De farmacologische behandeling van een depressieve patiënt in de huisartsenpraktijk

Een onderzoek naar patiëntgerelateerde en artsgerelateerde factoren

Stefanie Van Mierloo, KULeuven - Een onderzoek naar patiëntgerelateerde factoren

Dymphna Devriendt, KULeuven - Een onderzoek naar artsgerelateerde factoren

Promotor: Professor Jan Degryse, KULeuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Academiejaar 2016-2017

Dankwoord

Om te beginnen willen we enkele mensen bedanken die het tot stand komen van deze thesis mogelijk hebben gemaakt.

Allereerst willen we onze promotor, professor Jan Degryse, bedanken voor zijn opbouwende feedback, zijn ideeën die ons op weg hebben geholpen en de stimulerende e-mails.

We willen onze collega's en de medewerkers van de Noord-Limburgse Huisartsenwachtkring bedanken voor hun bereidwillige medewerking en het massaal invullen van onze enquêtes. Ook willen we onze collega-HAIO's en stagecoördinatoren bedanken die in onze seminaries de enquêtes hebben ingevuld en ook hun collega's hebben gestimuleerd om mee te werken aan ons onderzoek.

Ten slotte willen we de mensen in onze omgeving bedanken voor hun geduld, hun steun en hun interesse.

Abstract

Inleiding: Depressie is een veel voorkomende aandoening in de huisartsenpraktijk. De WHO voorziet dat tegen 2020 depressie de belangrijkste oorzaak wordt van langdurig ziekteverzuim. Het is dus erg belangrijk dat een depressie op tijd herkend wordt en dat zo snel mogelijk een adequate behandeling wordt opgestart. Wat is echter een adequate behandeling? Wie stuur je door voor psychotherapie? Bij wie start je antidepressiva? Het antwoord is afhankelijk van verschillende patiëntgerelateerde factoren. De richtlijnen geven hier een aantal adviezen over, maar is het mogelijk voor huisartsen om hier rekening mee te houden in de dagelijkse praktijk? Zijn er naast patiëntgerelateerde eigenschappen ook bepaalde eigenschappen van de arts die kunnen voorspellen of hij snel geneigd zal zijn om antidepressiva voor te schrijven?

Methode: In dit onderzoek werd gewerkt met een tweeledige vragenlijst. Om enerzijds de patiëntgerelateerde factoren te onderzoeken werden vignetten ontwikkeld. Bij elk vignet diende de huisarts te kiezen of hij al dan niet een antidepressivum zou voorschrijven en konden nadien nog vrije opmerkingen neergeschreven worden. Een korte vragenlijst over enkele eigenschappen van de huisarts zelf en de R-DAQ (Revised Depression Attitude Questionnaire) werden gebruikt om een zicht te krijgen op de visie en attitude van de artsen ten opzichte van depressie. De enquêtes werden verdeeld op de wachtpost van de Noord-Limburgse Huisartsenwachtkring en via drie verschillende Limburgse seminariegroepen. Een kwantitatieve analyse werd doorgevoerd om de resultaten te analyseren.

Resultaten: 97 artsen met een gemiddelde leeftijd van 38.8 jaar vulden de enquêtes in. Van de 10 voorgestelde casussen schreef men bij gemiddeld 2.84 casussen een antidepressivum voor. Bijna alle onderzochte patiëntgerelateerde factoren (ernst van depressie ($p<0.01$), suïcidaliteit ($p<0.01$), sociaal vangnet bij een ernstige depressie ($p=0.03$), wil van de patiënt ($p<0.01$), voorgeschiedenis van ernstige depressie ($p<0.01$) en therapieresistentie voor psychotherapie ($p<0.01$)) beïnvloedden het voorschrijfgedrag van de huisartsen op een significante manier. Enkel de factor 'sociaal vangnet bij een milde depressie' maakte geen significant verschil ($p=0.32$). Bij de artsgerelateerde factoren bleek er geen verschil te zijn in voorschrijfgedrag bij de vergelijking tussen HAIO's en huisartsen ($p=0.117$), bij verschillende graden van zelfzekerheid ($p=0.828$), bij verschillende graden van tijdsbesteding ($p=0.279$) en voor de score op de R-DAQ ($p=0.943$). Vrouwen bleken wel significant meer antidepressiva voor te schrijven dan mannen ($p=0.041$). Daarnaast bleken vrouwen een hogere score te behalen op de R-DAQ ($p=0.026$) en ook de artsen die zichzelf een hogere score voor 'zelfzekerheid' gaven ($p<0.01$) en de artsen die meer depressieve patiënten behandelen ($p=0.038$) behaalden een hogere R-DAQ-score. Er was geen verschil tussen HAIO's en huisartsen ($p=0.173$). Wel bleek dat de HAIO's minder zelfzeker zijn dan de huisartsen met meer ervaring. Dit bleek uit de score die ze zichzelf gaven op 'zelfzekerheid' ($p<0.001$) en uit de score die ze behaalden op de subgroep van de R-DAQ 'professional confidence' ($p<0.01$). Daarnaast blijkt dat huisartsen die meer in aanraking komen met depressie ook zelfzekerder zijn ($p=0.006$).

Discussie: Vooral de patiëntgerelateerde factoren hebben een significante invloed op het voorschrijfgedrag van de huisarts. Zijn eigen kenmerken zijn van beduidend minder belang. Er wordt (bewust of onbewust) nauwgezet rekening gehouden met de gangbare richtlijnen en uit de vrije opmerkingen die de artsen konden geven komt sterk naar voor hoe ze rekening houden met de individuele karakteristieken van elke patiënt. Ze kiezen hierbij voor een gelaagde aanpak, startend met een strikte opvolging en psychotherapie, om dan enkel antidepressiva toe te voegen wanneer bepaalde factoren hierom vragen, zoals bijvoorbeeld de voorgeschiedenis van de patiënt en zijn eigen opvattingen omtrent een behandeling voor zijn aandoening.

Inhoudstabel

Dankwoord 2
Abstract 3
Inleiding 5
Methode 7
Onderzoeksvraag 7
Studiepopulatie 7
Onderzoeksmethode 7
Patiëntgerelateerde factoren 7
Artsgerelateerde factoren 10
Resultaten 11
Studiepopulatie 11
Patiëntgerelateerde factoren 12
Vrije opmerkingen 17
Artsgerelateerde factoren 18
Voorspellende factoren voor voorschrijfgedrag 18
Voorspellende factoren voor attitude ten opzichte van depressie 20
Voorspellende factoren voor zelfzekerheid 23
Discussie 24
De resultaten 24
Sterktes en beperkingen 26
Conclusie 28
Literatuurlijst 29
Bijlagen 31
Bijlage 1: Protocol 31
Bijlage 2: Goedkeuring ethische commissie 32
Bijlage 3: Steekkaart richtlijn Domus Medica 'Depressie bij volwassen: aanpak door de huisarts 33
Bijlage 4: DSM-5 criteria depressie 35
Bijlage 5: R-DAQ - Oorspronkelijke versie 36
Bijlage 6: R-DAQ - vertaalde versie 37
Bijlage 7: Enquête 38
Bijlage 8: Vrije opmerkingen van de deelnemende artsen 44
Bijlage 9: Codeboek voor spreadsheet 47

Inleiding

Depressie is een veel voorkomende aandoening in de huisartsenpraktijk. Eén op vijf vrouwen en één op tien mannen zou volgens bevraging in een bevolkingsonderzoek minstens gedurende een beperkte periode in zijn of haar leven klachten van een depressieve stoornis ervaren[1]. Het is een aandoening die belangrijke morbiditeit en mortaliteit met zich meebrengt. De WHO voorspelt zelfs dat tegen 2020 depressie de belangrijkste oorzaak van langdurig ziekteverzuim zal zijn. In de literatuur is er heel wat controverse over het voorschrijfgedrag van huisartsen. De ongerustheid over te weinig herkenning van depressie met onderbehandeling als gevolg is de laatste jaren aan het omslaan naar een vrees voor overbehandeling. Er is een duidelijke stijging in het voorschrijven van antidepressiva beschreven[2-5]. Hiervoor worden verschillende redenen aangehaald: een betere herkenning van depressie, de komst van nieuwe antidepressiva, een verandering in de attitude van de artsen, meer erkende indicaties voor het voorschrijven van antidepressiva en een langere therapieduur.

Het grootste deel van depressieve patiënten meldt zich als eerste aan bij de huisarts. Daarom is het belangrijk dat huisartsen getraind zijn om depressieve klachten snel te herkennen en er adequaat op te reageren. Als houvast kan de huisarts rekening houden met de diagnostische criteria en richtlijnen die vrij toegankelijk zijn voor elke gezondheidsmedewerker. Het is echter een uitdaging om de verschillende beschikbare richtlijnen met elkaar te vergelijken en om op de hoogte te blijven van de nieuwe aanpassingen en updates die regelmatig worden doorgevoerd. Zo verscheen er recent (februari 2017) nog een herziening[1] van de richtlijn 'Depressie bij volwassenen' van Domus Medica uit 2008[6]. De andere nationale richtlijnen (onder andere de NHG-standaarden[7], NICE guidelines[8], NGC guidelines[9]) leggen allemaal hun eigen accenten wat betreft het behandelen van de depressieve patiënt. Wanneer is het meer aangewezen om psychotherapie te starten of wanneer is het bijvoorbeeld nodig om antidepressiva voor te schrijven? Daarnaast zijn er ook nog andere factoren die de huisarts beïnvloeden om de ene of de andere keuze te maken. Is het mogelijk voor de patiënt om de kost van psychotherapie in de eerste lijn te dragen? Is er binnen een aanvaardbare termijn psychologische/psychiatrische ondersteuning mogelijk? Het zijn allemaal zaken waar de huisarts rekening mee dient te houden om de 'juiste', meest geschikte behandeling voor zijn depressieve patiënt te kiezen.

Met welke factoren houden de huisartsen uiteindelijk het meeste rekening? Welke factoren trekken hen over de drempel om een antidepressivum voor te schrijven? In een Franse studie uit 2012[10] bleek uit navraag bij huisartsen dat zij vooral rekening hielden met hun 'buikgevoel' en hoe goed ze de patiënt kennen om te kiezen welke behandeling het beste zou zijn. Zij hielden hierbij in mindere mate rekening met de richtlijnen. In deze scriptie wordt nagegaan met welke factoren huisartsen in Belgisch Limburg rekening houden bij het al dan niet voorschrijven van antidepressiva en of ze hierbij rekening houden met de beschikbare richtlijnen. Want hoewel de verschillende richtlijnen hun eigen accenten hebben, zijn er toch een aantal belangrijke overeenkomsten. Zo raden de richtlijnen over het algemeen aan om rekening te houden met de ernst van de depressie, suïcidaliteit, aanwezigheid van een aanwijsbare aanleiding, aanwezigheid van een goed sociaal vangnet, voorgeschiedenis van

de patiënt en resistentie aan voorgaande therapieën. Dit zijn dan ook de factoren die in deze studie werden voorgelegd aan de deelnemende huisartsen.

Naast patiëntgerelateerde factoren, werd er ook gekeken of er artsgerelateerde kenmerken zijn die voorspellend kunnen zijn voor hun voorschrijfgedrag. Welk 'type' huisarts is meer geneigd om antidepressiva voor te schrijven? Is het de onzekere HAIO die sneller voor een antidepressivum kiest of de oudere soloarts? Schrijven mannen eerder een antidepressivum voor dan vrouwen? Volgens een Franse studie van Mercier et al. uit 2015[11] is de leeftijd van de arts een bepalende factor in het voorschrijfgedrag, en zou er in stedelijke gebieden meer antidepressiva voorgeschreven worden dan op het platteland. In voorgenoemde studie lijkt het geslacht van de huisarts geen significant verschil te maken, hoewel dit in de studie van Dumesnil et al. uit 2012[10] wel een bepalende factor blijkt. Verschillende uitkomsten dus, die in deze studie verder werden uitgespit. Er werd gekeken naar het geslacht van de huisarts, leeftijd, praktijkvorm, zelfzekerheid en hoeveel ze in aanraking komen met depressieve patiënten. Volgens een Belgische studie van Demyttenaere et al. uit 2011[12] blijkt de attitude van een huisarts ten opzichte van depressie invloed te hebben op zijn voorschrijfgedrag. Om dit te onderzoeken gebruikte hij de 'Depression Attitude Scale'. Ook in deze studie werd er gekeken naar de score die de deelnemende artsen behaalden op de R-DAQ ('Revised Depression Attitude Questionnaire')[13] en of dit een verband hield met hun voorschrijfgedrag.

Kort samengevat zal u hieronder dus kunnen lezen of er factoren zijn die kunnen voorspellen welke patiënt het meeste kans heeft om een behandeling met antidepressiva voorgeschreven te krijgen en daarnaast of er factoren zijn die kunnen voorspellen welke arts het meest antidepressiva voorschrijft.

Methode

Onderzoeksvraag

Deze studie focust zich op twee onderzoeksvragen:

Onderzoeksvraag 1: Met welke patiëntgerelateerde factoren houden huisartsen rekening bij het al dan niet voorschrijven van antidepressiva bij de depressieve patiënt?

Onderzoeksvraag 2: Welke artsgerelateerde factoren hebben invloed op het voorschrijfgedrag van huisartsen bij de depressieve patiënt?

Studiepopulatie

Deze studie werd gevoerd bij huisartsen en HAIO's (Huisartsen in Opleiding) in de regio Belgisch Limburg. Ter recrutering werd aan een 100-tal huisartsen en een 40-tal HAIO's gevraagd om deel te nemen aan de studie. Uiteindelijk hebben 66 huisartsen en 31 HAIO's de vragenlijsten ingevuld. Er werd gekozen om te recruteren uit een eerder kleine groep om een zo hoog mogelijke respons rate te bekomen. Er werden twee recruteringsstrategieën toegepast. Enerzijds werden papieren exemplaren van de enquête neergelegd op de Huisartsenwachtpost van de Noord-Limburgse Huisartsenwachtkring in Neerpelt. Elk weekend werden de artsen die van wacht waren persoonlijk gemaild om hen te vragen om deel te nemen aan de studie. Daarnaast werd in drie Limburgse seminariegroepen gevraagd aan de HAIO's en de stagecoördinatoren om de enquêtes in te vullen en om in hun praktijken ook te vragen om ze in te vullen. Hiervoor werd ook een elektronische versie ontwikkeld om de toegang voor collega's gemakkelijker te maken. Deze methode heeft twee belangrijke beperkingen. Vooreerst is er op deze manier een selectiebias ontstaan met een voorkeur voor artsen uit onze onmiddellijke omgeving. Daarnaast is niet geweten hoeveel artsen er exact uitgenodigd zijn door onze collega-HAIO's. Een belangrijk voordeel van deze methode is dat door artsen uit een relatief kleine groep zeer persoonlijk aan te spreken en zo een hoge response rate te behalen, de selectiebias door interesse voor het onderwerp erg beperkt gehouden wordt.

Onderzoeksmethode

Om te onderzoeken of het voorschrijfgedrag van huisartsen rond antidepressiva kan voorspeld worden, werd een enquête ontwikkeld die uit twee grote delen bestaat. Het ene deel houdt vooral rekening met de patiëntgerelateerde factoren en het andere deel is toegespitst op de artsgerelateerde factoren.

Patiëntgerelateerde factoren

Ontwikkeling vignetten

Om te achterhalen met welke patiëntgerelateerde factoren de huisartsen rekening houden bij het opstarten van een behandeling van de depressieve patiënt werden tien vignetten ontwikkeld. Na het lezen van elk vignet diende de deelnemende arts te beslissen of hij al dan niet een antidepressivum

zou opstarten in de voorgelegde situatie. De vignetten handelen allemaal over een vrouwelijke patiënte (Veerle) van 42 jaar oud. Deze twee factoren (geslacht en leeftijd) werden in elk vignet hetzelfde gehouden, omdat bestaande studies die handelen over ditzelfde onderwerp aangetoond hebben dat deze factoren weinig tot geen invloed hebben op het voorschrijfgedrag van huisartsen[14]. Er werd voor een volwassen leeftijd gekozen omdat er voor de behandeling van depressie bij kinderen en bij ouderen een aparte richtlijn is ontwikkeld. Dit zal dus niet besproken worden in deze scriptie. De overige informatie die de deelnemende artsen kregen over patiënt Veerle varieerde in de verschillende vignetten. De factoren die veranderden in de verschillende casussen waren: ernst van de depressie (volgens DSM-5 criteria – zie bijlagen), suïcidaliteit, aanwezigheid van een duidelijke aanwijsbare aanleiding (een echtscheiding in dit geval), aan- of afwezigheid van een uitgebreid sociaal vangnet, de mening van de patiënt zelf over een mogelijke behandeling, voorgeschiedenis van een ernstige depressie met succesvol antidepressivumgebruik en uitblijven van beterschap na het starten van psychotherapie. Van bepaalde factoren wordt verwacht dat ze de kans op voorschrijven van antidepressiva groter maken, van andere factoren wordt verwacht dat ze de kans op voorschrijven van antidepressiva kleiner maken (Tabel 1). De gebruikte factoren werden uitgekozen omdat na een synthese van de verschillende nationale richtlijnen, deze factoren als meest belangrijk worden benoemd om rekening mee te houden bij de ernstinschatting van een depressie en dus ook bij het al dan niet starten van een behandeling met antidepressiva. Aangezien de enquête in de zomer van 2016 werd ontwikkeld, werd hiervoor nog rekening gehouden met de richtlijn van Domus Medica uit 2008 en dus niet met de laatste nieuwe versie die verscheen in februari 2017. Bij elke casus diende de deelnemende huisarts dus te antwoorden op de ja/nee-vraag ‘Zou u Veerle antidepressiva voorschrijven?’. Na elke casus werd er ruimte gelaten om opmerkingen neer te schrijven, zodat eventuele andere factoren waar de huisarts rekening mee hield ook in rekening konden genomen worden.

Casus 1	Ernstige depressie	Casus 6	Milde depressie
	Suïcidaal		Niet suïcidaal
Casus 2	Ernstige depressie	Casus 7	Milde depressie
	Suïcidaal		Voorgeschiedenis van ernstige depressie met antidepressivumgebruik
	Rouwproces/aanwijsbare aanleiding		
Casus 3	Ernstige depressie	Casus 8	Milde depressie
	Suïcidaal		Wil zelf graag antidepressiva
	Wil geen antidepressiva		
Casus 4	Ernstige depressie	Casus 9	Milde depressie
	Niet suïcidaal		Geen beterschap onder psychotherapie
	Geen sociaal vangnet		
Casus 5	Ernstige depressie	Casus 10	Milde depressie
	Niet suïcidaal		Geen sociaal vangnet
	Goed sociaal vangnet		

Tabel 1: De factoren waarmee in de tien casussen rekening gehouden wordt. In rood de casussen waarin de patiënte met een ernstige depressie kampt, in blauw waarin ze met een milde depressie kampt.

Analyse vignetten

Om de verschillende factoren apart te kunnen beoordelen, werden er casussen paarsgewijs met elkaar vergeleken die net in die bepaalde factor van elkaar verschillen (Tabel 2). Bij de ernstige depressies werd telkens een factor toegevoegd waarvan verwacht werd dat het de voorschrijfintentie zou verlagen. Deze casussen (ernstige depressie met suïcidaliteit + bijkomende factor) werden dan ook allemaal vergeleken met casus 1 (ernstige depressie met suïcidaliteit). Bij de milde depressies werden factoren toegevoegd waarbij verwacht werd dat ze de voorschrijfintentie zouden verhogen. Deze casussen werden allemaal vergeleken met casus 6 (milde depressie 'zonder meer'). Casus 1 en casus 6 zijn dus een soort van 'controlecasussen'. Er werd verwacht dat de voorschrijfintentie bij casus 1 zeer hoog zou zijn (richting 100%) en bij casus 6 zeer laag (richting 0%) en dat de toegevoegde factoren de voorschrijfintentie respectievelijk zouden verlagen en verhogen. Casus 4 en 5 werden met elkaar vergeleken om de factor 'sociaal vangnet' bij een ernstige depressie te vergelijken. Deze patiënten zijn allebei niet suïcidaal omdat verwacht werd dat de factor 'suïcidaliteit' te hard zou doorwegen ten opzichte van de factor 'sociaal vangnet'.

Te onderzoeken factor	Vergeleken casussen
Rouwproces/aanwijsbare aanleiding	Casus 1
	Casus 2
Wens van de patiënt	Casus 1
	Casus 3
Sociaal vangnet	Casus 4
	Casus 5
Suïcidaliteit	Casus 1
	Casus 5
Ernst van de depressie	Casus 1
	Casus 6
Voorgeschiedenis van depressie en AD gebruik	Casus 6
	Casus 7
Wens van de patiënt	Casus 6
	Casus 8
Geen beterschap onder psychotherapie	Casus 6
	Casus 9
Sociaal vangnet	Casus 6
	Casus 10

Legende tabel 2:

'Rouwproces/aanwijsbare aanleiding': patiënte in casus 2 is recent gescheiden, hierdoor lijkt het depressieve beeld getriggerd

'Wens van de patiënt': patiënte in casus 3 wil liever geen antidepressiva nemen, hoewel ze met een ernstige depressie kampt

'Sociaal vangnet': patiënte in casus 4 heeft weinig sociale contacten, patiënte in casus 5 wordt omringd door warme familie en vriendenkring

'Ernst van depressie': patiënte in casus 1 voldoet volgens DSM-5 aan de criteria van een ernstige depressie, patiënte in casus 6 kampt met een milde depressie

'Voorgeschiedenis van depressie en AD gebruik': patiënte in casus 7 maakte enkele jaren geleden een ernstige depressie door en gebruikte hiervoor antidepressiva met een gunstig effect

'Wens van de patiënt': patiënte in casus 8 wil zelf graag antidepressiva gebruiken, hoewel ze slechts een milde depressie heeft

'Geen beterschap onder psychotherapie': patiënte in casus 9 volgt al drie maanden psychotherapie, maar bemerkt geen enkele beterschap

'Sociaal vangnet': patiënte uit casus 6 en 10 kampen allebei met een milde depressie, met als enige verschil dat patiënte uit casus 10 erg weinig sociale contacten heeft

Tabel 2: Casussen die vergeleken worden om patiëntgerelateerde factoren te onderzoeken.

Artsgerelateerde factoren

Ontwikkelen vragenlijst

Om te achterhalen welk 'type' arts de vignetten invulde, werden ook vragen gesteld naar artsgerelateerde factoren. Zo werd de leeftijd en het geslacht van de huisarts nagevraagd, het aantal jaren ervaring en in welk soort praktijk ze werken (solo, duo of groep). Daarnaast werd hen gevraagd om op een likert-schaal aan te duiden hoe zelfzeker ze zich voelen in de behandeling van een depressieve patiënt, en hoe groot het aandeel is van depressieve patiënten in hun dagelijkse praktijkvoering. Om op een gestandaardiseerde manier te achterhalen hoe de visie op en attitude tegenover depressie van de verschillende huisartsen is, werd de R-DAQ (Revised Depression Attitude Questionnaire)[13] gebruikt. Dit is een vragenlijst die bestaat uit 22 stellingen over depressie en die de arts dient in te vullen aan de hand van een likert-schaal. Ze beantwoordden de vragen met een score van 1 tot 5, waarbij 1 staat voor 'helemaal niet akkoord' en 5 voor 'volledig akkoord'. De vragen van de R-DAQ en hun bijhorende antwoorden kunnen nadien nog in drie subgroepen onderverdeeld worden. Vragen 1, 7, 8, 11 ,15, 17 en 19 zeggen vooral iets over het 'Professional confidence' van de huisarts, vragen 3, 4, 5, 6, 9, 12, 13, 18, 20 en 21 zeggen iets over zijn 'Therapeutic optimism/pessimism' en vragen 2, 10, 14, 16 en 22 geven meer informatie over zijn 'Generalist perspective' (Tabel 3). Om de totaalscore te bekomen worden de scores per vraag (1-5) opgeteld. Bij de negatief geformuleerde vragen moeten de scores worden omgedraaid ('helemaal niet akkoord' levert dan een score van 5 op). De R-DAQ is origineel een Engelstalige lijst. Voor de vertaling naar het Nederlands werd er gebruik gemaakt van culturele adaptie door middel van back- and forward translation en semantische verificatie.

Professional confidence	
1	Ik voel me comfortabel in het omgaan met de behoeften van depressieve patiënten.
7	Ik voel me zelfzeker in het beoordelen van depressies bij patiënten.
8	Ik voel me meer comfortabel bij het werken met patiënten met een lichamelijke ziekte dan met een mentale ziekte zoals depressie.
11	In mijn job ben ik goed geplaatst om patiënten met een depressie te behandelen.
15	In mijn job ben ik goed getraind om patiënten met een depressie bij te staan.
17	Ik ben zelfzeker in het inschatten van zelfmoordrisico bij patiënten die een depressie hebben.
19	Het geeft voldoening om met patiënten met een depressie te werken.

Therapeutic optimism/pessimism	
3	Psychologische therapie is meestal niet succesvol bij mensen met een depressie.
4	Behandeling met antidepressiva is meestal niet succesvol bij mensen met een depressie.
5	Eén van de voornaamste oorzaken van depressie is een gebrek van zelfdiscipline en wilskracht.
6	Depressie-behandelingen medicaliseren een ongelukkig gevoel.
9	Depressief worden hoort bij ouder worden.
12	Depressief worden is voor mensen met een laag uithoudingsvermogen een manier om om te gaan met tegenslagen.
13	Eens een individu beslist zelfmoord te plegen kan niemand hem/haar tegenhouden.
18	Depressie is een gevolg van het niet kunnen omgaan met verandering.
20	Depressief worden is een normaal onderdeel van adolescentie.
21	Men kan weinig aanbieden aan depressieve patiënten die niet reageren op de initiële behandeling.

Generalist perspective	
2	Depressie is een ziekte zoals alle anderen (bijvoorbeeld astma, diabetes).
10	Elke gezondheidsmedewerker moet de vaardigheden hebben om een depressie te herkennen en te behandelen.
14	Personen met een depressie hebben dezelfde zorgbehoeften dan mensen met andere medische aandoeningen zoals diabetes of COPD.
16	Het herkennen en omgaan met depressies is vaak een belangrijk onderdeel in het omgaan met andere gezondheidsproblemen.
22	Iedereen kan aan een depressie lijden.

Tabel 3: de genummerde vragen van de R-DAQ waarop geantwoord wordt via een likert-schaal waarop 1 staat voor 'helemaal niet akkoord' en 5 voor 'helemaal akkoord'. De vragen zijn hier al onderverdeeld in de drie verschillende subgroepen

Analyse vragenlijst

De gegevens die over de artsen werden verzameld via de korte vragenlijst en de R-DAQ werden gebruikt om te bepalen of er voorspellende factoren blijken te zijn voor het voorschrijfgedrag van de artsen (bepaald door het aantal keer dat er 'ja' geantwoord werd op de verschillende casussen), of er voorspellende factoren zijn voor hun attitude ten opzichte van depressie (bepaald door de score die ze behalen op de R-DAQ) en om te bepalen of er voorspellende factoren zijn voor de mate van zelfzekerheid (bepaald door de score die ze zichzelf hiervoor gaven op een likert-schaal). Door deze vergelijkingen wordt onder andere getest of HAIO's meer geneigd zijn om antidepressiva voor te schrijven dan meer ervaren huisartsen, of mannen een meer optimistische of pessimistische attitude hebben ten opzichte van depressie dan vrouwen, of artsen die meer in aanraking komen met depressie zich ook meer zelfzeker voelen in de omgang met depressieve patiënten, ...

Resultaten

Studiepopulatie

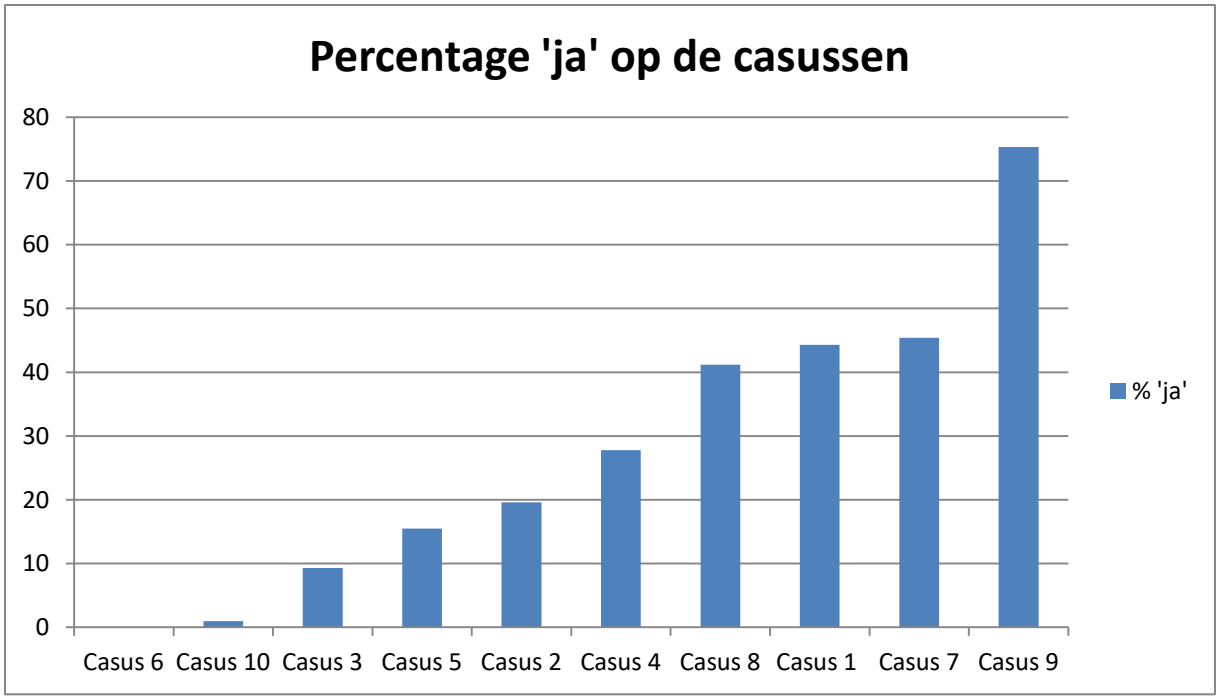
De 97 artsen die aan de enquête deelnamen, hebben een gemiddelde leeftijd van 38.8 jaar. De meest voorkomende leeftijdscategorie is de jongste leeftijdscategorie (<30 jaar) (n=39, 40.2%) en de minst voorkomende leeftijdscategorie is de oudste leeftijdscategorie (>60 jaar) (n=6, 6.2%). Van de 97 artsen zijn er 39 (40.2%) mannelijk en 58 (59.8%) vrouwelijk. 16.5% van de artsen werkt in een solopraktijk, 23.7% in een duopraktijk en 59.8% in een groepspraktijk. De zelfzekerheid werd nagekeken met behulp van een likert-schaal van 1-5 waarbij 1 staat voor 'erg onzeker' en 5 voor 'erg zelfzeker'. De artsen scoren hier gemiddeld 3.30. Ze zien gemiddeld 1 tot 5 keer per maand patiënten met een depressie op consultatie. In tabel 4 wordt er voor deze karakteristieken nog een onderscheid gemaakt tussen HAIO's en huisartsen om een gedetailleerder beeld te krijgen van de respondenten.

	Totale proefgroep (n=97)	HAIO (n=31)	Huisarts (n=66)	*P*
Leeftijdscategorie, n (%)				
<30	39(40.2)	30(96.7)	9(13.6)	**<0.01** [a]
30-39	14(14.4)	0	14(21.1)	
40-49	19(19.6)	1(3.2)	18(27.2)	
50-59	19(19.6	0	19(28.7)	
>60	6(6.2)	0	6(9.0)	
Geslacht:Man, n (%)	39(40.2)	10(32.2)	29(43.9)	0.27 [a]
Prakijkvorm				
Solopraktijk	16(16,5)	1(3.2)	15(22.72)	**<0.01** [a]
Duopraktijk	23(23,7)	2(6.4)	21(31.81)	
Groepspraktijk	58(59,8)	28(90.3)	30(45.45)	
Zelfzekerheid (1-5), Gem (SD)	3.30	2.65(0.75)	3.61(0.65)	0.18 [b]
Tijdsbesteding (n, %)				
<1x /maand	14(14.4)	9(29.0)	5(7.5)	**0.01** [a]
1-5x/maand	47(48.5)	15(48.3)	32(48.4)	
1-5x/week	28(28.4)	7(22.5)	21(31.8)	
>5x/week	8(8.2)	0	8(12.1)	
Voorschriftintentie, Gem (SD)	2.84(1.68)	3.23(1.66)	2.65(1.62)	0.11 [b]
R-DAQ score (op 110), Gem (SD)	83.29(7.95)	81.68(7.51)	84.05(8.09)	0.17 [b]
Subscores (dimensies)				
Professional confidence (op 35)	22.84(4.13)	20.74(3.70))	23.82(3.95)	**<0.01** [a]
Therapeutic optimism (op 50)	41.12(4.41)	41.55(4.07)	40.92(4.69)	0.52 [a]
Generalist perspective (op 25)	19.33(2.77)	19.39(2.64)	19.30(2.86)	0.81 [a]

Tabel 4: Karakteristieken van de deelnemers aan de enquête.
(a) P-waarde gebaseerd op de chi-kwadraat test voor proporties
(b) P-waarde gebaseerd op de student t-test

Patiëntgerelateerde factoren

In eerste instantie wordt er in deze studie nagegaan of er factoren zijn die kunnen voorspellen welke patiënt het meeste kans heeft om een behandeling met antidepressiva voorgeschreven te krijgen. Figuur 1 geeft een overzicht weer van hoeveel procent van de artsen een antidepressivum hebben voorgeschreven bij elke casus.



Figuur 1: Overzicht van het percentage artsen dat een antidepressivum voorschreef, per casus.

Om de verschillende patiëntgerelateerde factoren te onderzoeken, werden telkens twee casussen met elkaar vergeleken die net in die bepaalde factor van elkaar verschillen. Bij het vergelijken van de casussen zijn er twee 'controlecasussen': casus 1 en casus 6. Casus 1 (ernstige depressie met suïcidaliteit) is een casus waarbij een erg hoge voorschrijfintentie verwacht werd (richting 100%). Daarom werden de andere casussen waarbij de patiënt met een ernstige depressie kampt (casus 2, 3 en 5) vergeleken met casus 1. Er werd in de vergeleken casussen telkens een factor toegevoegd waarvan verwacht werd dat het de voorschrijfintentie zou verlagen. Casus 4 en 5 werden onderling nog vergeleken om de factor 'sociaal vangnet bij een ernstige depressie' te onderzoeken. Deze casussen worden onderling vergeleken omdat ze allebei over een patiënt gaan die niet suïcidaal is. De factor 'suïcidaliteit' leek namelijk te zwaar te wegen op de voorschrijfintentie om hem te vergelijken met 'sociaal vangnet', daarom werd hierbij dus niet casus 1 als controle gebruikt. Casus 6 (milde depressie 'zonder meer') is de tweede 'controlecasus'. Hierbij werd een erg lage voorschrijfintentie (richting 0%) verwacht. Daarom worden alle casussen met een 'milde depressie' (casus 7, 8, 9 en 10) hiermee vergeleken. Bij deze casussen wordt telkens een factor toegevoegd waarvan verwacht werd dat het de voorschrijfintentie net gaat verhogen.

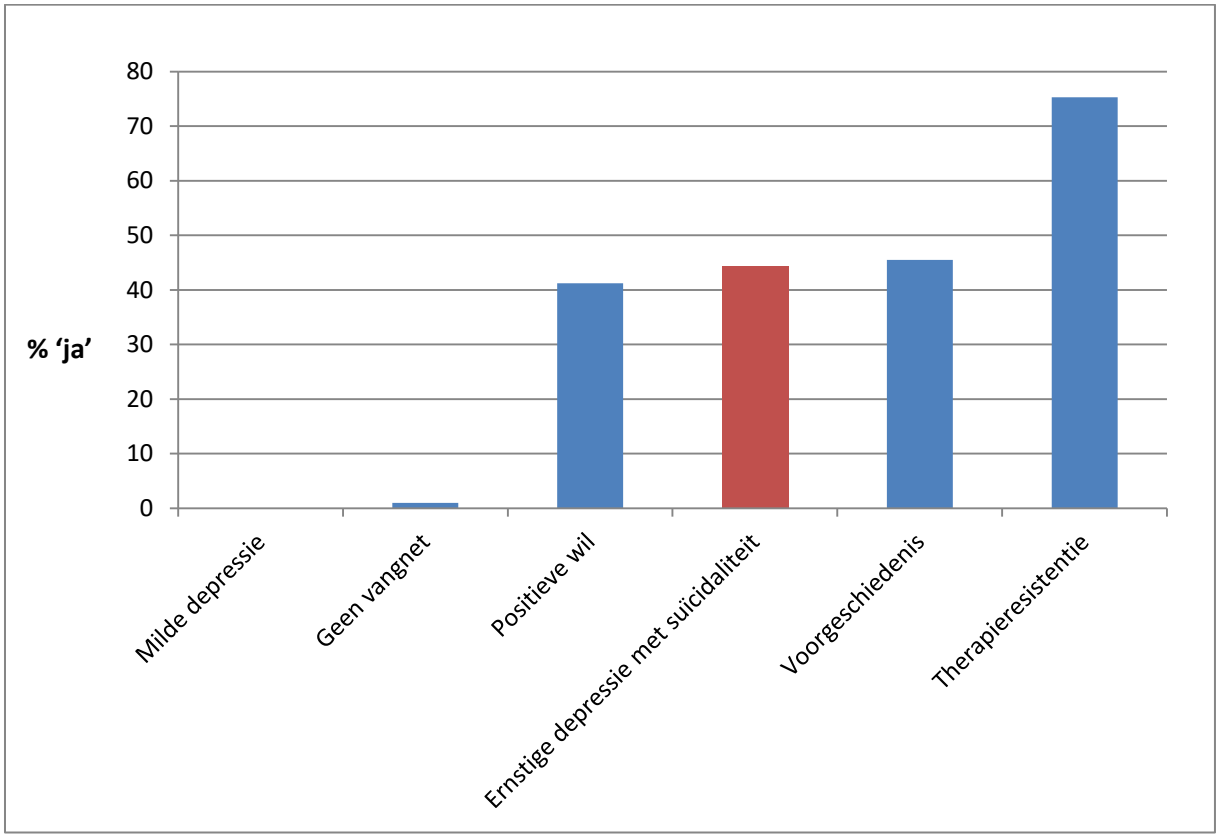
De onderzochte patiëntgerelateerde factoren (na vergelijking van het voorschrijfgedrag tussen de verschillende 'koppels' casussen) blijken na analyse bijna allemaal een significante invloed te hebben op het voorschrijfgedrag van de artsen (tabel 5). Zowel de factor 'aanwijsbare aanleiding' ($p<0.01$), 'wens van de patiënt' (patiënt wil liever geen antidepressiva) ($p<0.01$) en factor 'sociaal vangnet bij een ernstige depressie' (aanwezig) ($p=0.03$) zorgen ervoor dat er minder snel een antidepressivum voorgeschreven zal worden. Factoren 'suïcidaliteit' ($p<0.01$), 'ernst van de depressie' ($p<0.01$), 'voorgeschiedenis van een ernstige depressie met antidepressivumgebruik' ($p<0.01$), 'wens van de patiënt' (wil graag behandeld worden met antidepressiva) ($p<0.01$) en 'geen beterschap onder psychotherapie' ($p<0.01$), zorgen ervoor dat er sneller een antidepressivum voorgeschreven zal

worden. Enkel de factor 'sociaal vangnet bij een milde depressie' (p=0.32) blijkt geen significante invloed te hebben op het voorschrijven van antidepressiva.

Factor	Vergelijking	Aantal keer antidepressie opstarten N (%)	*P* (*)
Aanwijsbare aanleiding	Casus 1 (afwezig)	43(44.3)	**<0.01**
	Casus 2 (aanwezig)	19(19.6)	
Wens van de patiënt (patiënt wilt geen antidepressivum bij een ernstige depressie)	Casus 1	43(44.3)	**<0.01**
	Casus 3 (negatieve wil)	9(9.3)	
Sociaal vangnet bij een ernstige depressie	Casus 4 (afwezig)	27(27.8)	**0.03**
	Casus 5 (aanwezig)	15(15.5)	
Suïcidaliteit	Casus 1 (aanwezig)	43(44.3)	**<0.01**
	Casus 5 (afwezig)	15(15.5)	
Ernst van de depressie	Casus 1 (ernstig)	43(44.3)	**<0.01**
	Casus 6 (mild)	0	
Voorgeschiedenis van ernstige depressie met antidepressivumgebruik	Casus 6	0	**<0.01**
	Casus 7 (VG)	44(45.4)	
Wens van de patiënt (patiënt wilt antidepressivum bij een milde depressie)	Casus 6	0	**<0.01**
	Casus 8 (positieve wil)	40(41,2)	
Geen beterschap onder psychotherapie	Casus 6	0	**<0.01**
	Casus 9 (resistentie)	73(73)	
Sociaal vangnet bij een milde depressie	Casus 6	0	0.32
	Casus 10 (afwezig)	1(1%)	

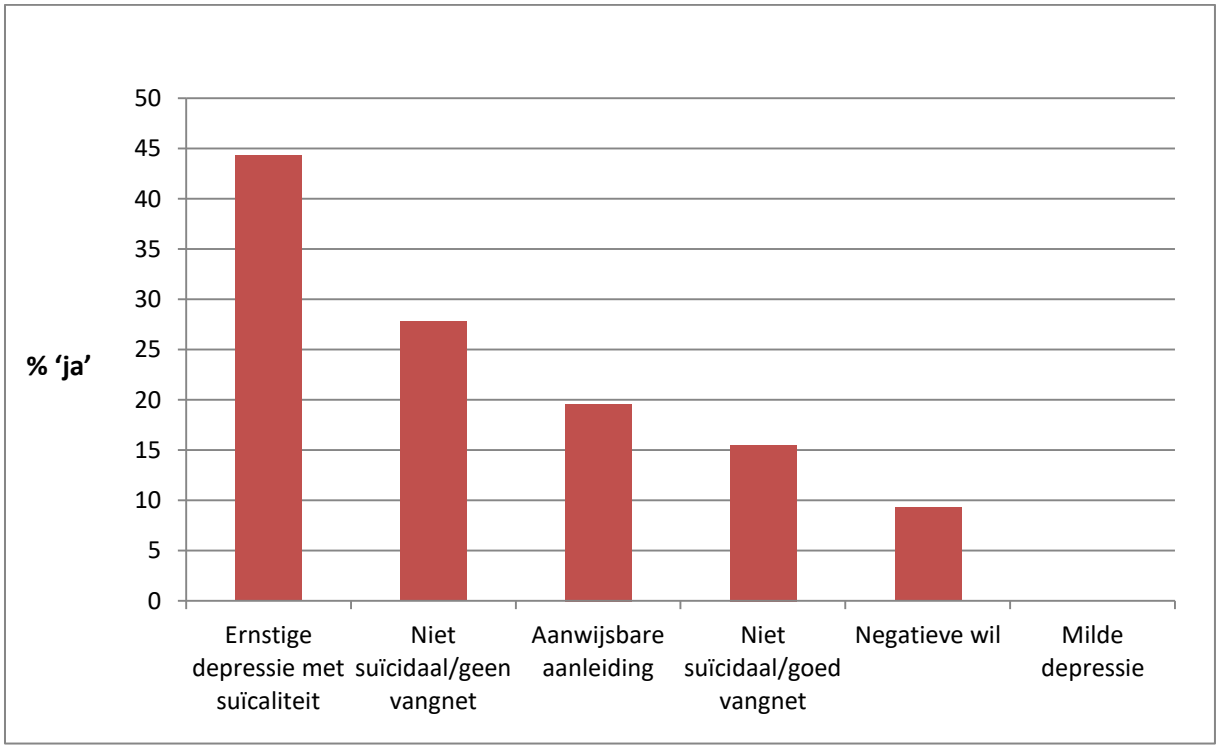
Tabel 5: Analyse van patiëntgerelateerde factoren
(*) P-waarde gebaseerd op de Chi kwadraat test voor proporties

Bij het vormen van de koppels worden er vijf casussen met casus 6 (een milde depressie 'zonder meer') vergeleken. Deze vijf casussen verschillen allemaal in één factor van casus 6. Hierdoor kunnen deze casussen ook naast elkaar gezet worden om een beeld te krijgen van welke de meest doorslaggevend factor is (figuur 2). De factor 'geen beterschap onder psychotherapie' blijkt te zorgen voor de meeste intenties tot voorschrijven van een antidepressivum en blijkt dus de meest doorslaggevende factor te zijn. Het is meer doorslaggevend dan de voorgeschiedenis (voorgeschiedenis van ernstige depressie met antidepressivumgebruik), de ernst van de depressie (ernstige depressie met suïcidaliteit) en de wil van de patiënt (wil graag behandeld worden met een antidepressivum). Of er al dan niet een sociaal vangnet is bij een milde depressie, heeft geen significante invloed en is dan ook de minst doorslaggevende factor. Het feit dat bij casus 1 (ernstige depressie met suïcidaliteit) toch minder antidepressiva worden voorgeschreven dan bij casus 7 en 9, is niet geheel volgens de verwachtingen aangezien casus 1 als controlecasus werd aangeduid en dus verwacht werd dat dat de ernst van de depressie de meest doorslaggevende factor zou zijn. De factor 'voorgeschiedenis van ernstige depressie' en 'therapieresistentie voor psychotherapie' blijken zelfs bij een patiënt met een milde depressie de neiging om antidepressiva voor te schrijven toch nog groter te maken.



Figuur 2: Stijgende voorschrijfintentie door toevoeging van extra factoren aan casus 6 'milde depressie'

Er vormen ook vier casussen een koppel met casus 1 (een ernstige depressie met suïcidaliteit). De factoren die hierbij nagekeken worden, zouden ervoor moeten zorgen dat er minder snel een antidepressivum voorgeschreven wordt. Wanneer de voorschrijfintentie bij deze casussen naast elkaar gezet wordt, krijgt men een beeld van wat de meest doorslaggevende factor is om juist niet te kiezen voor een antidepressivum (figuur 3). De factor 'ernst van de depressie' (mild) blijkt te zorgen voor de minste intenties tot het voorschrijven van een antidepressivum. Niemand van de respondenten zou een antidepressivum voorschrijven indien er enkel een milde depressie aanwezig is. De factor waarmee vervolgens het meeste rekening gehouden wordt, is de wil van de patiënt. Dat de patiënt liever geen antidepressivum wilt nemen, blijkt dus een belangrijke doorslaggevende factor te zijn om het niet voor te schrijven. Indien de patiënt niet suïcidaal is en indien er een aanwijsbare aanleiding is voor de depressie, zal men vervolgens ook minder snel een antidepressivum voorschrijven dan bij een ernstige depressie met suïcidaliteit. Om de factor 'sociaal vangnet' te onderzoeken, werden casus 4 en 5 met elkaar vergeleken. Hierin is de patiënte ernstig depressief, niet suïcidaal en heeft ze al of niet een goed sociaal vangnet. Bij de patiënte zonder goed sociaal vangnet worden er significant meer antidepressiva voorgeschreven. Hieruit blijkt dat het sociaal vangnet een belangrijkere factor is bij een ernstige depressie dan bij een milde depressie (waar dit de voorschrijfintentie niet significant verandert).



Figuur 3: Dalende voorschrijfintentie door toevoeging van extra factoren aan casus 1 'ernstige depressie met suïcidaliteit'

Vrije opmerkingen

Naast het antwoorden op de ja/nee-vraag 'Schrijft u Veerle antidepressiva voor?' konden de deelnemende artsen nog vrije opmerkingen neerschrijven over het onderwerp. Er werden 44 vrije opmerkingen neergeschreven. In 29 van deze opmerkingen wordt gesproken over psychotherapie. Voor veel deelnemers is dit de eerste optie in de behandeling van de depressieve patiënten. Zij besluiten geen antidepressiva voor te schrijven zonder eerst psychotherapie op te starten. Drie van deze artsen merken wel op dat de toegankelijkheid van de psychotherapie in eerste lijn een probleem is. Het is voor veel patiënten financieel een probleem om naar een psycholoog te gaan, de wachttijden zijn vaak lang en de communicatie tussen psychologen en huisartsen kan beter. Zij zouden graag meer middelen zien om een goede psychologische opvolging van hun depressieve patiënten te verzekeren.

> *[Liefst zou ik met psychotherapie starten en daarna pas antidepressiva; grootste probleem is het niet terugbetaald zijn van psychotherapie en de slechte verwijsmogelijkheden/communicatie/onvoldoende informatie bij psychologen en psychiaters]*

In elf van de 44 opmerkingen wordt benadrukt hoe belangrijk de wensen/verwachtingen van de patiënt zelf zijn. Tien artsen beschrijven het belang van de voorgeschiedenis van de patiënt. Als er sprake is van een ernstige depressie in de voorgeschiedenis, die toen succesvol behandeld werd met antidepressiva, kan het nu zeker helpen om antidepressiva voor te schrijven voor een goede behandeling of zelfs om een herval te voorkomen.

> *[Bij een eerste consult schrijf ik bijna nooit antidepressiva voor, ik leg de therapeutische mogelijkheden uit, ook psychotherapie en ik plan een vervolgconsult in. Ik zal ook overleggen met patiënt en psycholoog wat de beste optie is, als dan toch nog antidepressiva uit de bus komen dan zal ik hiervoor kiezen. Als er een voorgeschiedenis is van AD gebruik en het hielp dan zal ik dit voorschrijven, wel ook psychologische begeleiding.]*

Acht opmerkingen gaan over het belang van een goed sociaal vangnet en dus ook de voordelen van het stimuleren van deze sociale contacten.

> *[een goed gesprek kan al heel veel deugd doen, mijn mening is dat een pilletje wat snel voorgeschreven wordt en soms een te gemakkelijke oplossing lijkt, echt luisteren en gericht doorverwijzen naar psychologen kan al een heel goede stap zijn, ook een goed sociaal vangnet en het betrekken van de partner bij het probleem kan helpen, soms is een AD nodig , maar ik probeer eerst goed te luisteren en door te vragen, de nachtrust te herstellen, kijken of er nog gerelativeerd wordt...]*

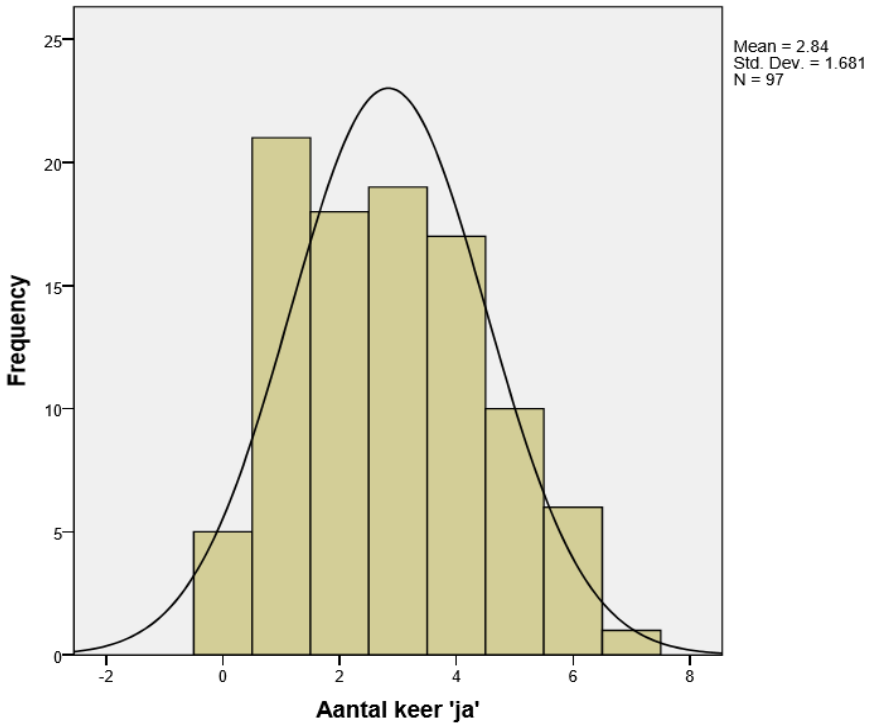
Vier artsen merken nog op dat ze bij de beslissing om toch naar een medicament toe te gaan eerder voor een supplement/natuurproduct kiezen vooraleer een antidepressivum voor te schrijven.

> *[Bij ernstige depressie eerst andere oplossingen: arbeidsongeschiktheid, psychologische begeleiding (eventueel via reling), sociaal netwerk stimuleren, ... nadien kan medicatie besproken worden. In eerste instantie supplement zoals Metarelax in combinatie met psychotherapie en opvolging.]*

Artsgerelateerde factoren

Voorspellende factoren voor voorschrijfgedrag

In deze studie wordt er naast de patiëntgerelateerde factoren ook gekeken of er artsgerelateerde factoren zijn die een voorspellende factor spelen in het voorschrijfgedrag. Van de tien casussen geven de artsen gemiddeld 2.84 keer aan dat ze een antidepressivum zouden voorschrijven (figuur 4).



Figuur 4: Aantal intenties tot het voorschrijven van een antidepressivum

Na univariate analyse van de artsgerelateerde factoren blijkt er voor voorschrijfgedrag (‘aantal keer ja’) geen significantie te bestaan voor de vergelijking tussen HAIO’s en huisartsen (‘HAIO/HA’) (p= 0.117), wel significantie voor factor ‘geslacht’ (p=0.041) en geen significantie voor factoren ‘zelfzekerheid’ (p=0.828), ‘tijdsbesteding’ (p=0.279) en R-DAQ-score (p=0.973). De vrouwen in deze studie hebben dus meer de intentie dan de mannen om een antidepressivum voor te schrijven (figuur 5). De andere nagekeken factoren blijken geen significante invloed op het voorschrijfgedrag te hebben.

HAIO/HA	HAIO	Huisarts	p-waarde
Aantal	31 (32,0%)	66 (68,0%)	
Aantal keer ja (gemiddeld)	3,23	2,65	0,117

Tabel 6: Voorschrijfintentie vergeleken voor HAIO's en huisartsen, p-waarde uit 2-tailed test

GESLACHT	Vrouw	Man	p-waarde
Aantal	58 (59,8%)	39 (40,2%)	
Aantal keer ja (gem.)	3,12	2,41	**0,041**

Tabel 7: Voorschrijfintentie vergeleken voor vrouwen en mannen, p-waarde uit 2-tailed test

ZELFZEKERHEID	1	2	3	4	5	p-waarde
Aantal	0 (0%)	18 (18,6%)	36 (37,1%)	39 (40,2%)	4 (4,1%)	
Aantal keer ja (gem.)		3,17	2,81	2,72	2,75	0,828

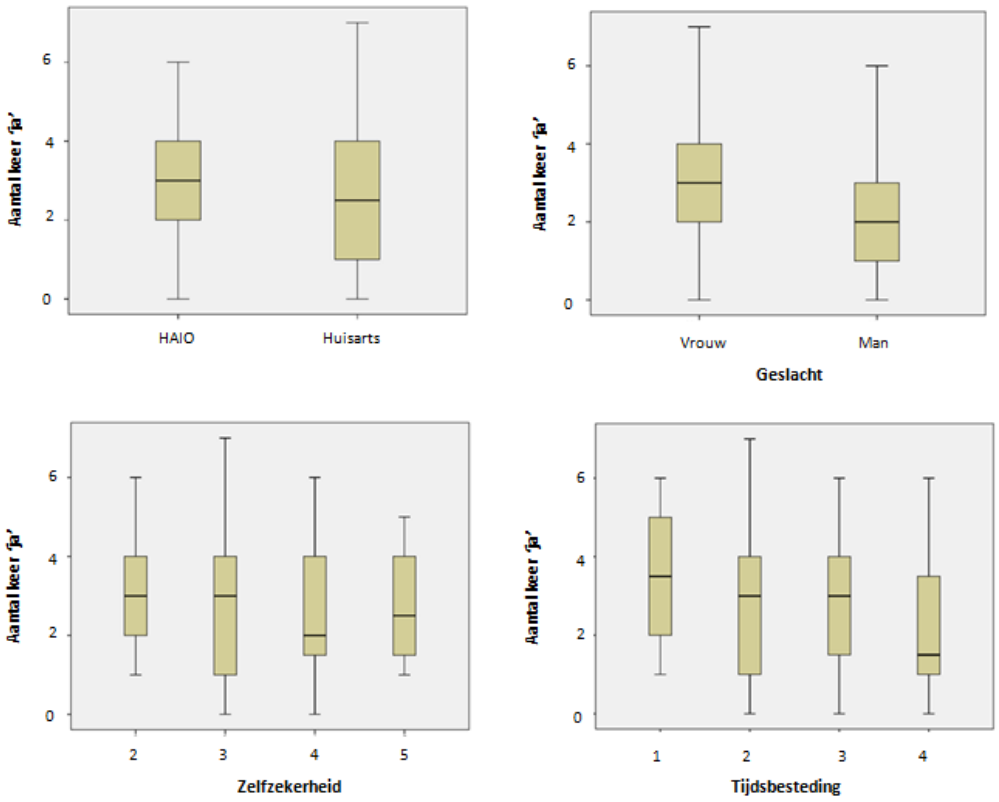
Tabel 8: Voorschrijfintentie vergeleken voor verschillende graden van zelfzekerheid (1= erg onzeker, 2= eerder onzeker, 3= neutraal, 4= eerder zelfzeker, 5= erg zelfzeker), p-waarde uit ANOVA

Tijdsbesteding	1	2	3	4	p-waarde
Aantal	14 (14,4%)	47 (48,5%)	28 (28,9%)	8 (8,2%)	
Aantal keer ja (gem.)	3,57	2,72	2,82	2,25	0,279

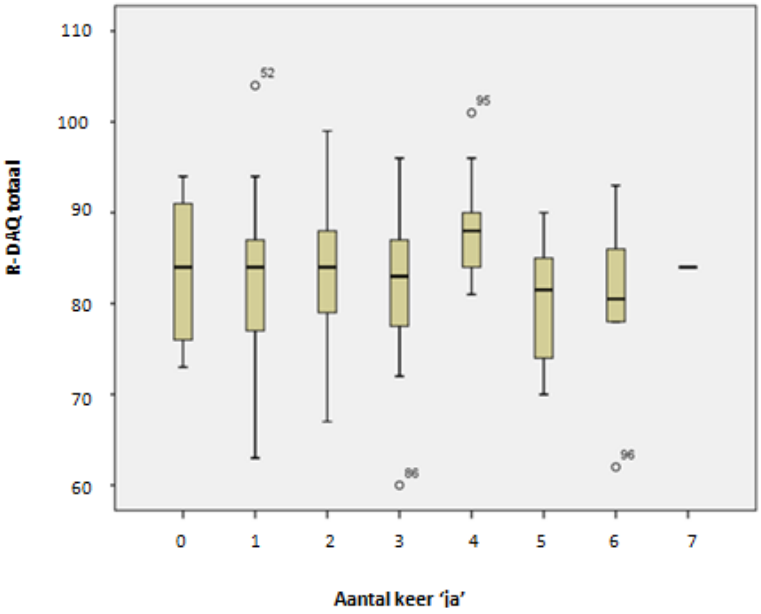
Tabel 9: Voorschrijfintentie vergeleken voor verschillende graden van tijdsbesteding (1= <1x/maand, 2= 1-5x/maand, 3= 1-5x/week, 4= >5x/week), p-waarde uit ANOVA

Aantal keer ja	0	1	2	3	4	5	6	7	p-waarde
Aantal	5 (5,2%)	21 (21,6%)	18 (18,6%)	19 (19,6%)	17 (17,5%)	10 (10,3%)	6 (6,2%)	1 (1,0%)	
R-DAQ (gem.)	83,6	82,57	83,56	82	87,88	80,7	80	84	0,943

Tabel 10: Voorschrijfintentie vergeleken met score op R-DAQ, p-waarde uit Pearson correlation



Figuur 5: Voorspellende factoren voor voorschrijfintentie



Figuur 6: Vergelijking voorschrijfintentie met R-DAQ

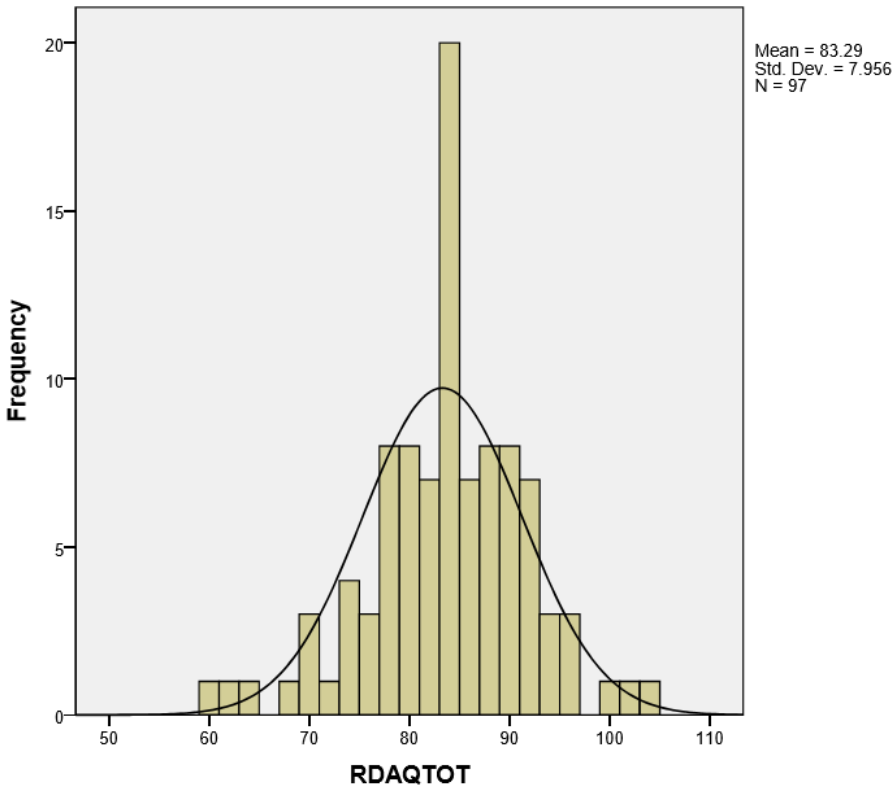
Via multivariate analyse werd nagegaan of het geslacht ook een onafhankelijke voorspeller is van het voorschrijfgedrag. Na correctie voor mogelijke invloeden van leeftijd, praktijkvorm en R-DAQ score blijkt de relatie tussen geslacht en voorschrijfgedrag niet significant te zijn (p=0.064) (Tabel 11).

Coefficients (a)				
model		β	SE	p-waarde
	(Constant)	3.851	1.944	0.051
	Geslacht	-0.674	0.359	0.064
	Leeftijd	-0.038	0.138	0.784
	Praktijkvorm	0.309	0.246	0.212
	R-DAQ totaal	-0.017	0.022	0.446

Tabel 11: Multipele lineaire regressie met voorschrijfinentie als afhankelijke variabele

Voorspellende factoren voor attitude ten opzichte van depressie

De attitude van de respondenten ten opzichte van depressie werd gemeten door middel van de R-DAQ. De Cronbach's alpha is hier 0.783, hetgeen vergelijkbaar is met vorige studies die gebruik maakten van de R-DAQ[13,15]. De scores van de studiepopulatie zijn normaal verdeeld met een minimumscore van 60 op 110, een gemiddelde score van 83.29 op 110 (75.7%) en een standaarddeviatie van 7.956 (figuur 7).



Figuur 7: Verdeling scores R-DAQ

Wanneer er naar de verschillende subgroepen van de R-DAQ gekeken wordt, wordt er gemiddeld 65.5% gehaald op de factor 'professional confidence', 82.2% op de factor 'therapeutic optimism' en 77.3% op de factor 'generalist perspective'.

De vergelijking in attitude tussen HAIO's en huisartsen ('HAIO/HA') blijkt geen significant verschil op te leveren (p=0.173). Wanneer de drie subgroepen apart bekeken worden is er echter wel één factor waarbij een significante invloed gevonden wordt, namelijk de subgroep 'professional confidence' (p<0.01). Hieruit kan geconcludeerd worden dat HAIO's over het algemeen minder zelfvertrouwen hebben in de omgang met een depressieve patiënt dan de huisartsen in deze studie, maar dat hun attitude ten opzichte van depressie over het algemeen wel vergelijkbaar is met die van de huisartsen.

Verder blijken de vergelijkingen voor 'geslacht'(p=0.026), voor 'zelfzekerheid' (p=0.000) en voor 'tijdsbesteding' (p= 0.038) een significant verschil op te leveren. Vrouwelijke artsen in deze studie, artsen die zich zelfzeker voelen in de omgang met een depressieve patiënt en artsen die meer in aanraking komen met depressieve patiënten staan over het algemeen dus positiever ten opzichte van een depressie.

HAIO/HA	HAIO	Huisarts	p-waarde
Aantal	31 (32,0%)	66 (68,0%)	
R-DAQ (gemiddeld)	81,68	84,05	0,173

Tabel 12: R-DAQ score vergeleken voor HAIO's en huisartsen, p-waarde uit 2-tailed test

Geslacht	Vrouw	Man	p-waarde
Aantal	58 (59,8%)	39 (40,2%)	
R-DAQ (gemiddeld)	84,76	81,1	**0,026**

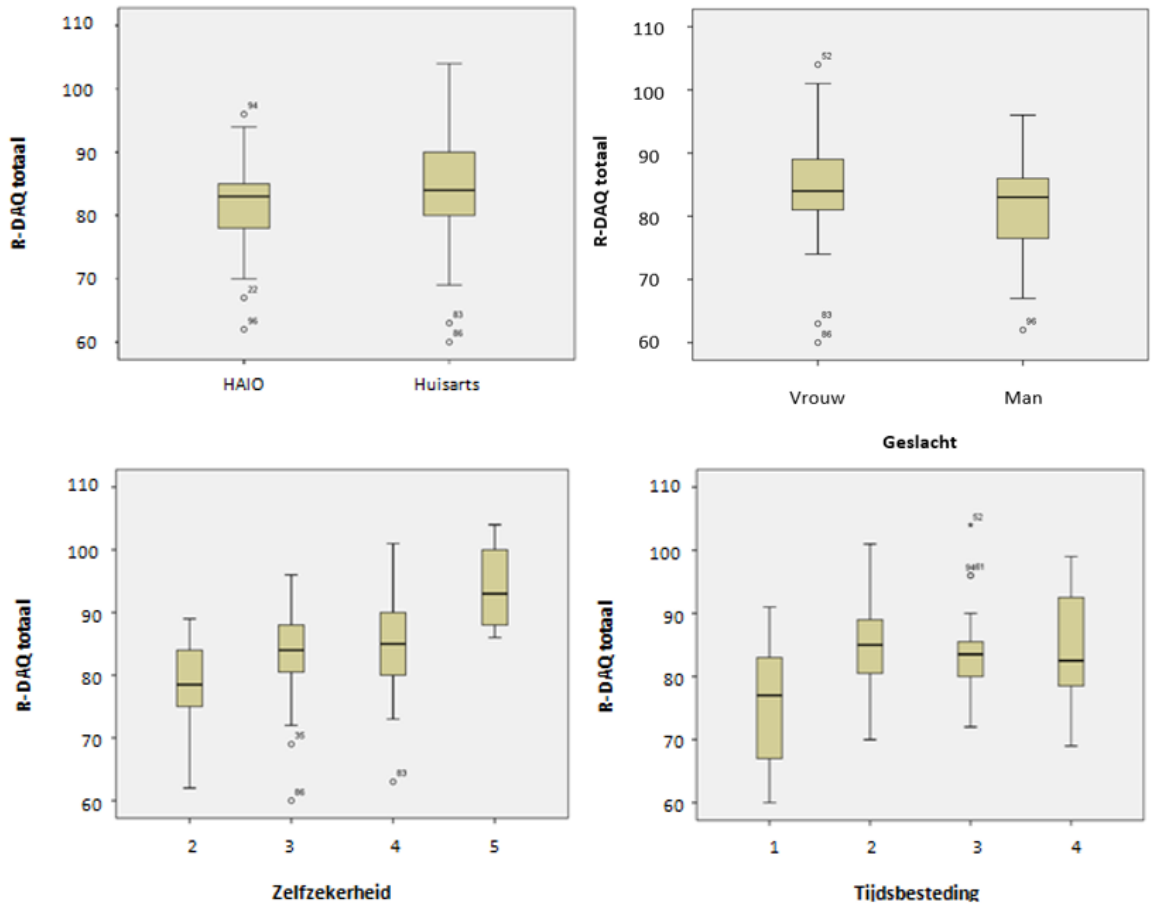
Tabel 13: R-DAQ score vergeleken voor mannen en vrouwen, p-waarde uit 2-tailed test

ZELFZEKERHEID	1	2	3	4	5	p-waarde
Aantal	0 (0%)	18 (18,6%)	36 (37,1%)	39 (40,2%)	4 (4,1%)	
R-DAQ (gemiddeld)		78	83,17	84,74	94	**0,00**

Tabel 14: R-DAQ score vergeleken voor verschillende graden van zelfzekerheid (1= erg onzeker, 2= eerder onzeker, 3= neutraal, 4= eerder zelfzeker, 5= erg zelfzeker), p-waarde uit Pearson correlation

Tijdsbesteding	1	2	3	4	p-waarde
Aantal	14 (14,4%)	47 (48,5%)	28 (28,9%)	8 (8,2%)	
R-DAQ (gemiddeld)	76,07	84,96	83,79	84,38	**0,038**

Tabel 15: R-DAQ score vergeleken voor verschillende graden van tijdsbesteding (1= <1x/maand, 2= 1-5x/maand, 3= 1-5x/week, 4= >5x/week), p-waarde uit Pearson correlation



Figuur 8: Voorspellende factoren voor attitude ten opzichte van depressie, bepaald door de R-DAQ score

Voorspellende factoren voor zelfzekerheid

Bij het zoeken naar voorspellende factoren voor zelfzekerheid levert de vergelijking tussen HAIO's en huisartsen ('HAIO/HA') een duidelijk significant verschil op (p=0.000), voor 'geslacht' is er geen significant verschil in zelfzekerheid (p=0.737) en voor 'tijdsbesteding' is er wel een significant verschil (p=0.006) (tabel 10). De zelfzekerheid in de omgang met een depressieve patiënt ligt bij huisartsen dus duidelijk hoger dan bij HAIO's. Verder blijkt de zelfzekerheid ook hoger te zijn wanneer een arts meer patiënten met een depressie op consultatie ziet en is er dus geen verschil in zelfzekerheid tussen mannen en vrouwen (Figuur 8).

HAIO/HA	HAIO	Huisarts	p-waarde
Aantal	31 (32,0%)	66 (68,0%)	
Zelfzekerheid (gemiddeld)	2,65	3,61	**0,00**

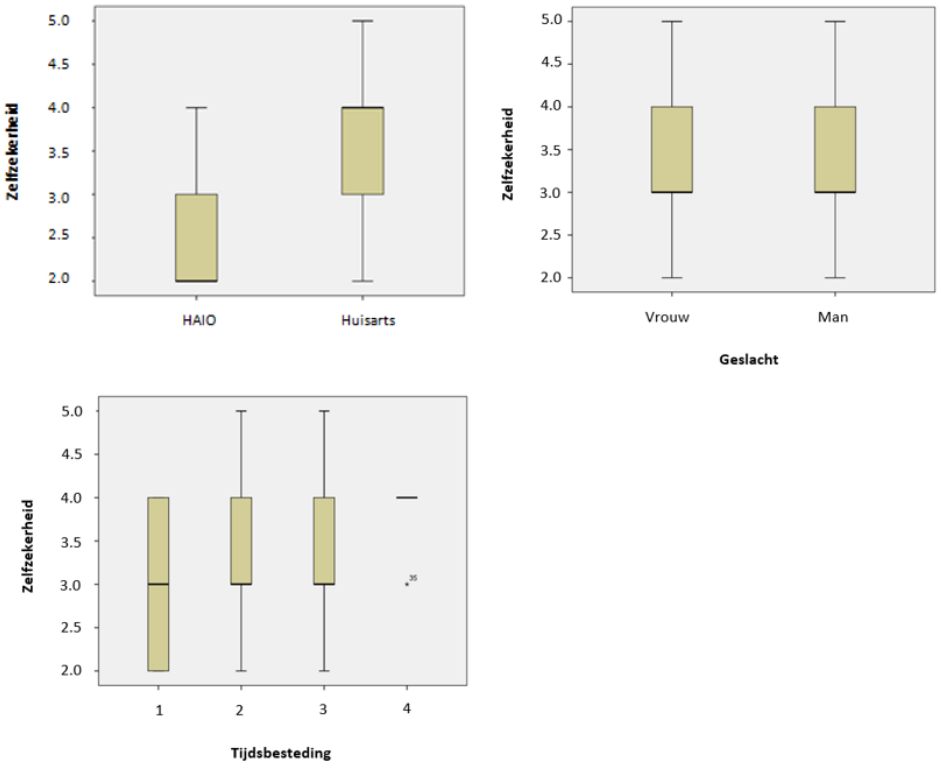
Tabel 16: Zelfzekerheid vergeleken voor HAIO's en huisartsen, p-waarde uit 2-tailed test

Geslacht	Vrouw	Man	p-waarde
Aantal	58 (59,8%)	39 (40,2%)	
Zelfzekerheid (gemiddeld)	3,28	3,33	0,737

Tabel 17: Zelfzekerheid vergeleken voor mannen en vrouwen, p-waarde uit 2-tailed test

Tijdsbesteding	1	2	3	4	p-waarde
Aantal	14 (14,4%)	47 (48,5%)	28 (28,9%)	8 (8,2%)	
Zelfzekerheid (gemiddeld)	3	3,19	3,46	3,88	**0,006**

Tabel 18: Zelfzekerheid vergeleken voor verschillende graden van tijdsbesteding (1= <1x/maand, 2= 1-5x/maand, 3= 1-5x/week, 4= >5x/week), p-waarde uit Pearson correlation



Figuur 9: Voorspellende factoren voor zelfzekerheid

Discussie

De resultaten

In deze studie werd onderzoek gedaan naar de voorspellende factoren voor het voorschrijfgedrag van een groep Limburgse huisartsen bij depressieve patiënten. Hieruit bleek dat de onderzochte patiëntgerelateerde factoren een significante invloed hadden op het voorschrijfgedrag van de huisartsen. Zo werden er beduidend meer antidepressiva voorgeschreven bij ernstige depressies dan bij milde depressies en werd er duidelijk rekening gehouden met de wil van de patiënt, zijn voorgeschiedenis en de sterkte van zijn sociaal vangnet. Allemaal factoren waarvan in de richtlijnen wordt geschreven dat ze in acht genomen dienen te worden bij het al dan niet voorschrijven van antidepressiva. De factor die het meest doorslaggevend bleek voor de deelnemende huisartsen was die van therapieresistentie voor psychotherapie. De patiënt die reeds twee maanden psychotherapie had gevolgd zonder resultaat, kreeg van ongeveer 75% van de huisartsen een antidepressivum voorgeschreven. Dit was het hoogste percentage dat een casus behaalde. Als vrije opmerking bij de andere casussen kwam dan ook erg vaak terug dat de huisartsen eerst zouden starten met psychotherapie en zelf voor een strikte opvolging zouden zorgen vooraleer een antidepressivum voor te schrijven. Ook dit is dus een sterke aanwijzer voor het feit dat de richtlijnen gevolgd worden en dat er zeker geen grote neiging lijkt te zijn om antidepressiva al te gemakkelijk op te starten. Dit kwam ook naar voor bij de resultaten van de zogenaamde 'controlecasussen'. Casus 1 ging over een patiënte met een ernstige depressie met suïcidaliteit en casus 6 ging over een patiënte met een milde depressie 'zonder meer'. Er werd verwacht dat er bij casus 1 een erg hoge voorschrijfintentie zou zijn, richting de 100%. Bij deze casus schreven echter 'slechts' 44.3% van de huisartsen een antidepressivum voor. Het beknopte karakter van deze casus ligt hier waarschijnlijk van aan de oorzaak, want bij de vrije opmerkingen kon opnieuw gelezen worden dat de artsen eerst en vooral psychotherapeutische behandeling zouden proberen in combinatie met een strikte opvolging en dat andere bijkomende factoren, zoals de wil van de patiënt, het sociaal vangnet en dergelijke zouden bepalen of er bovenop de psychotherapie ook een antidepressivum zou gestart worden. Deze opmerkingen werden al gegeven vanaf casus 1, vooraleer de huisartsen een zicht hadden op de factoren die nog zouden verweven worden in de daarop volgende casussen. Door een erg goede kennis van de richtlijnen of vanuit een eigen buikgevoel, maakten ze dus de 'juiste' beslissingen en opmerkingen. Bij de andere 'controlecasus', casus 6 (de patiënte met een milde depressie 'zonder meer') heeft geen enkele huisarts een antidepressivum voorgeschreven. De verwachting van een lage voorschrijfintentie werd dus wel ingelost. De factoren die in de andere casussen met een milde depressie werden toegevoegd, hebben -terecht- de voorschrijfintentie van de artsen in meer of mindere mate verhoogd. Ditzelfde fenomeen ziet men in verschillende internationale studies terugkomen. Zo besloten Linden et al.[16] in 1999 en Mercier et al.[17] in 2011 ook al dat het belangrijk was om bij het voorschrijven van antidepressiva niet enkel rekening te houden met de ernst van een depressie, maar ook met individuele karakteristieken van de patiënt. De wil van de patiënt komt in alle richtlijnen als sterke beïnvloedende factor terug, en ook heel wat studies bevestigen dit [17,18.]

Naast patiëntgerelateerde factoren werd er in deze studie ook gekeken naar artsgerelateerde factoren. Zijn er bepaalde 'types' huisartsen die meer antidepressiva voorschrijven dan anderen? Uit

een studie in Frankrijk in 2015[11] blijkt dat artsen tussen 40 en 59 jaar meer antidepressiva voorschrijven dan andere leeftijdscategorieën. In deze studie werd dus in eerste instantie ook bekeken of er significante verschillen te bemerken waren tussen HAIO's en huisartsen. Na het vergelijken van hun voorschrijfgedrag (het aantal keer dat ze 'ja' antwoordden op de vraag 'Zou je Veerle antidepressiva voorschrijven?'), hun attitude ten opzichte van depressie (hun score op de R-DAQ) en hun zelfzekerheid (de score die ze zichzelf gaven op een likert-schaal over zelfzekerheid) konden een aantal interessante conclusies getrokken worden. Zo bleek dat er geen verschil was in het voorschrijfgedrag tussen HAIO's en huisartsen: de ervaring van de arts bepaalt dus niet hoe vaak ze antidepressiva voorschrijven. De totale score op de R-DAQ was voor de twee groepen ook niet verschillend, waaruit geconcludeerd kan worden dat de attitude ten opzichte van depressie ook niet afhankelijk is van de ervaring van de huisartsen. De score van de R-DAQ kan variëren van 22 tot 110. Met een minimumscore van 60 en een gemiddelde score van 83.29, kan hier gesproken worden over een artsenpopulatie met een erg positieve attitude ten opzichte van depressie, die dus niet verbetert of verslechtert met de jaren. Als de R-DAQ-vragenlijst opgesplitst wordt in de drie 'subgroepen' (professional confidence, therapeutic optimism en generalist perspective) ziet men bij één van de groepen wel een significant verschil tussen HAIO's en huisartsen: bij 'professional confidence'. De algemene attitude is dus niet verschillend in de twee groepen, maar het zelfvertrouwen is significant lager bij de HAIO's. Dit wordt nog eens bevestigd bij het onderzoeken van de 'zelfzekerheid', waar de artsen zichzelf een score moesten geven van 1 (erg onzeker) tot 5 (erg zelfzeker) voor zelfzekerheid in de omgang met depressieve patiënten. Meer ervaring lijkt dus in dit geval samen te gaan met meer zelfvertrouwen. De jonge HAIO's kunnen dus uitkijken naar een groeiende zelfzekerheid in de komende jaren waarin ze meer en meer ervaring zullen opdoen in het behandelen van depressies. Dit wordt ook bevestigd in de literatuur want uit de studie van Norton et al.[19] blijkt ook dat de score van de subgroep 'professional confidence' verbetert door meer ervaring en training.

Naast een vergelijking tussen HAIO's en huisartsen werd er ook een univariate vergelijking gemaakt tussen mannen en vrouwen. Uit deze vergelijking blijkt dat vrouwen meer geneigd zijn om antidepressiva voor te schrijven dan mannen en dat ze een hogere R-DAQ score behalen dan mannen. Er is geen verschil in hun zelfzekerheid. Het feit dat vrouwen in deze studie meer antidepressiva voorschrijven dan mannen is een gegeven dat moeilijk verklaard kan worden en dat ook niet terugkomt in verschillende internationale studies. Zo besluiten zowel Mercier et al.[11] als Ross et al.[20] dat er geen verschil te bemerken is in het voorschrijfgedrag of in de attitude van mannen en vrouwen. Een studie van Dumesnil uit 2012[10] toont wel een verschil tussen mannen en vrouwen in de omgang met depressieve patiënten. Zij besluiten dat vrouwen minder antidepressiva voorschrijven in monotherapie, maar dat zij sneller dan mannen voor antidepressiva gaan als dit gecombineerd wordt met psychotherapie. Het zou kunnen dat we dit effect ook in deze studie zien terugkomen. Er werd in de vignetten geen optie gegeven om combinatietherapie op te starten, maar dit werd wel erg vaak in de vrije opmerkingen aangegeven door de huisartsen. Dumesnil beschrijft in zijn studie ook geen duidelijke verklaring voor dit verschil tussen de geslachten.

Aangezien er geen duidelijke verklaring kon gevonden worden voor dit verschil, werd er voor gekozen om ook nog een multivariate analyse uit te voeren rond deze factor. Er werden nog een aantal artsgerelateerde factoren aan de vergelijking toegevoegd om te kijken of dit het resultaat zou beïnvloeden. Als de leeftijd, de praktijkvorm en de score op de R-DAQ mee in beschouwing genomen wordt, verdwijnt het significant verschil tussen mannen en vrouwen. Dit wil zeggen dat deze

bijkomende eigenschappen mee het voorschrijfgedrag bepalen en dat de invloed van het geslacht niet apart kan voorgesteld worden.

Daarnaast kon er uit de vergelijkingen nog besloten worden dat artsen die vaker omgaan met depressieve patiënten (factor tijdsbesteding: 'hoe vaak meldt er zich een patiënt met depressie in uw praktijk?') zich zelfzekerder voelen in deze omgang en een hogere R-DAQ score behalen, maar niet meer of minder antidepressiva voorschrijven dan hun collega's die minder vaak een depressieve patiënt over de vloer krijgen. Artsen die zich meer zelfzeker voelen, behalen ook een hogere score op de R-DAQ.

Er kan geconcludeerd worden dat de artsgerelateerde factoren onderling wel wat invloed hebben op elkaar. Als het gaat om omgang met depressieve patiënten hebben de huisartsen met meer ervaring meer zelfvertrouwen dan de HAIO's. De zelfzekere artsen behalen een hogere score op de R-DAQ en hoe meer tijd een arts doorbrengt met depressieve patiënten, hoe zelfzekerder hij zich hierbij voelt. Als er echter gekeken wordt naar de onderzoeksvraag: 'Welk 'type' arts schrijft meer antidepressiva voor dan de anderen?', dan kunnen er maar weinig artsgerelateerde factoren blootgelegd worden die voorspellen wie meer geneigd is om een antidepressivum voor te schrijven. Vooral de patiëntgerelateerde factoren beïnvloeden het voorschrijfgedrag van de huisartsen uit de studiepopulatie, en dat is natuurlijk een positief resultaat. Dat wil zeggen dat de huisartsen zich (bewust of onbewust) aan de richtlijnen houden en dat een depressieve patiënt over het algemeen bij elk 'type' huisarts een gelijkaardige behandelingsstrategie kan verwachten .

Sterktes en beperkingen

Eén van de sterktes van deze studie is dat er een hoge response rate werd behaald. Van de ongeveer 140 artsen die gevraagd werden om deel te nemen aan de studie hebben er 97 de enquête ingevuld. Dit kon bereikt worden door een persoonlijke aanpak in het recruteren van deelnemers. Iedereen werd persoonlijk aangesproken, of via een collega HAIO uit onze seminaries. Dit brengt ons wel meteen bij twee belangrijke beperkingen van het recruteren: er kan niet exact nagegaan worden hoeveel collega's werden uitgenodigd om deel te nemen door de collega HAIO's en daarnaast werd er op deze manier ook wel een selectiebias bekomen door enkel deelnemers te hebben uit onze directe omgeving. Dit maakt wel dat er een goede conclusie getrokken kan worden over artsen uit een kleine regio en dit maakt dat de selectiebias door interesse voor een groot deel weggewerkt kon worden.

Een tweede sterkte is dat er een vrij uitgebreide enquête ontwikkeld werd, bestaande uit drie delen: de vignetten, de korte vragenlijst over artsgerelateerde factoren en de R-DAQ. Er kon hierdoor een schat aan informatie verkregen worden over de deelnemende artsen en hun voorschrijfgedrag. Ook het feit dat ze nog aparte opmerkingen konden toevoegen aan hun antwoorden op de vignetten was een voordeel en leverde veel extra informatie op. Het was voor veel artsen ook echt nodig om een opmerking toe te voegen omdat 'ja' of 'nee' antwoorden op een casus met vrij beperkte informatie over een bepaalde patiënt natuurlijk niet bij elke casus even simpel is. Het is bij het behandelen van een depressieve patiënt natuurlijk erg belangrijk om een volledig beeld te krijgen van zijn situatie. Door vignetten te gebruiken werd er wel gepoogd een context te schetsen rond de patiënt, maar

omdat de specifieke factoren hieruit ‘gedestilleerd’ moesten worden konden de casussen ook niet te uitgebreid zijn. Hoe meer eigenschappen de patiënt heeft, hoe meer verschillende vignetten er zouden ontstaan om de verschillende eigenschappen met elkaar te kunnen vergelijken. Om de enquête niet te lang te maken, werd er dus voor een beperkt aantal eigenschappen gekozen en daardoor werden sommige vignetten kort en minder goed te vergelijken met de dagelijkse praktijk.

Een belangrijk nadeel van het gebruik van vignetten is dat ze geen non-verbale communicatie bevatten. Ook dit is natuurlijk erg belangrijk voor een huisarts bij het bepalen van een goed behandelingsplan, zeker bij zo’n complexe problematiek als een depressie.

Een andere beperking van de vragenlijst is dat er in essentie niet gepraat werd over psychotherapeutische aanpak van de depressieve patiënt. De mogelijkheid tot schrijven van vrije opmerkingen toonde echter dat de huisartsen hier zelf zeker en vast wel rekening mee houden. Een andere factor die niet besproken werd in de vignetten was de invloed van de depressie op het dagelijks leven/functioneren van de patiënt. Dit is ook een erg belangrijke factor bij de ernstinschatting van een depressie die de selectie voor de vignetten niet gehaald heeft. Enkele artsen merkten echter zelf in de vrije opmerkingen op dat ze hier rekening mee houden bij het bepalen van een behandeling. Verder onderzoek hierover zou zeker zinvol zijn.

Een laatste beperking van deze studie is dat aangezien het om een vrij kleine onderzoekspopulatie gaat, er geen conclusies getrokken kunnen worden over grotere regio’s. Er zijn ook artsen bevraagd buiten Noord-Limburg, dus er kan niet gesproken worden over ‘de Noord-Limburgse huisartsen’, maar er zijn niet genoeg artsen bevraagd om te kunnen spreken over de volledige regio Limburg/Vlaanderen/.... Hiervoor is dus meer uitgebreid onderzoek nodig.

Conclusie

De huisartsen uit deze studiepopulatie hebben over het algemeen een erg positieve attitude ten opzichte van depressie, volgen de richtlijnen voor een kwalitatieve behandeling van de depressieve patiënt en zijn zeker niet geneigd om al te snel voor antidepressiva te kiezen. Een gecombineerde aanpak met aandacht voor de vele facetten van de patiënt en zijn situatie, die gebaseerd is op een goede opvolging, psychotherapie en medicatie indien nodig lijkt de standaard te zijn. Om conclusies te trekken over een volledige regio is er echter meer onderzoek nodig.

Literatuurlijst

1. Declercq T, Habraken H, Ameele H van den, Callens J, De Lepeleire J, Cloetens H. Depressie bij volwassenen herziening in opdracht van de commissie richtlijnen. CEBAM 2016. Beschikbaar via: http://www.domusmedica.be/varia/docman-alles/publiek/praktijkdocumenten/richtlijnen/1325-depressie-bij-volwassene.html. Geraadpleegd 2017 februari 20.
2. Mars B, Heron J, Kessler D, Davies N, Martin R, Thomas K, Gunnell D. Influences on antidepressant prescribing trends in the UK: 1995–2011. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2017; 52: 193–200.
3. Lewer D, O'Reilly C, Mojtabai R, Evans-Lacko S. Antidepressant use in 27 European countries: associations with sociodemographic, cultural and economic factors. Br J Psychiatry 2015; 207(3): 221-6.
4. Simon GE, Rossom RC, Beck A, Waitzefelder BE, Coleman KJ, Stewart C, Operskalski B, Penfold RB, Shortreed SM. Antidepressants are not overprescribed of mild depression. J Clin Psychiatry 2015; 76(12): 1627-32.
5. Kantor ED, Rehm CD, Haas JS, Chan AT, Giovannucci EL. Trends in Prescription Drug Use Among Adults in the United States From 1999-2012. JAMA 2015; 314(17): 1818-31.
6. Heyrman J, Declercq T, Rogiers R, Pas L, Michiels J, Goetinck M, Habraken H, De Meyere M. Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts. Huisarts Nu 2008; 37(6): 284-317.
7. Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk HCAM, Tjaden BR, Verduijn M, Wiersma Tj, Burgers JS, Van Avendonk MJP, Van der Weele GM. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012; 55(6): 252-9.
8. Depression in adults: recognition and management. Clinical guideline NICE 2009. Beschikbaar via: https://www.nice.org.uk/guidance/cg90. Geraadpleegd 2016 februari 15.
9. Trangle M, Gursky J, Haight R, Hardwig J, Hinnenkamp T, Kessler D, Mack N, Myszkowski M. Adult depression in primary care. Institute for Clinical Systems Improvement 2016. Beschikbaar via: https://www.ngc.gov/summaries/summary/50406/adult-depression-in-primary-care. Geraadpleegd 2016 februari 15.
10. Dumesnil H, Cortaredona S, Verdoux H, Sebbah R, Paraponaris A, Verger P. General practitioners' choices and their determinants when starting treatment for major depression: a cross sectional, randomized case-vignette survey. Plos One 2012; 7(12): e52429.
11. Mercier A, Benichou J, Auger-Aubin I, Lebeau JP, Houivet E, Van Royen P, Peremans L. How do GP practices and patient characteristics influence the prescription of antidepressants? A cross-sectional study. Annals of General Psychiatry 2015; 14: 3.
12. Demyttenaere K, Ansseau M, Constant E, Albert A, Van Gassen G, van Heeringen K. Do general practitioners and psychiatrists agree about defining cure from depression? The DEsCRIBE™ survey. BMC psychiatry 2011; 11: 169.
13. Haddad M, Menchetti M, McKeown E, Tylee A, Mann A. The development and psychometric properties of a measure of clinicians' attitudes to depression: the revised Depression Attitude Questionnaire (R-DAQ). BMC Psychiatry 2015; 15: 7
14. Jacob L, Kostev K. Gender-based differences in the antidepressant treatment of patients with depression in German psychiatric practices. Ger Med Sci 2016; 14: ISSN1612-3174.
15. Haddad M, Wagas A, Qayyum W, Shams M, Malik S. The attitudes and beliefs of Pakistani medical practitioners about depression: a cross-sectional study in Lahore using the Revised Depression Attitude Questionnaire. BMC Psychiatry 2016; 16: 349

16. Linden M, Lecrubier Y, Bellantuono C, Benkert O, Kisely S, Simon G. The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study. J Clin Psychopharmacol 1999; 19(2): 132-40.
17. Mercier A, Auger-Aubin I, Lebeau JP, Van Royen P, Peremans L. Understanding the prescription of antidepressants : a Qualitative study among French GPs. *BMC Family Practice 2011;* 12: 99.
18. Anderson C, Kirkpatrick S, Ridge D, Kokanovic R, Tanner C. Starting antidepressant use: a qualitative synthesis of UK and Australian data. BMJ Open 2015; 5(12): e008636
19. Norton JL, Pommié C, Cogneau J, Haddad M, Ritchie KA, Mann AH. Beliefs and attitudes of French family practitioners toward depression: the impact of training in mental health. Int J Psychiatry Med 2011; 41(2): 107–122.
20. Ross S, Moffat K, McConnachie A, Gordon J, Wilson P. Sex and attitude: a randomized vignette study of the management of depression by general practitioners. Br J Gen Pract 1999; 49(438): 17-21.

Bijlagen

Bijlage 1: Protocol

Gunstig advies van OBC

2016-03-23 17:17:38

Bekijk status geschiedenis

Student(en):	Dymphna Devriendt Stefanie Van Mierloo
Promotor:	Jean-Marie Degryse (jan.degryse@med.kuleuven.be - u0005966 - Acad. Centr. voor Huisartsgeneeskunde)
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

IJKOMENDE GEGEVENS:

Achtergrond:	Als huisarts in opleiding merken we dagelijks dat depressie een veelvoorkomende pathologie is in de huisartsenpraktijk. Een gevoel dat bij onszelf en collega's leeft is dat er soms meer houvast nodig is om de consultaties met een depressieve patiënt gericht en doeltreffend te voeren. Er zijn een aantal duidelijke geschreven richtlijnen beschikbaar, die door de KULeuven een aantal jaren geleden reeds werden omgezet in een opleidingsmodule op video. In onze masterproef zullen we nagaan welke vragen en noden er nog zijn rond de aanpak van de depressieve patiënt in de huisartsenpraktijk. We zullen hiervoor enerzijds de studenten van het zevende jaar Geneeskunde bevragen en anderzijds de huisartsen van vandaag. De bedoeling hiervan is om met deze informatie een nieuwe opleidingsmodule te ontwikkelen die op deze vragen en noden inspeelt.
Vraagstelling:	Specifiek voor mijn deel: Wat zijn de vragen en noden van de studenten uit het zevende jaar Geneeskunde rond de aanpak van de depressieve patiënt? Zien zij het nut van een opleidingsmodule op video? Hoe kunnen we de vragen en noden integreren in een nieuwe opleidingsmodule? Deel van medestudent: Wat zijn de vragen en noden van de huisartsen van vandaag rond de aanpak van de depressieve patiënt? Zien zij het nut van een opleidingsmodule op video? Hoe kunnen we de vragen en noden integreren in een nieuwe opleidingsmodule? Algemene vraag: Zijn er verschillen tussen de vragen en noden van studenten enerzijds en huisartsen anderzijds?
Methodologie:	Semi-gestructureerde interviews via applicatie voor online enquêtes. Recruteren van zoveel mogelijk studenten uit het zevende jaar Geneeskunde enerzijds en huisartsen anderzijds via e-mail.
Referenties:	Bestaande opleidingsmodule (KULeuven) http://www.kuleuven.be/depressie/casus1/ http://www.kuleuven.be/depressie/casus2/ http://www.kuleuven.be/depressie/casus3/ http://www.kuleuven.be/depressie/casus4/ http://www.kuleuven.be/depressie/module1/ http://www.kuleuven.be/depressie/module2/ http://www.kuleuven.be/depressie/module3/ http://www.kuleuven.be/depressie/module4/

Informed consent / vragenlij...

Bijlage 2: Goedkeuring ethische commissie

Geachte Heer/Mevrouw

De Opleidingspecifieke Ethische Begeleidingscommissie van de opleiding "Master in de huisartsgeneeskunde (Leuven e.a.)" heeft uw voorstel tot Masterproef "Aanpak van de depressieve patiënt in de huisartsenpraktijk: een leermodule" 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 "Aanpak van de depressieve patiënt in de huisartsenpraktijk: een leermodule" 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.)

Bijlage 3: Steekkaart richtlijn Domus Medica 'Depressie bij volwassen: aanpak door de huisarts

AANBEVELING VOOR GOEDE MEDISCHE PRAKTIJKVOERING

DEPRESSIE BIJ VOLWASSENEN: AANPAK DOOR DE HUISARTS

Anamnese

- Ben je de voorbije twee weken dagelijks gehinderd door:
  - depressieve gevoelens/sombere gevoelens?
  - weinig interesse of plezier in de dingen die je deed?
- Zo ja op één van beide vragen: denk je dan wel eens dat het leven niet meer de moeite waard is of dat je liever dood wil zijn?

Diagnostisch landschap

- Bij vroegere manische perioden of actuele hallucinaties/wanen => gespecialiseerde opvang.
- Bij hypothyreoïdie, ziekte van Parkinson, beginnende dementie, ongewenste medicamenteuze effecten, drug- of alcoholmisbruik => eerst dit behandelen.
- Bij rouw, overspanning, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen => specifieke aanpak.

Drie gradaties van depressie op basis van ernst, weerbaarheid en context

Merk op: de '9 symptomen' zijn depressieve stemming, anhedonia, slaapproblemen, verandering in eetlust of gewichtsverlies, verminderde energie, verhoogde of verminderde psychomotorische activiteit, verminderde concentratie, gevoelens van schuld of van waardeloosheid, denken/plannen met betrekking tot suïcide.

Gradatie	Diagnose	Behandeling
Licht	Aanwezigheid van 2 à 4 symptomen. Patiënt blijft nog goed functioneren en/of zit redelijk goed ingebed in een netwerk.	'watchfull waiting'. Zo nodig concretiseren van de klacht, psycho-educatie en activering.
Matig	Aanwezigheid van 5 à 7 symptomen. Geen verlies van vitale functies, wel verlaagde weerbaarheid, matige emotionele kwetsbaarheid, slechter ingebed in netwerk.	Concretiseren van de klacht, psycho-educatie en activering in eigen beheer of verwijzen voor gespecialiseerde psychotherapie. Overweeg toch antidepressiva wanneer een niet-medicamenteuze aanpak geweigerd wordt of mislukt, of bij voorgeschiedenis van ernstige depressie.
Ernstig	Aanwezigheid van 8 à 9 symptomen (minstens: depressieve stemming en/of anhedonia), of minder maar met grote intensiteit/impact: bijvoorbeeld uitgesproken vitale tekenen of suïciderisico. Grote kwetsbaarheid of klein, zelfs negatief, netwerk. Invaliderende comorbiditeit.	Antidepressiva én zeker verwijzen voor gespecialiseerde psychotherapie onder de vorm van cognitieve gedragstherapie of interpersoonlijke psychotherapie.

Verwijs bij concrete suïcidegedachten, eerdere pogingen of beperkte beschermende factoren.

Niet-medicamenteuze begeleiding door de huisarts bij lichte en matige depressie

Maak de klacht, en de impact ervan op het functioneren van de patiënt, concreet

- Inventariseer recente veranderingen en acute of chronische bronnen van stress (verhoogde draaglast). Bekijk het recent wegvallen van hulpbronnen (verminderde draagkracht).
- Exploreer ideeën, bezorgdheden en verwachtingen ten aanzien van de consultatie en de behandeling.
- Overloop op concrete wijze momenten waarbij de patiënt zich erg slecht of heel goed voelde.
- Bied de mogelijkheid om themata uit het verleden en kwetsbaarheden te berde te brengen.

Benoem en herkader de depressie

- Benoem de problematiek uitdrukkelijk als depressie.
- Geef uitleg over "depressie als ontspoorde kwetsbaarheid", bespreek duur, verloop en impact op het dagelijks leven. Bespreek draaglast en -kracht als de patiënt vraagt: "waarom depressief?"
- Geef informatie over de therapeutische mogelijkheden.
- Geef een vervolgafspraak binnen de week en benadruk dat regelmatige opvolging nodig is. Hou een vinger aan de pols bij acute suïcidaliteit en weigering tot verwijzing.
- Informeer en ondersteun de partner indien patiënt akkoord gaat.

Activeer de patiënt

- Maak een activiteitenschema met beweging, sport of het terug opnemen van die dingen die vroeger nuttig, leuk en waardevol waren en leg het nut ervan uit.
- Werk in kleine stappen en laat dit noteren.

Antidepressiva bij een ernstige depressie

Verwijs bij ernstige depressie ook steeds voor gespecialiseerde cognitieve gedragstherapie.
TCA's en SSRI's zijn gelijkwaardige producten in de eerste lijn met eigen profiel van ongewenste effecten. Alle andere antidepressiva zijn geen eerste keus in de eerste lijn.

TCA

- Indien misselijkheid, anorexie, diarree of duizeligheid, agitatie, slapeloosheid of verhoogde bloedingsdiathese ongewenste effecten zouden zijn.
- Kies voor amitriptyline (sederend), imipramine (neutraal) of nortriptyline (activerend).
- Kies bij ouderen, indien een TCA gewenst is, voor nortriptyline.
- Bouw de dosis om de 2 à 3 dagen op tot bijvoorbeeld 100 mg amitriptyline 's avonds (of 50 mg nortriptyline 's ochtends bij ouderen).

SSRI

- Indien droge mond, obstipatie, wazig zien, urineretentie, transpireren, aritmie en orthostatische hypotensie ongewenste effecten zouden zijn.
- Bij cardiaal belaste patiënten, bij gesloten hoekglaucoom, bij prostatisme, bij ernstig suïcidegevaar en bij ouderen.
- Kies voor fluvoxamine (sederend), paroxetine, sertraline, citalopram of fluoxetine (activerend).
- Bij ouderen: sertraline en citalopram wegens minder kans op geneesmiddeleninteractie.
- Niet stapsgewijs opbouwen: geef meteen de effectieve dosis. Start bij ouderen met een halve dosis.

Leg aan patiënt uit: effect op stemming is er pas na 2 tot 4 weken, ongewenste effecten, noodzaak aan opvolging (gezien suïcidale ideatie), rijvermogen, alcohol, risico op dervingsverschijnselen bij stoppen.

Opvolging van een patiënt met depressie

Neem zélf het initiatief om gemiddeld wekelijkse vervolggesprekken vast te leggen.

Niet-medicamenteuze opvolging (altijd!)

- Peil naar resterende klachten en eerste tekenen van herstel.
- Geef aan dat het herstel met 'vallen en opstaan' gebeurt.
- Bespreek en ga anders om met relevante themata en vroegere kwetsbaarheden.
- Vanaf een derde episode: bespreek CGT of Mindfulness Based Cognitive Therapy.

Medicamenteuze opvolging bij ernstige depressie

- Evalueer het effect na vier weken tot zes weken (ouderen).
- Indien na 4 weken (of 6 weken bij ouderen) voldoende respons, geef medicatie verder tot de remissie bereikt is, en daarna nog eens 6 maanden (9 maanden bij ouderen).
- Verwijs naar de psychiater indien onvoldoende respons.
- Afronden therapie: bouw over minstens 4 weken af met per week 2 dagdosissen minder.
- Streef een zo volledig mogelijk herstel na in het kader van hervalpreventie.

Maak gebruik van de mantelzorg en van de samenwerkingsverbanden die regionaal voorhanden zijn, wanneer intensievere begeleiding nodig is ('shared care').

Bijlage 4: DSM-5 criteria depressie

A. Vijf (of meer) van de volgende symptomen zijn binnen dezelfde periode van twee weken aanwezig geweest en wijken af het eerdere functioneren; minstens één van de symptomen is ofwel (1) een sombere stemming, ofwel (2) verlies van interesse of plezier.
NB Hierbij geen symptomen meetellen die duidelijk zijn toe te schrijven aan een somatische aandoening.

1. Sombere stemming, gedurende het grootste deel van de dag en bijna elke dag, zoals blijkt uit ofwel subjectieve mededelingen (bijvoorbeeld zich verdrietig, leeg of hopeloos voelen), ofwel observatie door anderen (bijvoorbeeld heefttranen in de ogen).
   (NB bij kinderen en adolescenten kan de stemming prikkelbaar zijn.)
2. Duidelijk verminderd(e) interesse of plezier in alle of bijna alle activiteiten, gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag (zoals blijkt uit een subjectieve beschrijving of observatie door anderen).
3. Significant gewichtsverlies zonder dat dieet wordt gehouden, of gewichtstoename (bijvoorbeeld meer dan 5% van het lichaamsgewicht binnen één maand), of bijna elke dag een afgenomen of toegenomen eetlust.
   (NB Bij kinderen moet gedacht worden aan het niet bereiken van de te verwachten gewichtstoename.)
4. Insomnia of hypersomnia bijna elke dag
5. Psychomotorische agitatie of vertraging, bijna elke dag (waarneembaar door anderen, en niet alleen subjectieve gevoelens van rusteloosheid of geremd worden).
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 allee zelfverwijt of schuldgevoel over het ziek zijn).
8. Verminderd vermogen tot nadenken of concentreren, of besluiteloosheid, bijna elke dag (ofwel subjectief beschreven ofwel geobserveerd door anderen).
9. Recidiverende gedachten aan de dood (niet alleen de vrees om dood te gaan), recidiverende suïcidegedachten zonder een specifiek of een suïcidepoging, of een specifiek plan om suïcide te plegen

B. De symptomen veroorzaken 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 een somatische aandoening.

D. Het optreden van de depressieve episode kan niet worden verklaard 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.

Bijlage 5: R-DAQ - Oorspronkelijke versie

Revised Depression Attitude Questionnaire (R-DAQ), Haddad et al 2015

	Please read the statement and tick/click the box that relates best to your personal opinion	Strongly disagree	Disagree	Neither disagree nor agree	Agree	Strongly agree
1	I feel comfortable in dealing with depressed patients' needs	☐	☐	☐	☐	☐
2	Depression is a disease like any other (e.g. asthma, diabetes)	☐	☐	☐	☐	☐
3	Psychological therapy tends to be unsuccessful with people who are depressed	☐	☐	☐	☐	☐
4	Antidepressant therapy tends to be unsuccessful with people who are depressed	☐	☐	☐	☐	☐
5	One of the main causes of depression is a lack of self-discipline and will-power	☐	☐	☐	☐	☐
6	Depression treatments medicalise unhappiness	☐	☐	☐	☐	☐
7	I feel confident in assessing depression in patients	☐	☐	☐	☐	☐
8	I am more comfortable working with physical illness than with mental illnesses like depression	☐	☐	☐	☐	☐
9	Becoming depressed is a natural part of being old	☐	☐	☐	☐	☐
10	All health professionals should have skills in recognising and managing depression	☐	☐	☐	☐	☐
11	My profession is well placed to assist patients with depression	☐	☐	☐	☐	☐
12	Becoming depressed is a way that people with poor stamina deal with life difficulties	☐	☐	☐	☐	☐
13	Once a person has made up their mind about taking their own life no one can stop them	☐	☐	☐	☐	☐
14	People with depression have care needs similar to other medical conditions like diabetes, COPD or arthritis	☐	☐	☐	☐	☐
15	My profession is well trained to assist patients with depression	☐	☐	☐	☐	☐
16	Recognising and managing depression is often an important part of managing other health problems	☐	☐	☐	☐	☐
17	I feel confident in assessing suicide risk in patients presenting with depression	☐	☐	☐	☐	☐
18	Depression reflects a response which is not amenable to change	☐	☐	☐	☐	☐
19	It is rewarding to spend time looking after depressed patients	☐	☐	☐	☐	☐
20	Becoming depressed is a natural part of adolescence	☐	☐	☐	☐	☐
21	There is little to be offered to depressed patients who do not respond to initial treatments	☐	☐	☐	☐	☐
22	Anyone can suffer from depression	☐	☐	☐	☐	☐

Haddad et al (2015) The development and psychometric properties of a measure of clinicians' attitudes to depression: the revised Depression Attitude Questionnaire (R-DAQ). *BMC Psychiatry* 2015, 15:7

Bijlage 6: R-DAQ - vertaalde versie

1	Ik voel me comfortabel in het omgaan met de behoeften van depressieve patiënten.
2	Depressie is een ziekte zoals alle anderen (bijvoorbeeld astma, diabetes).
3	Psychologische therapie is meestal niet succesvol bij mensen met een depressie.
4	Behandeling met antidepressiva is meestal niet succesvol bij mensen met een depressie.
5	Eén van de voornaamste oorzaken van depressie is een gebrek van zelfdiscipline en wilskracht.
6	Depressie-behandelingen medicaliseren een ongelukkig gevoel.
7	Ik voel me zelfzeker in het beoordelen van depressies bij patiënten.
8	Ik voel me meer comfortabel bij het werken met patiënten met een lichamelijke ziekte dan met een mentale ziekte zoals depressie.
9	Depressief worden hoort bij ouder worden.
10	Elke gezondheidsmedewerker moet de vaardigheden hebben om een depressie te herkennen en te behandelen.
11	In mijn job ben ik goed geplaatst om patienten met een depressie te behandelen.
12	Depressief worden is voor mensen met een laag uithoudingsvermogen een manier om om te gaan met tegenslagen.
13	Eens een individu beslist zelfmoord te plegen kan niemand hem/haar tegenhouden.
14	Personen met een depressie hebben dezelfde zorgbehoeften dan mensen met andere medische aandoeningen zoals diabetes of COPD.
15	In mijn job ben ik goed getraind om patiënten met een depressie bij te staan.
16	Het herkennen en omgaan met depressies is vaak een belangrijk onderdeel in het omgaan met andere gezondheidsproblemen.
17	Ik ben zelfzeker in het inschatten van zelfmoordrisico bij patiënten die een depressie hebben.
18	Depressie is een gevolg van het niet kunnen omgaan met verandering.
19	Het geeft voldoening om met patiënten met een depressie te werken.
20	Depressief worden is een normaal onderdeel van adolescentie.
21	Men kan weinig aanbieden aan depressieve patienten die niet reageren op de initiële behandeling.
22	Iedereen kan aan een depressie lijden.

Bijlage 7: Enquête

Voorschrijven van antidepressiva

Hoe behandel je best een depressieve patiënt? Een eenduidig antwoord op deze vraag is niet zo gemakkelijk te formuleren. Wie stuur je door naar een psycholoog? Bij wie start je antidepressiva? De richtlijnen geven hier bepaalde adviezen over, maar het is niet altijd vanzelfsprekend om deze in de praktijk om te zetten.

In het kader van onze masterthesis gaan wij op zoek naar de factoren die huisartsen al dan niet over de drempel trekken om een antidepressivum voor te schrijven.

Om hierachter te komen hebben we uiteraard zoveel mogelijk respons nodig van zowel HAIO's als huisartsen. Daarom vragen wij enkele minuten van uw tijd om onze enquête in te vullen. Er worden een aantal korte casussen voorgesteld waarna u gevraagd wordt of u in die bepaalde situatie al dan niet een antidepressivum zou voorschrijven.

Het is in geen geval de bedoeling om met deze enquête uw kennis te testen, er zijn geen 'juiste' of 'foute' antwoorden. Het zal in sommige voorgestelde situaties misschien moeilijk zijn om te beslissen aan de hand van het beperkte aantal eigenschappen dat u krijgt over onze patiënte (in de praktijk heeft u meestal veel meer informatie over uw patiënt, of kan u aan de hand van vragen aan meer informatie geraken). Kies in dat geval het antwoord dat het dichtst aansluit bij uw besluit in de werkelijkheid, en aarzel zeker niet om opmerkingen neer te schrijven (bijvoorbeeld met welke andere factoren u nog rekening zou houden in de realiteit). Uw opmerkingen kunnen voor ons een schat aan informatie bevatten!.

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking!

Bent u:

- Huisarts
  - Hoeveel jaar?:
- HAIO
  - 8^{ste} of 9^{de} jaar?:

Wat is uw leeftijd?:

Bent u:

- Man
- Vrouw

Werkt u in een:

- Solopraktijk
- Duopraktijk
- Groepspraktijk

Voelt u zich in de begeleiding van een depressieve patiënt:

- Erg onzeker
- Eerder onzeker
- Neutraal
- Eerder zelfzeker
- Erg zelfzeker

Hoeveel patiënten met de diagnose depressie consulteren u?

- > 5/week
- 1-5/week
- 1-5/maand
- < 1/maand

<u>De casussen</u>

1. Veerle, 42 jaar, getrouwd en moeder van twee kinderen komt op consultatie. Ze voelt zich sinds drie maanden ongelukkig, ze heeft nergens zin in, slaapt en eet slecht, voelt zich futloos, kan zich op het werk moeilijk concentreren en is thuis sneller geagiteerd. Ze vertelt dat ze ook met zwarte gedachten kampt: soms zou ze liever niet meer leven.

Schrijft u Veerle antidepressiva voor?

- Ja
- Nee

Opmerkingen:

2. Veerle, 42 jaar, moeder van twee kinderen komt op consultatie. Ze voelt zich sinds haar huwelijk drie maanden geleden is stukgelopen ongelukkig, ze heeft nergens zin in, slaapt en eet slecht, voelt zich futloos, kan zich op het werk moeilijk concentreren en is thuis sneller geagiteerd. Ze kan zich geen leven voorstellen zonder haar (ex-)echtgenoot: soms zou ze liever niet meer leven.

Schrijft u Veerle antidepressiva voor?

- Ja
- Nee

Opmerkingen:

3. Veerle, 42 jaar, getrouwd en moeder van twee kinderen komt op consultatie. Ze voelt zich sinds drie maanden ongelukkig, ze heeft nergens zin in, slaapt en eet slecht, voelt zich futloos, kan zich op het werk moeilijk concentreren en is thuis sneller geagiteerd. Ze vertelt dat ze ook met zwarte gedachten kampt: soms zou ze liever niet meer leven. Psychotherapie zou ze wel zien zitten, maar ze zou liever geen antidepressiva nemen.

Schrijft u Veerle antidepressiva voor?

- Ja
- Nee

Opmerkingen:

4. Veerle, 42 jaar, is een alleenstaande vrouw. Ze heeft geen broers of zussen. Het liefst zit ze alleen thuis, ze heeft nooit veel vrienden gehad. Sinds drie maanden voelt ze zich ongelukkig, ze heeft nergens zin in, slaapt en eet slecht, voelt zich futloos, kan zich op het werk moeilijk concentreren en is sneller geagiteerd. Ze is niet suïcidaal.

Schrijft u Veerle antidepressiva voor?

- Ja
- Nee

Opmerkingen:

5. Veerle, 42 jaar, is getrouwd en heeft twee kinderen, ze heeft een warme vriendenkring en fijne collega's. Ze voelt zich sinds drie maanden ongelukkig, ze heeft nergens zin in, slaapt en eet slecht, voelt zich futloos, kan zich op het werk moeilijk concentreren en is thuis sneller geagiteerd. Ze is niet suïcidaal.

Schrijft u Veerle antidepressiva voor?

- Ja
- Nee

Opmerkingen:

6. Veerle, 42 jaar, getrouwd en moeder van twee kinderen komt op consultatie. Ze voelt zich sinds drie maanden ongelukkig, ze voelt zich futloos en kan zich op het werk moeilijker concentreren. Ze kan wel nog genieten van bepaalde zaken, zoals een lange wandeling met haar hond of iets gaan eten met haar man. Ze heeft een goede nachtrust en een normale eetlust. Ze is niet suïcidaal.

Schrijft u Veerle antidepressiva voor?

- Ja
- Nee

Opmerkingen:

7. Veerle, 42 jaar, getrouwd en moeder van twee kinderen komt op consultatie. Ze voelt zich sinds drie maanden ongelukkig, ze voelt zich futloos en kan zich op het werk moeilijker

concentreren. Ze kan wel nog genieten van bepaalde zaken, zoals een lange wandeling met haar hond of iets gaan eten met haar man. Ze heeft een goede nachtrust en een normale eetlust. Ze is niet suïcidaal. Twee jaar geleden kampte ze met een zware depressie waar ze toen andidepressiva voor kreeg.

Schrijft u Veerle antidepressiva voor?

- Ja
- Nee

Opmerkingen:

8. Veerle, 42 jaar, getrouwd en moeder van twee kinderen komt op consultatie. Ze voelt zich sinds drie maanden ongelukkig, ze voelt zich futloos en kan zich op het werk moeilijker concentreren. Ze kan wel nog genieten van bepaalde zaken, zoals een lange wandeling met haar hond of iets gaan eten met haar man. Ze heeft een goede nachtrust en een normale eetlust. Ze is niet suïcidaal. Ze maakt zich zorgen dat dit ongelukkige gevoel niet vanzelf voorbij zal gaan. Ze is van mening dat psychotherapie niets voor haar is, ze zou liever antidepressiva krijgen.

Schrijft u Veerle antidepressiva voor?

- Ja
- Nee

Opmerkingen:

9. Veerle, 42 jaar, getrouwd en moeder van twee kinderen komt opnieuw op consultatie. Drie maanden geleden raadpleegde ze u al omwille van een futloos gevoel, ze kan zich op het werk moeilijker concentreren. Ze kan wel nog genieten van bepaalde zaken, zoals een lange wandeling met haar hond of iets gaan eten met haar man. Ze heeft een goede nachtrust en een normale eetlust. Ze is niet suïcidaal. Er werd drie maanden geleden psychotherapie opgestart, maar Veerle bemerkt helemaal geen beterschap.

Schrijft u Veerle antidepressiva voor?

- Ja
- Nee

Opmerkingen:

10. Veerle, 42 jaar, is een alleenstaande vrouw. Ze heeft geen broers of zussen. Het liefst zit ze alleen thuis, ze heeft nooit veel vrienden gehad. Ze voelt zich sinds drie maanden ongelukkig, ze voelt zich futloos en kan zich op het werk moeilijker concentreren. Ze kan wel nog genieten van bepaalde zaken, zoals een goed boek of een film. Ze heeft een goede nachtrust en een normale eetlust. Ze is niet suïcidaal.

Schrijft u Veerle antidepressiva voor?

- Ja
- Nee

Opmerkingen:

Hieronder volgen enkele stellingen in verband met de omgang van een depressieve patiënt in de huisartsenpraktijk. U kan aangeven of u akkoord gaat met deze stellingen aan de hand van een score van 1 tot 5. (1 = helemaal niet akkoord, 2 = eerder niet akkoord, 3 = neutraal, 4= eerder akkoord, 5= helemaal akkoord)

Revised depression attitude questionnaire (R-DAQ), Haddad et al 2015

1. Ik voel me comfortabel in het omgaan met de behoeften van depressieve patiënten.
   1 2 3 4 5

2. Depressie is een ziekte zoals alle anderen (bijvoorbeeld astma, diabetes).
   1 2 3 4 5

3. Psychologische therapie is meestal niet succesvol bij mensen met een depressie.
   1 2 3 4 5

4. Behandeling met antidepressiva is meestal niet succesvol bij mensen met een depressie.
   1 2 3 4 5

5. Eén van de voornaamste oorzaken van depressie is een gebrek aan zelfdiscipline en wilskracht.
   1 2 3 4 5

6. Depressie-behandelingen medicaliseren een ongelukkig gevoel.
   1 2 3 4 5

7. Ik voel me zelfzeker in het beoordelen van depressies bij patiënten.
   1 2 3 4 5

8. Ik voel me meer comfortabel bij het werken met patiënten met een lichamelijke ziekte dan met een mentale ziekte zoals depressie.
   1 2 3 4 5

9. Depressief worden hoort bij ouder worden.
   1 2 3 4 5

10. Elke gezondheidsmedewerker moet de vaardigheden hebben om depressie te herkennen en behandelen.
    1 2 3 4 5

11. In mijn job ben ik goed geplaatst om patiënten met een depressie te behandelen.
    1 2 3 4 5

12. Depressief worden is voor mensen met een laag uithoudingsvermogen een manier om om te gaan met tegenslagen.
    1 2 3 4 5

13. Eens een individu beslist zelfmoord te plegen kan niemand hem/haar tegenhouden.
    1 2 3 4 5

14. Personen met een depressie hebben dezelfde zorgbehoeften dan mensen met andere medische aandoeningen zoals diabetes of COPD.
    1 2 3 4 5

15. In mijn job ben ik goed getraind om patiënten met een depressie bij te staan.
    1 2 3 4 5

16. Het herkennen en omgaan met depressies is vaak een belangrijk onderdeel in het omgaan met andere gezondheidsproblemen.
    1 2 3 4 5

17. Ik ben zelfzeker in het inschatten van zelfmoordrisico bij patiënten die een depressie hebben.
    1 2 3 4 5

18. Depressie is een gevolg van het niet kunnen omgaan met verandering.
    1 2 3 4 5

19. Het geeft voldoening om met patiënten met een depressie te werken.
    1 2 3 4 5

20. Depressief worden is een normaal onderdeel van adolescentie.
    1 2 3 4 5

21. Men kan weinig aanbieden aan depressieve patiënten die niet reageren op de initiële behandeling.
    1 2 3 4 5

22. Iedereen kan aan een depressie lijden.
    1 2 3 4 5

Bijlage 8: Vrije opmerkingen van de deelnemende artsen

1. Belangrijke factor is de wil van de patiënt
2. Zeker de mogelijkheid van psychotherapie in gedachten houden
3. Klachten zijn nog niet zo lang bezig, sociaal netwerk belangrijk, psychotherapie kan in veel gevallen helpen, ernst van depressie is belangrijk
4. Andere medicaties, interacties, misbruik van geneesmiddelen of andere middelen zoals drank en drugs. Mening van patiënt zelf. Opvangnet. Psychiatrische voorgeschiedenis van de patiënt ....
5. Wil van de patiënt kan doorslaggevend zijn, goede sociale entourage is belangrijk, meestal igv antidepressiva ook begeleidende psychotherapie, meestal als eerste keuze psychotherapie, als mensen hier niet voor openstaan, kan antidepressiva enige alternatief zijn, of als het niet voldoende helpt is overstappen soms noodzakelijk
6. Psychotherapie is belangrijker als eerste keuze, acute stress eerst aanpakken indien aanwezig, veilige omgeving/omkadering/sociale interactie creëren zo nodig
7. Antidepressiva steeds te combineren met psychotherapie, als patiënt voorgeschiedenis heeft van ernstige depressie wel zeker aandacht geven aan mogelijkheid van opnieuw antidepressiva, ernst van depressie is belangrijk
8. Psychotherapie steeds als eerste keuze, meestal zonder medicatie. Als er een duidelijke reden is (bv scheiding) is het eerder rouwproces, geen depressie.
9. Psychotherapie als eerste keuze. Bij de scheiding is eerder een rouwproces, geen depressie. Voorgeschiedenis van ernstige depressie kan reden zijn, zeker als patiënt dan ook antidepressiva wil.
10. Altijd polsen naar de verwachtingen van de patiënte. Haar duidelijke inlichtingen geven over wat de mogelijkheden zijn + info over de bijwerkingen geven. Als patiënte openstaat voor therapie met antidepressiva kan dit in bepaalde casussen zeker de beste optie zijn. Bij voorgeschiedenis van zware depressie is er een groter risico op herval, dus lagere drempel om te starten.
11. Moet lang genoeg bezig zijn. Bij scheiding eerder eerst rouwproces begeleiden.
12. Zelden antidepressiva voorschrijven op eerste consult. Vraag naar wat patiënt verwacht.
13. Andere dingen waar ik rekening mee hou: -Verwachte therapietrouw bij patiënt -Ziekte-inzicht en begrip over wat AD doen bij patiënt -Toegankelijkheid en profiel psychologen: past de psycholoog bij de patiënt?
14. Ik gebruik 4dkl en Beck depressie test om ernst depressie in te schat ten. Bij hoge score BDI start ik sneller medicatie. Ik hou ook rekening met voorgeschiedenis van depressie en andere psychische problemen.
15. Liefst zou ik met psychotherapie starten en daarna pas antidepressiva; grootste probleem is het niet terugbetaald zijn van psychotherapie en de slechte verwijsmogelijkheden/communicatie/onvoldoende informatie bij psychologen en psychiaters
16. als mensen specifiek zelf de vraag stellen naar wél of géén anti-depressiva/psychotherapie, en ik heb een tegengestelde mening, dan zou ik hier eerst uitvoerig over in gesprek gaan vooraleer ik mijn besluit nemen. Iets wel of niet voorschrijven zonder dat de patiënt zelf begrijpt waarom of hiermee akkoord kan gaan, lijkt me weinig zinvol. Ik geef zelden anti-depressiva zonder in combinatie eveneens psychotherapie op te starten.
17. Bij een eerste contact/consultatie schrijf ik niet vlug antidepressiva voor. Voor patiënten lijkt het vaak een uitzichtloze situatie omdat zij een tunnelvisie hebben. Maar als je met hen hierover praat, suggesties aanlevert en zoekt naar mogelijkheden zoals bv tijdelijke arbeidsongeschiktheid, nieuwe hobby's, vrienden terug opzoeken, contact opnemen met een psycholoog, ... zijn antidepressiva vaak niet nodig. Als je natuurlijk merkt dat er geen beterschap in zit of er juist verslechtering is is dat een reden om het wel op te starten, of herval is ook zo'n factor.

18. Bij ernstige depressie antidepressiva starten + patiënt goed opvolgen. Bij scheiding eerder rouwproces, dus geen depressie. Wil van de patiënt is belangrijk. Motivatie om sociaal contact te zoeken ook belangrijk. Als er een goed sociaal vangnet is eventueel een rustpauze inlassen bij het werken. DD met burn-out. Bij milde depressie is een plantaardig eventueel ook interessant om te proberen.
19. Bij een eerste consult schrijf ik bijna nooit antidepressiva voor, ik leg de therapeutische mogelijkheden uit, ook psychotherapie en ik plan een vervolgconsult in. Ik zal ook overleggen met patiënt en psycholoog wat de beste optie is, als dan toch nog antidepressiva uit de bus komen dan zal ik hiervoor kiezen. Als er een voorgeschiedenis is van AD gebruik en het hielp dan zal ik dit voorschrijven, wel ook psychologische begeleiding.
20. Ik ben fervent voorstander van psychotherapie of homeopathie als START, al of niet met psycholoog als ze daar een goed gevoel bij hebben. Pas erna medicamenteuze behandeling. Er zouden van overheidswege middelen moeten ingezet worden om psychotherapie te stimuleren. De wil van de patiënt is in dit alles een belangrijke doorslaggevende factor.
21. Antidepressiva combineren met psychotherapie bij ernstige depressie. Bij relatiebreuk eerst enkel en alleen psychotherapie proberen. Bij de meeste gevallen is psychotherapie altijd de eerste keuze.
22. Als er de voorkeur is voor antidepressiva misschien iets stimuleren als eerste keuze (bv Deanxit)
23. Antidepressiva steeds combineren met psychotherapie. Als er bij ernstige depressie alleen psychotherapie wordt gestart, toch zelf ook nauw opvolgen, bij onvoldoende beterschap toch AD starten.
24. Antidepressiva wel combineren met psychotherapie en is ook de eerste keuze. Als patiënt niet overtuigd is van het nut van psychotherapie kan antidepressiva wel goed 'alternatief' zijn.
25. Bij de scheiding is er geen partner meer in huis om haar te steunen bij haar toch ernstige depressie, daarom dan toch kiezen voor antidepressiva. Bij ontbreken van sociaal vangnet dit vooral proberen uit te bouwen! Als ze zelf per sé antidepressiva wil terwijl ze toch maar een milde depressie heeft, liever supplement proberen.
26. Als het mogelijk is AD uitstellen door psycho-educatie, ondersteuning, werken aan slaaphygiëne ed. Bij zware depressie zo nodig toch antidepressiva, maar dan zeker combineren met psychotherapie. Ook niet panikeren als psychotherapie nog niet meteen effect heeft, geduld hebben, maar wel stap voor stap patiënt opvolgen.
27. Meestal eerst psychotherapie. Sport en activiteit stimuleren.
28. Patiënt goed en kort opvolgen is belangrijk.
29. Het is bij veel van de casussen nodig om de problematiek wat verder uit te klaren, verdere diagnostiek uitvoeren. Antidepressiva zijn bij sommige casussen wel mogelijk, maar meestal niet al vanaf het eerste contact + altijd gecombineerd met gesprekstherapie + zelf ook goed blijven opvolgen. Als de klachten/suicidaliteit dan toenemen dan kan AD gestart worden. Overleggen met patiënt + mogelijkheden overlopen kan ook al helpen om te achterhalen wat de visie van de patiënt is. Bij milde depressie patiënt toch proberen te overtuigen van behandeling zonder medicatie.
30. Liefst combinatie van antidepressiva en psychotherapie.
31. Altijd eerst de optie van psychotherapie proberen.
32. het al of niet opstarten van een antidepressivum gebeurt in overleg met patient maar dit wordt door veel factoren bepaald oa persoonlijkheid van pte, al of niet psychiatrische voorgeschiedenis familiale geschiedenis, enz
33. algemeen voorkomen van patient, gewichtsveranderingen, verder uitdiepen van suicidale gedachten, concrete plannen.
34. een goed gesprek kan al heel veel deugd doen, mijn mening is dat een pilletje wat snel voorgeschreven wordt en soms een te gemakkelijke oplossing lijkt, echt luisteren en gericht doorverwijzen naar psychologen kan al een heel goede stap zijn, ook een goed sociaal vangnet en het betrekken van de partner bij het probleem kan helpen, soms is een AD nodig ,

maar ik probeer eerst goed te luisteren en door te vragen, de nachtrust te herstellen, kijken of er nog gerelativeerd wordt...

35. Een leuke reeks casussen. Toch mis ik het contact met de pte om echt goed te kunnen beslissen. Ik heb dus in de ja/neen keuze nogal dikwijls voor Ja gekozen om de pte ook terug te zien en op te volgen
36. ik schrijf zelden antidepressiva voor bij een 1e contact
37. Voorschrijven van antidepressiva gebeurt m.i. best stapsgewijs: de eerste "stap" bij milde tot matige depressie is steeds psychotherapie, d.w.z. in de meeste beschreven casussen wordt de patiënt best eerst verwezen voor een periode psychotherapie, waarna men kan herevalueren of er alsnog nood is aan een antidepressivum. Bij ernstige depressie (in deze reeks casussen m.i. niet aan bod gekomen?) kan een antidepressivum wel tot de eerste behandeling horen.
38. Ik start niet snel vanaf de eerste consultatie met antidepressiva op. Ik probeer altijd eerst aandacht te vestigen op levensstijlaanpak (ontspanning inbouwen, spreken met partner of andere naasten). Bij dit soort van klachten stel ik altijd een vervolgconsultatie in binnen 1-2 weken om te evalueren (of sneller bij duidelijke suïcidale dreiging met concrete afspraken wat te doen als het niet meer gaat). In het eerste consult spreek ik wel al over mogelijkheden zoals medicatie/psychotherapie, zodat er geen gevoel van mislukken zou zijn moest ik hier in tweede instantie toch op overgaan.
39. Ook al heeft de patiënte zelf liever antidepressiva, ik zou toch eerst altijd proberen met psychotherapie. Als ze met een voorgeschiedenis van ernstige depressie het gevoel heeft dat het dezelfde kant opgaat en dat medicatie toen goed geholpen heeft zou ik het opnieuw voorschrijven.
40. Ik zou eerst andere oplossingen aanbieden vooraleer antidepressiva te starten (bv begeleiding in rouwproces, hulp aan huis, gesprekken, situatie overlopen). Als er ooit een ernstige depressie was zou ik met antidepressiva recidief proberen te vermijden, maar toch altijd in combinatie met psychotherapie.
41. Bij ernstige depressie eerst andere oplossingen: arbeidsongeschiktheid, psychologische begeleiding (eventueel via reling), sociaal netwerk stimuleren, ... nadien kan medicatie besproken worden. In eerste instantie supplement zoals Metarelax in combinatie met psychotherapie en opvolging.
42. Uitleggen aan patiënt dat medicatie niet alles oplost, altijd eerst met psycholoog proberen, stimuleren om tijd voor zichzelf te nemen, vrienden op te zoeken..
43. Eerst uitdiepen familiale, arbeids-, relationele factoren. Ik schrijf zelden antidepressiva voor na een eerste consult. Contact met Reling opnemen: elke week minstens eenmaal contact voor gesprek. Te veel mensen nemen antidepressiva, het wordt vaak chronisch... Alarmsymptomen met patient bespreken, als het dan toch erger wordt kan medicatie een oplossing zijn.
44. Altijd antidepressiva in combinatie met psychologische begeleiding, kort opvolgen!

Bijlage 9: Codeboek voor spreadsheet

HAIO/HA	HAIO	0
	Huisarts	1
Leeftijdtijdscategorie	<30	1
	30-39	2
	40-49	3
	50-59	4
	>60	5
Geslacht	Vrouw	0
	Man	1
Praktijkvorm	Solopraktijk	1
	Duopraktijk	2
	Groepspraktijk	3
Zelfzekerheid	Erg onzeker	1
	Eerder onzeker	2
	Neutraal	3
	Eerder zelfzeker	4
	Erg zelfzeker	5
Tijdsbesteding	<1x/maand	1
	1-5 x/maand	2
	1-5 x/week	3
	>5 x/week	4