherlands, 1991.

Kolthof E, Zantinge E, Van den Berg MJ, De Bakker DH, Van der Zee J. Psychosociale zorg in de huisartspraktijk en werkbelasting. In: Berg MJ van den, Kolthof ED, De Bakker DH, Van der Zee J. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De werkbelasting van huisartsen. Utrecht, Bilthoven: NIVEL, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2004. p 154-175.

Koomen JM. Hoe kan de geneesmiddelkeuze worden geoptimaliseerd? *Medisch Contact*, 1998a, 53 (41), 1302-1305.

Koomen JM. Woekeren met je 'evoked set' en je farmacotherapeutisch redeneervermogen. *Pharmaceutisch Weekblad*, 1998b, 133, 42, 1569-1574.

Laurant M, Van Lin N, Braspenning J, Grol R. Geestelijke gezondheidszorg. In: Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM(redactie). Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Kwaliteit huisartsenzorg belicht. Utrecht/Nijmegen, NIVEL/WOK, 2004. p. 116-127.

Leyland AH, Groenewegen PP: Multilevel modelling and public health policy. *Scandinavian Journal of Public Health* 2003, 31: 267-274.

Linden MW van der, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht, Bilthoven: NIVEL, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2004.

Lindert H van, Droomers M, Westert GP. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik. Utrecht: NIVEL, 2004. 371 p.

- Marwijk, HWJ, Grundmeijer HGLM, Bijl D e.a. NHG-Standaard Depressieve Stoornis (depressie). Eerste herziening. Huisarts en Wetenschap, 2003, 46 (11), 614-623.
- Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. Am. J. Psychiatry 1974, 131(10), 1121-1123.
- Nisenson LG, Pepper CM, Schwenk TL, Coyne JC. The nature and prevalence of anxiety disorders in primary care. Gen Hosp Psychiatry. 1998 Jan;20(1):21-8.
- Ormel J, Van Den Brink W, Koeter MW, Giel R, Van Der Meer K, Van De Willige G, Wilink FW. Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study. Psychol Med. 1990, Nov;20(4), 909-23.
- Paykel ES, Hollyman JA, Freeling P, Sedgwick P. Predictors of therapeutic benefit from amitriptyline in mild depression: a general practice placebo-controlled trial. J Affect Disord. 1988 Jan-Feb;14(1):83-95.
- Perez-Stable EJ, Miranda J, Munoz RF, Ying YW. Depression in medical outpatients. Underrecognition and misdiagnosis. Arch Intern Med. 1990;150(5):1083-8.
- Pieters T, Te Hennepe M, De Lange M. Pillen en psyche: culturele en- en vloedbewegingen. Medicamentesu ingrijpen in de psyche. Den Haag: Rathenau Instituut, 2002; werkdocument 87.
- Rost K, Smith R, Matthews DB, Guise B. The deliberate misdiagnosis of major depression in primary care. Arch Fam Med. 1994,3(4),333-337.
- Schellevis FG, Westert GP, De Bakker DH, Groenewegen PP, Van der Zee J, Bensing JM. De tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk: aanleiding en methoden. Huisarts en Wetenschap, 2003, 46 (1), 7-11.
- Schellevis FG, Westert GP, De Bakker DH, Groenewegen PP. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: vraagstellingen en methoden. Utrecht: NIVEL, 2004. 148 p.
- SFK – Stichting Farmaceutische Kengetallen. Data en feiten 2001. Den Haag, SFK, 2001.
- SFK – Stichting Farmaceutische Kengetallen. Data en feiten 2002. Den Haag, SFK, 2002.
- SFK – Stichting Farmaceutische Kengetallen. Data en feiten 2003. Den Haag, SFK, 2003.
- Snijders, TAB, Bosker, RJ: Multilevel Analysis: An Introduction to Basic and Advanced Multilevel Modelling London etc.: Sage Publishers 1999.
- Stahl SM (ed). Psychopharmacology of antidepressants. London: Martin Dunitz, 1998.
- Special issue on the WHO Composite International Diagnostic Interview. International Journal of Methods in Psychiatric Research 1993, 3(2), 63-156.

Thompson C, Ostler K, Peveler RC, Baker N, Kinmonth AL. Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care: The Hampshire Depression Project 3. *Br. J. Psychiatry* 2001, 179, 317-323.

Tiemens BG, Ormel J, Simon GE. Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *Am. J. Psychiatry*, 1996, 153(5), 636-644.

Tiemens BG, Von Korff M, Lin EH. Diagnosis of depression by primary care physicians versus a structured diagnostic interview. Understanding discordance. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 1999, 21(2), 87-96.

Tylee A, Freeling P, Kerry S, Burns T. How does the content of consultations affect the recognition by general practitioners of major depression in women? *Br. J. Gen. Pract.*, 1995, 45(400), 575-578.

Venninga AT, van Rijn OJL, Burger JS (1999). Voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 42, 112-114.

Verheij, R. Urban-rural variations in health care. Utrecht: NIVEL, 1999.

Verheij R, Jabaaïj L, de Bakker D. LINH jaarcijfers 2002. website: [www.linh.nl](http://www.linh.nl)

Verhaak PFM, Bartelds AIM, Schellevis FG. De behandeling van depressie in de huisarts praktijk: het feitelijk handelen van de huisarts bij nieuwe gevallen van depressie. *Huisarts en Wetenschap*, 2002, 45 (13), 722-725.

Volkers AC, Nuyen J, Verhaak PFM, Schellevis FG. The problem of diagnosing major depression in elderly primary care patiënts. *Journal Affective Disorder*, 2004, 82(2), 259-263.

Volkers AC, Verhaak PFM, Schellevis FG. Management of depression in elderly primary care patiënts; consultation rate, pharmacotherapy and their determinants. NIVEL, interne publicatie.

Waal, de MWM, Stolk J, van Marwijk HWJ, Springer MP. (1996). Voorschrijven van antidepressiva in de huisartspraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 140(43), 2131-2134.

Westert GW, Hoonhout LHF, De Bakker DH, Van den Hoogen HJM, Schellevis FG. Huisartsen met en zonder elektronisch medisch dossier: weinig verschil in medisch handelen. *Huisarts en Wetenschap*, 2002, 45 (2), 58-62.

Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Hofler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry*. 2002;63 Suppl 8:24-34.

**Geraadpleegde websites:**

[nhg.artsennet.nl](http://nhg.artsennet.nl)

[www.cgb-meb.nl](http://www.cgb-meb.nl)

[www.formularium.nl](http://www.formularium.nl)

[www.linh.nl](http://www.linh.nl)

[www.nivel.nl/nationalestudie](http://www.nivel.nl/nationalestudie)

[www.pandora.nl](http://www.pandora.nl)

[www.sfk.nl](http://www.sfk.nl)





## Bijlage 1: Therapeutische indicaties antidepressiva volgens het Farmacotherapeutisch Kompas 2003

Geneesmiddel	Jaar van registratie	ICPC-code	Therapeutische indicatie	Contra-indicaties	Meest frequente bijwerkingen
<i>Tricyclische antidepressiva (TCA)</i>					
Amitriptyline Sarotex® N06AA09	1963	P76 P12	Depressie, vooral die met vitale kenmerken. Enuresis nocturna, wanneer organische oorzaken zijn uitgesloten <sup>1</sup> .	Herstelfase myocardinfarct Terughoudendheid bij: Epilepsie Organische hersenbeschadiging Urineretentie Prostaathyperplasie Pylorusstenose Hart- en vaataandoeningen Hyperthyroïdie Lever- en nierfunctiestoornissen	Meest frequente bijwerkingen bij depressie: Anticholinerge effecten zoals droge mond, verminderde maag-darmliteit, mydriasis, accommodatiestoornissen, urineretentie en tachycardie; sufheid; gewichtstoename; orthostatische hypotensie; verhoging van leverenzymen.  Meest frequente bijwerkingen bij enuresis nocturna: slaperigheid, anticholinerge effecten, lichte transpiratie en jeuk.
Clomipramine/ Anafranil® (N06AA04)	1968	P76 P79 P74	Depressie, vooral die met vitale kenmerken. Obsessieve compulsieve stoornissen (dwangneurosen). Paniekstoornis, al dan niet met agorafobie.	Idem Amitriptyline.  Overgevoeligheid voor verwante antidepressiva.	Anticholinerge effecten zoals droge mond, zweten, verminderde maag-darmliteit, mydriasis, accommodatiestoornissen, mictiestoornissen. Zeer vaak (> 10%): slaperigheid, vermoeidheid, onrust, grotere eetlust, duizeligheid, tremor, hoofdpijn, myoklonie. Vaak (1 - 10%): flush, mydriasis, verwardheid, met desoriëntatie en hallucinaties (m.n. bij ouderen en de ziekte van Parkinson), angststoornissen, agitatie, slaapstoornissen, (hypo)manie, geheugenstoornissen, gapen, nachtmerries, versterkte depressie, delirium, spraakstoornissen, paresthesie, spierhypertonie, libido- en potentiële stoornissen, smaakstoornissen, tinnitus, allergische huidreacties, pruritus, tachycardie; gewichtstoename; orthostatische hypotensie.
Dosulepine/ Prothiaden® (N06AA16)	1983	P76	Depressie, vooral die met vitale kenmerken.	Idem Amitriptyline.	Anticholinerge effecten zoals droge mond, verminderde maag-darmliteit, mydriasis, accommodatiestoornissen, urineretentie en tachycardie; sufheid; gewichtstoename; orthostatische hypotensie; verhoging van leverenzymen.

<sup>1</sup> NHG-standaard Enuresis nocturna wordt medicamenteuze behandeling afgeraden en in geval men wel overgaat tot medicamenteuze behandeling is dit middel niet het voorkeursmiddel.

Doxepine/ Sinequan® (N06AA12)	1969	P76 P74	Depressie, vooral die met vitale kenmerken waarbij angst een belangrijke rol speelt.	Idem Amitriptyline.	Anticholinerge effecten zoals droge mond, verminderde maag-darmpmotiliteit, mydriasis, accommodatiestoornissen, urineretentie en tachycardie; sufheid; gewichtstoename; orthostatische hypotensie; verhoging van leverenzymen.
Imipramine (N06AA02)	1963	P76 P12	Depressie, vooral die met vitale kenmerken. Enuresis nocturna, (vanaf 5 jaar, mits organische oorzaken zijn uitgesloten).	Idem Amitriptyline. Overgevoeligheid voor tricyclische antidepressivum met diabenzazepinegroep (zoals clomipramine, desipramine en trimipramine).	Anticholinerge effecten zoals droge mond, verminderde maag-darmpmotiliteit, mydriasis, accommodatiestoornissen, urineretentie en tachycardie; gewichtstoename; orthostatische hypotensie; sufheid; verhoging van leverenzymen.
Maprotiline/ Ludiomil® (N06AA21)	1974	P76	Depressie, vooral die met vitale kenmerken.	Acuut myocardinfarct. Ernstige lever- of nierfunctiestoornissen Epilepsie of een verlaagde convulsiedrempel Prikkelgeleidingsstoornissen Mictiestoornissen t.g.v. obstructie van de urinewegen (prostaathypertrofie)	Vooraf gedurende de eerste dagen van behandeling kunnen bijwerkingen optreden. Frequent: vermoeidheid, sedering overdag, zweten, hoofdpijn, duizeligheid, licht gevoel in het hoofd, fijne tremor, myoclonus, anticholinerge verschijnselen zoals droge mond.
Nortriptyline/ Nortrilen® (N06AA10)	1964	P76	Depressie, vooral die met vitale kenmerken waarbij remmingen een belangrijke rol spelen.	Idem Amitriptyline.	Anticholinerge effecten zoals droge mond, verminderde maag-darmpmotiliteit, mydriasis, accommodatiestoornissen, urineretentie en tachycardie; orthostatische hypotensie; gewichtstoename; verhoging van leverenzymen.
Trimipramine (N06AA06)	1963	P76	Depressie, vooral die met vitale kenmerken.	Idem Amitriptyline. Overgevoeligheid voor tricyclische antidepressiva.	Anticholinerge effecten zoals droge mond, verminderde maag-darmpmotiliteit, mydriasis, accommodatiestoornissen, urineretentie en tachycardie; sufheid; gewichtstoename; orthostatische hypotensie; verhoging van leverenzymen.
<b>SRI's</b>					
Citalopram/ Cipramil® (N06AB04)	1997	P76	Depressie, vooral die met vitale kenmerken.	Terughoudendheid is geboden bij epilepsie	Zeer vaak (> 10%): misselijkheid, droge mond, obstipatie, diarree, slaperigheid, slapeloosheid, agitatie, palpities, transpireren, tremor, hoofdpijn, duizeligheid, abnormale accommodatie en asthenie. Vaak (> 1%): rash, pruritus, paresthesieën, ejaculatiestoornissen, impotentie, libidoverlies, concentratiestoornissen, verwardheid, suicidepogingen, abnormale dromen, amnesie, orthostatische hypotensie, polyurie, gewichtsverandering, smaakstoornissen, gapen, maag-darmklachten, rinitis, sinusitis, mictiestoornissen, dysmenorroe, vermoeidheid.

Fluvoxamine/ Fevarin® (N06AB08)	1985	P76 P79	Depressie, vooral die met vitale kenmerken. Obsessieve compulsieve stoornis (OCS).	Geen	Misselijkheid (eventueel met braken die meestal na 2 weken minder wordt), slaperigheid, obstipatie, diarree, buikpijn, nervositeit, asthenie, dyspepsie, anorexie, agitatie, angst, slapeloosheid, tremor, hoofdpijn, droge mond, palpataties. Verder: duizeligheid, zweten, lichte orthostatische hypotensie.
Fluoxetine/ Prozac® (N06AB03)	1989	P76 T06.02	Depressie in engere zin, voor al die met vitale kenmerken. Boulimia nervosa.	Ernstige nierinsufficiëntie (glomerulaire filtratiesnelheid < 10ml/min)	Meest frequent: misselijkheid, hoofdpijn en nervositeit. Minder frequent: slaapklachten, andere maag-darmklachten, droge mond, angst, duizeligheid, tremoren, overmatig zweten en gewichtsafname (m.n. bij aanwezig overgewicht).
Paroxetine/ Seroxat® (N06AB05)	1991	P76 P79 P74 P79/ P74 P74	Depressie in engere zin, voor al die met vitale kenmerken. Obsessieve compulsieve stoornis. Paniekstoornis met of zonder angorafobie. Kortdurende behandeling van sociale fobie (sociale angststoornis). Kortdurende behandeling van gegeneraliseerde angststoornis (GAS).	Geen	Meest frequent: misselijkheid, slaperigheid, transpiratie, tremor, spierzwakte, droge mond, slapeloosheid, seksuele stoornissen, obstipatie en verminderde eetlust.
Sertraline/ Zoloft® (N06AB06)	1994	P76	Depressie, vooral die met vitale kenmerken.	Acuut myocardinfarct	Significant vaker dan bij placebo: hoofdpijn, misselijkheid, diarree, seksuele disfunctie bij de man (vnl. vertraagde ejaculatie), tremor, duizeligheid, slapeloosheid, moeheid, slaperigheid, toegenomen zweten, droge mond, anorexie, obstipatie, visusstoornissen, palpataties. Verder zijn o.a. gemeld: braken, gewichtstoename, orthostatische hypotensie, bewegingsstoornissen (zoals extrapiramidale symptomen), convulsies, bronchospasmen, dyspneu, hypothyreoïdie hyperprolactinemie, galactorroe, rash, mictiestoornissen.
Venlafaxine Efexor® N06AX16	1994	P76 P74	Depressies, vooral die met vitale kenmerken. Kortdurende behandeling van gegeneraliseerde angststoornis (GAS).	Geen	Frequent of vaak (> 1%): abnormale dromen, verlaagd libido, verhoogde spiertonus, paresthesie, sedatie, tremor, gapen, dosisafhankelijke verhoging van de bloeddruk, vasodilatatie (vooral opvliegers), verhoogd cholesterol, visusstoornissen, verstoorde mictie, misselijkheid, slaperigheid, duizeligheid, droge mond, slapeloosheid, nervositeit, anorexie, obstipatie, abnormale ejaculatie/orgasme, transpiratie en asthenie. Toename van de gemiddelde hartslag met 4 slagen/min.
Trazodon/ Trazolan® N06AX05	1983	P76	Depressie, vooral die met vitale kenmerken.	Acuut myocardinfarct	Slaperigheid, angst, misselijkheid, braken en andere maag-darmklachten, smaakveranderingen, toegenomen honger, duizeligheid, hoofdpijn, slapeloosheid, nervositeit, hypotensie, erytheem en jeuk. Verder zijn gemeld: pijn in de

					borst, griepachtige verschijnselen, dyspneu.
Nefazodon/ Dutonin®** N06AX06	1997	P76	Depressie, vooral die met vitale kenmerken.	Overgevoeligheid voor fenylpiperazinederivaten.	Zeer vaak (> 10%): asthenie, droge mond, misselijkheid, obstipatie, licht gevoel in het hoofd, slaperigheid en duizeligheid. Vaak (1-10%): rillingen, koorts, orthostatische hypotensie, vaatverwijding, abnormale dromen, geheugenstoornissen coördinatioernissen, hypesthesie, artralgie, paresthesieën, verwardheid, ataxie, wazig zien en geringe visusstoornissen. Verder sinusbradycardie.
<b>Monoamineoxydase(MAO) remmers</b>					
Moclobemide/ Aurorix ® (N06AG02)	1991	P76	Depressie, vooral die met vitale kenmerken.	Acute verwardheidstoestanden, kinderen.	Slaapstoornissen, agitatie, angstgevoelens, prikkelbaarheid, paresthesie, duizeligheid, hoofdpijn. Droge mond, wazig zien, braken, diarree en misselijkheid zijn gemeld. Huidreacties zoals jeuk, uitslag, urticaria en flush kunnen voorkomen. Enkele gevallen van verwardheid zijn gemeld. Overgevoelighedsreacties zoals huiduitslag en oedeem kunnen optreden.
<b>Overigen</b>					
Mirtazapine/ Remeron® N06AX11	1994	P76	Depressie, vooral die met vitale kenmerken.	Geen	Meest frequent: slaperigheid in het begin, toename van eetlust en gewicht, oedeem (waardoor gewichtstoename), duizeligheid, hoofdpijn.
Mianserine/ Tolvon®* N06AX03	1975	P76	Depressie, vooral die met vitale kenmerken.	Acuut myocardinfarct	Slaperigheid in het begin, convulsies, leverfunctiestoornissen en hepatitis, manie, soms verergering van psychose, spier- en gewrichtspijnen soms met gewrichtszwelling, koorts, koude rillingen, transpiratie, perifeer oedeem, gynaecomastie, gevoeligheid van de tepels, galactorroe, orthostatische hypotensie, huiduitslag, onzeker lopen, onduidelijke spraak, misselijkheid, toename van eetlust en lichaamsgewicht. Een potentieel gevaarlijke bijwerking is beenmergdepressie (waargenomen bij 1 op 10.000-100.000 patiënten), die meestal reversibel is en waarvan de verschijnselen doorgaans 4-6 weken na begin van de behandeling optreden (fataal verloop door agranulocytose en aplastische anemie is gemeld)

\* CFH-advies: Mianserine is een sedatief antidepressivum waarvan de plaats wordt beperkt door de potentieel gevaarlijke bijwerking agranulocytose en de beschikbaarheid van veilige alternatieven. Het behoort tot de duurere antidepressiva en heeft geen specifieke voordelen. Aangeraden wordt aan nieuwe patiënten mianserine niet meer voor te schrijven.

\*\* CFH-advies: de plaats van nefazodon wordt beperkt door de potentieel gevaarlijke bijwerking leverfalen en de beschikbaarheid van veiliger alternatieven. Het behoort tot de duurere antidepressiva en heeft geen specifieke voordelen. Aangeraden wordt aan nieuwe patiënten nefazodon niet meer voor te schrijven.

## Bijlage 2: Antidepressiva met bijbehorende indicaties en contra-indicaties volgens [www.cbg-meb.nl](http://www.cbg-meb.nl)

Geneesmiddel	Jaar van registratie	ICPC-code	Therapeutische indicatie	Contra-indicatie
<b>TCA's</b>				
Amitriptyline Sarotex® N06AA09	1963	P76  P12	Episoden van depressies in ergere zin, in het bijzonder die met vitale kenmerken Enuresis nocturna, wanneer organische oorzaken uitgesloten zijn	Overgevoeligheid van een van de bestand-delen van dit middel of voor andere tricyclische antidepressiva. Gelijktijdig gebruik van monoamino-oxydaseremmers. Gelijktijdig gebruik met cisapride vanwege de mogelijkheid van ongunstige cardiale interacties, waaronder prolongatie van het QT interval, hartritme stoornissen en stoornissen aan het geleidingsstelsel Acuut myocardinfarct
Clomipramine Anafranil® N06AA04	1968	P76  P74	Episoden van depressies in engere zin, in het bijzonder die met vitale kenmerken Behandeling van symptomen van obsessieve compulsieve stoornis (OCS). Paniekstoornis al dan niet met agorafobie	Bekende overgevoeligheid voor clomipramine of een van de bestanddelen, of kruisover-gevoeligheid van tricyclische antidepressiva uit de groep dibenzazepine-derivaten Myocardinfarct Amafranil mag niet gebruikt worden in combinatie met, of binnen 14 dagen voor of na behandeling met een MAO-remmer. Gelijktijdige behandeling met selectieve, reversibele MAO-A remmers zoals mocloamide is ook gecontra-indiceerd
Nortriptyline Nortilen® N06AA10	1964	P76	Episode van depressies in ergere zin, in het bijzonder die met vitale kenmerken	Overgevoeligheid voor nortriptyline Acuut myocardinfarct
<b>SSRI's</b>				
Citalopram Cipramil® N06AB04	1997		Depressie, vooral met vitale kenmerken	Geen
Fluvoxamine Fevarin® N06AB08	1985		Depressie, vooral met vitale kenmerken Obsessieve compulsieve stoornis	Bekende overgevoeligheid voor fluvoxaminemaleaat en hulpstoffen Niet in combinatie met MAO-remmers
Fluoxetine Prozac® N06AB03	1989		Depressie in engere zin, voor al die met vitale kenmerken Boulimia nervosa	Ernstige nierinsufficiëntie
Paroxetine Seroxat® N06AB05	1991		Depressie in engere zin, voor al die met vitale kenmerken. Obsessieve compulsieve stoornis. Paniekstoornis met of zonder agorafobie. Kortdurende behandeling van sociale fobie (sociale angststoornis). Kortdurende behandeling van	Bekende overgevoeligheid voor paroxetine en hulpstoffen

Geneesmiddel	Jaar van registratie	ICPC-code	Therapeutische indicatie	Contra-indicatie
			gegeneraliseerde angststoornis.	
Sertraline Zoloft® N06AB06	1994		Depressie, vooral met vitale kenmerken	Overgevoeligheid voor sertraline, bij acuut myocardinfarct en in combinatie met een MAO-remmer
<b>Overige</b>				
Venlafaxine Efexor® N06AX16	1994		Episode van een depressie in engere zin, vooral die met vitale kenmerken	Gebleken overgevoeligheid bij venlafaxine of één van de andere bestanddelen van Efexor. Efexor dient niet gelijktijdig met een MAO-remmer te worden gebruikt of binnen 14 dagen na een MAO-remmer. Tussen efexor en de start met een MAO-remmer dient 7 dagen gewacht te worden
Mirtazapine Remeron® N06AX11	1994		Behandeling van een episode depressie in engere zin, in het bijzonder die met vitale kenmerken	Overgevoeligheid voor mirtazapine

### **Bijlage 3: ATC en ICPC-codes gebruikt in dit rapport**

#### ATC-codes

N06AA01	desipramine
N06AA02	imipramine
N06AA04	clomipramine
N06AA06	trimipramine
N06AA09	amitriptyline
N06AA10	nortriptyline
N06AA12	doxepine
N06AA16	dosulepine
N06AA21	maprotiline
N06AB03	fluoxetine
N06AB04	citalopram
N06AB05	paroxetine
N06AB06	sertraline
N06AB08	fluvoxamine
N06AF03	fenelzine
N06AF04	tranylcypromine
N06AG02	moclobemide
N06AX01	oxitriptan
N06AX03	mianserine
N06AX05	trazodon
N06AX06	nefazodon
N06AX11	mirtazapine
N06AX16	venlafaxine

ICPC-codes (NHG-ICPC-1, 2000)

- P01 : Angstig/nerveus/gespannen gevoel  
In dit rapport: *angstig gevoel*
- P03 : Down/depressief gevoel  
In dit rapport: *depressief gevoel*
- P74 : Angststoornis/angsttoestand  
In dit rapport: *angststoornis*
- P76 : Depressie  
In dit rapport: *depressie*



## Bijlage 4

# INTERVIEW

## Voorschrijven antidepressiva in de huisartspraktijk

**Datum interview:**

**Tijdstip: Van** \_\_: \_\_ **uur tot** \_\_: \_\_ **uur**

**Interviewer:**

**Huisartsnummer:**



NIVEL  
Nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
gezondheidszorg

Drieharingstraat 6  
Postbus 1568  
3500 BN Utrecht  
Telefoon 030 2 729 700

## Leidraad voor de interviewer

1. Voorstellen: naam, NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg), van oudsher is het NIVEL gericht op onderzoek in de eerstelijnszorg, voorheen huisartseninstituut. opdrachtgever CvZ (College voor zorgverzekeringen), werkzaamheden bij het NIVEL.
2. Achtergrond van onderzoek vertellen: De afgelopen jaren is het gebruik van antidepressiva explosief gestegen. Het doel van dit interview is het helder krijgen welke keuzes de huisarts maakt bij het voorschrijven van antidepressiva. Graag willen we van u weten welke redenen u heeft om antidepressiva voor te schrijven (of juist niet). En welke afwegingen u daarbij maakt. Het is uitdrukkelijk **geen beoordeling** van het voorschrijven van antidepressiva.
3. De vragen hebben betrekking op de volgende onderdelen:
  - Praktijkenmerken.
  - Algemene vragen m.b.t. een niet-medicamenteuze behandeling.
  - Algemene kennisvragen m.b.t. antidepressiva.
  - Informatie zoeken door de huisarts.
  - Bespreking van concrete patiënten uit de praktijk.
  - Bespreking van papieren patiënten.
  - Actualiteiten.
4. Van het interview wordt een bandopname gemaakt, de gegevens worden geanonimiseerd en een verslag van het gesprek wordt ter autorisatie/goedkeuring toegestuurd. De bandopname wordt afloop van het onderzoek gewist.
5. De vergoeding van €100 wordt overgemaakt of in bonnen uitbetaald.
6. Heeft u de twee patiënten uit uw eigen praktijk geselecteerd?
7. Heeft u voorafgaand aan het interview nog vragen?

---

## A Praktijkenmerken

Onderstaande vragen hebben betrekking op praktijkachtergronden. Deze vragen worden gesteld om inzicht te krijgen of praktijkenmerken van invloed zijn op de redenen die huisartsen aangeven op het voorschrijven van antidepressiva. Een aantal vragen worden ter verificatie gesteld.

---

1. Postcode praktijk:
2. Wat is uw geboortedatum?  
\_\_ - \_\_ - 19 \_\_
3. Geslacht huisarts (aankruisen wat van toepassing is):
  - Man
  - Vrouw
4. Praktijkvorm:
  - Solopraktijk
  - Duo-praktijk
  - Groepspraktijk
  - Praktijk in gezondheidscentrum
  - Anders, namelijk:
5. Heeft u een apotheekhoudende praktijk?
  - Ja
  - Nee
6. Bij vestiging van de praktijk in een gezondheidscentrum:  
Welke andere disciplines zijn er nog meer vertegenwoordigd?
  - Fysiotherapie
  - Tandarts
  - Apotheker
  - Logopedie
  - Maatschappelijk werk
  - Verloskunde
  - Psycholoog
  - Anders, namelijk:
7. Maakt u gebruik van een Huisartsen informatie systeem (HIS)?
  - Ja
  - Nee
8. Zo ja, van welk systeem (HIS) maakt u gebruik?
  - Arcos
  - Elias
  - Machis
  - Medicom
  - Microhis
  - Promedico
  - Anders, namelijk:

---

**B Algemene vragen m.b.t. een niet-medicamenteuze behandeling**

*In onderstaande rubriek worden vragen gesteld die betrekking hebben op de niet-medicamenteuze behandeling van depressie en angststoornissen in de huisartspraktijk. Het gaat hierbij over de kennis en ervaring van huisartsen in het geven van psychotherapie, over verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg en de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg.*

---

1. Heeft u in het verleden of op dit moment bijscholingscursussen gevolgd in psychotherapie? Zo ja, welke?
  
2. Behandelt u zelf in de praktijk ook patiënten volgens deze therapie?
  
3. Wanneer u een depressieve patiënt verwijst, naar wie verwijst u dan? (meerdere antwoorden mogelijk).
  - AMW
  - Ambulante GGZ/RIAGG
  - Eerste lijn psycholoog
  - Psychiater
  - Psycholoog
  - Psychotherapeut
  - Anders, namelijk:
  
4. Hoe vindt die verwijzing plaats? (meerdere antwoorden mogelijk).
  - Telefonisch verwijzing
  - Schriftelijke verwijzing door middel van verwijsbrief
  - Patiënt maakt zelf een afspraak met een zelf te kiezen instantie
  - Anders, namelijk:
  
5. Wat is uw ervaring met (de organisatie van de) Geestelijke Gezondheid Zorg? Kunnen patiënten snel (genoeg) terecht als dat nodig is of bestaan er wachtlijsten?

---

**C Algemene kennis m.b.t. antidepressiva**

*De onderstaande vragen hebben betrekking op algemene kennis en voorschrijven van antidepressiva. Wanneer de arts geen voorkeur heeft voor een specifiek middel (vraag 2), kan ook worden gevraagd naar een voorkeur voor een specifieke groep geneesmiddelen. Alle vragen (behalve vraag 11) wordt naar eerste recepten gevraagd.*

---

1. Er zijn veel verschillende antidepressiva op de markt. Als ik u vraag welke u kent, welke drie antidepressiva komen dan het eerste in u op?
  - a. ...
  - b. ...
  - c. ...
  
2. Voor welk antidepressivum heeft u een voorkeur? Zo ja, welk? Schrijft u dit ook vaker voor dan andere antidepressiva?
  
3. Waarom heeft dit geneesmiddel uw voorkeur?
  
4. Voordat geneesmiddelen in Nederland voorgeschreven mogen worden, moeten ze bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) worden ingeschreven. Weet u voor welke specifieke diagnose(n) het geneesmiddel van uw voorkeur is geregistreerd?
  
5. Weet u of er ook contra-indicaties bestaan voor dit geneesmiddel? Zo ja, welke? Welk middel kiest u in geval deze contra-indicaties bestaan?
  
6. Heeft het geneesmiddel van uw voorkeur ook (ernstige) bijwerkingen? Zo ja, welke? Bij welke bijwerkingen schrijft u een ander antidepressivum voor? Welk antidepressivum schrijft u dan in de regel voor?
  
7. Zijn er bepaalde antidepressiva die u niet of nauwelijks voorschrijft? Zo ja, welke?
  
8. Waarom schrijft u deze antidepressiva niet voor?

9. Wanneer u een antidepressivum voorschrijft, schrijft u dan op merksnaam voor of op stofnaam?
- Merksnaam
  - Stofnaam
  - Beiden
  - Anders, nl.....

10. Vragen uw patiënten wel eens zelf om een antidepressivum?
- Ja
  - Nee

Zo ja, hoe vaak gebeurt dat?

- Enkele keren per week
- Enkele keren per maand
- Minder dan 1 x per maand
- Nooit

Vragen zij dan om een specifiek middel?

- Ja
- Nee

11. Gebeurt dit vaker bij een eerste of herhaalrecept?
- Vaker bij eerste recepten
  - Vaker bij herhaalrecepten
  - Even vaak

12. Welke soort antidepressiva schrijft u het meest voor? TCAs, SSRI, MAO-remmers of overige?
- TCA's (Amitriptyline, Clomipramine etc)
  - SSRI's (Paroxetine, Fluoxetine, Fluvoxamine etc)
  - SNRI's (Venlafaxine)
  - MAO-remmers (Moclobemide)
  - Overige (Mirtazapine, nefazodon etc)

Kunt u een indicatie geven welk percentage dit is van het geheel?

Ongeveer:     %

13. Bij welke indicatie(s) schrijft u gewoonlijk een antidepressivum voor? Waarom kiest u dan voor voorschrijven?

14. Wat zijn uw ervaringen met voorschrijven bij deze indicatie?

1. Effectiviteit:
2. Bijwerkingen:
3. Therapietrouw:

15. Wanneer schrijft u bij eerder genoemde indicaties (vraag D13) geen antidepressiva voor?
  
16. Gaat u in de loop van de tijd bij een patiënt wel eens over van het ene op het andere antidepressivum? Zo ja, wat zijn voor u overwegingen om van het ene op het andere antidepressivum over te stappen? (Bijwerkingen? Vraag patiënt? Ander middel door psychiater voorgeschreven etc).
  
17. Houdt u bij het voorschrijven van antidepressiva rekening met de kosten van het voor te schrijven antidepressivum?

---

**D Informatie zoeken door de huisarts**

*Het huidige geneesmiddelen aanbod bestaat uit een aantal te onderscheiden groepen antidepressiva. Deze middelen hebben allemaal voor- en nadelen. De verwachting is dat er steeds meer nieuwe antidepressiva op de markt komen, die ten opzichte van het bestaande aanbod weer andere voordelen bieden. Onderstaande vragen hebben betrekking op het volgen van ontwikkelingen in het geneesmiddelen aanbod en het zoeken van informatie over antidepressiva.*

---

1. Maakt u bij het voorschrijven van antidepressiva gebruik van specifieke richtlijnen/formularia? Zo ja, welke richtlijnen/formularia gebruikt u? Is dit elektronisch of niet?
  
2. Raadpleegt u het formularium en de richtlijnen met betrekking tot depressie, angststoornissen regelmatig?
  - Enkele keren per week
  - Enkele keren per maand
  - Minder dan 1 x per maand
  - Nooit
  
3. Wat vindt u van de adviezen die gegeven worden (dit nagaan voor alle formularia die de huisarts gebruikt)? Volgt u ze op? Wat zijn redenen om af te wijken?
  
4. Neemt u deel aan een Farmaco Therapie overleg (FTO)?
  - Ja
  - Nee
  
5. Zijn er binnen uw FTO-groep afspraken gemaakt met betrekking tot de medicamenteuze behandeling van depressie en angststoornissen?
  - Nee
  - Ja
  
6. Zo ja, welke en hoe bindend zijn die afspraken?
  
7. Spreekt u wel eens in andere verbanden dan het FTO met collega's over het voorschrijven van antidepressiva? Met wie? (NB let ook op apotheker, psycholoog, psychiater etc.)



8. Leest u wel eens in vakbladen over antidepressiva? Zo ja welke bladen?
9. Ontvangt u wel eens artsenbezoekers die u informeren over antidepressiva? Zo ja, van welke farmaceut(en) is/zijn deze artsenbezoekers afkomstig? Wanneer is deze artsenbezoeker voor het laatst langsgekomen?
- a. Farmaceut: .....  
Datum bezoek:.....
  - b. Farmaceut: .....  
Datum bezoek:.....
  - c. Farmaceut: .....  
Datum bezoek:.....

---

### **E Bespreking van concrete patiënten uit de praktijk**

*Voorafgaand aan de bespreking van de patiënt heeft de huisarts of praktijkassistente twee patiënten geselecteerd die onlangs op het spreekuur zijn geweest en waarbij voor het eerst of opnieuw een diagnose down/depressieve gevoelens (P03), angststoornis/angstoestand (P74) of depressie (P76) is gesteld. Bij één patiënt is gekozen voor een niet-medicamenteuze behandeling, de andere patiënt is wel gestart met een medicamenteuze behandeling.*

---

<p><i>Echte patiënt 1: Diagnose P03, P74 of P76 is gesteld, maar er is <b>geen</b> antidepressivum voorgeschreven</i></p>
---

1. Welke diagnose (icpc-code) heeft u gesteld?
2. Kunt u benoemen op basis waarvan u tot deze diagnose bent gekomen?
3. Heeft u bij het stellen van deze diagnose gebruik gemaakt van richtlijnen/standaarden? Zo ja, op welke wijze?
4. Wat waren voor u de overwegingen om geen antidepressivum aan deze patiënt voor te schrijven?
5. Heeft u een niet-medicamenteuze behandeling voorgesteld aan de patiënt? Zo ja, welke? Is deze behandeling daadwerkelijk gestart?
6. Zijn er omstandigheden te benoemen die de keuze van behandeling hebben beïnvloed? (bijvoorbeeld samenwerking met GGZ, wil van de patiënt).
7. Denkt u in de toekomst wel voor een antidepressivum te kiezen? Zo ja, waarom?
8. Staat deze patiënt model voor de behandeling van down/depressieve gevoelens (P03), angststoornis/angstoestand (P74) of depressie (P76) in uw praktijk? Zo nee, waarin wijkt de behandeling van deze patiënt af?

*Echte patiënt 2: Diagnose P03, P74 of P76 is gesteld, en er is **wel** een antidepressiva voorgeschreven.*

1. Welke diagnose (icpc-code) heeft u gesteld?
2. Kunt u benoemen op basis waarvan u tot deze diagnose bent gekomen?
3. Heeft u bij het stellen van deze diagnose gebruik gemaakt van richtlijnen/standaarden? Zo ja, op welke wijze?
4. Wat waren voor u de overwegingen om een antidepressivum voor te schrijven?
5. Welk antidepressivum heeft u voorgeschreven?
6. Waren er duidelijke voordelen aan dit antidepressivum ten opzichte andere antidepressiva?
7. In welke dosering per dag (pdd) heeft u dit antidepressivum voorgeschreven en over welke periode?
8. Heeft u bij de dosering en de duur gebruik gemaakt van richtlijnen/standaarden? Zo ja op welke wijze?
9. Zijn er omstandigheden te benoemen die de keuze van behandeling hebben beïnvloed? (bijv. wachtlijsten bij GGZ, wil van de patiënt).

---

**F Bespreking van de “papieren patiënten”**

*Met de arts worden twee papieren patiënten besproken. Hierbij gaat het er om op basis van welke informatie de huisarts tot een diagnose komt en welke afweging hij/zij maakt om wel of geen antidepressiva voor te schrijven. Hierbij valt te denken aan de specifieke mondelinge informatie, non-verbale informatie, ziektegeschiedenis van patiënt en/of familie etc.*

---

**Papieren patiënt 1:**

Een vrouw van 42 jaar komt naar uw praktijk toe. Sinds een paar maanden heeft ze last van een depressie, zoals ze zelf zegt. Uit doorvragen van uw kant blijkt dat ze geen plezier meer heeft in haar normale gebruikelijke activiteiten, slecht slaapt en erg vermoeid is. Mevrouw maakt weinig oogcontact. Op u maakt ze inderdaad een sombere indruk.

1. Tot welke diagnose komt u op basis van bovenstaande gegevens? (Doorvragen naar specifieke of voorlopige diagnose, bijvoorbeeld P03, P74, P76).
2. Welke informatie geeft hierbij de doorslag?
3. Welke informatie ontbreekt er? Welke aanvullende vragen zou u stellen?
4. Welke behandeling zou u voorstellen?
5. En waarom kiest u voor deze behandeling?

Papieren patiënt 2:

De heer de Vries 62 jaar komt op het spreekuur. Zijn vrouw heeft een afspraak voor hem gemaakt. Zij vond het nodig dat hij met de huisarts ging praten over zijn ziekmelding op het werk, aldus de heer de Vries. Een half jaar geleden heeft de heer de Vries zich ziek gemeld op zijn werk in verband met een conflict met zijn direct leidinggevende. Het conflict heeft de heer de Vries toen erg aangegrepen. Sinds hij thuis is vindt hij het wel een stuk beter gaan, alhoewel hij het nog te moeilijk vindt om zijn activiteiten, tennissen en de fotoclub, weer op te pakken. Hij hoopt dat hij niet meer hoeft te werken, aangezien hij over 10 maanden de VUT-gerechtigde leeftijd bereikt. Hierover maakt hij zich erg zenuwachtig. Van zijn werkgever hoort hij sporadisch iets, terwijl hij er toch bijna 25 jaar tot ieders tevredenheid heeft gewerkt, met uitzondering van de laatste 2 jaar. Hierover maakt hij zich behoorlijk boos en kan het moeilijk van zich af zetten. Zijn vrouw denkt dat haar man waarschijnlijk wel baat heeft bij een antidepressivum.

1. Tot welke diagnose komt u op basis van bovenstaande gegevens? (Doorvragen naar specifieke of voorlopige diagnose, bijvoorbeeld P03, P74, P76).
2. Welke informatie geeft hierbij de doorslag?
3. Welke informatie ontbreekt er? Welke aanvullende vragen zou u stellen?
4. Welke behandeling zou u voorstellen?
5. En waarom kiest u voor deze behandeling?

Papieren patiënt 3:

Een vrouw van 53 jaar bezoekt het spreekuur. Sinds haar kinderen, bijna drie jaar geleden het huis uit zijn gegaan voelt ze zich in de wintermaanden erg neerslachtig. In de zomer gaat het wel, dan heeft ze veel meer energie zoals haar man ook zegt, maar vooral de wintermaanden lijken niet voorbij te gaan.

In het verleden heeft de vrouw na de geboorte van haar tweede kind (1979) een sombere periode doorgemaakt. Hiervoor is zij toen niet behandeld. De vrouw wil graag voor de wintermaanden, van oktober tot en met maart, een antidepressiva voorgeschreven krijgen.

1. Tot welke diagnose komt u op basis van bovenstaande gegevens? (Doorvragen naar specifieke of voorlopige diagnose, bijvoorbeeld P03, P74, P76).
2. Welke informatie geeft hierbij de doorslag?
3. Welke informatie ontbreekt er? Welke aanvullende vragen zou u stellen?
4. Welke behandeling zou u voorstellen?
5. En waarom kiest u voor deze behandeling?
6. Wat vindt u ervan dat deze patiënt zelf om een antidepressivum vraagt?

Papieren patiënt 4:

Een man van 23 jaar komt in korte tijd voor de vierde keer, met vergelijkbare klachten, op uw spreekuur. De man zegt in toenemende mate last te hebben van vermoeidheid, hij slaapt erg slecht, en kan zich zeer slecht concentreren. Op u maakt hij een zeer rusteloze indruk en reageert hij erg geprikkeld. Bij doorvragen van uw kant zegt de man dat hij nu nauwelijks nog de deur uitkomt. Bij het boodschappen doen raakt de man al in paniek. Hij kan nauwelijks nog ademen en denkt dat hij kan stikken. Zonder boodschappen verlaat hij dan weer de winkel. Op de vraag of hij drugs of alcohol gebruikt antwoordt hij ontkennend.

1. Tot welke diagnose komt u op basis van bovenstaande gegevens? (Doorvragen naar specifieke of voorlopige diagnose, bijvoorbeeld P03, P74, P76).
2. Welke informatie geeft hierbij de doorslag?
3. Welke informatie ontbreekt er? Welke aanvullende vragen zou u stellen?
4. Welke behandeling zou u voorstellen?
5. En waarom kiest u voor deze behandeling?

---

**G Actualiteit**

---

- \* De NHG-standaard ‘Depressie’ adviseert bij een medicamenteuze behandeling van depressie om een TCA voor te schrijven, alleen in geval van ernstige bijwerkingen, verhoogd suïciderisico of contra-indicaties adviseert de standaard over te gaan op een SSRI. Uit prescriptiecijfers blijkt dat in 60% van alle voorschriften een SSRI wordt voorgeschreven en slechts 25% betreft een voorschrift van een TCA. Waarom, denkt u, komt het voorschrijfgedrag van huisartsen in het algemeen niet overeen met de richtlijnen?
  
- \* Waarom, denkt u, is het aantal voorschriften antidepressiva zo sterk gegroeid?
  
- \* Waarom, denkt u, wordt Paroxetine (Seroxat®) zo frequent wordt voorgeschreven?

---


**Einde interview**

---

- \* Heeft u nog aanvullende opmerkingen of heeft u iets gemist in dit interview?



## Bijlage 5

 <p>NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg</p> <p>Drieharingstraat 6 Postbus 1568 3500 BN Utrecht Telefoon 030 2 729 700</p>	<p><b>CASE CONTROL ONDERZOEK</b></p>
---	--------------------------------------

Praktijk:  
Huisarts:

## **Aanwijzingen voor het invullen van de vragenlijst**

Om het tijdsbeslag beperkt te houden zijn bij de meeste vragen antwoordmogelijkheden aangegeven. U kunt dan het antwoord aankruisen dat volgens u het meest van toepassing is. Wanneer u meer dan één antwoord kunt aankruisen, staat dit expliciet aangegeven. Verder stellen we een aantal open vragen waarbij u kunt volstaan met het antwoorden in steekwoorden. Wanneer u een correctie wilt maken, zet dan een kruis door uw eerste keuze en kruis uw nieuwe keuze aan.

### **Wanneer u vragen heeft kunt u met de volgende personen contact opnemen:**

Deel A: Drs Dinesh Somai, tel: 030- 27 29 843  
e-mail: [D.Somai@nivel.nl](mailto:D.Somai@nivel.nl)

Deel B: Drs Annemarie de Jong, tel: 030- 27 29 832  
e-mail: [Annemarie\\_J@nivel.nl](mailto:Annemarie_J@nivel.nl)

Dr Anita Volkers, tel: 030-27 29 836  
e-mail: [A.Volkers@nivel.nl](mailto:A.Volkers@nivel.nl)

## Deel A - Voorschrijven van NSAID's en Cox-2 remmers

<b>Patiënt 1a nummer:</b>				
Voorschrift	Datum Voorschrift	Diagnose bij voorschrift	Leeftijd	Geslacht

1. Kunt u bovenstaande gegevens terugvinden in uw elektronisch medisch dossier (EMD)?
- Ja, alle gegevens kloppen.
  - Ja, maar één van de gegevens wijkt af namelijk: .....
  - Nee ..... ga door met vraag 6 (patiënt 1b).

Kunt u, indien de diagnose bij het voorschrift ontbreekt, deze alsnog invullen?

- Ja, namelijk:.....
- Nee, de diagnose is niet bekend.

2. Heeft u bovenstaande voorschrift zelf uitgeschreven?
- Ja
  - Nee, namelijk:.....

3. Wat waren uw overwegingen om bij deze patiënt dit middel te kiezen?  
U kunt meerdere van onderstaande redenen aankruisen.

	Reden?
Weet ik niet, iemand anders heeft het recept uitgeschreven	<input type="checkbox"/>
Minder bijwerkingen dan andere middelen	<input type="checkbox"/>
Behandelwijze is afgesproken in FTO	<input type="checkbox"/>
Op verzoek van de patiënt	<input type="checkbox"/>
Specialist is met behandeling gestart	<input type="checkbox"/>
Veel vertrouwen in de werking	<input type="checkbox"/>
Bij deze diagnose heeft het mijn voorkeur	<input type="checkbox"/>
Gebruikersgemak is groot	<input type="checkbox"/>
Leeftijd patiënt	<input type="checkbox"/>
Goede informatie gekregen over dit middel	<input type="checkbox"/>
Patiënt heeft last van maagklachten	<input type="checkbox"/>
Patiënt heeft last van bijwerkingen NSAID's	<input type="checkbox"/>

4. Waren er voor u nog andere overwegingen om bij deze patiënt dit middel voor te schrijven? Zo ja, kunt u die hieronder kort toelichten?

---



---



---

5. Heeft u de overwegingen bij vraag 3 en 4 teruggevonden in uw EMD?
- Alle overwegingen teruggevonden in EMD
  - De meeste teruggevonden in EMD
  - De helft teruggevonden in EMD
  - Enkele teruggevonden in EMD
  - Geen enkele teruggevonden in EMD

Patiënt 1b nummer:				
Voorschrift	Datum Voorschrift	Diagnose bij voorschrift	Leeftijd	Geslacht

6. Kunt u bovenstaande gegevens terugvinden in uw EMD?
- Ja, alle gegevens kloppen.
  - Ja, maar één van de gegevens wijkt af namelijk: .....
  - Nee ..... ga door met vraag 12 (patiënt 2a).
- Kunt u, indien de diagnose bij het voorschrift ontbreekt, deze alsnog invullen?
- Ja, namelijk:.....
  - Nee, de diagnose is niet bekend.

7. Heeft u bovenstaande voorschrift zelf uitgeschreven?
- Ja
  - Nee, namelijk:.....

8. Wat waren uw overwegingen om bij deze patiënt dit middel te kiezen?  
U kunt meerdere van onderstaande redenen aankruisen.

	Reden?
Weet ik niet, iemand anders heeft het recept uitgeschreven	<input type="checkbox"/>
Minder bijwerkingen dan andere middelen	<input type="checkbox"/>
Behandelwijze is afgesproken in FTO	<input type="checkbox"/>
Op verzoek van de patiënt	<input type="checkbox"/>
Specialist is met behandeling gestart	<input type="checkbox"/>
Veel vertrouwen in de werking	<input type="checkbox"/>
Bij deze diagnose heeft het mijn voorkeur	<input type="checkbox"/>
Gebruikersgemak is groot	<input type="checkbox"/>
Volgens de standaard moet ik een NSAID voorschrijven	<input type="checkbox"/>
Patiënt heeft geen maagklachten	<input type="checkbox"/>
Ervaring en bekendheid met het middel	<input type="checkbox"/>
Patiënt heeft geen last van bijwerkingen (zoals maagklachten)	<input type="checkbox"/>
Kosten van dit middel zijn laag	<input type="checkbox"/>

9. Waren er voor u nog andere overwegingen om bij deze patiënt dit middel voor te schrijven? Zo ja, kunt u die hieronder kort toelichten?

---



---



---

10. Heeft u de overwegingen bij vraag 8 en 9 teruggevonden in uw EMD?
- Alle overwegingen teruggevonden in EMD
  - De meeste teruggevonden in EMD
  - De helft teruggevonden in EMD
  - Enkele teruggevonden in EMD
  - Geen enkele teruggevonden in EMD

11. Kunt u aangeven waarom u bij patiënt 1a voor Rofecoxib (Vioxx®) en bij patiënt 1b voor een NSAID heeft gekozen?

---



---



---

<b>Patiënt 2a nummer:</b>				
Voorschrift	Datum Voorschrift	Diagnose bij voorschrift	Leeftijd	Geslacht

12. Kunt u bovenstaande gegevens terugvinden in het EMD?
- Ja, alle gegevens kloppen.
  - Ja, maar één van de gegevens wijkt af namelijk: .....
  - Nee ..... ga door met vraag 17 (patiënt 2b).

Kunt u, indien de diagnose bij het voorschrift ontbreekt, deze alsnog invullen?

- Ja, namelijk:.....
- Nee, de diagnose is niet bekend.

13. Heeft u bovenstaande voorschrift zelf uitgeschreven?

- Ja
- Nee, namelijk:.....

14. Wat waren uw overwegingen om bij deze patiënt dit middel te kiezen?

U kunt meerdere van onderstaande redenen aankruisen.

	Reden?
Weet ik niet, iemand anders heeft het recept uitgeschreven	<input type="checkbox"/>
Minder bijwerkingen dan andere middelen	<input type="checkbox"/>
Behandelwijze is afgesproken in FTO	<input type="checkbox"/>
Op verzoek van de patiënt	<input type="checkbox"/>
Specialist is met behandeling gestart	<input type="checkbox"/>
Veel vertrouwen in de werking	<input type="checkbox"/>
Bij deze diagnose heeft het mijn voorkeur	<input type="checkbox"/>
Gebruikersgemak is groot	<input type="checkbox"/>
Leeftijd patiënt	<input type="checkbox"/>
Goede informatie gekregen over dit middel	<input type="checkbox"/>
Patiënt heeft last van maagklachten	<input type="checkbox"/>
Patiënt heeft last van bijwerkingen NSAID's	<input type="checkbox"/>

15. Waren er voor u nog andere overwegingen om bij deze patiënt dit middel voor te schrijven? Zo ja, kunt u die hieronder kort toelichten?

---



---



---

16. Heeft u de overwegingen bij vraag 14 en 15 teruggevonden in uw EMD?

- Alle overwegingen teruggevonden in EMD
- De meeste teruggevonden in EMD
- De helft teruggevonden in EMD
- Enkele teruggevonden in EMD
- Geen enkele teruggevonden in EMD

<b>Patiënt 2b nummer:</b>				
Voorschrift	Datum Voorschrift	Diagnose bij voorschrift	Leeftijd	Geslacht

17. Kunt u bovenstaande gegevens terugvinden in uw EMD?

- Ja, alle gegevens kloppen.
- Ja, maar één van de gegevens wijkt af namelijk: .....
- Nee ..... ga door met Deel B.

Kunt u, indien de diagnose bij het voorschrift ontbreekt, deze alsnog invullen?

- Ja, namelijk:.....
- Nee, de diagnose is niet bekend.

18. Heeft u bovenstaande voorschrift zelf uitgeschreven?

- Ja
- Nee, namelijk:.....

19. Wat waren uw overwegingen om bij deze patiënt dit middel te kiezen?

U kunt meerdere van onderstaande redenen aankruisen.

	Reden?
Weet ik niet, iemand anders heeft het recept uitgeschreven	<input type="checkbox"/>
Minder bijwerkingen dan andere middelen	<input type="checkbox"/>
Behandelwijze is afgesproken in FTO	<input type="checkbox"/>
Op verzoek van de patiënt	<input type="checkbox"/>
Specialist is met behandeling gestart	<input type="checkbox"/>
Veel vertrouwen in de werking	<input type="checkbox"/>
Bij deze diagnose heeft het mijn voorkeur	<input type="checkbox"/>
Gebruikersgemak is groot	<input type="checkbox"/>
Volgens de standaard moet ik een NSAID voorschrijven	<input type="checkbox"/>
Patiënt heeft geen maagklachten	<input type="checkbox"/>
Ervaring en bekendheid met het middel	<input type="checkbox"/>
Patiënt heeft geen last van bijwerkingen (zoals maagklachten)	<input type="checkbox"/>
Kosten van dit middel zijn laag	<input type="checkbox"/>

20. Waren er voor u nog andere overwegingen om bij deze patiënt dit middel voor te schrijven? Zo ja, kunt u die hieronder kort toelichten?

---



---



---

21. Heeft u de overwegingen bij vraag 19 en 20 teruggevonden in uw EMD?

- Alle overwegingen teruggevonden in EMD
- De meeste teruggevonden in EMD
- De helft teruggevonden in EMD
- Enkele teruggevonden in EMD
- Geen enkele teruggevonden in EMD

22. Kunt u aangeven waarom u bij patiënt 2a voor Rofecoxib (Vioxx®) en bij patiënt 2b voor een NSAID heeft gekozen?

---

---

---

**Wilt u na het beantwoorden van deel A verder gaan met het invullen van deel B van de vragenlijst?**

## Deel B - Voorschrijven van antidepressiva

<b>Patiënt 1a nummer:</b>				
Voorschrift	Datum Voorschrift	Diagnose bij voorschrift	Leeftijd	Geslacht

- Kunt u bovenstaande gegevens terugvinden in uw EMD?
  - Ja, alle gegevens kloppen.
  - Ja, maar één van de gegevens wijkt af namelijk: .....
  - Nee ..... ga door met vraag 7 (patiënt 1b).
- Heeft u bovenstaande voorschrift zelf uitgeschreven?
  - Ja
  - Nee, namelijk:.....
- Wat waren uw overwegingen om bij deze patiënt **wel** een antidepressivum voor te schrijven?  
U kunt meerdere van onderstaande redenen aankruisen.

	Reden?
Weet ik niet, iemand anders heeft het recept uitgeschreven	<input type="checkbox"/>
Ernst van de klachten	<input type="checkbox"/>
Duur van de klachten	<input type="checkbox"/>
Effectiviteit van middel	<input type="checkbox"/>
Endogene oorzaak van klachten	<input type="checkbox"/>
Voortzetting van behandeling gestart door andere behandelaar	<input type="checkbox"/>
Patiënt heeft in het verleden baat bij antidepressivum gehad	<input type="checkbox"/>
Patiënt heeft om antidepressivum gevraagd	<input type="checkbox"/>
Patiënt wil geen niet-medicamenteuze therapie	<input type="checkbox"/>
Klinische voorgeschiedenis	<input type="checkbox"/>
Ingrijpende gebeurtenissen uit verleden van patiënt	<input type="checkbox"/>
Verwacht geen effect van niet-medicamenteuze behandeling	<input type="checkbox"/>

- Waren er voor u nog andere overwegingen om bij deze patiënt **wel** een antidepressivum voor te schrijven? Zo ja, kunt u die hieronder kort toelichten?  


---



---



---
- Heeft u de overwegingen bij vraag 3 en 4 teruggevonden in uw EMD?
  - Alle overwegingen teruggevonden in EMD
  - De meeste teruggevonden in EMD
  - De helft teruggevonden in EMD
  - Enkele teruggevonden in EMD
  - Geen enkele teruggevonden in EMD
- Heeft de patiënt naast de medicamenteuze behandeling ook een niet-medicamenteuze therapie gekregen?
  - Nee
  - Ja, namelijk:.....



<b>Patiënt 1b nummer:</b>			
Diagnose	Datum Diagnose	Leeftijd	Geslacht

7. Kunt u bovenstaande gegevens terugvinden in uw EMD?
- Ja, alle gegevens kloppen.
  - Ja, maar één van de gegevens wijkt af namelijk: .....
  - Nee ..... ga door met vraag 17 (patiënt 2a).

8. Heeft u bovenstaande diagnose zelf gesteld?
- Ja
  - Nee, namelijk:.....

9. Wat waren uw overwegingen om bij deze patiënt bij dit contact **geen** antidepressivum voor te schrijven?  
U kunt meerdere van onderstaande redenen aankruisen.

	Reden?
Weet ik niet, iemand anders heeft de diagnose gesteld	<input type="checkbox"/>
Geringe ernst van de klachten	<input type="checkbox"/>
Korte duur van de klachten	<input type="checkbox"/>
Verwacht weinig effect van medicamenteuze behandeling	<input type="checkbox"/>
Exogene oorzaak van klachten	<input type="checkbox"/>
Patiënt weigert medicamenteuze behandeling met antidepressiva	<input type="checkbox"/>
Gekozen voor een behandeling met benzodiazepines	<input type="checkbox"/>
Gekozen voor andere medicamenteuze behandeling dan benzodiazepines	<input type="checkbox"/>
Patiënt krijgt een niet-medicamenteuze behandeling	<input type="checkbox"/>

10. Waren er voor u nog andere overwegingen om aan deze patiënt bij dit contact **geen** antidepressivum voor te schrijven? Zo ja, kunt u die hieronder kort toelichten?

---



---



---

11. Heeft u de overwegingen bij vraag 9 en 10 teruggevonden in uw EMD?

- Alle overwegingen teruggevonden in EMD
- De meeste teruggevonden in EMD
- De helft teruggevonden in EMD
- Enkele teruggevonden in EMD
- Geen enkele teruggevonden in EMD

12. Heeft de patiënt een niet-medicamenteuze therapie gekregen?

- Nee
- Ja, namelijk:.....

13. Heeft u aan deze patiënt in een later stadium wel een antidepressivum voorgeschreven?

- Ja
- Nee ..... ga door met vraag 17 (patiënt 2a).

14. Wat waren uw overwegingen om over te gaan op het voorschrijven van een antidepressivum? U kunt meerdere van onderstaande redenen aankruisen.

	Reden?
Weet ik niet, iemand anders heeft het recept uitgeschreven	<input type="checkbox"/>
Verergering van de klachten in ernst	<input type="checkbox"/>
Verergering van de klachten in duur	<input type="checkbox"/>
Vraag van de patiënt	<input type="checkbox"/>
Te weinig effectiviteit niet-medicamenteuze therapie	<input type="checkbox"/>

15. Waren er voor u nog andere overwegingen om bij deze patiënt over te gaan op het voorschrijven van een antidepressivum? Zo ja, kunt u die hieronder kort toelichten?

---

---

---

16. Heeft u de overwegingen bij vraag 14 en 15 teruggevonden in uw EMD?

- Alle overwegingen teruggevonden in EMD
- De meeste teruggevonden in EMD
- De helft teruggevonden in EMD
- Enkele teruggevonden in EMD
- Geen enkele teruggevonden in EMD

Patiënt 2a nummer:				
Voorschrift	Datum Voorschrift	Diagnose bij voorschrift	Leeftijd	Geslacht

17. Kunt u bovenstaande gegevens terugvinden in uw EMD?

- Ja, alle gegevens kloppen.
- Ja, maar één van de gegevens wijkt af namelijk: .....
- Nee ..... ga door met vraag 23 (patiënt 2b).

18. Heeft u bovenstaande voorschrift zelf uitgeschreven?

- Ja
- Nee, namelijk:.....

19. Wat waren uw overwegingen om bij deze patiënt **wel** een antidepressivum voor te schrijven?

U kunt meerdere van onderstaande redenen aankruisen.

	Reden?
Weet ik niet, iemand anders heeft het recept uitgeschreven	<input type="checkbox"/>
Ernst van de klachten	<input type="checkbox"/>
Duur van de klachten	<input type="checkbox"/>
Effectiviteit van middel	<input type="checkbox"/>
Endogene oorzaak van klachten	<input type="checkbox"/>
Voortzetting van behandeling gestart door andere behandelaar	<input type="checkbox"/>
Patiënt heeft in het verleden baat bij antidepressivum gehad	<input type="checkbox"/>
Patiënt heeft om antidepressivum gevraagd	<input type="checkbox"/>
Patiënt wil geen niet-medicamenteuze therapie	<input type="checkbox"/>
Klinische voorgeschiedenis	<input type="checkbox"/>
Ingrijpende gebeurtenissen uit verleden van patiënt	<input type="checkbox"/>
Verwacht geen effect van niet-medicamenteuze behandeling	<input type="checkbox"/>

20. Waren er voor u nog andere overwegingen om bij deze patiënt **wel** een antidepressivum voor te schrijven? Zo ja, kunt u die hieronder kort toelichten?

---



---



---

21. Heeft u de overwegingen bij vraag 19 en 20 teruggevonden in uw EMD?

- Alle overwegingen teruggevonden in EMD
- De meeste teruggevonden in EMD
- De helft teruggevonden in EMD
- Enkele teruggevonden in EMD
- Geen enkele teruggevonden in EMD

22. Heeft de patiënt naast de medicamenteuze behandeling ook een niet-medicamenteuze therapie gekregen?

- Nee
- Ja, namelijk:.....

<b>Patiënt 2b nummer:</b>			
Diagnose	Datum Diagnose	Leeftijd	Geslacht

23. Kunt u bovenstaande gegevens terugvinden in uw EMD?
- Ja, alle gegevens kloppen.
  - Ja, maar één van de gegevens wijkt af namelijk: .....
  - Nee ..... ga door met vraag 33 (patiënt 3a).

24. Heeft u bovenstaande diagnose zelf gesteld?
- Ja
  - Nee, namelijk:.....

25. Wat waren uw overwegingen om bij deze patiënt bij dit contact **geen** antidepressivum voor te schrijven?  
U kunt meerdere van onderstaande redenen aankruisen.

	Reden?
Weet ik niet, iemand anders heeft de diagnose gesteld	<input type="checkbox"/>
Geringe ernst van de klachten	<input type="checkbox"/>
Korte duur van de klachten	<input type="checkbox"/>
Verwacht weinig effect van medicamenteuze behandeling	<input type="checkbox"/>
Exogene oorzaak van klachten	<input type="checkbox"/>
Patiënt weigert medicamenteuze behandeling met antidepressiva	<input type="checkbox"/>
Gekozen voor een behandeling met benzodiazepines	<input type="checkbox"/>
Gekozen voor andere medicamenteuze behandeling dan benzodiazepines	<input type="checkbox"/>
Patiënt krijgt een niet-medicamenteuze behandeling	<input type="checkbox"/>

26. Waren er voor u nog andere overwegingen om aan deze patiënt bij dit contact **geen** antidepressivum voor te schrijven? Zo ja, kunt u die hieronder kort toelichten?

---



---



---

27. Heeft u de overwegingen bij vraag 5 en 26 teruggevonden in uw EMD?

- Alle overwegingen teruggevonden in EMD
- De meeste teruggevonden in EMD
- De helft teruggevonden in EMD
- Enkele teruggevonden in EMD
- Geen enkele teruggevonden in EMD

28. Heeft de patiënt een niet-medicamenteuze therapie gekregen?

- Nee
- Ja, namelijk:.....

29. Heeft u aan deze patiënt in een later stadium wel een antidepressivum voorgeschreven?

- Ja
- Nee ..... ga door met vraag 33 (patiënt 3a).

30. Wat waren uw overwegingen om over te gaan op het voorschrijven van een antidepressivum? U kunt meerdere van onderstaande redenen aankruisen.

	Reden?
Weet ik niet, iemand anders heeft het recept uitgeschreven	<input type="checkbox"/>
Verergering van de klachten in ernst	<input type="checkbox"/>
Verergering van de klachten in duur	<input type="checkbox"/>
Vraag van de patiënt	<input type="checkbox"/>
Te weinig effectiviteit niet-medicamenteuze therapie	<input type="checkbox"/>

31. Waren er voor u nog andere overwegingen om bij deze patiënt over te gaan op het voorschrijven van een antidepressivum? Zo ja, kunt u die hieronder kort toelichten?

---

---

---

32. Heeft u de overwegingen bij vraag 30 en 31 teruggevonden in uw EMD?

- Alle overwegingen teruggevonden in EMD
- De meeste teruggevonden in EMD
- De helft teruggevonden in EMD
- Enkele teruggevonden in EMD
- Geen enkele teruggevonden in EMD

Patiënt 3a nummer:				
Voorschrift	Datum Voorschrift	Diagnose bij voorschrift	Leeftijd	Geslacht

33. Kunt u bovenstaande gegevens terugvinden in uw EMD?

- Ja, alle gegevens kloppen.
- Ja, maar één van de gegevens wijkt af namelijk: .....
- Nee ..... ga door met vraag 38 (patiënt 3b).

34. Heeft u bovenstaande voorschrift zelf uitgeschreven?

- Ja
- Nee, namelijk:.....

35. Wat waren uw overwegingen om bij deze patiënt een klassiek antidepressivum voor te schrijven?

U kunt meerdere van onderstaande redenen aankruisen.

	Reden?
Weet ik niet, iemand anders heeft het recept uitgeschreven	<input type="checkbox"/>
Ik heb het advies in de NHG-standaard opgevolgd	<input type="checkbox"/>
Ik heb een andere richtlijn gevolgd	<input type="checkbox"/>
Behandelwijze is afgesproken in FTO	<input type="checkbox"/>
Ik schrijf zo goedkoop mogelijk voor	<input type="checkbox"/>
Patiënt heeft in verleden baat bij <u>dit</u> antidepressivum gehad	<input type="checkbox"/>
Dit antidepressivum heeft voor patiënt weinig bijwerkingen	<input type="checkbox"/>
Geleerd tijdens opleiding / nascholing	<input type="checkbox"/>
Effectiviteit van het middel	<input type="checkbox"/>

36. Waren er voor u nog andere overwegingen om aan deze patiënt een klassiek antidepressivum voor te schrijven? Zo ja, kunt u die hieronder kort toelichten?

---



---



---

37. Heeft u de overwegingen bij vraag 35 en 36 teruggevonden in uw EMD?

- Alle overwegingen teruggevonden in EMD
- De meeste teruggevonden in EMD
- De helft teruggevonden in EMD
- Enkele teruggevonden in EMD
- Geen enkele teruggevonden in EMD

Patiënt 3b nummer:				
Voorschrift	Datum Voorschrift	Diagnose bij voorschrift	Leeftijd	Geslacht

38. Kunt u bovenstaande gegevens terugvinden in uw EMD?
- Ja, alle gegevens kloppen.
  - Ja, maar één van de gegevens wijkt af namelijk: .....
  - Nee ..... ga door met vraag 43 (patiënt 4).

39. Heeft u bovenstaande voorschrift zelf uitgeschreven?
- Ja
  - Nee, namelijk:.....

40. Wat waren uw overwegingen om bij deze patiënt een SSRI voor te schrijven?  
U kunt meerdere van onderstaande redenen aankruisen.

	Reden?
Weet ik niet, iemand anders heeft het recept uitgeschreven	
Ik heb het advies in de NHG-standaard opgevolgd	<input type="checkbox"/>
Ik heb een andere richtlijn gevolgd	<input type="checkbox"/>
Behandelwijze is afgesproken in FTO	<input type="checkbox"/>
Geleerd tijdens opleiding / nascholing	<input type="checkbox"/>
Patiënt heeft in het verleden baat bij <u>dit</u> antidepressivum gehad	<input type="checkbox"/>
Dit antidepressivum heeft voor de patiënt weinig bijwerkingen	<input type="checkbox"/>
Gebruikersgemak is groot	<input type="checkbox"/>
Effectiviteit van het middel	<input type="checkbox"/>
Er waren contra-indicaties voor een klassiek antidepressivum	<input type="checkbox"/>
Er was sprake van een verhoogd suïciderisico	<input type="checkbox"/>
TCA had eerder geen effect	<input type="checkbox"/>
Patiënt is op oudere leeftijd	<input type="checkbox"/>
Met dit antidepressivum wordt een betere therapietrouw bereikt	<input type="checkbox"/>

41. Waren er voor u nog andere overwegingen om aan deze patiënt een SSRI voor te schrijven? Zo ja, kunt u die hieronder kort toelichten?

---



---



---

42. Heeft u de overwegingen bij vraag 40 en 41 teruggevonden in uw EMD?
- Alle overwegingen teruggevonden in EMD
  - De meeste teruggevonden in EMD
  - De helft teruggevonden in EMD
  - Enkele teruggevonden in EMD
  - Geen enkele teruggevonden in EMD

Patiënt 4 nummer:					
	Voorschrift	Datum Voorschrift	Diagnose bij voorschrift	Leeftijd	Geslacht
1.					
2.					

43. Kunt u bovenstaande gegevens terugvinden in het EMD?

- Ja, gegevens kloppen.  
 Ja, maar één van de gegevens wijkt af namelijk: .....  
 Nee

44. Heeft u bovenstaande voorschrift zelf uitgeschreven?

- Ja  
 Nee, namelijk:.....

45. Wat waren uw overwegingen om bij deze patiënt van antidepressivum te veranderen?  
U kunt meerdere van onderstaande redenen aankruisen.

	Reden?
Weet ik niet, iemand anders heeft het recept uitgeschreven	<input type="checkbox"/>
Het eerste antidepressivum was niet werkzaam bij patiënt	<input type="checkbox"/>
Patiënt heeft bij eerste middel teveel bijwerkingen	<input type="checkbox"/>
Klachten verergerden zodanig, dat er een kans op suïcide was	<input type="checkbox"/>
Afspraken binnen het FTO zijn veranderd	<input type="checkbox"/>
Patiënt wilde zelf overstappen vanwege bijwerkingen	<input type="checkbox"/>

46. Waren er voor u nog andere overwegingen om om bij de patiënt van antidepressivum te veranderen? Zo ja, kunt u die hieronder kort toelichten?

---



---



---

47. Heeft u de overwegingen bij vraag 45 en 46 teruggevonden in uw EMD?

- Alle overwegingen teruggevonden in EMD  
 De meeste teruggevonden in EMD  
 De helft teruggevonden in EMD  
 Enkele teruggevonden in EMD  
 Geen enkele teruggevonden in EMD

**Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst**



## **Bijlage 6: Resultaten van het onderzoek zoals verstuurd naar de deelnemers van de workshop**

### **Doelmatig voorschrijven van antidepressiva in de huisartsenpraktijk**

Een aantal voorlopige resultaten van het onderzoek - vertrouwelijk

#### *Aanleiding voor het onderzoek*

Antidepressiva worden veelvuldig gebruikt en het gebruik is de afgelopen jaren sterk gestegen (SFK, 2001, 2002). De stijging in het voorschrijven van antidepressiva komt vooral door een toename in het voorschrijven van zogenaamde specifieke serotonine heropnameremmers (SSRIs) en in veel mindere mate door het voorschrijven van de al langer op de markt zijnde tricyclische antidepressiva (TCAs). Momenteel is de SSRI paroxetine het meest voorgeschreven antidepressivum in de huisartspraktijk: 36% van alle recepten voor een antidepressivum vermeldt het betreffende middel (Van Dijk, 2002). Niet iedereen is overtuigd van het feit of het gebruik van antidepressiva in alle gevallen wel gewenst is (Stichting Pandora). Daarnaast zijn er in 2002 ook vragen uit de kamer gekomen over de ernstige bijwerkingen bij het gebruik van moderne antidepressiva, zoals verslaving, zelfmoordneigingen en het kwijtraken van remmingen. Minister de Geus van Volksgezondheid heeft hierop geantwoord dat het niet duidelijk is in hoeverre deze medicijnen terecht of onjuist worden voorgeschreven. Inzicht in de precieze redenen van voorschrijven van antidepressiva door huisartsen is derhalve van belang.

Hoe komt het dat antidepressiva veel vaker voorgeschreven worden dan een aantal jaren geleden? Een mogelijke reden is dat de diagnostiek bij depressies verbeterd is, waardoor artsen een depressie vaker onderkennen. Een andere mogelijke oorzaak is dat het indicatiegebied voor antidepressiva zich heeft verbreed. Indicaties voor antidepressiva zijn ernstige depressies en bepaalde vormen van angststoornissen. Antidepressiva worden ook voor andere indicaties voorgeschreven dan waarvoor zij zijn geregistreerd bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). De patiënt is steeds mondiger geworden en dit heeft mogelijk ook invloed op het voorschrijfgedrag van de huisarts.

Een belangrijke vraag is dan ook in hoeverre antidepressiva doelmatig voorgeschreven worden. Zijn er mensen die eigenlijk geen antidepressiva nodig hebben, maar deze wel krijgen (overbehandeling)?

En andersom, zijn er mensen die antidepressiva nodig hebben, maar deze niet krijgen (onder-behandeling)? Wanneer patiënten antidepressiva gebruiken doen ze dit dan in de juiste dosering en voor de juiste periode? En wanneer schrijven huisartsen antidepressiva voor, wat zijn voor hen redenen om dat te doen? Over deze vragen is nog niet veel bekend. Dit was voor het College voor Zorgverzekeringen aanleiding een onderzoek te laten uitvoeren naar de (on)doelmatigheid van voorschrijven van antidepressiva. In januari 2003 is dit onderzoek op het NIVEL van start gegaan, in samenwerking met de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK), UMC St Radboud. De vraagstellingen van onderzoek zijn:

- *In hoeverre worden antidepressiva in de eerste lijn doelmatig voorgeschreven?*
- *Welke overwegingen spelen een rol bij het voorschrijven van antidepressiva door huisartsen?*
- *Welke interventies zijn beschikbaar of dienen te worden ontwikkeld om doelmatig gebruik van antidepressiva te bevorderen?*

In deze bijlage presenteren we slechts enkele van de door ons gevonden resultaten.

## Methode

Voor het beantwoorden van de vraagstellingen in dit onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende databronnen en methoden:

1. **Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH):** dit is een registratienetwerk dat sinds 1996 bestaat. In 2002 namen 97 huisartspraktijken deel aan, in 2001 120 huisartspraktijken. Deze praktijken hebben samen ruim 400.000 ingeschreven patiënten. Huisartsen leggen niet alleen het voorgeschreven middel vast, maar ook de indicatie waarvoor is voorgeschreven, aan wie is voorgeschreven, datum van voorschrift, eerste of herhaalrecept en door wie is voorgeschreven (bijv. huisarts of assistente). Ook registreren zij de diagnose waarvoor patiënten op het spreekuur komen. Dit gebeurt volgens de International Classification of Primary Care-codering (ICPC). Op basis van deze gegevens kan bijvoorbeeld gekeken worden welke patiënten met een depressie of angststoornis zijn gediagnosticeerd en welke behandeling zij krijgen. Andersom kan gekeken worden aan welke patiënten (met welke diagnoses) antidepressiva worden voorgeschreven.
2. **Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk (NS2):** in 2001 hebben bij 104 huisartspraktijk (195 huisartsen) die al deelnamen aan LINH extra dataverzamelingen plaatsgevonden. Als onderdeel van de NS2 is bij 686 patiënten met of zonder een depressie en/of angststoornis volgens de DSM-IV gekeken welke diagnose de huisarts stelde.
3. **Open interviews:** Bij 22 niet-LINH huisartsen is een semi-gestructureerd interview afgenomen met als onderwerp de redenen en overwegingen die huisartsen hebben om wel of niet antidepressiva voor te schrijven of te kiezen voor een specifiek middel. Het interview was explorierend van aard en besloeg een groot aantal onderwerpen: de niet-medicamenteuze behandeling van depressie en angst, algemene kennis met betrekking tot antidepressiva, informatie zoeken (o.a. gebruik richtlijnen/formulieren) door de huisarts, diagnostiek en behandeling van twee concrete patiënten uit de praktijk, diagnostiek en behandeling van twee papieren voorbeeldpatiënten en mening over actuele voorschrijfcijfers.
4. **Case-controlonderzoek:** De meningen die naar voren zijn gekomen in de interviews zijn verwerkt in een zogenaamd case-control onderzoek. In het totaal hebben 75 LINH huisartsen voor negen van hun eigen patiënten aangegeven wat de redenen waren van het wel of niet voorschrijven. De patiënten zijn geselecteerd op basis van de LINH contact en prescriptie registratie uit 2002. Acht patiënten waren als volgt geselecteerd: bij vier patiënten was ondoelmatig voorgeschreven (de cases) terwijl bij vier andere, maar vergelijkbare patiënten doelmatig voorgeschreven was (de controles). Bij de negende patiënt was er sprake van een verandering in het voorgeschreven antidepressivum.

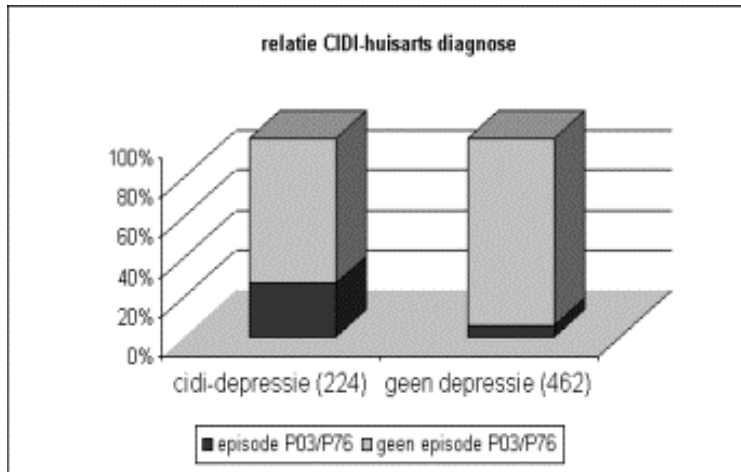
## Resultaten

### Onder- en overdiagnostiek van angst en depressie

Een juiste diagnose is de eerste stap in het doelmatig voorschrijven van antidepressiva. De mate van overeenkomst tussen een diagnose gesteld op basis van een gestandaardiseerd psychiatrisch interview (de CIDI) en de diagnose van de huisarts geeft een indruk van de mate van over- en onderdiagnostiek. Gekeken is of patiënten die volgens de CIDI in 2001 een depressie hadden door de huisarts in 2001 ook met een depressie zijn gediagnosticeerd. Figuur 1 laat zien dat volgens de CIDI 224 mensen een depressie hadden (eerste kolom). Bij ongeveer driekwart hiervan werd geen ziekte episode depressief gevoel (P03) of depressie (P76) teruggevonden in het medisch dossier. Wel kreeg een

deel van deze “niet-gediagnosticeerde” mensen antidepressiva voorgeschreven en/of hadden zij een andere indicatie voor psychische of sociale problemen.

Figuur 1

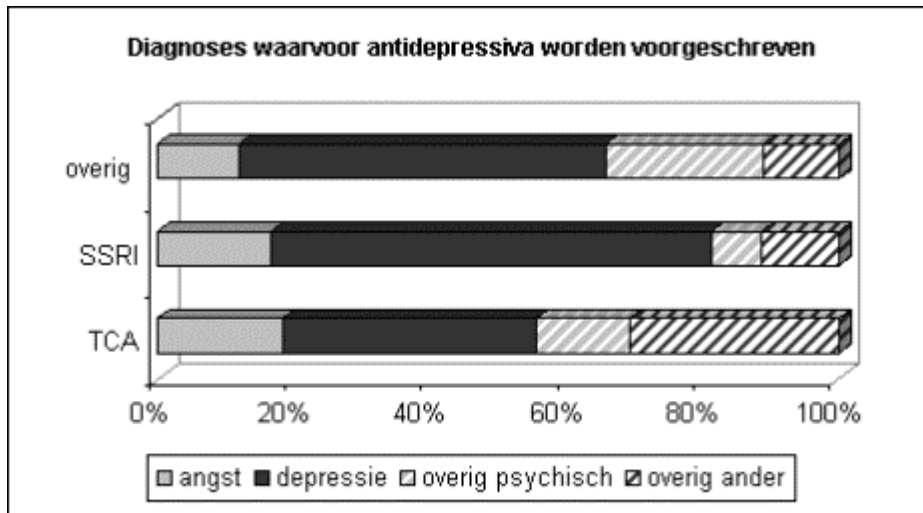


Toch wijzen de gegevens erop dat er sprake is van onderdiagnostiek van depressie in de huisartspraktijk. Hetzelfde geldt voor angststoornissen (niet in figuur) en zelfs nog in iets sterkere mate. De tweede kolom in figuur 1 laat zien dat van de 462 mensen die volgens de CIDI *geen* depressie hadden minder dan 6% is gediagnosticeerd met een depressie in de huisartspraktijk. Dit wijst erop dat overdiagnostiek in geringe mate voorkomt. Dit geldt ook voor angststoornissen.

### Indicaties bij het voorschrijven van antidepressiva

De indicaties waarvoor antidepressiva zijn voorgeschreven zijn weergegeven in figuur 2. De indicaties zijn verdeeld in angststoornissen (grijs gedeelte in de balk), depressie (zwart), overige psycho-sociale problematiek (wit-grijs gestreept) en overige diagnoses (wit-zwart gestreept). SSRI's lijken het meest “zuiver” te worden voorgeschreven dit wil zeggen voor de diagnoses waarvoor de middelen zijn geregistreerd: angst en depressie. Bij 70% van de recepten voor SSRI's is de indicatie depressie of angststoornis en 10% van de recepten zijn bedoeld voor een depressief of angstig gevoel. TCA's daarentegen worden in meer dan 20% van de gevallen voor aandoeningen voorgeschreven die niet psychisch van aard zijn. Het betreft hier vaak pijnbestrijding. De overige antidepressiva worden vergeleken met de SSRI's en TCA's vaker bij andere psychische problemen dan angst en depressie voorgeschreven.

Figuur 2



### Open interviews met huisartsen

Hieronder volgen enkele bevindingen die uit de open interviews met 22 huisartsen naar voren zijn gekomen. Deze zijn ondergebracht onder een aantal onderwerpen.

#### 1) Richtlijnen en formularia

Uit de interviews komt naar voren dat bijna alle huisartsen formularia/richtlijnen gebruiken bij het voorschrijven van antidepressiva, veelal gaat het om de NHG standaard en het Farmacotherapeutisch Kompas. Het EVS vinden de huisartsen nuttig, maar minder handig in het gebruik. Richtlijnen en formularia worden bij het voorschrijven van antidepressiva af en toe geraadpleegd. Huisartsen gebruiken minder vaak richtlijnen bij de diagnostiek dan bij de behandeling van depressie en angststoornissen. Bij de helft van de huisartsen zijn antidepressiva in het FTO aan de orde gekomen, maar er zijn geen bindende afspraken over het voorschrijven. Slechts een enkele huisarts raadpleegt wel eens de apotheker bij het voorschrijven van antidepressiva.

#### 2) Therapietrouw

Huisartsen zijn van mening dat de therapietrouw bij antidepressiva redelijk goed is en dat bijwerkingen aanwezig zijn maar niet frequent resulteren in het stoppen van het gebruik. Een aantal huisartsen gaf aan dat zij het idee hadden dat als patiënten willen stoppen zij dit in ieder geval met hun huisarts bespreken. Voorbeelden die huisartsen over individuele patiënten gaven maken duidelijk dat huisartsen niet altijd zicht hebben op de werkelijke therapietrouw. Zo kwam één patiënt op het bezoeken met de klacht dat het antidepressivum niet werkte. Na contact met de apotheek bleek het middel echter nooit te zijn opgehaald bij de apotheek. Eén huisarts vertelde het volgende over de therapietrouw: "Wat er kan gebeuren, dat heb je als huisarts niet in de gaten, dat je start met een antidepressivum en dat mensen na 2 weken of een maand niet meer komen. Patiënten kunnen uit je beeld verdwijnen zonder dat je er erg in hebt." Een andere huisarts die de therapietrouw als redelijk hoog beoordeelde zei tegelijkertijd: "Ik twijfel er nog wel eens aan of mensen het echt goed innemen, als mensen terugkomen en het heeft niet geholpen." De geïnterviewde huisartsen gaven aan dat na een eerste contact met de patiënt vaak een dubbelconsult volgt waarin de werking en bijwerkingen van antidepressiva worden

toegelicht. Meer dan de helft van de huisartsen noemden dat voorlichting, een goede argumentatie en het motiveren van de patiënt de therapietrouw bevorderen.

### 3) *Wil van de patiënt*

Klinische kenmerken worden vaker als reden genoemd om wel of niet antidepressiva voor te schrijven dan de wil van de patiënt. De wil van de patiënt bij de keuze voor een behandeling blijkt echter wel een belangrijke en veelal doorslaggevende rol te spelen. Dit geldt zowel bij de keuze om wel of niet voor te schrijven als bij de keuze van een specifiek middel.

### 4) *Kosten*

Bij de keuze voor een antidepressivum vormen de kosten van de verschillende middelen nauwelijks een overweging. Een citaat ter illustratie: “Ik ben apotheekhoudend huisarts en weet heel goed wat de middelen kosten. Bij andere middelen ben ik me bewust van de prijs, maar gek genoeg speelt dit bij antidepressiva voor mij geen enkele rol. Ik weet eigenlijk niet waarom.”. Een andere huisarts merkt op dat het niet makkelijk is om een TCA voor te schrijven: “Het is zo erg, en dat zeg ik met enige schaamte, dat je een TCA uitgebreid moet verkopen aan je patiënt. Mensen horen niet graag dat ze goedkope geneesmiddelen krijgen voorgeschreven. Dat is per definitie slecht en zeker als ze zelf de factuur daarvan krijgen, amitriptyline kost niks, dat kan nooit goed zijn.”. Er wordt zowel op stofnaam als merknaam voorgeschreven, maar in dit laatste geval zet meestal het EVS of de apotheek de merknaam om in stofnaam.

### 5) *GGZ/Riagg, psycholoog en psychiater*

Als de huisarts beslist om geen antidepressivum voor te schrijven aan een patiënt met een depressief gevoel, depressie of angststoornis dan volgt meestal een voorstel voor één of meerdere niet-medicamenteuze behandelingen. De helft van de patiënten wordt gevraagd terug te komen op het spreekuur voor (ondersteunende) gesprekken en eveneens wordt de helft van de patiënten verwezen naar het Riagg, een psycholoog of psychiater. Een enkele keer komt het voor dat huisartsen bij een depressie altijd antidepressiva voorschrijven en niet kiezen voor een niet-medicamenteuze therapie.

De ervaring van de huisarts met de organisatie van de GGZ/Riagg is divers en verschilt per praktijk/regio. Sommige huisartsen rapporteerden een goede samenwerking met het Riagg. Andere huisartsen gaven aan dat de intake weliswaar snel plaatsvindt bij de GGZ/Riagg, maar dat de wachttijd voor de werkelijke behandeling lang duurt. Huisartsen vinden het prettig om een persoonlijk en direct contact te hebben met de hulpverlener waarnaar zij doorverwijzen. Dit is veelal de reden voor het verwijzen naar een psycholoog of psychiater. Een meerderheid van de huisarts had overleg met de GGZ, psychiater of psycholoog over casuïstiek uit de praktijk. Structurele consultatie van bijvoorbeeld een psychiater of spv'er kwam niet veel voor.

### **Case-controlonderzoek**

Uit de open interviews met de huisartsen zijn redenen naar voren gekomen om wel of niet antidepressiva voor te schrijven. De overwegingen die huisartsen hebben zijn weergegeven in tabel 1. Bij concrete patiënten uit de praktijk hebben huisartsen aangegeven in hoeverre de gepresenteerde redenen een rol speelden bij het wel voorschrijven van antidepressiva (n=62) en het niet voorschrijven (n=36 huisartsen). Klinische kenmerken zoals ernst en duur van de klachten, effectiviteit van het middel en het feit dat de patiënt in het verleden baat heeft gehad bij een antidepressivum werden het vaakst genoemd als reden om antidepressiva voor te schrijven. Een vijfde van de patiënten vroeg zelf om een antidepressivum en een vergelijkbaar aantal patiënten kreeg een antidepressivum omdat er

geen effect werd verwacht van een niet-medicamenteuze behandeling. Het kwam nauwelijks voor dat een patiënt geen niet-medicamenteuze therapie wilde en daarom antidepressiva kreeg voorgeschreven. Bij het niet voorschrijven kwamen de volgende redenen vaak voor: huisarts verwacht weinig effect van medicamenteuze behandeling, exogene oorzaak van klachten en patiënt krijgt een niet-medicamenteuze behandeling. Een vijfde van de patiënten kreeg geen behandeling met antidepressiva omdat zij dit hadden geweigerd. Bij een vijfde van de patiënten werd weliswaar geen antidepressivum voorgeschreven voor hun klachten, maar wel een benzodiazepine of andere medicatie.

Tabel 1: Redenen om wel of niet antidepressiva voor te schrijven bij patiënten met een “nieuwe” diagnose depressie of angststoornis (absolute aantallen)

	Patiënten (n=62)		Patiënten (n=36)
Redenen van voorschrijven antidepressiva:		Redenen van niet voorschrijven antidepressiva:	
Weet ik niet, iemand anders heeft het recept uitgeschreven	8	Weet ik niet, iemand anders heeft de diagnose gesteld	3
Ernst van de klachten	38	Geringe ernst van de klachten	8
Duur van de klachten	39	Korte duur van de klachten	9
Effectiviteit van middel	27	Verwacht weinig effect van medicamenteuze behandeling	10
Endogene oorzaak van klachten	14	Exogene oorzaak van klachten	14
Voortzetting van behandeling gestart door andere behandelaar	16	Patiënt weigert medicamenteuze behandeling met antidepressiva	7
Patiënt heeft in het verleden baat bij antidepressivum gehad	27	Gekozen voor een behandeling met benzodiazepines	6
Patiënt heeft om antidepressivum gevraagd	12	Gekozen voor andere medicamenteuze behandeling dan benzodiazepines	2
Patiënt wil geen niet-medicamenteuze therapie	3	Patiënt krijgt een niet-medicamenteuze behandeling	16
Klinische voorgeschiedenis	17		
Ingrijpende gebeurtenissen uit verleden van patiënt	12		
Verwacht geen effect van niet-medicamenteuze behandeling	11		

## Bijlage 7: Lijst met afkortingen

ATC	: Anatomical Therapeutical Chemical
CBG	: College ter Beoordeling van Geneesmiddelen ( <a href="http://www.cbg-meb.nl">www.cbg-meb.nl</a> )
CIDI	: Composite International Diagnostic Interview
CMR	: Continue Morbiditeitsregistratie
CVZ	: College voor Zorgverzekeringen
DDD	: Daily Defined Dosis
DGV	: Nederlands Instituut voor verantwoord medicijngebruik ( <a href="http://www.medicijngebruik.nl">www.medicijngebruik.nl</a> )
EMD	: Elektronisch Medisch Dossier
EVS	: Elektronisch Voorschrijf Systeem
FTE	: Full Time Equivalent
FTO	: Farmaco Therapie Overleg
GAS	: Gegeneraliseerde angststoornis
GGZ	: Geestelijke Gezondheidszorg
GHQ	: General Health Questionnaire
GIP	: Geneesmiddelen Informatie Project
HIS	: Huisarts Informatie Systeem
HPK	: Handelsproductcode
ICPC	: International Classification of Primary Care
IGZ	: Inspectie voor de Gezondheidszorg
LHV	: Landelijke Huisartsenvereniging
LINH	: Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg ( <a href="http://www.linh.nl">www.linh.nl</a> )
MAO	: Monoamine oxidase remmers
NHG	: Nederlands Huisartsen Genootschap
NIVEL	: Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg ( <a href="http://www.nivel.nl">www.nivel.nl</a> )
NS-2	: Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk ( <a href="http://www.nivel.nl/nationalestudie">www.nivel.nl/nationalestudie</a> )
NSAID	: non-steroidal anti-inflammatory drug
OBS	: obsessief compulsieve stoornis
OTC	: Over the counter geneesmiddel (zelfzorggeneesmiddel)
SFK	: Stichting Farmaceutische Kengetallen ( <a href="http://www.sfk.nl">www.sfk.nl</a> )
SNRI	: Selectieve serotonine en noradrenaline heropname remmers
SPV-er	: Sociaal-psychiatrisch verpleegkundige
SSRI	: Selectieve serotonine heropname remmers
TCA	: Tricyclisch antidepressivum
VWS	: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ( <a href="http://www.minvws.nl">www.minvws.nl</a> )
WOK	: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit