Wanneer starten huisartsen antidepressiva?

Persoonlijke opvattingen en ervaringen van huisartsen

De Paepe Ruben, KU Leuven

Promotor: Prof. Dr. Jean-Marie Degryse, KU Leuven

Praktijkopleidster: Dr. Els Linskens

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Wanneer starten huisartsen antidepressiva? Persoonlijke opvattingen en ervaringen van huisartsen.

HAIO: Ruben De Paepe
Universiteit: KU Leuven
Promotor: Prof. Dr. Jean-Marie Degryse, KU Leuven
Praktijkopleidster: Dr. Els Linskens

Context: Het aantal antidepressiva voorschriften in Europa blijft toenemen. Het Europees gemiddelde in 2013 bedraagt 64,6 gemiddelde dagdosissen (in het Engels Definied Daily Doses of DDD) per 1000 inwoners/dag terwijl het gemiddelde in België 71 DDD per 1000 inwoners/dag is. Er heerst een tweestrijd waarbij er enerzijds te veel antidepressiva zouden voorgeschreven worden en anderzijds te weinig depressies worden vastgesteld. Huisartsen vinden de richtlijnen vaak niet bruikbaar in de praktijk om te bepalen of ze een antidepressivum starten of niet.

Onderzoeksvraag: Wanneer starten huisartsen antidepressiva? Wat zijn hierbij de persoonlijke opvattingen en ervaringen? In de literatuur werd er gezocht naar het correct gebruik van antidepressiva en het voorschrijfgedrag van de huisarts.

Methode (literatuur en registratiewijze): Als oriënterend onderzoek werden enkele belangrijke huisartsenrichtlijnen doornomen en werd de PubMed Database systematisch doorzocht.
Er werd een cross-sectioneel onderzoek uitgevoerd bij 104 West-Vlaamse huisartsen met behulp van een anonieme online enquête. Demografische variabelen zoals leeftijd en geslacht werden toegevoegd aan de vragenlijst.

Resultaten: Selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's) en depressie zijn beide verantwoordelijk voor 64% van alle antidepressiva voorschriften. Angststoornissen (13%), neuropathische pijn (11%), slaapstoornissen (8%) en in mindere mate rookstop (3%) zijn de andere opgegeven indicaties. Voor slaapstoornissen ontbreekt er echter duidelijke evidentie. Remissie wordt door 80 artsen als voornaamste reden aangehaald om te stoppen. Slechts zeven artsen stoppen het antidepressivum eerder dan zes maanden, nadien wordt er over gemiddeld 7,61 weken afgebouwd. Twee derde van de huisartsen passen hun antidepressiva beleid aan voor jongeren en ouderen. Geslacht ($r < 0,20$) en leeftijd ($0,20 < r < 0,40$) van de huisarts correleren nauwelijks tot eerder laag met de verschillende stellingen.

Conclusies: Uit deze studie blijkt dat huisartsen zelf een antidepressivum starten, meestal een SSRI, eerder op basis van hun buikgevoel en vooral in het kader van depressie. Hierbij handelen ze grotendeels conform de gangbare richtlijnen. Huisartsen hebben niet de perceptie dat ze vaker een antidepressivum starten bij ouderen in woonzorgcentra. Leeftijd en geslacht van de huisarts hebben slechts een beperkte invloed op het antidepressiva beleid.

ICPC-Code: P76 – Depressieve stoornis

Contact: Ruben-dp@hotmail.com

Voorwoord

Met dit voorwoord wil ik graag de kans grijpen om enkele mensen te bedanken die een bijdrage hebben geleverd aan het realiseren van deze masterproef.

Vooreerst gaat een woord van dank uit naar mijn promotor, Prof. Dr. Jean-Marie Degryse, voor het mogelijk maken van deze masterproef, het geven van tips en opmerkingen om deze masterproef tot een hoger niveau te brengen.

Graag wil ik mijn praktijkopleidster, Dr. Els Linskens bedanken. De voorbije twee jaar was ze altijd bereikbaar voor advies. Ze heeft mij klaargestoomd om als huisarts op eigen benen te staan.

Vervolgens wil ik graag Stefanie Duyck bedanken voor de statistische ondersteuning van dit wetenschappelijk onderzoek.

Tenslotte wil ik mijn ouders bedanken om mij de kans te geven om geneeskunde te studeren. Tijdens de negenjarige opleiding stonden ze altijd voor me klaar. Het is dankzij hen dat ik sta waar ik nu sta.

Inhoudstafel

1 ALGEMENE INLEIDING 5

2 METHODOLOGIE 6

2.1 VRAGENLIJSTEN 6
2.2 STUDIEPOPULATIE 6
2.3 STATISTISCHE ANALYSE 6

3 RESULTATEN 7

3.1 ALGEMEEN 7
3.2 STELLINGEN 7
3.3 ANTIDEPRESSIVUM 7
3.4 BELEID 8
3.5 INDICATIES 9
3.6 TIJDSBESTEDING 9
3.7 STOPPEN 10
3.8 OPSTART NIEUW ANTIDEPRESSIVUM 10
3.9 DEMOGRAFISCHE FACTOREN 10

4 DISCUSSIE 12

5 BESLUIT 15

6 REFERENTIES 16

7 BIJLAGEN 20

7.1 ORIËNTEREND LITERATUURONDERZOEK 20
7.1.1 INLEIDING 20
7.1.2 ANTIDEPRESSIVAGEBRUIK IN BELGIË 21
7.1.3 STIJGING ANTIDEPRESSIVA VERSUS TE WEINIG DEPRESSIES DIAGNOSTICEREN 21
7.1.4 ENKELE FACTOREN DIE INVLOED KUNNEN HEBBEN OP HET VOORSCHRIJFGEDRAG 22
7.1.5 INDICATIES ANTIDEPRESSIVA IN DE EERSTE LIJN 23
7.1.6 OPSTART 25
7.1.7 OPVOLGING 26
7.1.8 BEHANDELINGSDUUR 27
7.1.9 AFBOUW 27
7.1.10 JONGEREN 27
7.1.11 OUDEREN 27
7.2 DSM-5 CRITERIA DEPRESSIE 29
7.3 E-MAIL VRAGENLIJST 31
7.4 ENQUÊTE 32
7.5 GUNSTIG ADVIES ETHISCH COMITÉ 35
7.6 GOEDGEKEURD PROTOCOL 36

1 Algemene inleiding

Het aantal antidepressiva voorschriften in Europa blijft toenemen.[1-3] België behoort helaas tot de slechtere leerlingen van de klas. Het Europees gemiddelde in 2013 bedraagt 64,6 gemiddelde dagdosissen (in het Engels Definied Daily Doses of DDD) per 1000 inwoners/dag terwijl het gemiddelde in België 71 DDD per 1000 inwoners/dag is.[1]

Er heerst een tweestrijd waarbij er enerzijds te veel antidepressiva zouden voorgeschreven worden en anderzijds te weinig depressies worden vastgesteld. Nederlands onderzoek toont aan dat er voornamelijk een stijging is in de prevalentie van antidepressiva, terwijl de incidentie sinds de millenniumwisseling eerder afneemt.[2] Een grote Engelse studie kon aantonen dat de stijging van het aantal antidepressiva voornamelijk te verklaren is doordat meer patiënten hun antidepressiva langdurig innemen. [3] Sommigen wijten de toename van het aantal antidepressiva aan het te gemakkelijk en te lang voorschrijven ervan.[4] In België worden er teveel antidepressiva voorgeschreven bij patiënten met een milde of matige depressie.[5] Het effect van antidepressiva is vaak overschat, de grootste verbetering ten opzichte van placebo is voornamelijk te verwachten in de groep patiënten met een ernstige depressie.[6] Er dient anderzijds opgemerkt te worden dat depressie bij minstens de helft van de patiënten met significante depressieve symptomen niet vastgesteld wordt en ze bijgevolg ook geen behandeling krijgen.[7-9] Ruim 90% van de depressieve patiënten heeft immers ook een andere fysische of psychiatrische comorbiditeit.[10] Een meta-analyse toonde verder aan dat de meeste huisartsen depressie kunnen uitsluiten bij niet-depressieve patiënten, maar door de matige prevalentie van depressie zijn het aantal verkeerde diagnoses nog hoger dan de vele gemiste depressieve patiënten.[9]

Richtlijnen en Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5)-criteria[11] kunnen in theorie helpen om de diagnose van depressie te stellen, maar worden fel bekritiseerd. Huisartsen vinden ze vaak niet bruikbaar in de praktijk om te bepalen of ze een antidepressivum starten of niet.[12,13] Het is vaak moeilijk om een duidelijke drempel te vinden tussen normale reacties en pathologische symptomen. Huisartsen gaan daarom hun eigen manier ontwikkelen waarbij de achtergrond en de voorgeschiedenis van de patiënt, kleine tekens zoals herhaalde klachten van slapeloosheid en consultaties zonder duidelijke medische reden, ervaring en het buikgevoel van de arts een rol spelen.[12] Huisartsen ondervinden bovendien een weerstand tegen het starten en langdurig nemen van antidepressiva en stellen dat andere psychosociale factoren de kenmerken van een depressie of angststoornis kunnen beïnvloeden of doen maskeren.[13]

Het is dus niet altijd duidelijk voor de huisarts wanneer een antidepressivum moet gestart worden. Met dit gegeven in het achterhoofd dient de vraag gesteld te worden wat de beweegredenen zijn van huisartsen om antidepressiva op te starten, waarbij er aan de hand van een vragenlijst gepeild wordt naar de persoonlijke opvattingen en ervaringen met antidepressiva in de context van depressieve stoornissen.

2 Methodologie

2.1 Vragenlijsten

Om een beeld te krijgen wanneer huisartsen vandaag antidepressiva opstarten is er een anonieme online enquête opgesteld. Deze vragenlijst peilt naar de persoonlijke opvattingen en ervaringen met antidepressiva. Voorbeelden zijn: “Schrijft u vaker een antidepressivum voor in woonzorgcentra?”, “Welke drie antidepressiva schrijft u het meeste voor?“ en “Hoe snel ziet u een patiënt terug na de opstart van een antidepressivum?” Demografische variabelen zoals leeftijd en geslacht werden toegevoegd aan de vragenlijst. De doelstelling is om respons van een honderdtal artsen te behalen. Om veel ingevulde enquêtes terug te krijgen, is het aantal vragen beperkt. Er werd gezocht naar een manier om online een vragenlijst op te stellen om snel en anoniem veel respons te hebben. Uiteindelijk werd er gekozen om via enquetemaken.be de vragenlijst op te stellen. Vervolgens werd de link naar de enquête doorgestuurd naar verschillende West-Vlaamse artsen met een verklarende e-mail.

2.2 Studiepopulatie

Via een begeleide e-mail werden 408 huisartsen uitgenodigd om deel te nemen aan de anonieme online enquête. Alle 311 huisartsen van het wachtgebied Noord West-Vlaanderen (Brugge, Damme, Jabbeke, Oostkamp, De Haan, Blankenberge, Knokke-Heist, Zuienkerke en Zedelgem), 93 huisartsen van de huisartsenkring Ijzerstreek en Westkust (De Panne, Koksijde, Nieuwpoort, Middelkerke, Veurne, Diksmuide, Alveringem en Lo-Reninge) en vier huisartsen in Bredene werden op deze manier gecontacteerd.

2.3 Statistische analyse

De resultaten werden verwerkt met behulp van het statistisch programma SPSS versie 24. Met behulp van een partiële correlatie is nagegaan wat de invloed is van leeftijd en geslacht op de stellingen uit de vragenlijst, terwijl er gecorrigeerd werd voor respectievelijk geslacht en leeftijd. Stellingen waarvoor geslacht of leeftijd een partiële correlatie groter dan 0,20 had, zijn getoetst door respectievelijk een Student T-test en een lineaire regressie analyse.

3 Resultaten

3.1 Algemeen

In totaal zijn er 104 beantwoorde enquêtes ontvangen van de 408 aangeschreven artsen tussen 19 oktober 2016 en 28 november 2016. Dit onderzoek heeft een responsgraad van 25,49%. De onderzochte populatie bestaat voornamelijk uit mannelijke artsen die 58,65% van de enquêtes invulden. De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 44,46 jaar (standaarddeviatie (SD) 14,11). Twee vrouwelijke artsen hebben hun leeftijd niet ingevuld. De deelnemers waren vooral jonge vrouwen (gemiddeld 37,44 jaar (SD 10,97)) en oudere mannen (gemiddeld 50,58 jaar (SD 13,46)).

3.2 Stellingen

De artsen kregen zes stellingen die ze dienden te scoren tussen '1' (niet akkoord) tot en met '5' (helemaal akkoord). De respondenten zijn eerder neutraal (gemiddelde waarde 2,90 (SD 1,16)) over de veronderstelling dat ze vaker een antidepressivum schrijven indien de patiënt hier naar vraagt. De meerderheid geeft aan dat ze eerder akkoord (gemiddelde waarde 3,32 (SD 1,02)) zijn dat ze vaker een antidepressivum voorschrijven op basis van hun buikgevoel. Artsen zijn duidelijk niet akkoord (gemiddelde waarde 1,81 (SD 0,93)) dat ze vaker een antidepressivum zouden voorschrijven bij minder begaafden. De uitgangspunten dat ouderen (gemiddelde waarde 2,50 (SD 1,07)) en bewoners van een woonzorgcentra (gemiddelde waarde 2,20 (SD 1,01)) vaker medicamenteus behandeld worden voor depressie worden eerder ontkend. Gewoonlijk wordt er eerder geen scoretabel gebruikt om een antidepressivum op te starten (gemiddelde waarde 2,09 (SD 1,39)). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) criteria en de Beck Depression Inventory (BDI) zijn de frequentst opgegeven scorelijsten om een antidepressivum op te starten. Beide testen worden elk door tien artsen opgegeven. Een vijftal respondenten noteerden de Vier Dimensionale Klachten Lijst (4DKL), een drietal de Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) en een enkele arts de Patient Health Questionnaire-9 (PHQ9). Een zestal artsen gebruiken een niet-gevalideerde scoringswijze (op basis van ervaring, bijscholingen, individuele screening, een score van stemming tussen nul en tien, een score op symptomen die kenmerkend zijn of een zevental vragen waaronder interesse, energiepeil, gewicht, eetlust en gedachten aan de dood).

3.3 Antidepressivum

Selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) zijn met een gemiddelde waarde van 63,95% (SD 18,38) verantwoordelijk voor het leeuwendeel van de antidepressiva voorschriften (zie tabel 1). Selectieve noradrenalineheropnameremmers (SNRI's) komen met 13,14% (SD 11,72) op de tweede plaats terecht, gevolgd door antidepressiva direct werkend op de neuroreceptoren met 8,55% (SD 7,25) en de tricyclische antidepressiva (TCA's) met 7,37% (SD 7,13). De overige antidepressiva worden maar in een beperkte mate voorgeschreven. Op te merken valt dat de gemiddelde waarde van sint-janskruid sterk beïnvloed is door het heel hoge gebruik van één arts. Deze percentages zijn de gemiddelde waarde van 98 artsen die deze vraag correct ingevuld hebben.

Tabel 1: De verdeling van alle antidepressiva voorschriften over de verschillende antidepressiva klassen uitgedrukt in een percentage.

Antidepressivum klasse	Stofnaam (merknaam)	Gemiddeld (%) aantal antidepressiva voorschriften (SD)
Selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRI's)	Citalopram (Cipramil), Escitalopram (Sipralexa, Escidivule), Fluvoxamine (Floxyfral), Fluoxetine (Prozac, Fontex, Fluoxone), Paroxetine (Seroxat), Sertraline (Serlain)	63,95 (18,38)
Selectieve noradrenaline-heropnameremmers (NRI)	Reboxetine (Edronax)	1,16 (5,30)
Tricyclische antidepressiva en aanverwanten (TCA's)	Amitriptyline (Redomex), Clomipramine (Anafranil), Dosulepine (Prothiaden), Doxepine (Sinequan), Imipramine (Tofranil), Maprotiline (Ludiomil), Nortriptyline (Nortrilen)	7,37 (7,13).
Serotonine- en noradrenaline-heropnameremmers (SNRI's)	Duloxetine (Cymbalta), Venlafaxine (Efexor)	13,14 (11,72)
Noradrenaline- en dopamine-heropnameremmers (NDRI's)	Bupropion (Wellbutrin)	3,10 (4,88),
Mono-amine-oxidase-inhibitoren (MAOI's)	Fenelzine (Nardelzine), Moclobemide (Aurorix)	0,18 (1,08)
Antidepressiva direct werkend op de neuroreceptoren	Agomelatine (Valdoxan), Mianserine (Lerivon), Mirtazapine (Remergon), Trazodon (Nestrolan, Trazolan)	8,55 (7,25)
Sint-janskruid	Hyperiplant, Millepertuis Sint-janskruid Pierre Fabre Medicament, Milperinol, Zibrine	3,92 (10,42)

Als men kijkt naar de top drie voorgeschreven antidepressiva door de ondervraagde huisartsen, worden de volgende antidepressiva in aflopende hoeveelheid door minstens tien artsen opgegeven: escitalopram (64 artsen), sertraline (48 artsen), venlafaxine (42 artsen), citalopram (33 artsen), duloxetine (20 artsen), trazodon (20 artsen), paroxetine (16 artsen), mirtazapine (12 artsen) en amitriptyline (10 artsen).

3.4 Beleid

Negenenzestig ondervraagden (66%) hebben een ander antidepressiva beleid bij jongeren in vergelijking met volwassenen. Uit de gegeven toelichtingen blijkt dat de overgrote meerderheid terughoudender is om antidepressiva op te starten. Tweeëntwintig artsen verwijzen door en een achttal artsen start een SSRI.
Bij de oudere populatie zullen 65 huisartsen (63%) voor een andere aanpak kiezen. Er wordt vooral meer rekening gehouden met de nevenwerkingen, interacties en contra-indicaties. De artsen kiezen eerder voor een minder sederend antidepressivum waarbij vooral SSRI's type sertraline, citalopram of escitalopram aangehaald werden. Anderen geven aan minder vaak een antidepressivum voor te schrijven en voorzichtiger te doseren.

3.5 Indicaties

Uit tabel 2 blijkt dat depressie met gemiddeld 63,90% (SD 17,16) van de indicaties de hoofdreden is om een antidepressivum voor te schrijven. Angststoornissen (gemiddeld 13,28% (SD 9,87)), neuropathische pijn (gemiddeld 10,53% (SD 9,88)) en slaapstoornissen (gemiddeld 8,47% (SD 7,50)) zijn samen goed voor een derde van de voorschriften. Het aandeel van rookstop (gemiddeld 2,52% (SD 4,81)) en andere indicaties (gemiddeld 1,30% (SD 6,77)) zijn bijna verwaarloosbaar. Deze percentages zijn de gemiddelde waarde van slechts 73 artsen die deze vraag correct ingevuld hebben. Als andere indicaties werden chronische hoofdpijn zonder duidelijke organische oorzaak, obsessief compulsief gedrag en een combinatie van angst met surmenage opgegeven.

Tabel 2. De verdeling van alle antidepressiva voorschriften over de verschillende indicaties uitgedrukt in een percentage.

Indicatie	**Gemiddelde (%) (SD)**
Depressie	63,90 (17,16)
Angststoornissen	13,28 (9,87)
Neuropathische pijn	10,53 (9,88)
Slaapstoornissen	8,47 (7,50)
Rookstop	2,52 (4,81)
Andere	1,30 (6,77)

3.6 Tijdsbesteding

De ondervraagde artsen zien hun patiënt bij de opstart van een antidepressivum na gemiddeld 2,63 weken (SD 1,12) terug. In de helft van de gevallen was dit twee weken na de aanvang van de therapie. Een patiënt die een antidepressivum gebruikt wordt gemiddeld om de 6,43 weken (SD 3,88) teruggezien. Tijdens de eerste consultatie worden gemiddeld 27,09 minuten (SD 9,23) uitgetrokken, wat nadien bij de opvolgconsultaties zakt tot gemiddeld 20,48 minuten (SD 6,88). Bij een gunstig effect van het antidepressivum wordt dezelfde dosis gemiddeld 7,20 maanden (SD 2,93) aangehouden. De ruime meerderheid (66 artsen) geeft het geneesmiddel een half jaar door, een 15-tal artsen kiest voor een volledig jaar. Slechts zeven artsen stoppen de onderhoudsdosis eerder dan zes maanden. Een achttal artsen stelt dat er een verschil in gebruiksduur is tussen een eerste episode en een remissie. Als de stop in de winter zou vallen wordt er soms langer doorgegeven. De duur is verder afhankelijk van de motivatie, toestand van de patiënt, context, voorgeschiedenis, ernst van voorgaande depressie en of er begeleide psychotherapie is. Indien mogelijk moet er afgebouwd worden, soms is continue therapie nodig. Bij ouderen met depressie dient er negen maanden behandeld te worden en bij angststoornissen twaalf maanden. Bij onvoldoende effect van een zelfde dosis van een antidepressivum wordt dit na gemiddeld 5,74 weken (SD 2,35) aangepast. Een twaalftal artsen verandert eerder dan vier weken. Een arts merkt op dat hij bij angststoornissen en tricyclische antidepressiva een geleidelijke opbouw doet. Bij ernstige nevenwerkingen wordt er soms eerder gestopt. Een andere arts wacht bij volwassenen vier weken af en bij ouderen zes weken. De afbouw van een antidepressivum wordt gespreid over gemiddeld 7,61 weken (SD 4,08).

3.7 Stoppen

Artsen geven de volgende voornaamste redenen aan om te stoppen met antidepressiva: remissie (80 artsen), teveel bijwerkingen (24 artsen), op vraag van patiënt (14 artsen), in overleg met de patiënt (14 artsen) en onvoldoende beterschap (12 artsen) en een twijfelachtige diagnose (3 artsen). Een arts prefereert om te stoppen in de zomer.

3.8 Opstart nieuw antidepressivum

In gemiddeld 74,02% (SD 23,41) van de gevallen gaan huisartsen zelf het antidepressivum opstarten. De vraag naar het aantal patiënten in de huisartsenpraktijk die een antidepressivum nemen werd inadequaat beantwoord en bijgevolg geschrapt. Voor de ondervraagde artsen was het gemiddeld 4,06 weken (SD 4,98) geleden dat ze een antidepressivum opstartten. De laatste vraag bevraagt wat de argumenten waren om het laatst opgestarte antidepressivum voor te schrijven. Depressie was de hoofdreden in 64 van de gevallen. Bij minstens 25 artsen werd het beschreven als een majeure depressie, waarbij het in negen gevallen ging het om een recidief. Naast het onvoldoende werken van psychotherapie (negen gevallen) vormden het advies van de psycholoog (drie gevallen) en het weigeren van psychotherapie (twee gevallen) ook een reden om een voorschrift voor een antidepressivum af te leveren. Verder viel er een verandering van antidepressivum, een geval van postpartumdepressie en een van dysthymie op te merken. Slaapstoornissen in combinatie met depressieve klachten waren goed voor een 14-tal antidepressiva indicaties, terwijl angststoornissen en neuropathische pijn in respectievelijk twaalf en vier casussen opgegeven werden. Onder andere vormen van indicaties viel een geval van chronische hoofdpijn zonder organische oorzaak en een patiënt met prikkelbare darm syndroom die voorheen spasmomen kreeg van gastro-enterologen.

3.9 Demografische factoren

Partiële correlaties zijn berekend tussen leeftijd, geslacht en de verschillende stellingen (zie tabel 3). Geslacht correleert nauwelijks ($r < 0.20$) met de stellingen. De duur voorzien voor een opvolgconsultatie vormt hier een uitzondering op ($r = 0.30$). Leeftijd is eerder laag ($0.20 < r < 0.40$) gecorreleerd met de stellingen. Hieruit blijkt dat er een lage negatieve correlatie is tussen leeftijd enerzijds en het vaker voorschrijven van antidepressiva op vraag van de patiënt ($r = -0.37$), aan minderbegaafden ($r = -0.28$), een ander beleid bij jongeren in vergelijking met volwassenen ($r = -0.37$), een ander beleid bij ouderen in vergelijking met volwassenen ($r = -0.218$), voorziene tijd voor een opvolgconsultatie ($r = -0.24$) en het volgen van het buikgevoel ($r = -0.22$) anderzijds. Verder wordt er een lage positieve correlatie vastgesteld tussen leeftijd enerzijds en het zelf opstarten van een antidepressivum ($r = 0.49$) en het aantal weken tussen de opstart en de opvolgconsultatie ($r = 0.23$) anderzijds.
Een Student T-test toont aan dat vrouwen tijdens de opvolgconsultaties gemiddeld meer tijd (23,84 minuten) vrijmaken dan mannen (18,11 minuten) ($F(102) = 4.53$, $p = 0.036$). Lineaire regressie-analyses werden uitgevoerd met leeftijd en geslacht als predictoren en de verschillende stellingen als onafhankelijke variabele. De resultaten tonen aan dat oudere artsen minder vaak antidepressiva voorschrijven wanneer de patiënt hierom vraagt ($F(1,98) = 5.61$, $p = 0.004$) en aan minderbegaafden ($F(1,98) = 2.45$, $p = 0.041$) dan hun jongere collega's. Respondenten met een hogere leeftijd hanteren bovendien vaker hetzelfde beleid bij jongeren en volwassenen ($F(1,98) = 5.61$, $p = 0.004$) en starten vaker zelf een antidepressivum op ($F(1,98) = 10.8$, $p = 0.0001$) in vergelijking met de

jongere huisartsen. Laatstgenoemden zien hun patiënten sneller terug na de opstart van antidepressiva ($F(1,98) = 3.54$, $p = 0.035$) en voorzien meer tijd voor de opvolgconsultaties ($F(1,98) = 9.55$, $p = 0.042$) vergeleken met hun meer ervaren collega's.

Tabel 3: Partiële correlatie (r) van leeftijd en geslacht

Stellingen	Geslacht (r)	Leeftijd (r)
Vaker op vraag van patiënt?	-0.129	-0.374
Vaker via buikgevoel?	-0.097	-0.218
Vaker bij minder begaafden?	-0.128	-0.283
Vaker bij ouderen?	-0.048	-0.082
Vaker in woonzorgcentra?	-0.082	0.007
Gebruik scoretabel?	0.189	-0.019
Ander beleid bij jongeren?	-0.129	-0.374
Ander bij ouderen?	-0.097	-0.218
Tussentijd tot eerste opvolgconsultatie?	-0.071	0.232
Regelmaat opvolgconsultaties?	-0.164	-0.035
Duur eerste consultatie?	0.075	-0.122
Duur opvolgconsultatie?	0.302	-0.236
Duur zelfde dosis bij gunstig effect?	-0.103	-0.035
Duur zelfde dosis bij onvoldoende effect?	0.006	0.065
Afbouwtermijn?	-0.027	0.096
In hoeveel procent van de gevallen start u zelf antidepressiva op?	0.030	0.489
Hoe lang is het geleden dat u een antidepressivum opstartte?	0.098	0.059

Samenvattend kunnen we stellen dat vrouwelijke huisartsen meer tijd vrijmaken tijdens de opvolgconsultaties dan hun mannelijke beroepsgenoten. Jonge huisartsen zullen in vergelijking met hun oudere collega's sneller een opvolgconsultatie plannen en hier ook meer tijd voor nemen. Oudere huisartsen gaan hun antidepressiva beleid minder aanpassen bij de vraag naar antidepressiva door de patiënt, minder onderscheid maken tussen jongeren, volwassenen en minderbegaafden, en zijn zekerder om zelf het antidepressivum te starten in vergelijking met de jongere collega's.

4 Discussie

In dit onderzoek is er nagegaan wanneer huisartsen antidepressiva opstarten en wat hun huidige beleid is. Uit de bevindingen blijkt dat huisartsen zich bekwaam genoeg achten om zelf een antidepressivum te starten, die voornamelijk in het kader van depressie wordt voorgeschreven waarbij er meestal voor een SSRI (escitalopram of sertraline) of venlafaxine gekozen wordt. Ouderen die al dan niet in een woonzorgcentrum wonen, minder begaafden en in mindere mate de vraag van de patiënt naar een antidepressivum vormen geen criteria om sneller tot een antidepressivum over te gaan, wel gaan ze bij jongeren en ouderen een ander beleid toepassen en laten ze zich leiden door hun buikgevoel, waarbij scoretabellen vermeden worden. Huisartsen maken extra tijd vrij gedurende de eerste consultatie, zien de patiënt vrij regelmatig terug, laten het antidepressivum lang genoeg doornemen zowel bij onvoldoende als gunstig effect en bouwen traag af bij remissie van de klachten.

Als we kijken naar de stellingen kan er geen duidelijk besluit getrokken worden of de vraag van de patiënt naar een antidepressivum al dan niet een invloed heeft op het voorschrijfgedrag van de arts. Een Amerikaanse studie kon wel aantonen dat patiënten vaker een antidepressivum meekrijgen als ze er expliciet om vragen.[14] De resultaten van dit onderzoek beamen eerdere studies dat het buikgevoel van de arts een invloed heeft op het voorschrijfgedrag van de arts.[12,15] Een systematische review toonde aan dat gestructureerde vragenlijsten om de ernst van depressie te beoordelen geen toegevoegde waarde bieden aan de huisarts.[16] Echte scoretabellen hoeven dus niet gebruikt te worden om de diagnose van depressie te stellen en bij uitbreiding om antidepressiva op te starten, wat in lijn ligt met de aanbevelingen.[17,18]

De invloed van leeftijd en begaafdheid van de patiënt zijn ook bevraagd. Minder begaafde mensen krijgen volgens dit onderzoek niet meer antidepressiva voorgeschreven dan anderen. Dit staat in contrast met een studie uit Noorwegen die aantoonde dat huisartsen bij mensen die mentaal geretardeerd zijn tienmaal meer antidepressiva voorschrijven dan psychiaters.[19] De meerderheid van de respondenten heeft een andere aanpak bij jongeren in vergelijking met volwassenen. De huisartsen zijn bij adolescenten terughoudender om antidepressiva op te starten en zullen sneller doorverwijzen, wat ook het advies is van de Belgische richtlijn.[17] Ook bij 65-plussers is er een beleid die verschilt van volwassenen die niet tot deze categorie behoren. Bij ouderen wordt er, zoals aanbevolen door de huidige richtlijnen, meer rekening gehouden met bijwerkingen, interacties en contra-indicaties en gaat de voorkeur eerder naar een SSRI uit.[17,18] Deze voorzichtigere aanpak is nodig gezien de Belgische 65-plussers nog vaak antidepressiva voorgeschreven krijgen met anticholinergische nevenwerkingen die voor een verhoogd valrisico zorgen.[1] De ondervraagde huisartsen ontkennen dat er meer antidepressiva voorgeschreven worden bij ouderen en in woonzorgcentra. Deze bevindingen staan lijnrecht tegenover de cijfers van het KCE en het RIZIV die aantonen dat er net meer antidepressivagebruik is bij toenemende leeftijd van de patiënt en in het bijzonder bij rusthuisbewoners.[1,20]

De top vier voorgeschreven klassen van antidepressiva zijn in aflopende volgorde SSRI, SNRI, antidepressiva direct werkend op de neuroreceptoren en tricyclische antidepressiva. De RIZIV cijfers tonen een vergelijkbare volgorde, alleen komen antidepressiva direct werkend op de neuroreceptoren daar op plaats twee terecht en

SNRI op plaats drie.[18] De eerste keuze van de huisartsen is escitalopram gevolgd door sertraline en venlafaxine, die volgens de statistieken van het RIZIV uit 2015 ook het meest voorgeschreven worden door huisartsen, al is het aandeel van venlafaxine wel groter dan sertraline.[21] Deze top drie is door een recente systematische review met meta-analyse ook bewezen effectief bevonden voor de behandeling van depressie in de eerste lijn. Duloxetine en mirtazapine worden ook dikwijls genoemd, maar hun invloed op depressie is enkel in de tweede lijn bestudeerd en zijn daarom af te raden.[22] Als ook rekening gehouden wordt met de voorschriften van de specialisten verdwijnt sertraline uit de top drie en komt trazodon in de plaats.[20] Trazodon wordt vaak voorgeschreven en gebruikt voor indicaties waarvoor het geneesmiddel niet is geregistreerd zoals slaapstoornissen, maar de evidentie hiervoor is heel beperkt.[23]

Depressie vormt met twee derde van alle antidepressiva voorschriften van de ondervraagden de belangrijkste indicatie om dit geneesmiddel voor te schrijven. In vergelijking met Nederland is het percentage antidepressiva die voorgeschreven worden voor depressie daar onder de helft gezakt en winnen angststoornissen, neuropathische pijn en slaapstoornissen er meer aan belang in.[2] De laatste keer dat de respondenten een antidepressivum opstartten was in ruim de helft van de gevallen wegens een depressie. Uit de veelal beknopte argumenten die gegeven werden kon de ernst van de depressie niet altijd afgeleid worden, wat volgens de richtlijnen wel essentieel is om al dan niet een antidepressivum op te starten.[17,18,24] De aangehaalde ernstige depressies en dysthymie vormen een goeie indicatie om antidepressiva op te starten.[16-18,24]

Andere indicaties waar er onderzoek naar gebeurd is zijn angststoornissen, neuropathische pijn, slaapstoornissen en rookstop. Angststoornissen waarbij zelfhulp niet helpt, de patiënt ernstig afziet of een bijkomende psychische aandoening heeft, vormen volgens de richtlijnen een goede indicatie voor antidepressiva.[25-27] TCA en venlafaxine zijn effectief in de behandeling van neuropathische pijn.[28-31] De richtlijnen raden evenwel af om antidepressiva te gebruiken voor slaapstoornissen.[32-33] In dit onderzoek werd dit in een minderheid van de gevallen toch als indicatie opgegeven. Echter, wanneer de ondervraagde artsen voor het laatst een antidepressivum voor slaapstoornissen opstartten waren er ook steeds depressieve klachten aanwezig. In de literatuur is er wel een consensus om eventueel sedatieve antidepressiva te geven bij een slaapstoornis indien er gelijktijdig een angststoornis of depressie is, al dient daarmee primair de depressie of angststoornis behandeld te worden.[34] Voor rookstop is er evidentie voor bupropion en nortriptyline, hoewel de laatste niet officieel geregistreerd is als rookstopmiddel.[35-40] Als bijkomende indicatie werden chronische hoofdpijn zonder duidelijke organische oorzaak en prikkelbare darm syndroom opgegeven. In de literatuur is er enige evidentie voor venlafaxine en amitryptiline in de behandeling van migraine en spanningshoofdpijn. Voor prikkelbare darm syndroom kan in de tweede lijn een TCA en in de derde lijn een SSRI aangeboden worden al ontbreekt het aan evidentie.[41]

Wanneer we kijken naar de tijdsbesteding die artsen voor hun depressieve patiënten nemen, stellen we vast dat alle gemiddelde waarden hoger liggen dan dat de richtlijnen aanbevelen. Zo gaan de ondervraagde artsen langer wachten dan aangeraden om hun patiënt terug te zien na de eerste en daaropvolgende consultaties.[17,18,27] Vooral tijdens de eerste consultatie wordt er veel tijd genomen door de huisarts. Eerder onderzoek toont aan dat Belgische huisartsen gemiddeld een kwartier nemen per patiënt en de

consultatieduur langer wordt wanneer er een psychosociaal probleem is.[42] De onderhoudsdosis wordt bij gunstig effect gemiddeld iets langer doorgegeven dan de bij depressie aanbevolen minimumperiode van zes maanden, slechts zeven respondenten kozen voor een kortere periode. Bij onvoldoende respons wordt dezelfde dosis van een antidepressivum lang genoeg aangehouden vooraleer een aanpassing door te voeren, enkel de Britse richtlijnen zouden iets vroeger ingrijpen. De afbouwperiode van het antidepressivum is bijna dubbel zo lang dan dat de aanbevelingen nodig achten.[17,18,27]

De meeste huisartsen hebben in de maand voor de enquête een antidepressivum opgestart. Net als in Amerika stellen de ondervraagde huisartsen in drie vierde van de gevallen zelf de behandeling met een antidepressivum in.[43] We kunnen dus stellen dat de huisarts zoveel mogelijk zelf naar oplossingen zoekt in plaats van door te verwijzen. Ook het stoppen van de antidepressiva gebeurt in overleg met de huisarts, meestal wegens remissie van de klachten. De patiënt wordt betrokken bij het beslissingsproces en bij teveel bijwerkingen, onvoldoende beterschap of twijfel omtrent de diagnose zal het geneesmiddel eventueel gestaakt worden.

Als sterkte van dit onderzoek kan er aangehaald worden dat door de korte duur van de online enquête de doelstelling van honderd ingevulde enquêtes werd behaald. Uit de gecontacteerde wachtgebieden kreeg iedere huisarts de kans om deel te nemen aan het onderzoek. De artsen kregen de garantie dat alle gegevens anoniem verzameld werden. Zo konden ze vrijuit de vragen toetsen met hun beleid in de praktijk, die niet noodzakelijk hoeft overeen te komen met de richtlijnen.

Een beperking van dit onderzoek is dat slechts een vierde van de gecontacteerde artsen de enquête heeft ingevuld. Artsen die niet geïnteresseerd zijn in het topic of in enquêtes hebben vermoedelijk afgehaakt. De recentste richtlijn van Domus Medica kwam pas in februari 2017 uit, terwijl de enquête enkele maanden voor de verschijningsdatum werd afgenomen. De antwoorden van de ondervraagde artsen kunnen in de toekomst veranderen als ze de nieuwe richtlijn lezen. De open vraag naar de argumenten waarom er voor het laatst een antidepressivum werd opgestart werd eerder beknopt beantwoord, waardoor het moeilijk is om er conclusies uit te trekken.

De meeste opgegeven antwoorden komen overeen met de richtlijnen, wat impliceert dat de deelnemende artsen een goede kennis hebben van de laatste inzichten. In de veronderstelling dat de afgehaakte huisartsen minder op de hoogte zijn van de actuele evidentie, kan dit mogelijks een vertekend beeld zijn. Er is een opvallende tegenstelling tussen de objectieve cijfers van het RIZIV die aantonen dat rusthuispatiënten opvallend meer antidepressiva krijgen en de perceptie van de huisartsen. Waarom dit de ondervraagde huisartsen niet opvalt is niet direct duidelijk. Leeftijd en geslacht van de huisarts hebben volgens dit onderzoek slechts een beperkte invloed op het antidepressiva beleid.

In dit onderzoek werd aangetoond dat vrouwelijke huisartsen in vergelijking met hun mannelijke collega's meer tijd nemen voor de opvolgconsultaties. Een recente systematische review bevestigt dat vrouwen gemiddeld meer tijd spenderen met hun patiënt per consultatie.[44] Eerder Frans onderzoek kon een ander onderscheid aantonen, namelijk dat er minder snel antidepressiva voorgeschreven worden door vrouwelijke huisartsen. Zij corrigeerden naast leeftijd ook voor werkbelasting en locatie.[45] In

Schotland is het net andersom, daar worden er net meer antidepressiva voorgeschreven in groepspraktijken waar er meer vrouwelijke huisartsen werken.[46]

Oudere huisartsen zullen hun antidepressiva beleid in vergelijking met jongere huisartsen minder laten beïnvloeden als de patiënt er expliciet naar vraagt, als de patiënt minder begaafd of minderjarig is en starten vaker zelf het antidepressivum op. Hoe jonger de arts hoe sneller de patiënt na de opstart van een antidepressivum teruggezien wordt en hoe meer tijd er voorzien wordt tijdens de opvolgconsultaties. In de literatuur zijn er tegenstrijdige bevindingen over de invloed van de leeftijd van de huisarts op het voorschrijfgedrag. Een Schots onderzoek toont aan er minder antidepressiva voorgeschreven worden bij een toename van de leeftijd van de huisarts, terwijl uit een gelijkaardige Franse studie blijkt dat artsen jonger dan 40 het minst voorschrijven.[46,47]

5 Besluit

Uit deze studie blijkt dat huisartsen zelf een antidepressivum starten, meestal een SSRI, eerder op basis van hun buikgevoel en vooral in het kader van depressie. Hierbij handelen ze grotendeels conform de gangbare richtlijnen. Huisartsen hebben niet de perceptie dat ze vaker een antidepressivum starten bij ouderen in woonzorgcentra. Leeftijd en geslacht van de huisarts hebben slechts een beperkte invloed op het antidepressiva beleid.

6 Referenties

1. Vrijens F, Renard F, Camberlin C, et al. De performantie van het Belgische gezondheidssysteem. Rapport 2015. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2015. p. 88.
2. Noordam R, Aarts N, Verhamme KM, et al. Prescription and indication trends of antidepressant drugs in the Netherlands between 1996 and 2012: a dynamic population-based study. Eur J Clin Pharmacol 2015; 71: 369-75.
3. Moore M, Yuen HM, Dunn N, et al. Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. Bmj 2009; 339: b3999.
4. Spence D. Are antidepressants overprescribed? Yes. BMJ 2013; 346: f191.
5. Boffin N, Bossuyt N, Declercq T, et al. Incidence, patient characteristics and treatment initiated for GP-diagnosed depression in general practice: results of a 1-year nationwide surveillance study. Family practice 2012; 29: 678-687.
6. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. JAMA 2010; 303: 47-53.
7. Cameron IM, Lawton K, Reid IC. Appropriateness of antidepressant prescribing: an observational study in a Scottish primary-care setting. Br J Gen Pract 2009; 59: 644-649.
8. Kamphuis MH, Stegenga BT, Zuithoff NP, et al. Does recognition of depression in primary care affect outcome? The PREDICT-NL study. Family practice 2012; 29: 16-23.
9. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. The Lancet 2009; 374: 609-619.
10. Vuorilehto M, Melartin T, Isometsä E. Depressive disorders in primary care: recurrent, chronic, and co-morbid. Psychological medicine 2005; 35: 673-682.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association; 2013. p. 991.
12. Mercier A, Auger-Aubin I, Lebeau JP, et al. Understanding the prescription of antidepressants: a qualitative study among French GPs. BMC Family Practice 2011; 12: 99.
13. van Rijswijk E, van Hout H, van de Lisdonk E, et al. Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study. BMC Family Practice 2009; 10: 52.
14. Tentler A, Silberman J, Paterniti DA, et al. Factors affecting physicians' responses to patients' requests for antidepressants: focus group study. Journal of general internal medicine 2008; 23: 51-57.
15. Stolper E, van Bokhoven M, Houben P, et al. The diagnostic role of gut feelings in general practice A focus group study of the concept and its determinants. BMC family practice 2009; 10: 17.
16. Shaw E, Sutcliffe D, Lacey T, Stokes T. Assessing depression severity using the UK Quality and Outcomes Framework depression indicators: a systematic review. Br J Gen Pract 2013; 63: e309-e317.
17. Declercq T, Habraken H, van den Ameele H, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Depressie bij volwassenen. Antwerpen: Domus Medica vzw; 2017. p. 88.

18. Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012; 55: 252-259
19. Holden B, Gitlesen JP. Psychotropic medication in adults with mental retardation: prevalence, and prescription practices. Research in developmental disabilities 2004; 25: 509-521.
20. Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Infospot - De antidepressiva - April - Mei - Juni 2014. Brussel: J. De Cock; 2014. p. 11.
21. Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Voorschriften van de erkende huisartsen (kwal. 003+004) Ambulante sector - Jaar 2015. Brussel: J. De Cock; 2015. p. 5.
22. Ng CWM, How CH, Ng YP. Major depression in primary care: making the diagnosis. Singapore Medical Journal 2016; 57: 591-597.
23. KHOUZAM HR. A review of trazodone use in psychiatric and medical conditions. Postgraduate medicine 2017; 129: 140-148.
24. National Institute for Health and Care Excellence. Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). Leicester: British Psychological Society; 2010. p. 1.179.
25. Hassink-Franke L, Terluin B, van Heest F, et al. NHG-Standaard Angst (tweede herziening). Internet site Nederlands Huisartsen Genootschap 2012. Beschikbaar via: https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-angst. Geraadpleegd op 2017 april 1.
26. National Institute for Health and Clinical Excellence. Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalised anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care. Internet site National Institute for Health and Clinical Excellence 2011. Beschikbaar via: https://www.nice.org.uk/guidance/cg113. Geraadpleegd op: 2017 maart 1.
27. National Institute for Health and Clinical Excellence. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. Internet site National Institute for Health and Clinical Excellence 2013. Beschikbaar via: https://www.nice.org.uk/Guidance/CG159. Geraadpleegd op: 2017 maart 1.
28. Saarto T, Wiffen PJ. Antidepressants for neuropathic pain: a Cochrane review. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry 2010; 81: 1372-1373.
29. De Jong L, Janssen PGH, Keizer D, et al. NHG-Standaard Pijn. Huisarts Wet 2015; 58: 472- 485.
30. National Institute for Health and Clinical Excellence. Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings. Internet site National Institute for Health and Clinical Excellence 2017. Beschikbaar via: https://www.nice.org.uk/guidance/CG173. Geraadpleegd op: 2017 april 14.
31. Koeck PH, Bastiaens H, Benhalima K, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Diabetes mellitus type 2. Antwerpen: Domus Medica; 2015. p. 110.
32. Declercq T, Rogiers R, Habraken H, et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn. Huisarts Nu 2005; 34: 346-371.
33. Knuistingh Neven A, Lucassen PLBJ, Bonsema K, et al. NHG-werkgroep Slaapproblemen en slaapmiddelen. Huisarts Wet 2014; 57: 352-361.
34. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, et al. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. J Clin Sleep Med 2008; 4: 487–504.

35. Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. Cochrane Database Syst Rev 2013; 31: CD009329.
36. Chavannes NH, Kaper J, Frijling BD, et al. NHG-Standaard Stoppen met roken. Huisarts Wet 2007; 50: 306-314.
37. Van den Bruel A, Cleemput I, Van Linden A, et al. Effectiviteit en kosten-effectiviteit van behandelingen voor rookstop. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE); 2004 p. 134.
38. National Institute for Health and Clinical Excellence. Stop smoking services. London: National Institute for Health and Care Excellence. Internet site National Institute for Health and Clinical Excellence 2013. Beschikbaar via: https://www.nice.org.uk/guidance/PH10. Geraadpleegd op: 2017 maart 1
39. Gailly. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: stoppen met roken. Huisarts Nu 2006; 35: 395-425.
40. Hoengenaert JP. Opvolgrapport Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Stoppen met roken (vierde opvolgrapport, januari 2013). Huisarts Nu 2013; 42: 5.
41. Mercier A, Auger-Aubin I, Lebeau JP, et al. Evidence of prescription of antidepressants for non-psychiatric conditions in primary care: an analysis of guidelines and systematic reviews. BMC family practice 2013; 14: 55.
42. Deveugele M, Derese A, Van den BrinkMuinen A, et al. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. BMJ 2002; 325: 472.
43. Mojtabai R, Olfson M. National patterns in antidepressant treatment by psychiatrists and general medical providers: results from the national comorbidity survey replication. J Clin Psychiatry 2008; 69: 1064–1074.
44. Hedden L, Barer ML, Cardiff K., et al. The implications of the feminization of the primary care physician workforce on service supply: a systematic review. Human resources for health 2014; 12: 32.
45. Dumesnil H, Cortaredona S, Verdoux H, et al. General Practitioners' Choices and Their Determinants When Starting Treatment for Major Depression: A Cross Sectional, Randomized Case-Vignette Survey. PLoS ONE 2012; 7: e52429.
46. Morrison J, Anderson MJ, Sutton M, et al. Factors influencing variation in prescribing of antidepressants by general practices in Scotland. Br J Gen Pract 2009; 59: e25-e31.
47. Mercier A, Benichou J, Auger-Aubin I, et al. How do GP practices and patient characteristics influence the prescription of antidepressants? A cross-sectional study. Ann Gen Psychiatry 2015;14: 3.
48. Vermeylen M, Hans G, Beyers H, et al. Farmaceutische kengetallen farmaceutische verstrekkingen ambulante praktijk 2014. Brussel: J. De Cock, Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering; 2015. p. 54
49. Mojtabai R, Olfson M. National patterns in antidepressant treatment by psychiatrists and general medical providers: results from the national comorbidity survey replication. J Clin Psychiatry 2008; 69:1064–1074.
50. Bauer M, Monz BU, Montejo AL, et al. Prescribing patterns of antidepressants in Europe: results from the Factors Influencing Depression Endpoints Research (FINDER) study. European Psychiatry 2008; 23: 66-73.
51. Gaboda D, Lucas J, Siegel M, et al. No longer undertreated? Depression diagnosis and antidepressant therapy in elderly long‐stay nursing home residents, 1999 to 2007. Journal of the American Geriatrics Society 2011; 59: 673-680.

52. Barbui C, Cipriani A, Patel V, et al. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. The British Journal of Psychiatry 2011; 198: 11-16.
53. Levkovitz Y, Tedeschini E, Papakostas G. Efficacy of antidepressants for dysthymia: A meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. J Clin Psychiatry 2011; 72:,509-514.
54. Arroll B, Elley CR, Fishman T, et al. Antidepressants versus placebo for depression in primary care. Cochrane Database Syst Rev Online 2009; 3: CD007954.
55. Arroll B, Chin WY, Martis W, et al. Antidepressants for treatment of depression in primary care: a systematic review and meta-analysis. Journal of Primary Health Care 2016; 8: 325-334.
56. Arroll B, Elley CR, Fishman T, et al. Antidepressants versus placebo for depression in primary care. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009; 3: CD007954.
57. Schueler YB, Koesters M, Wieseler B, et al. A systematic review of duloxetine and venlafaxine in major depression, including unpublished data. Acta Psy- chiatr Scand 2011; 123: 247-65.
58. Farmaka. Majeure depressie. Formularium Ouderenzorg 2015. Beschikbaar via: https://www.farmaka.be/nl/formularium/165#main. Geraadpleegd 2017 april 14.
59. Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie. Verlenging van het QT-interval en torsades de pointes door geneesmiddelen. Folia Pharmacotherapeutica 2012. Beschikbaar via: http://www.bcfi.be/nl/articles/2058?folia=2040&matches=citalopram%7Cescitalopram. Geraadpleegd: 2017 april 14.
60. Hopkins K, Crosland P, Elliott N, Bewley S. Diagnosis and management of depression in children and young people: summary of updated NICE guidance. British journal of sports medicine 2016; 50: 184-186.
61. Fitch K, Molnar FJ, Power B, et al. Antidepressant use in older people: family physicians' knowledge, attitudes, and practices. Canadian Family Physician 2005; 51: 80-81.

7 Bijlagen

7.1 Oriënterend literatuuronderzoek

7.1.1 Inleiding

7.1.1.1 Vraagstelling

De vraagstelling voor de literatuurstudie is: wanneer starten huisartsen een antidepressivum op? Hierbij worden de volgende zaken nagegaan:
- Wat is het voorschrijfgedrag van antidepressiva in België?
- Wat vertellen de richtlijnen over antidepressiva?
- Wat is het antidepressivumbeleid bij de huisarts?

7.1.1.2 Doelstelling

Het doel is om in de literatuur en richtlijnen na te gaan wanneer een antidepressivum dient voorgeschreven te worden en wat het huidige voorschrijfgedrag onder de huisartsen is.

7.1.1.3 Zoekstrategie

Als oriënterend onderzoek werden enkele belangrijke huisartsenrichtlijnen met betrekking tot depressieve stoornissen en andere indicaties voor antidepressiva geraadpleegd, met name de aanbevelingen van Domus Medica, de richtlijnen van The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Een eerste zoekactie via de database PubMed gebeurde met de volgende zoektermen: 'indication', 'antidepressive agents' en 'primary care'. Dit leverde 39 zoekresultaten op. Dit aantal werd met een bijkomende filter (gepubliceerd laatste 5 jaar) gereduceerd tot 17 artikels. Het recente artikel 'Prescription and indication trends of antidepressant drugs in the Netherlands between 1996 and 2012: a dynamic population-based study' kadert binnen de onderzoeksvraag van deze masterproef. De referentielijst en citaties van dit artikel werd gebruikt om bijkomende te inzichten te verwerven.
Bij een tweede zoekactie via de PubMed database werden de volgende MESH termen gebruikt: 'antidepressive agents' en 'general practitioners'. Dit leverde 34 zoekresultaten op. Hierbij werden twee artikels weerhouden. 'General practitioners' choices and their determinants when starting treatment for major depression: a cross sectional, randomized case-vignette survey' en 'Understanding the prescription of antidepressants: a Qualitative study among French GPs'. Via de bronnenlijst en citaties in recentere artikels werden bijkomende bronnen gevonden.

Voor het bespreken van het voorschrijfgedrag in België werd er gezocht in de documenten van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de rapporten van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) die online beschikbaar zijn.

7.1.2 Antidepressivagebruik in België

Het aantal antidepressiva voorschriften in Europa blijft toenemen.[1-3] Het Europees gemiddelde bedraagt 64,6 gemiddelde dagdosissen (in het Engels Definied Daily Doses of DDD) per 1000 inwoners/dag. Het gemiddelde in België bedraagt zelfs 71 DDD per 1000 inwoners/dag. Als men kijkt naar de verdeling over de regio's blijkt dat Wallonië koploper is met 88,1 DDD per 1000 inwoners/dag, gevolgd door Vlaanderen met 65,1 DDD per 1000 inwoners/dag en Brussel 54,7 DDD per 1000 inwoners/dag. Een verschil in demografische en sociaal-economische factoren kunnen mogelijk aan de basis liggen voor dit onderscheid, al dient dit verder bestudeerd te worden.[1] De voorbije jaren is er wel een beginnende stagnatie van het aantal volwassenen die antidepressiva nemen te zien. In 2006 kregen 1,03 miljoen[48] (12,3%)[1] van de volwassen Belgen antidepressiva voorgeschreven, in 2008 was er een stijging tot 1,13 miljoen[48] (13,3%)[1], in 2013 steeg dit aantal tot 1,18 miljoen[48] (13,4%)[1]. Ook in Amerika is er een hoog percentage (10,5%) van de bevolking die antidepressiva nemen, waar bovendien 73,6% van de antidepressiva voorgeschreven worden door de huisarts.[49] Opvallend is dat ruim een vijfde van de Belgen in 2014 slechts één voorschrift heeft binnengebracht in de apotheek.[1] De helft van de volwassenen staakt zelfs binnen de drie maanden het gebruik van een antidepressivum.[48]

Uit een grote prospectieve observationele studie in twaalf Europese landen blijkt dat 63,3% van de depressieve mensen die hiervoor medicamenteus behandeld wordt in 2005 een SSRI kreeg. Op de tweede plaats staan de SNRI's.[50] In dezelfde periode in België werd bij 65,7% van de gevallen een SSRI en bij 13% een SNRI voorgeschreven. Het absolute aantal patiënten die een SSRI gebruikt bleef stabiel over de periode 2005 tot 2012, maar in verhouding tot het stijgende aantal mensen die antidepressiva nemen zakte het percentage personen die behandeld worden met een SSRI naar 57,4% in 2012.[20] Het aantal SSRI voorschriften is in dezelfde periode wel met ongeveer 30% toegenomen.[48] Dit betekent dus dat de patiënten die behandeld worden met een SSRI hun antidepressivum langer nemen dan voorheen. De stijging van het aantal antidepressiva is hoofdzakelijk het gevolg van de introductie van duloxetine in 2006. Het gebruik van SNRI's is hierdoor sterk gestegen tot 20,1% van alle personen die antidepressiva nemen in 2012. Net als bij de SSRI's blijft het aantal patiënten die met een tricyclische antidepressivum over die periode behandeld wordt stabiel, maar hun percentage daalde door de opkomst van de SNRI's van 16,8% in 2005 naar 15% in 2012. In België worden de meeste patiënten behandeld met escitalopram, trazodon of venlafaxine.[20]

7.1.3 Stijging antidepressiva versus te weinig depressies diagnosticeren

Er heerst een tweestrijd waarbij er enerzijds te veel antidepressiva zouden voorgeschreven worden en anderzijds te weinig depressies worden vastgesteld. Nederlands onderzoek toont aan dat er voornamelijk een stijging is in de prevalentie van antidepressiva, terwijl de incidentie sinds de millenniumwisseling eerder afneemt.[2] Een grote Engelse studie kon aantonen dat de stijging van het aantal antidepressiva voornamelijk te verklaren is doordat meer patiënten hun antidepressiva langdurig innemen.[3] Sommigen wijten de toename van het aantal antidepressiva aan het te gemakkelijk en te lang voorschrijven ervan.[4] In België worden er teveel antidepressiva voorgeschreven bij patiënten met een milde of matige depressie.[5] Het effect van antidepressiva is vaak overschat, de grootste verbetering ten opzichte van placebo is voornamelijk te verwachten in de groep patiënten met een ernstige depressie.[6] Er dient anderzijds opgemerkt te worden dat depressie bij minstens de helft van de patiënten

met significante depressieve symptomen niet vastgesteld wordt en ze bijgevolg ook geen behandeling krijgen.[7-9] Ruim 90% van de depressieve patiënten heeft immers ook een andere fysische of psychiatrische comorbiditeit.[10] Een meta-analyse toonde verder aan dat de meeste huisartsen depressie kunnen uitsluiten bij niet-depressieve patiënten, maar door de matige prevalentie van depressie zijn het aantal verkeerde diagnoses nog hoger dan de vele gemiste depressieve patiënten.[9]

7.1.4 Enkele factoren die invloed kunnen hebben op het voorschrijfgedrag

7.1.4.1 Geslacht arts

Vrouwelijke huisartsen schrijven volgens een Frans onderzoek minder snel antidepressiva voor dan hun mannelijke collega's.[45] Uit een Schotse studie blijkt er net een positieve correlatie tussen het aantal vrouwelijke huisartsen in een praktijk en het aantal antidepressiva voorschriften te bestaan.[46]

7.1.4.2 Leeftijd arts

Een Schots cross-sectioneel onderzoek toont aan dat er een negatieve correlatie is tussen het aantal antidepressiva voorschriften en de leeftijd van de huisarts.[46] Terwijl uit een gelijkaardige Franse studie blijkt dat oudere huisartsen (vooral de groep tussen 40 en 59 jaar) net meer antidepressiva voorschrijven dan jongere artsen.[47]

7.1.4.3 Op vraag van de patiënt

Wanneer de patiënt om een antidepressivum vraagt is de kans iets groter dat hij ook effectief een voorschrift meekrijgt. In deze Amerikaanse studie wordt er door de onderzochte artsen als reden aangehaald dat het beter is om te veel te behandelen dan een depressieve persoon te missen, het belangrijk kan om een goede arts-patiënt relatie op te bouwen, de bijwerkingen meevallen en er altijd kan gestopt worden als de patiënt er niet beter van wordt.[14]

7.1.4.4 Buikgevoel

Huisartsen ontwikkelen hun eigen manier om depressie te diagnosticeren op basis van hun buikgevoel, contextuele problemen en kennis van de patiënt.[12] Het buikgevoel speelt een belangrijke rol in de dagelijkse praktijk van de huisarts en de meerderheid vertrouwt er ook op.[15]

7.1.4.5 Minder begaafden

Een studie uit Noorwegen toont aan dat mensen die bewezen mentaal geretardeerd zijn in 10,9% van de gevallen antidepressiva krijgen, vooral wegens depressie maar ook voor niet specifieke indicaties zoals automutilatie en agressie. Opvallend is wel dat huisartsen bij deze patiënten tienmaal meer antidepressiva voorschrijven dan psychiaters.[19]

7.1.4.6 Ouderen en woonzorgcentra

Er is een positieve correlatie tussen het aantal antidepressiva voorschriften en de leeftijd van de patiënt.[1,20] Vooral 65-plussers die extra zorgen krijgen thuis (37,4%) en in een rust- en verzorgingstehuis of woonzorgcentrum (47%) verblijven krijgen opvallend meer antidepressiva dan ouderen die niet tot deze categorieën behoren (16,6%).[1] Een Amerikaanse studie bevestigt het hoge aantal antidepressiva voorschriften in rust- en verzorgingstehuizen, waar 51,8% van de bewoners depressief zijn en 82,8% hiervoor een antidepressivum krijgt.[51]

7.1.4.7 Gebruik scoretabel

Richtlijnen en DSM-criteria kunnen in theorie helpen maar worden fel bekritiseerd. Huisartsen vinden ze vaak niet bruikbaar in de praktijk om te bepalen of ze een antidepressivum starten of niet.[12,13] Een systematische review toont aan dat gestructureerde vragenlijsten om de ernst van depressie te beoordelen niet nuttig zijn voor de huisarts.[16] Domus Medica adviseert de ernst te beoordelen aan de hand van de lijdensdruk, de invloed op het dagelijks functioneren, de weerbaarheid versus voorbeschikkende factoren en de aanwezigheid van steun in de omgeving van de patiënt.[17] NHG stelt dat een vragenlijst nuttig kan zijn bij het bevragen van de psychische klachten, maar niet om de diagnose depressie te stellen.[18]

7.1.5 Indicaties antidepressiva in de eerste lijn

7.1.5.1 Algemeen

Huisartsen schrijven meestal antidepressiva voor de klassieke indicaties zoals depressie, angststoornissen en neuropathische pijn voor, maar vaak worden combinaties van fysische en psychische problemen als reden opgegeven.[12] Nederlands onderzoek toont aan dat depressie nog steeds voor het leeuwendeel van de antidepressiva indicaties verantwoordelijk is, maar dit aandeel neemt wel af. In 1996 werd depressie in 65% van de gevallen als reden opgegeven, in 2012 slechts 47%. Neuropathische pijn, angststoornissen en slaapstoornissen worden in toenemende mate behandeld met antidepressiva.[2]

7.1.5.2 Depressie

Bij milde en matige depressie, ingedeeld volgens de DSM-5-criteria (zie bijlage), is er een minimaal effect tot geen effect van antidepressiva.[6,52] Langdurige depressieve symptomen die meer dan twee jaar duren of dysthymie vormen hierop een uitzondering.[53] Antidepressiva zijn vooral efficiënt gebleken bij ernstige depressies.[6] De richtlijnen raden bijgevolg aan om bij dysthymie of ernstige depressie medicamenteus te behandelen. Bij milde en matige depressie worden antidepressiva gewoonlijk afgeraden.[17,18,24] NICE en Domus Medica bevelen bij ernstige depressie aan om antidepressiva te combineren met psychotherapie.[17,24] NHG daarentegen adviseert om eerst te kiezen tussen de twee behandelopties en slechts bij beperkt effect beide samen te geven.[17,18,24] Een Belgische studie uit 2012 toont echter aan dat 69% van de patiënten met een nieuwe episode van een milde of een eerste episode van een matige depressie een antidepressivum voorgeschreven krijgt, terwijl slechts 39% van de patiënten met een ernstige depressie een antidepressivum in combinatie met een verwijsbrief naar de geestelijke gezondheidszorg in ontvangst neemt.[5] Volgens Domus Medica kunnen antidepressiva eventueel overwogen worden bij patiënten die in het verleden hiervan gunstige effecten hebben ervaren tijdens een matige tot ernstige depressie of te weinig beterschap ondervinden van psychotherapie.[17]

NHG en Domus Medica raden aan in de eerste lijn te kiezen tussen een TCA of een SSRI.[17,18] De NICE richtlijn opteert daarentegen om enkel voor SSRI te kiezen.[24] Zowel SSRI's als TCA's zijn effectiever dan een placebo voor de behandeling van depressie in de eerste lijn. Hoewel er meer nevenwerkingen zijn bij TCA's, zijn er niet meer patiënten die hun antidepressivum hierdoor stoppen dan de groep die SSRI's voorgeschreven krijgen.[54,55] Escitalopram, sertraline, venlafaxine, amitriptyline en mianserine zijn allen bewezen effectief om depressie te behandelen in de eerste lijn, al kan het zijn dat andere antidepressiva binnen dezelfde klasse (SSRI, SNRI, TCA, noradrenerge en specifiek serotoninerge antidepressiva (NaSSA)) even effectief zijn, gezien de keuze voor

onderzoek naar de werkzaamheid van een antidepressivum binnen een bepaalde klasse voornamelijk door de farmaceutische industrie gedreven wordt.[55] De invloed van mirtazapine, bupropion, duloxetine, fluvoxamine en reboxetine op depressie zijn enkel bestudeerd in de tweede lijn, waardoor deze geneesmiddelen beter niet door huisartsen worden opgestart in het kader van een depressie.[55,56] Venlafaxine zorgt voor een betere respons dan een SSRI, maar wordt veel minder verdragen dan SSRI's. In vergelijking met TCA's is er geen verschil in werking en tolerantie. Venlafaxine kan een alternatief zijn in de eerste lijn indien SSRI's of TCA's niet blijken te helpen of niet verdragen worden. Duloxetine biedt geen voordelen ten opzichte van SSRI's en TCA's en wordt bovendien minder getolereerd.[57]

7.1.5.3 Angststoornissen

Er wordt pas overgegaan tot cognitieve gedragstherapie of het geven van een antidepressivum indien zelfhulp geweigerd wordt of niet effectief is, bij zwaar afzien of een bijkomende psychische component.[25,26] Deze beide behandelopties worden slechts samen toegepast indien ze afzonderlijk weinig effect hebben. Indien er ook een ernstige depressie aanwezig is dient zeker een antidepressivum gestart te worden. Bij de meeste angststoornissen hebben clomipramine en imipramine (serotonerge TCA) en SSRI's een gunstig effect op het beloop. Deze laatste zijn wegens gemakkelijke dosering, en gunstigere nevenwerkingen gewoonlijk te verkiezen.[25] NICE stelt dat er bij gegeneraliseerde angststoornissen en paniekstoornissen gekozen dient te worden tussen escitalopram, paroxetine, sertraline, duloxetine en venlafaxine. Sertraline is het meest kosteneffectief bij gegeneraliseerde angststoornissen. Bij paniekstoornissen genieten SSRI's de voorkeur en kan een TCA een goed alternatief zijn.[26,27] Bij een sociale angststoornis zijn escitalopram en sertraline eerste keus. Tweede keus zijn fluvoxamine, paroxetine of venlafaxine. Derde keus is een MAO-inhibitor (fenelzine of moclobemide).[27] NHG daarentegen adviseert enkel een SSRI voor een sociale fobie.[25]

7.1.5.4 Neuropathische pijn

Een Cochrane review toont aan dat TCA en venlafaxine effectief zijn in de behandeling van neuropathische pijn.[28] Bij neuropathische pijn, met uitzondering van trigeminusneuralgie en HIV, zijn TCA eerste keus hoewel ze hiervoor niet geregistreerd zijn.[29,30] NHG verkiest amitriptyline bij volwassenen en omwille van de gunstigere anticholinergische bijwerkingen nortriptyline bij ouderen.[28] NICE laat van in het begin de keuze om eventueel voor duloxetine te kiezen die enkel voor diabetische neuropathie geregistreerd is, terwijl NHG pas hiervoor kiest als andere geneesmiddelen niet helpen.[29,30] Domus Medica overweegt het gebruik van TCA, venlafaxine en duloxetine bij perifere diabetische neuropathie.[31]

7.1.5.5 Slapeloosheid

De richtlijnen raden het gebruik van antidepressiva bij slapeloosheid af.[32-34] Bij langdurige medicamenteuze behandeling van slapeloosheid bij een niet-depressieve patiënt worden vaak sederende antidepressiva zoals amitriptyline of trazodon in de eerste lijn voorgeschreven. Wegens het gevaar op toxiciteit wordt het gebruik hiervan afgeraden en voorbehouden voor de diagnose depressie.[32] Trazodon wordt vaak voorgeschreven en gebruikt voor indicaties waarvoor het geneesmiddel niet is geregistreerd zoals slaapstoornissen, maar de evidentie hiervoor is heel beperkt.[23] Antidepressiva zijn niet nuttig voor geïsoleerde slaapstoornissen maar kunnen wel nuttig zijn indien er een ook een depressie of angststoornis aanwezig is.[34] Slapeloosheid kan mede veroorzaakt worden door antidepressiva (SSRI's, TCA's, duloxetine,

venlafaxine, MAO-inhibitoren en bupropion). Ook bij te snel stoppen van SSRI's of TCA's kan slapeloosheid optreden. Er bestaat te weinig bewijs van effectiviteit terwijl er wel significante nevenwerkingen optreden.[33]

7.1.5.6 Rookstop

Bij mensen die klaar zijn om te stoppen met roken kan een medicamenteuze behandeling aangeboden worden. Een recente Cochrane review toont aan dat bupropion en nortriptyline effectief zijn in het stoppen met roken op lange termijn. De werking staat los van hun antidepressieve eigenschappen en is even efficiënt als nicotinevervangers.[35] Nortriptyline is evenwel niet officieel geregistreerd als rookstopmiddel.[36] Varenicline zou een betere werking hebben dan bupropion, al is er verder onderzoek nodig.[35-37] Varenicline en bupropion mogen niet aan adolescenten worden gegeven, terwijl SSRI's en MAO-inhibitoren niet effectief blijken te zijn voor rookstop.[37,38] Alle (verouderde) richtlijnen zijn het er over eens dat nicotinevervangers eerste keus zijn en dat combinaties met antidepressiva afgeraden zijn.[36,38,39] In een opvolgrapport van de Domus Medica richtlijn wordt echter varenicline als voorkeursproduct naar voor geschoven omdat het volgens de meta-analyse van Cahill et al. een significante betere werking heeft dan één vorm van nicotinesubstitutie, bupropion of rookstop zonder farmacologische behandeling.[35,40] Cahill et al. stelt wel dat er geen significant verschil is tussen een combinatie van twee soorten nicotinevervangende middelen enerzijds en varenicline anderzijds.[35] Als alternatief kan er gekozen worden voor bupropion of nicotinesubsitutie, er is onderling immers geen significant verschil aangetoond.[35,37,40] De oude Domus Medica richtlijn kiest ervoor om pas bij falen van nicotinevervangers voor bupropion te kiezen.[39] Nortriptyline blijft ook nog altijd een optie.[35,36,39] Bij de keuze moet er volgens de richtlijnen rekening gehouden worden met de nevenwerkingen van de geneesmiddelen.[36,38,39] NICE laat daarbij van in het begin de keuze tussen nicotinevervangers, varenicline of bupropion.[38] NHG opteert pas voor nortriptyline, bupropion of varenicline bij een verzoek van de patiënt of na eerdere gefaalde rookstoppogingen met nicotinevervangende middelen.[36]

7.1.5.7 Andere indicaties

Er is enige evidentie voor het gebruik van antidepressiva bij migraine, spanningshoofdpijn, fibromyalgie, incontinentie en prikkelbare darm syndroom.
Bij de aangehaalde vormen van hoofdpijn kunnen amitryptiline en venlafaxine een optie zijn. SNRI's en TCA hebben bij sommige patiënten met fibromyalgie gunstige resultaten geboekt. In de tweede lijn kan duloxetine voorgesteld worden in de behandeling van stressincontinentie en TCA in de behandeling van prikkelbare darm syndroom. Bij deze laatste indicatie kan soms een SSRI in de derde lijn gegeven worden.[41]

7.1.6 Opstart

De patiënt dient bij de aanvang van de behandeling uitgebreid geïnformeerd te worden over te verwachten positieve effecten en nevenwerkingen.[17,18,24] Of er voor een SSRI of TCA gekozen wordt hangt af van de voorgeschiedenis van de patiënt, nevenwerkingen, interacties met andere medicatie, toxiciteit, kostprijs en ervaring van de arts met het geneesmiddel.[17] Bij SSRI's moet men voornamelijk rekening houden met het verhoogd risico op gastro-intestinale bloedingen, bij TCA's zijn de anticholinerge nevenwerkingen het opvallendst en zijn ze te mijden bij hartproblemen en een hoog zelfmoordrisico.[17]
Een SSRI mag direct gestart worden aan de standaarddosis en wordt gewoonlijk 's morgens ingenomen. Bij ouderen dient met een halve dosis gestart te worden en vervolgens na een week opgedreven te worden naar een volledige dosis.[17,18,24]

Bij ouderen is er een lichte voorkeur om een SSRI te starten en dan vooral sertraline gezien er minder kans is op interacties met andere geneesmiddelen.[17,58] Citalopram en escitalopram hebben een dosisafhankelijk risico op QT-verlenging met gevaar voor plotse dood bij overdosis. In de Folia Pharmacotherapeutica wordt er daarom beslist om de maximale dosis van escitalopram en citalopram te halveren bij 65-plussers[17,59]
Bij ouderen moet het natriumgehalte in het bloed binnen de week na de start van een SSRI bepaald worden, terwijl NHG dit pas aanraadt als er een verhoogd risico is op elektrolietenstoornissen zoals bij diuretica, braken of diarree.[17,18] Bij een TCA dient het antidepressivum gradueel opgebouwd te worden tot de onderhoudsdosis, te beginnen met 25 mg en stapsgewijs verhoogd naar 75 tot 100 mg tegen het einde van de week. Het sedatieve TCA amitriptyline wordt 's avonds toegediend. Het activerende TCA nortriptyline wordt 's morgens toegediend, heeft de minste anticholinerge nevenwerkingen en is daardoor bij ouderen het voorkeursproduct onder de TCA's. De aanvangsdosis bij ouderen is 10 mg en wordt geleidelijk verhoogd tot 25 of 50 mg in onderhoud. Omwille van de cardiale ongewenste effecten dient een elektrocardiogram afgenomen te worden vooraleer bij ouderen nortriptyline te starten.[17,18]
Antidepressiva bij jongeren worden over het algemeen afgeraden in de eerste lijn en vereist overleg met de kinderpsychiater, gezien er een verhoogde kans op zelfmoord is.[17,18] Nortriptyline kan volgens NHG in verlaagde dosis wel gegeven worden aan adolescenten in het kader van rookstop.[36]

Bij rookstop wordt nortriptyline een week voor de stopdatum opgestart met 25 mg per dag (ouderen en adolescenten 10 mg per dag) en stapsgewijs verhoogd tot 75 mg per dag (ouderen en adolescenten 30-40 mg per dag) tegen het einde van de week.[36]
Bupropion dient één tot twee weken voor de rookstop gestart te worden aan 150 mg. NHG opteert na een week nog te verhogen tot tweemaal daags 150 mg in tegenstelling tot Domus Medica die de lage dosis verder aanhoudt.[36,39]

7.1.7 Opvolging

Een gemiddelde consultatie in België duurt gemiddeld 15,0 minuten (SD 7,2) en wordt langer wanneer er een psychosociaal probleem is.[42] Een recente systematische review toont aan dat vrouwen gemiddeld meer tijd nemen voor hun patiënt per consultatie en daarin meer klachten behandelen.[44] Tijdens de opvolgconsultaties wordt er gekeken naar de respons, nevenwerkingen, eventuele interacties met andere geneesmiddelen en therapietrouw. De frequentie dient met de patiënt besproken te worden en is bij alle richtlijnen gebaseerd op consensus. In het begin wordt de patiënt om de één tot twee weken opgevolgd tot er een verbetering op te merken is.[17,18,24] Vooral bij personen jonger dan dertig jaar en bij een verhoogd zelfmoordrisico is bij de aanvang van het antidepressivum een wekelijkse controle aangewezen.[17,24] NICE stelt dat er na drie tot vier weken een verbetering moet zijn.[24] De andere richtlijnen wachten vier tot zes weken het effect af.[17,18] Indien de medicamenteuze aanpak na zes weken nog steeds niet helpt dient het advies van een psychiater ingewonnen te worden.[17,18] Bij ouderen moet er minstens zes tot acht weken afgewacht worden waarbij er soms pas na twaalf weken effect gezien wordt.[17] Nadien volstaat het in de meeste gevallen om de patiënt maandelijks te zien en bij goede resultaten kan er nog meer tijd tussengelaten worden.[17,18,24]

7.1.8 Behandelingsduur

Bij een gunstig antwoord op het antidepressivum is het aanbevolen om met de patiënt te bespreken dat de behandeling minstens zes maanden moet doorgenomen worden om de kans op recidief van de depressie in te dijken. NICE en Domus Medica spreken over tenminste zes maanden gezien er ook herval mogelijk is bij stopzetten van antidepressiva langer dan deze termijn.[17,24] NHG stelt dat het bij voorkeur zes maanden doorgenomen moet worden, waarna in overleg met de patiënt beslist wordt om het geneesmiddel al dan niet te verlengen.[18] Domus Medica raadt aan om bij ouderen minstens zes tot twaalf maanden na remissie te behandelen.[17] Ook bij angst dient zes tot twaalf maanden na remissie behandeld te worden.[25] Er is een verhoogd gevaar op recidief bij patiënten met restsymptomen, ernstige of langdurende depressie in het verleden, een terugkerende depressie in de recente voorgeschiedenis met ernstig disfunctioneren en bij personen waarbij een herval ernstige gevolgen zou hebben. Bij deze patiënten wordt er aanbevolen om de onderhoudsdosis twee jaar door te nemen waarna er opnieuw overlegd wordt om al dan niet af te bouwen.[17]

In geval van rookstop dient nortriptyline zes tot twaalf weken doorgenomen te worden aan de onderhoudsdosis.[36] Bupropion dient naargelang de bron zes tot negen weken doorgegeven te worden.[36,37,39]

7.1.9 Afbouw

Om ontwenningsverschijnselen te beperken, wordt een antidepressivum die minstens vijf weken ingenomen is, over een periode van vier weken afgebouwd, door na twee weken de dosis telkens te halveren. Het is belangrijk om de dosis geleidelijk af te bouwen met aandacht voor hervalpreventie en onthoudingssymptomen zoals angst, agitatie en slaapklachten.[17,18,24] Bij antidepressiva met een korte halfwaardetijd zoals paroxetine en venlafaxine, kan een langere afbouwperiode nodig zijn. Omgekeerd, bij een lange halfwaardetijd zoals bij fluoxetine, is soms een afbouwperiode van twee weken voldoende. Bij ernstige klachten dient er overwogen te worden om het antidepressivum opnieuw te verhogen tot de werkzame dosis.[17]

7.1.10 Jongeren

Het gebruik van antidepressiva bij kinderen en jongeren wordt wegens het verhoogd zelfmoordrisico afgeraden in de eerste lijn zonder voorafgaand overleg met een psychiater.[17] De Britse richtlijn stelt dat er een antidepressivum kan gegeven worden bij jongeren met een matige tot ernstige depressie maar steeds in combinatie met psychotherapie. Enkel fluoxetine heeft hiervoor een goedkeuring. Er is namelijk geen stijging in zelfmoordcijfers tussen de combinatie van fluoxetine en psychotherapie in vergelijking met psychotherapie alleen. Er is wel frequente opvolging vereist, de eerste maand zelfs wekelijks.[60]
Nortriptyline kan volgens NHG in verlaagde dosis wel gegeven worden aan adolescenten in het kader van rookstop.[36]

7.1.11 Ouderen

Domus Medica geeft de raad om bij 65-plussers binnen de groep van SSRI's te kiezen voor sertraline, citalopram of escitalopram.[17] Bij de laatste twee dient de maximumdosis beperkt te worden en extra aandacht besteed te worden aan het feit dat er interacties met andere QT-verlengende geneesmiddelen kunnen optreden.[17,58,59] Bij ouderen dient het natriumgehalte in het bloed nagegaan te worden binnen de week na de start van een SSRI, terwijl NHG dit pas aanraadt als er een verhoogd risico is op elektrolieten-

stoornissen zoals bij diuretica, braken of diarree.[17,18] Het activerende TCA nortriptyline heeft de minste anticholinerge nevenwerkingen en is daardoor de enige binnen haar klasse die kan gebruikt worden bij ouderen in een verlaagde dosis. Er dient bij 65-plussers wel een elektrocardiogram afgenomen te worden, gezien het niet bij hartproblemen mag gegeven worden.[17,18] Nortriptyline mag verder niet gebruikt worden bij prostatisme of glaucoom en is te verkiezen bij een risico of voorgeschiedenis van een maagbloeding en de ziekte van Parkinson. Het effect wordt gezien na zes tot twaalf weken en de behandelingsduur bedraagt zes tot twaalf maanden.[17] Uit Canadees onderzoek blijkt dat de meeste huisartsen een geschikt antidepressivum voorschrijven aan ouderen met uitzondering van fluoxetine, die bij deze populatie geen eerste keus is. Antidepressiva met anticholinerge nevenwerkingen worden gemeden, maar huisartsen blijken soms te voorzichtig en houden de dosis lager dan nodig.[61]

7.2 DSM-5 criteria depressie

Het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) is het meest gebruikte psychiatrisch classificatiesysteem. Momenteel is de DSM-5 de recentste editie.

A. De DSM-5 spreekt over een depressie (majeure depressieve stoornis) als er minstens vijf van de onderstaande symptomen bijna dagelijks binnen dezelfde periode van minstens twee weken aanwezig zijn en wijzen op een verandering ten opzichte van het eerdere functioneren van de betrokkene. Ten minste één van de symptomen is (1) een sombere stemming of (2) verlies van interesse of plezier.
De negen symptomen van een depressieve stoornis volgens de DSM-5 zijn:

1. Sombere stemming gedurende vrijwel de gehele dag en bijna elke dag. Dit kan worden vastgesteld door de persoon zelf (bijvoorbeeld: voelt zich verdrietig, leeg, hopeloos) of door anderen. (Opmerking: bij kinderen en adolescenten kan er juist sprake zijn van prikkelbare stemming.)
2. Duidelijke vermindering van interesse voor of plezier in alle of bijna alle activiteiten, gedurende vrijwel de gehele dag en bijna elke dag. Dit kan worden vastgesteld door de persoon zelf of door anderen.
3. Significant gewichtsverlies zonder dieet of gewichtstoename (bijvoorbeeld: een verandering van meer dan vijf procent lichaamsgewicht in een maand), of bijna elke dag een afname of toename van de eetlust. (Opmerking: bij kinderen kan er sprake zijn van het uitblijven van de verwachte gewichtstoename.)
4. Insomnia (slapeloosheid) of hypersomnia (slaperigheid overdag) bijna elke dag.
5. Psychomotorische agitatie (gejaagdheid) of geremdheid bijna elke dag (observeerbaar door anderen, niet louter subjectieve gevoelens van rusteloosheid of traagheid).
6. Vermoeidheid of verlies van energie, bijna elke dag.
7. Gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens (die het karakter van een waan kunnen hebben), bijna elke dag (niet louter zelfverwijt of schuldgevoel over het ziek zijn).
8. Verminderd vermogen om te denken of te concentreren, of besluiteloosheid, bijna elke dag (ofwel vastgesteld door de persoon zelf of geobserveerd door anderen).
9. Terugkerende gedachten aan de dood (niet alleen angst om te sterven), terugkerende zelfmoordgedachten zonder een specifiek plan, of een suïcidepoging of een specifiek plan om suïcide te plegen.

B. De symptomen veroorzaken een klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociale of beroepsmatige functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.

C. De episode kan niet worden toegeschreven aan de fysiologische effecten van een middel of aan een somatische aandoening.
Opmerking: criteria A-C wijzen op een depressieve episode.
Opmerking: reacties op een aanzienlijk verlies (bijvoorbeeld rouw, financiële ondergang, verliezen als gevolg van een natuurramp, een ernstige medische

ziekte of handicap) kan de gevoelens van intense verdrietigheid, mijmering over het verlies, slapeloosheid, slechte eetlust en gewichtsverlies omvatten opgemerkt in criterium A, wat op een depressieve episode kan lijken. Hoewel deze symptomen begrijpelijk kunnen zijn of passend bij het verlies, moet de aanwezigheid van een majeure depressieve episode naast de normale reactie op een significant verlies ook zorgvuldig overwogen worden. Deze beslissing vereist onvermijdelijk de uitoefening van een klinisch oordeel gebaseerd op de individuele voorgeschiedenis en de culturele normen voor de expressie van droefheid in de context van het verlies.

D. Het optreden van de depressieve episode kan niet beter verklaard worden door een schizoaffectieve stoornis, schizofrenie, een schizofreniforme stoornis, een waanstoornis of door een andere gespecificeerde of ongespecificeerde schizofreniespectrum- of andere psychotische stoornis.

E. Er heeft zich nooit een manische of hypomanische episode voorgedaan. Opmerking: Deze uitsluiting geldt niet als alle maniforme of hypomaniforme episoden door een substantie veroorzaakt zijn of toe te schrijven zijn aan de fysiologische effecten van een andere somatische aandoening.

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen een eenmalige of een recidiverende episode, evenals op de ernst, de aanwezigheid van psychotische kenmerken en de mate van remissie.

- **In gedeeltelijke remissie:** symptomen van de direct voorafgaande depressieve episode zijn aanwezig, maar aan de volledige criteria wordt niet voldaan. Of er is een periode van minder dan 2 maanden zonder enige significante symptomen van een depressieve episode na het einde van een dergelijke episode.
- **In volledige remissie:** tijdens de laatste 2 maanden zijn er geen significante tekens of symptomen van de stoornis aanwezig.

Er wordt bij het specificeren van de actuele ernst onderscheid gemaakt tussen licht, matig en ernstig. Niet alleen het aantal criteriumsymptomen is namelijk van belang, ook de ernst van die symptomen en de mate van de beperking in het functioneren:

- **Licht:** geen, weinig of nauwelijks meer symptomen dan vereist zijn om de diagnose te kunnen stellen zijn aanwezig. De intensiteit van de symptomen zorgt voor enige lijdensdruk maar is beheersbaar en de symptomen leiden tot een lichte verslechtering in het sociale of beroepsmatige functioneren.
- **Matig:** het aantal symptomen, de intensiteit van de symptomen en/of de beperking in het functioneren bevinden zich tussen de omschrijving van “licht” en “ernstig”.
- **Ernstig:** het aantal symptomen is aanzienlijk groter dan noodzakelijk voor het stellen van de diagnose. De intensiteit van de symptomen zorgt voor ernstige lijdensdruk en zijn niet beheersbaar. De symptomen interfereren aanzienlijk met het sociale en beroepsmatige functioneren.

7.3 E-mail vragenlijst

E-mail 1

Onderwerp: Masterproef vragenlijst: "Wanneer starten huisartsen antidepressiva?"

Geachte collega,

Graag had ik u uitgenodigd om deel te nemen aan mijn vragenlijst in het kader van mijn masterproef: "Wanneer starten huisartsen antidepressiva?". Uw medewerking is van grote waarde om een kwaliteitsvolle thesis af te leveren.
Deze huisartsenenquête duurt slechts 5 minuten en is volledig anoniem. Het is geen kennistoets. Er zijn namelijk geen juiste en geen verkeerde antwoorden. Er heerst een tweestrijd waarbij we als arts enerzijds teveel antidepressiva zouden voorschrijven en anderzijds soms te weinig depressies zouden diagnosticeren. Daarom peilen we naar uw persoonlijke opvattingen en ervaringen.

Mijn vragenlijst kunt u terugvinden via de volgende link:
http://www.enquetemaken.be/toonenquete.php?id=291390

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Met collegiale groeten,
Dr. Ruben De Paepe
Huisarts in opleiding te Brugge

E-mail 2

Onderwerp: Masterproef vragenlijst: "Wanneer starten huisartsen antidepressiva?"

Geachte collega,

Mocht u de korte vragenlijst nog niet hebben ingevuld, mag ik u dan vriendelijk verzoeken om deel te nemen aan mijn anonieme huisartsenquête?
Indien u wel al hebt deelgenomen wil ik u van harte bedanken!

Mijn vragenlijst kunt u terugvinden via de volgende link:
http://www.enquetemaken.be/toonenquete.php?id=291390

Met collegiale groeten,
Dr. Ruben De Paepe
Huisarts in opleiding te Brugge

7.4 Enquête

Geachte collega,

Deze huisartsenenquête duurt slechts 5 minuten en is volledig anoniem. Het is geen kennistoets. Er zijn namelijk geen juiste en geen verkeerde antwoorden. Er heerst een tweestrijd waarbij we als arts enerzijds teveel antidepressiva zouden voorschrijven en anderzijds soms te weinig depressies zouden diagnosticeren. Daarom peilen we naar uw persoonlijke opvattingen en ervaringen.

Alvast bedankt voor uw medewerking!

Met collegiale groeten,

Dr. Ruben De Paepe

Huisarts in opleiding te Brugge

1. Bent u een mannelijke of een vrouwelijke huisarts?
Man
Vrouw

2. Wat is uw leeftijd?

3. Schrijft u vaker een antidepressivum voor indien de patiënt hier naar vraagt?
Niet akkoord 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Helemaal akkoord

4. Schrijft u vaker een antidepressivum voor op basis van uw buikgevoel?
Niet akkoord 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Helemaal akkoord

5. Schrijft u vaker een antidepressivum voor bij minder begaafden?
Niet akkoord 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Helemaal akkoord

6. Schrijft u vaker een antidepressivum voor bij ouderen?
Niet akkoord 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Helemaal akkoord

7. Schrijft u vaker een antidepressivum voor in woonzorgcentra?
Niet akkoord 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Helemaal akkoord

8. Gebruikt u gewoonlijk een scoretabel om een antidepressivum op te starten?
Niet akkoord 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Helemaal akkoord
Indien het geval: welke scoretabel?

9. In hoeveel procent van de gevallen schrijft u volgende antidepressiva voor?
Resterend percentage (100%)
_____% - Selectieve serotonine-heropnameremmers (SSRI): *Citalopram (Cipramil), Escitalopram (Sipralexa, Escidivule), Fluvoxamine (Floxyfral), Fluoxetine (Prozac, Fontex, Fluoxone), Paroxetine (Seroxat), Sertraline (Serlain)*
_____% - Selectieve noradrenaline-heropnameremmers: Reboxetine (Edronax)

_____% - Tricyclische antidepressiva (TCA): *Amitriptyline (Redomex), Clomipramine (Anafranil), Dosulepine (Prothiaden), Doxepine (Sinequan), Imipramine (Tofranil), Maprotiline (Ludiomil), Nortriptyline (Nortrilen)*
_____% - Noradrenaline- en serotonine-heropnameremmers: Duloxetine (Cymbalta), Venlafaxine (Efexor)
_____% - Noradrenaline- en dopamine-heropnameremmers: Bupropion (Wellbutrin)
_____% - Mono-amine-oxidase (MAO)-inhibitoren: Fenelzine (Nardelzine), Moclobemide (Aurorix)
_____% - Antidepressiva direct werkend op de neuroreceptoren: Agomelatine (Valdoxan), Mianserine (Lerivon), Mirtazapine (Remergon), Trazodon (Nestrolan, Trazolan)
_____% - Sint-janskruid: Hyperiplant, Millepertuis Sint-janskruid Pierre Fabre Medicament, Milperinol, Zibrine

10. Welke 3 antidepressiva schrijft u het meeste voor?

11. Heeft u een ander antidepressiva beleid bij jongeren in vergelijking met volwassenen?
Ja
nee
Toelichting:

12. Heeft u een ander antidepressiva beleid bij ouderen (65-plussers) in vergelijking met volwassenen?
Ja
nee
Toelichting:

13. In hoeveel procent van de gevallen schrijft u antidepressiva voor bij volgende indicaties?
Resterend percentage: 100
- depressie: _____%
- neuropathische pijn: _____%
- angststoornissen: _____%
- rookstop: _____%
- slaapstoornissen: _____%
- andere: _____%

Toelichting andere:

14. Hoe snel ziet u een patiënt terug na de opstart van een antidepressivum? (uitgedrukt in weken)

15. Hoe regelmatig ziet u een patiënt die een antidepressivum gebruikt gemiddeld terug? (uitgedrukt in weken)

16. Hoeveel tijd voorziet u de eerste consultatie? (uitgedrukt in minuten)

17. Hoeveel tijd voorziet u in de opvolgconsultaties? (uitgedrukt in minuten)

18. Hoe lang geeft u een zelfde dosis van een antidepressivum bij gunstig effect? (uitgedrukt in maanden)
Toelichting:

19. Hoe lang geeft u een zelfde dosis van een antidepressivum vooraleer u verandert bij onvoldoende effect? (uitgedrukt in weken)
Toelichting:

20. Wanneer beslist u een antidepressivum te stoppen?

21. Over hoeveel tijd bouwt u een antidepressivum af? (uitgedrukt in weken)

22. In hoeveel procent van de gevallen start u zelf een antidepressivum op?

23. Hoeveel patiënten in uw praktijk nemen een antidepressivum?

24. Hoe lang is het geleden dat u een antidepressivum opstartte? (uitgedrukt in weken)

25. Wat waren toen de argumenten waarom u een antidepressivum opstartte?

Slotwoord:
Hartelijk dank voor het invullen van deze enquête!

7.5 Gunstig advies ethisch comité

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Wanneer starten huisartsen antidepressiva?" onderzocht en gunstig geadviseerd. Dit betekent dat de commissie van oordeel is dat de studie, zoals beschreven in het protocol, wetenschappelijk relevant en ethisch verantwoord is. Dit gunstig advies van de commissie houdt niet in dat zij de verantwoordelijkheid voor de geplande studie op zich neemt. U blijft hiervoor zelf verantwoordelijk. Indien u van plan bent uw masterproef te publiceren kan deze e-mail dienen als bewijs van goedkeuring.

Dear Mr/Ms

The Supervisory Committee on Medical ethics of the "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" programme has reviewed your master's thesis project proposal "Wanneer starten huisartsen antidepressiva?" and advises in its favour. This means that the committee has acknowledged that your project, as described in the protocol, is scientifically relevant and in line with prevailing ethical standards. This favourable advice does not entail the committee's responsibility for the planned project, however. You remain solely responsible. If you intend to publish your master's thesis, this e-mail may be used as proof of the committee's consent.

Met vriendelijke groeten

Opleidingsspecifieke begeleidingscommissie van de opleiding Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)

7.6 Goedgekeurd protocol

KU LEUVEN

Biomedische Wetenschappen

Ethische begeleiding masterproeven

mp11461	Wanneer starten huisartsen antidepressiva?

Student(en):
Ruben De Paepe
Promotor:
Jean-Marie Degryse (jan.degryse@med.kuleuven.be - u0005966 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
Hoofdonderzoeker:

Faculteit:
Geneeskunde
Opleiding:
Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)
Het onderzoek is:
monocentrisch
De opdrachtgever is:
academisch (universiteit,...)

Het onderzoek is:
Het onderzoek is (gedeeltelijk) prospectief.
Het onderzoek is:
Prospectief observationeel onderzoek
Gebruikte methode:
prospectief onderzoek waarbij interviews of vragenlijsten worden gebruikt

Bijkomende gegevens:

Achtergrond:

Tijdens mijn eerste maanden als haio viel het mij op dat er heel wat mensen antidepressiva nemen. In de praktijk is het niet altijd duidelijk wanneer een antidepressivum moet gestart worden. Het effect van deze medicatie is vaak overschat en het grootste effect valt voornamelijk te verwachten in de groep patiënten met een ernstige depressie.

Vraagstelling:

Wat zijn de beweegredenen voor huisartsen om antidepressiva op te starten bij depressie? Welke factoren spelen hierbij een rol?

Methodologie:

Dit onderzoek bestaat uit een retrospectief en een prospectief luik.

- Retrospectief wordt er in het patiëntenbestand opgezocht wie er onder antidepressiva staan. Er wordt nagegaan waarom er overgegaan is tot een medicamenteuze behandeling van depressie.
- Prospectief wordt er bekeken wat de argumenten zijn om antidepressiva te starten.

Dit gebeurt aan de hand van een gestructureerde vragenlijst voor huisartsen. Er dient geen extra consultatie gevraagd te worden aan patiënten.

Op 1 maart 2016 start het project die zal duren tot 31 augustus 2017.

Het onderzoek heeft als voordeel dat huisartsen geconfronteerd worden met hun voorschrijfgedrag.

Er dient geen extra verzekering aangevraagd te worden.

Referenties:

* Heyrman J, Declercq T, Rogiers R et al. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu 2008;37:284-317.

* Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM et al. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening).Huisarts Wet 2012;55(6):252-9.

* Depression in adults: recognition and management. NICE guidelines (CG90). 2009.