# Chronisch gebruik van antidepressiva:

## inventarisatie van een praktijk in het Meetjesland, toetsen aan de literatuur en voorstellen voor de opvolging van patiënten die chronisch antidepressiva gebruiken.

Karen Robben, UGent

Promotor: Dr. Peter Pype, Ugent

Co-promotor: Dr. Tom Declercq, Ugent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

# Abstract

**Chronisch gebruik van antidepressiva: inventarisatie van een praktijk in het Meetjesland, toetsen aan de literatuur en voorstellen voor de opvolging van patiënten die chronisch antidepressiva gebruiken.**

**Huisarts-in-opleiding:** Karen Robben (UGent)
**Academiejaar:** 2016-2017
**Promotor:** Peter Pype
**Co-promotor:** Tom Declercq

**Context:** Je hoort het in de media, ziet en in de praktijk en leest het in de literatuur: er is een stijgend gebruik van antidepressiva. Vooral van het langdurig gebruik van deze medicatie. Wie zijn die patiënten en hoe kan je als huisarts een goede opvolging garanderen?

**Onderzoeksvraag:** Wat zijn de kenmerken van de patiëntengroep die langer dan één jaar antidepressiva neemt (geslacht, leeftijd, indicatie waarom deze opgestart is, correct gebruik, bijwerkingen…)? Hoe ervaren zij hun huidige behandeling? Hoe zouden ze zelf hun opvolging willen zien verlopen?

**Methode:** Er werd in de literatuur en in verschillende richtlijnen nagekeken wat de bevindingen en aanbevelingen zijn rond chronisch gebruik van antidepressiva. Daarnaast werd een korte vragenlijst afgenomen bij 52 patiënten. Bij acht daarvan werd ook een semigestructureerd interview uitgevoerd.

**Resultaten:** Er is een sterke stijging in het gebruik van antidepressiva. Dit is vooral te wijten aan langdurig gebruik van de medicatie. Richtlijnen zijn hierover vaag: minstens twee jaar. Verschillende factoren kunnen de kans groter maken dat patiënten langer antidepressiva nemen. In deze studie vonden we echter een is een heel grote variatie in patiënten. Zij hebben wel al verschillende medicamenteuze en niet medicamenteuze behandelingen geprobeerd en voelen zich nu goed bij de huidige behandeling. Toch toont de PHQ-9 nog residuele symptomen. Ze hebben schrik om te stoppen en zeggen zelf contact te willen opnemen met de huisarts moest de situatie veranderen.

**Conclusies:** Chronisch gebruik van antidepressiva moet eerder gezien worden als een teken van een mogelijks kwetsbare patiënt in plaats van een medicatiefout. Het is belangrijk het gesprek met de patiënt terug open te trekken en kijken of de behandeling bijgestuurd moet worden.



**Contact:** karenrobben@gmail.com

# I. Inhoudstafel


Abstract ..... 2

I. Inleiding ..... 6

II. Oriënterend literatuuronderzoek ..... 7

1. Methodologie ..... 7

2. Stijgend gebruik van antidepressiva ..... 7

3. Worden antidepressiva correct voorgeschreven? ..... 8

4. Huidige richtlijnen duur behandeling ..... 8

5. Hervalpreventie? ..... 10

6. Wat bespreken bij opstart antidepressiva ..... 10

7. Consultaties bij lange termijn gebruik ..... 10

8. Perspectief van patiënt en huisarts over langdurig antidepressiva gebruik ..... 11

9. Effect van revisie van langdurige behandeling met antidepressiva ..... 11

10. Hoe ervaart de patiënt het gebruik van antidepressiva? ..... 12

11. Bijwerkingen ..... 12

12. Ontwenningsverschijnselen ..... 12

13. Welke factoren zijn geassocieerd met langdurig gebruik van antidepressiva? ..... 12

III. Onderzoeksmethodiek ..... 14

IV. Resultaten ..... 15

1. Patiënten vragenlijst ..... 15

2. Patiënten semigestructureerd interview ..... 15

3. Eerste consult ..... 15

Resultaten interviews ..... 15

4. Medicatie ..... 16

Resultaten vragenlijsten ..... 16

5. Verloop van de medicamenteuze therapie ..... 16

Resultaten vragenlijsten ..... 16

Patiënten interviews ..... 16

6. Compliance ..... 17

Resultaten vragenlijsten ..... 17

Resultaten interviews ..... 17

7. Bijwerkingen ..... 18

Resultaten vragenlijsten ..... 18
Resultaten interviews ..... 18
8. Niet medicamenteuze behandeling ..... 19
Resultaten vragenlijsten ..... 19
Resultaten interviews ..... 19
9. Opvolging van de therapie ..... 20
Resultaten vragenlijsten ..... 20
Resultaten interviews ..... 20
10. Toekomst ..... 22
Resultaten interviews ..... 22
11. Andere ziektes of medicatie ..... 22
Resultaten interviews ..... 22
12. PHQ-9 ..... 23
Resultaten interviews ..... 23
V. Discussie ..... 24
1. Stijgend gebruik van antidepressiva ..... 24
2. Waarom zo lang? ..... 24
3. PHQ-9 ..... 24
4. Inventarisatie van patiënten ..... 25
5. Bijwerkingen/onttrekkingsverschijnselen ..... 25
6. Psycholoog ..... 26
7. Opvolging? ..... 26
8. Mandaat vragen ..... 26
9. Bespreking van antidepressivagebruik in nieuw consult ..... 27
10. Sterke en zwakke punten van het onderzoek ..... 27
VI. Besluit ..... 29
VII. Referenties ..... 30
Bijlage I: Protocol ..... 32
Bijlage goedkeuring Ethisch comité ..... 34
Bijlage III: informatieformulier ..... 36
Bijlage IV: Toestemmingsformulier ..... 37
Bijlage V: vragenlijst ..... 38

Bijlage VI: semigestructureerd interview ..... 40

# I. Inleiding

Je hoort het in de media en je ziet het in de praktijk: heel veel mensen nemen antidepressiva. Wat mij vooral opvalt is dat er ook veel mensen deze medicatie voor lange tijd innemen. Ik zie deze patiënten meestal niet op consultatie om hun psychische problemen te bespreken. Neen, op het einde van een consultatie voor een tijdelijk probleem zoals een verkoudheid of zelfs via de telefoon, wordt gevraagd naar herhaalvoorschriften. Naast cholesterol en bloeddrukmedicatie behoren ook de antidepressiva tot dat lijstje. Als HAIO ken je de patiënt nog niet goed en pols je even of de patiënt deze al lang neemt waarop je vaak het antwoord krijgt “ja en ik voel mij daar goed mee” waarna de patiënt naar huis vertrekt met pillen voor de volgende drie maand.

Ik betrap mijzelf hier steeds op, maar heb het gevoel dat ik nog niet echt de vaardigheid heb om een betere opvolging te garanderen. Na een eerste blik op de literatuur zie ik ook dat chronisch gebruik van antidepressiva een wereldwijd voorkomend fenomeen is. Daarom zou ik dit onderwerp met deze masterproef verder willen opentrekken: wie zijn deze patiënten, wat zijn de richtlijnen en hoe kan ik deze patiënten beter opvolgen?

Een betere opvolging kan ook voor de maatschappij voordelen opleveren. Mogelijkheden zijn een gedaalde kost door minder voorgeschreven medicatie of minder werkverlet door betere mentale gezondheid van de werknemer.

Het doel van deze masterproef is deze vragen te beantwoorden aan de hand van een literatuurstudie en het bekijken van de laatste richtlijnen. Daarnaast ga ik vragenlijsten afnemen bij patiënten uit de praktijk die langer dan 1 jaar antidepressiva nemen. Bij een kleine selectie uit die groep wordt in tweede instantie nog een gestructureerd interview afgenomen. Nadien wil ik een houvast kunnen opstellen hoe de opvolging van chronisch gebruik van antidepressiva beter zou kunnen verlopen.

# II. Oriënterend literatuuronderzoek

## 1. Methodologie

Er werden artikels opgezocht via verschillende zoekmachines: Web of Science, Embase en Pubmed. Hiervoor werden volgende zoektermen gebruikt: long-time care, chronic use, antidepressant en primary care. Er werd gekozen om enkel relatief recente artikels te gebruiken gezien we het huidige antidepressivagebruik willen bekijken. Daarom werd gekozen voor een tijdslimiet van tien jaar waardoor enkel artikels geschreven na 2005 werden geïncludeerd. Afhankelijk van de combinatie van zoektermen en of er enkel op titel of ook in de volledige tekst werd gezocht waren er tien tot 200 resultaten. Nadien werd op basis van de titel en het abstract gekeken of ze relevant waren voor deze masterproef. Indien er een full tekst beschikbaar was via SFX of Google Scolar werd dan het volledige artikel gelezen. Om de selectie artikels uit te breiden werd ook gekeken naar artikels waarin een interessant artikel geciteerd werd (via Web Of Science) en naar de bronnen van de gevonden artikels. Uiteindelijk werden 25 artikels geselecteerd.
Daarnaast werden verschillende richtlijnen nagelezen van Domus Medica, NHG, NICE en EBM Practice Net. Ten slotte werd ook het BCFI geraadpleegd.

## 2. Stijgend gebruik van antidepressiva

Antidepressiva zijn vaak gebruikte medicatie: 6% van de Nederlandse [1] en 8.6% van de Schotse bevolking [2] neemt antidepressiva. Uit cijfers van het RIZIV blijkt dat het gebruik in België zelfs nog hoger ligt [3]: in 2014 kregen 12.7% van de mensen (rechthebbend op sociale zekerheid en ouder dan 15) antidepressiva terugbetaald.
Uit verschillende studies van verschillende landen blijkt dat het gebruik van antidepressiva de laatste jaren sterk steeg. Zo werd in Andalucia (Spanje) tussen 2000 en 2010 een stijging van meer dan 100% gemeten [4].
Er zijn twee grote oorzaken voor het stijgend gebruik van antidepressiva. Enerzijds wordt er frequenter antidepressiva opgestart bij nieuwe patiënten, anderzijds zien we een stijgend aantal patiënten dat langdurig antidepressiva inneemt. Uit een studie in Schotland bleek dat bijna de helft van de patiënten die deze medicatie inneemt dit reeds meer dan twee jaar doet [2].
De als eerste aangehaalde oorzaak is niet te verklaren door een stijging in de prevalentie van depressie. Hoewel er mogelijks een betere detectie is door de huisarts is de prevalentie slechts licht (4%) gestegen [4]. Er zijn wel andere diagnoses die nu ook behandeld worden met antidepressiva zoals angst en pijn. Daarnaast is de medicatie ook vlot beschikbaar en is er mogelijks een invloed op het voorschrijfgedrag van de artsen door de farmaceutische industrie [4].
Hoewel initieel anders verwacht is niet het eerste, maar wel het tweede feit de grootste oorzaak van het stijgend antidepressivagebruik. Dit komt expliciet naar voor in de Engelse studie die het effect van de NICE guidelines naging [5]. In deze richtlijn werd het gebruik van antidepressiva bij een milde depressie ontraden. Men verwachtte dus een daling van het gebruik van deze medicatie. Hoewel er inderdaad een kleine maar significante daling werd vastgesteld in het voorschrijven van antidepressiva bij een eerste episode van depressie, verdubbelde het aantal voorschriften per patiënt tussen 2003 en

2013. Dit wordt deels verklaard doordat er meer antidepressiva worden voorgeschreven bij hervalepisodes. Maar vooral omdat de patiënten deze medicatie gedurende lange tijd innemen: de gemiddelde therapieduur ligt tussen de vier en zes jaar. Deze studie suggereert dan ook dat de richtlijnen moeten focussen op medicamenteuze therapie bij herval en op de duur van de totale behandeling.

## 3. Worden antidepressiva correct voorgeschreven?

In Nederland werd een groep van 199 patiënten die behandeld werden in de eerste lijn getoetst aan de NHG standaarden Uit deze studie [6] werd geconcludeerd dat er geen te hoog gebruik was van antidepressiva. 47.5% beantwoordde aan de NHG standaarden en bij 46.8% van de overige patiënten waren antidepressiva een mogelijke behandeloptie. Slechts een kleine groep patiënten voldeed niet aan de voorwaarden: ofwel omdat ze een te lichte vorm van depressie hadden ofwel omdat ze op dat moment niet meer aan de criteria voldeden. De auteurs relativeerden deze resultaten wel omdat verantwoord gebruik niet betekent dat de patiënt de medicatie effectief nodig heeft. Als de groep patiënten waarbij antidepressiva slechts een tweede keus behandelingsoptie was zou meegerekend worden in de groep overgebruik zou deze tot 52.2% bedragen. Dit komt meer overeen met kleinere studies waarmee ze hun resultaten vergeleken en die 25 tot 35% overgebruik rapporteren.
Dit artikel haalt wel twee kenmerken aan die specifiek zij voor Nederland waardoor de resultaten mogelijks niet te extrapoleren zijn naar België. In Nederland is er een verwijzing nodig om de tweede lijn te consulteren, de patiënt kan dus niet op eigen initiatief een psychiater raadplegen. Deze hebben mogelijks een ander voorschrijfgedrag dan huisartsen. De huisartsen werden ook bijgeschoold in het kader van de NHG standaarden.

## 4. Huidige richtlijnen duur behandeling

Er zijn verschillende richtlijnen met verschillende aanbevelingen qua duur van behandeling met antidepressiva. Specifiek voor patiënten met een depressie werden deze onder de loep genomen in een review [7]. Hieruit blijkt dat over lange termijn gebruik weinig evidentie bestaat. Enkel de behandeling tot 6 maand na remissie is evidence based. Bovendien zijn de meeste studies over langdurig antidepressivagebruik uitgevoerd in de tweede lijn. Er zijn wel geen aanwijzingen in richtlijnen dat de behandeling in de eerste lijn anders uitgevoerd moet worden.
Hieronder volgt een overzicht van de huidige richtlijnen met betrekking tot de aanbevolen duur van het antidepressivagebruik voor volgende indicaties: depressie, angst en OCD. Ook pijn is in bepaalde omstandigheden een indicatie om antidepressiva op te starten. Er wordt echter zowel in de EBMPracticeNet richtlijn chronische pijn [8] als de NHG standaard (neuropatische) pijn [9] niet gesproken over de duur van de behandeling. Daarnaast is rookstop een indicatie waarbij slechts kortdurend (6 à 12 weken) antidepressiva voorgeschreven kunnen worden [10, 11]. Bij de behandeling van burn-out wordt op EBMPracticeNet niet over antidepressiva gesproken [12]. Ten slotte is er weinig gekend over de plaats van antidepressiva bij slapeloosheid [13] en wordt dit enkel aangeraden indien er ook sprake is van een depressie of angststoornis [14].

| **Depressie** | Duur behandeling | Langere behandeling | Indicaties langere behandeling |
|---|---|---|---|
| Domus Medica [15] | 6 maand na volledige remissie | Ten minste twee jaar | • Recidiverende depressie met ernstige problemen in het functioneren<br>• Restsymptomen<br>• Voorgeschiedenis van ernstige of langdurige depressie-episodes<br>• Ernstige gevolgen van herval (suïcidepoging, functieverlies, onmogelijkheid om te werken) |
| NHG [16] | 6 maand | Langdurige behandeling | • Ernstige episode<br>• Meer dan 3 episodes |
| BCFI [17] | 6 maand | Soms jarenlange behandeling | • ernstige recidiverende depressie |
| NICE [18] | 6 maand | Minstens 2 jaar | • 2 of meer episodes van depressie met significante weerslag op het functioneren<br>• Andere risicofactoren voor herval: residuele symptomen, meerdere doorgemaakte episodes, ernstige of langere episodes of inadequate respons<br>• Ernstige gevolgen van herval: zelfmoordpoging, functieverlies, ernstige ontwrichting van het leven of onmogelijkheid om te werken |
| EBMPracticeNet [19] | 6 tot 9 maand na volledige remissie | Enkele jaren | • Voorgeschiedenis van depressieve stoornis<br>• Eerder positief gereageerd op medicatie |

| **Angst** | Duur behandeling |
|---|---|
| NHG [14] | Minstens 6 tot 12 maand na remissie |
| NICE [20] | Minstens 6 maand nadat optimale dosis is gevonden die verbetering geeft in symptomen |

| **Obsessief compulsieve stoornis (OCD)** | Duur behandeling |
|---|---|
| EBMPracticeNet [21] | Minstens 1.5 jaar, soms levenslang |

## 5. Hervalpreventie?

Ondanks succesvolle acute therapie blijft de kans op herval na een depressie erg groot: 50% na een eerste episode, tot 70% na een tweede en zelfs tot 90% na drie of meer doorgemaakte depressies. Vaak is een volgende episode ernstiger en is er meer kans op therapieresistentie. Om herval te voorkomen kunnen er twee soorten interventies gedaan worden: farmacologisch, psychologisch of een combinatie van beiden. In de eerste lijn zijn er weinig studies gedaan over hervalpreventie [22]: drie kleine studies tonen geen verschil tussen hoger genoemde interventies. Uit studies in de tweede lijn is wel aangetoond dat cognitieve therapie (in acute en onderhoudsfase) efficiënter is in het voorkomen van herval dan antidepressiva. De meeste patiënten vinden psychologische therapie echter wel behulpzaam tijdens de ziekte, maar dit hielp niet om herval te voorkomen [23].

## 6. Wat bespreken bij opstart antidepressiva

Er zijn verschillende zaken die besproken moeten worden als de huisarts antidepressiva voorschrijft. In de eerste plaats de werking van het antidepressivum [16] en de te verwachten gewenste effecten. Effect op de stemming is pas merkbaar na twee tot vier weken, ongewenste effecten kunnen wel al vroeger optreden [15, 16]. Ook deze te verwachten ongewenste effecten moeten besproken worden. De patiënt moet dan nog bereid zijn om de medicatie in te nemen. Dit kan anders een reden zijn tot vroegtijdig staken van de behandeling. Een aantal bijwerkingen (zoals sedatie) verminderen naarmate de patiënt aan de medicatie went. Andere (zoals droge mond) kunnen persisteren. Bespreek wat te doen bij bijwerkingen [15, 16]. Er is ook een kleine kans op toename van suïcidale gedachten waarmee rekening gehouden moet worden bij de opstart antidepressiva [15]. Daarnaast moet je waarschuwen voor een negatief effect op het rijgedrag in de eerste maand. Dit vooral bij verhogen van de medicatie of in combinatie met alcohol of andere psychotrope middelen [15]. Ook mogelijke interacties met andere medicatie [18] moeten overlopen worden.

Er moet besproken worden hoe de medicatie correct ingenomen dient te worden [18] en dat er een risico is op onttrekkingsverschijnselen bij plots stoppen van de medicatie [15]. Hierbij is het belangrijk uit te leggen dat je evenwel niet kan verslaafd raken aan antidepressiva [18].

Tenslotte bespreek je de minimale behandelduur [16] en de noodzaak tot het verderzetten van de behandeling na remissie [18]. Tijdens de volledige behandelperiode zijn periodieke controles noodzakelijk [16].

## 7. Consultaties bij lange termijn gebruik

Domus Medica raadt aan om als huisarts zelf de opvolgconsultaties te plannen. Initieel wekelijks, nadien tweewekelijks tot maandelijks [15]. Een observationele studie uit Schotland [24] toont echter aan dat hoe langer een patiënt antidepressiva neemt hoe minder deze medicatie wordt besproken. Er is bij een langere duur van de therapie ook een steeds grotere groep waar het medicatiegebruik op jaarbasis zelfs helemaal niet meer geëvalueerd wordt. Er zijn een aantal factoren die dit beïnvloeden. Bij oudere patiënten wordt het antidepressivagebruik minder geëvalueerd. Bij patiënten die ook een niet-farmacologische therapie volgen of bij patiënten die regelmatig een andere dosis voorgeschreven krijgen, wordt de medicatie juist vaker besproken. Een mogelijke oorzaak is dat de medicatie telkens via herhaalvoorschriften zonder follow up-consult meegegeven wordt. Ook volgende patiënt

gebonden kenmerken kunnen hierin een rol spelen: depressieve patiënten zoeken niet actief naar medische zorg, ze vinden het moeilijk om hun problemen met hun arts te bespreken of ze geloven niet dat depressie een klacht is om op consultatie te komen. Hierdoor zoeken ze minder contact met hun arts en gaan eerder een herhaalvoorschrift vragen dan een opvolgconsult.

## 8. Perspectief van patiënt en huisarts over langdurig antidepressiva gebruik

Een Nederlandse studie [23] bekeek de ideeën van de huisarts en de patiënten over een aantal aspecten gerelateerd aan langdurig gebruik van antidepressiva. Hieruit kwam naar voor dat er grote verschillen te zien waren.

Ten eerste is er een verschil in hoe de ziekte bekeken wordt. De huisarts ziet een psychosociale oorzaak terwijl de helft van de patiënten een biologische oorzaak ziet. Deze zien de medicatie dan ook als een oplossing van de oorzaak van het probleem.

Ten tweede werd gezien dat het gebruik van antidepressiva niet systematisch besproken werd. Er is dan ook onduidelijkheid over wie initiatief neemt over het stoppen van antidepressiva. Nu verwacht de huisarts dat de patiënt contact opneemt bij verandering van de situatie of als hij wilt stoppen met de therapie.

De volgende stap is afbouwen. Daarbij denkt de huisarts dat hij de patiënt kan ondersteunen. De patiënt denkt echter dat hij soms sneller doorgestuurd zou moeten worden of dat de huisarts niet genoeg kennis en tijd hiervoor heeft. De patiënt geeft ook aan dat hij tijdens het afbouwen één uur per week begeleiding nodig heeft, terwijl de huisarts een consult van 10 à 20 minuten suggereert.

## 9. Effect van revisie van langdurige behandeling met antidepressiva

Een depressie wordt vaak behandeld als een ziekte die zelflimiterend is. Lange termijn opvolging wordt vaak niet gegarandeerd [25]. Toch zou het gebruik van antidepressiva minstens jaarlijks geëvalueerd moeten worden [24].

In Schotland werd bij een grootschalige studie bij 2691 langdurige antidepressivagebruikers (>2 jaar) uit de eerste lijn, aan de hand van een arts-patiënt gesprek, hun klinische toestand en hun medicatiegebruik geëvalueerd [2]. Bij iets meer dan een kwart van de patiënten werd de therapie bijgesteld: medicatiestop (7%), dosisvermindering (13%), dosisverhoging (5%) of verandering van product. Een revisie van de medicatie biedt dus een mogelijkheid tot optimalisatie van de farmacologische en niet-farmacologische therapie. Het gedaald aantal voorschriften dat hieruit voorkomt kan mogelijks ook een gedaalde kost met zich meebrengen.

In Nederland werd een kostenutiliteitsanalyse uitgevoerd over het geven van een advies over stoppen met antidepressiva bij patiënten die volgens de Nederlandse richtlijnen deze medicatie niet meer zouden moeten innemen [26]. De interventie bleek echter geen effect te hebben op het antidepressivagebruik: er stopten niet meer mensen met de medicatie dan in de controlegroep die geen advies tot stoppen kreeg. In deze Nederlandse studie kon dus niet bevestigd worden wat er in de Schotse studie gesuggereerd werd. Er werd wel een gedaalde maatschappelijke kost genoteerd door een gedaald productiviteitsverlies na de interventie. Dit kan mogelijks verklaard worden doordat de patiënt geen label meer heeft van een psychiatrische ziekte en door patiënt empowerment: de patiënt heeft geen stigma meer en kan anders beginnen leven.

## 10. Hoe ervaart de patiënt het gebruik van antidepressiva?

Algemeen wordt er een verbetering gezien van de depressie en de quality of life bij patiënten die antidepressiva innemen [27]. Toch had bijna een derde van de patiënten nog last van matige tot ernstige depressieve symptomen tijdens de behandeling.
Een Nederlandse studie [1] die nagaat hoe patiënten het gebruik van antidepressiva ervaren toont aan dat 1/3 patiënten niet overtuigd zijn dat deze medicatie werkt. Bovendien weet 1/10 patiënten niet waarom hij/zij deze medicatie inneemt.

## 11. Bijwerkingen

Het gebruik van antidepressiva gaat vaak gepaard met bijwerkingen. De meest voorkomende zijn [1, 27]: libido vermindering, erectieproblemen, geen orgasme kunnen bereiken, moeheid, slapeloosheid, droge mond, gastro-intestinale klachten, zweten, gewichtstoename (meer bij vrouwen), duizelig zijn en emotionele afvlakking. Ook bij langdurig gebruik blijven deze bestaan: tot twee derde van de patiënten rapporteert bijwerkingen, gemiddeld bijna drie [28]. Er zijn enkele subgroepen die meer bijwerkingen ervaren: patiënten met een ernstige depressie of met andere psychiatrische co-morbiditeit en patiënten die hogere dosissen antidepressiva of tricyclische antidepressiva (meer anticholinerge bijwerkingen zoals droge mond en constipatie) gebruiken. In deze studie rapporteren oudere patiënten (>65 jaar) minder vaak bijwerkingen. Nochtans heeft juist deze populatie hier een hoger risico op [2]. Langdurige behandeling is bij hen dan ook niet aangewezen.

## 12. Ontwenningsverschijnselen

Naast de bijwerkingen heeft ook drie vierde van de patiënten klachten bij stoppen of vergeten van de medicatie [27]. Deze ontwenningsverschijnselen ondermijnen de zelfzekerheid om te kunnen stoppen met de medicatie.
Hoewel antidepressiva geen afhankelijkheid geven [17] (verlangen het product te gebruiken, moeite om gebruik onder controle te krijgen, tolerantie voor de effecten…) kunnen alle antidepressiva bij stoppen ontwenningsverschijnselen geven. Er wordt dan van fysieke afhankelijkheid gesproken. Deze is het grootst bij patiënten die een SSRI (selectieve serotonine-heropnameremmers) nemen [29]. Bij plots stoppen van de medicatie treden de klachten bij 86% op binnen de vier dagen en bij 93% binnen de week. De symptomen zijn afhankelijk van de klasse van de medicatie. Tricyclische antidepressiva geven vooral maag-darm klachten, grieperige symptomen, moeheid, angst, agitatie, nachtmerries en slaapstoornissen. Bij SSRI's zijn het angst, irritabiliteit, griepachtige symptomen, moeheid, nachtmerries, slapeloosheid, duizeligheid, nausea, hoofdpijn en sensoriële stoornissen.
Algemeen bestaat er te weinig informatie over hoe om te gaan met bijwerkingen en onttrekkingsverschijnselen [27].

## 13. Welke factoren zijn geassocieerd met langdurig gebruik van antidepressiva?

Er zijn verschillende studies die nagingen welke factoren de duur van antidepressivagebruik beïnvloeden in positieve of negatieve zin. Deze factoren kunnen onderverdeeld worden in drie grote

groepen met kenmerken die geassocieerd kunnen worden met een langere (of kortere) duur van antidepressivagebruik.

Ten eerste zijn er verschillende sociodemografische karakteristieken. Een hogere leeftijd geeft meer kans op langdurige medicamenteuze therapie [30]. Patiënten met een hogere educatie hebben minder kans op langdurige therapie [30]). Mensen die niet kunnen werken of moeten rondkomen van een pensioen of uitkering hebben ook een hogere kans om langer antidepressiva te nemen [31]. Omgekeerd zie je ook dat 2/3 van de patiënten die langdurig antidepressiva neemt niet rondkomt met zijn inkomen en dat 1/3 niet kan werken. [31]. Mensen met een meer extravagante persoonlijkheid hebben dan weer minder kans om deze medicatie lang te nemen [30].

Ten tweede geven volgende klinische patiëntkenmerken meer kans op een langere behandeling: voorgeschiedenis van angststoornis of dysthymie, herval depressie, gebruik van slaapmedicatie en antipsychotica [30, 31]. Daarnaast zijn er nog factoren die het gebruik van antidepressiva beïnvloeden: bijwerkingen, aantal stressvolle gebeurtenissen, de motivatie om te stoppen en schrik om te hervallen [23].

Ten derde zijn er zorgkarakteristieken [30] die de duur van de behandeling mee kunnen bepalen: gelijktijdige psychologische behandeling en/of gebruik van benzodiazepines gaat samen met langer gebruik van antidepressiva. De frequentie van contact met de huisarts (al dan niet over psychologische problemen), het krijgen van informatie of verwijzingen naar de tweede lijn zijn niet geassocieerd met de duur van de behandeling. Omgekeerd wordt wel gezien dat langdurige antidepressivagebruikers meer andere of psychologische hulp zoeken, mogelijks omdat er meer therapieresistentie is [31].

De huisarts moet zich dan ook bewust zijn van deze factoren die een langdurig gebruik kunnen bevorderen. Hierbij is het belangrijk het individuele risico van de patiënt in te schatten: risico van stoppen versus de nadelen van medicatiegebruik [30].

# III. Onderzoeksmethodiek

Dit onderzoek werd uitgevoerd in een praktijk in het Meetjesland. Deze bestaat uit twee fulltime artsen en een HAIO en ligt in een stedelijk gebied.
Op basis van het BCFI werd een lijst opgesteld van antidepressiva die op dit moment in België verkrijgbaar zijn. Via de zoekfunctie van het elektronisch medisch dossier (Health One) werd een lijst van patiënten gecreëerd die een of meerdere van deze medicijnen innamen in het jaar 2014. Een tweede lijst werd gemaakt voor het jaar 2015. Daarna werden deze lijsten naast elkaar gelegd en de patiënten geselecteerd die op beide voorkwamen. Deze werden gemarkeerd als mogelijks chronisch gebruiker van antidepressiva. Na indiening van het protocol (bijlage I) en de goedkeuring van het Ethisch Comité (bijlage II) werd in de periode van april tot en met juli 2016 gekeken welke van deze patiënten op consultatie kwamen. Indien zij nog steeds antidepressiva namen en ze na een uitleg (bijlage III) over het project akkoord waren om deel te nemen, werd gevraagd om een toestemmingsformulier (bijlage IV) en een korte vragenlijst (bijlage V) in te vullen na de consultatie. Op die manier werden 52 vragenlijsten afgenomen.

In tweede tijd werden, uit de groep patiënten die hiervoor toestemming gaven, acht patiënten geselecteerd bij wie de antidepressiva opgestart waren door de huisarts. Patiënten bij wie de medicatie door een andere specialist (vb. psychiater) werd opgestart werden niet geïncludeerd omdat zij mogelijks ook buiten de eerste lijn opgevolgd worden en deze studie gaat over de opvolging bij de huisarts. De selectie gebeurde op basis van gegevens verkregen uit de vragenlijsten (geslacht, leeftijd en diagnose) om een gevarieerde groep samen te stellen. Deze mensen werden dan opgebeld met de vraag of ze nog steeds bereid waren om een interview te laten afnemen. Dit ging afhankelijk van de mogelijkheden van de patiënt door op de praktijk of bij de patiënt thuis.

De vragenlijst en het semigestructureerd interview werden opgesteld aan de hand van informatie uit artikels [1, 23, 24, 31] en eigen vragen. Bij de patiënten bij wie een interview afgenomen werd, werd ook een PHQ-9 vragenlijst [32] ingevuld. Dit is een gevalideerde vragenlijst die gebruikt wordt om te screenen naar depressie [33]. In het kader van dit onderzoek werd ze afgenomen om iets objectiever in te kunnen schatten hoe veel klachten er op dat moment nog waren.

De gegevens werden verwerkt via SPSS Statistics 24. Aan de hand van de verkregen databank werden frequenties berekend. Andere statistische testen werden gezien de kleine groep patiënten en het ontbreken van een controlegroep niet gebruikt.

# IV. Resultaten

## 1. Patiënten vragenlijst

Er werden vragenlijsten afgenomen bij 52 patiënten die reeds langer dan één jaar antidepressiva namen. Deze groep bestond uit 38.5% (22) mannen 61.5% (32) vrouwen met een gemiddelde leeftijd van 56 jaar (de jongste was 21, de oudste 84 jaar). Uit deze groep werden 8 patiënten geselecteerd bij wie de antidepressiva door de huisarts werden opgestart en uitgenodigd voor een interview.

## 2. Patiënten semigestructureerd interview

In volgende tabel kort enkele kenmerken van de patiënten die geïnterviewd werden. Dit zijn de gegevens die zij invulden in de vragenlijst.

| | Geslacht | Leeftijd | Opstart antidepressiva | Diagnose |
|---|---|---|---|---|
| Patiënt 1 | Vrouw | 53 | Meer dan 5 jaar geleden | Post-partum depressie |
| Patiënt 2 | Vrouw | 78 | 2 à 5 jaar geleden | Depressie |
| Patiënt 3 | Vrouw | 39 | 1 à 2 jaar geleden | Herval depressie |
| Patiënt 4 | Vrouw | 47 | Meer dan 5 jaar geleden | Depressie en pijn |
| Patiënt 5 | Man | 25 | 2 à 5jaar geleden | Depressie |
| Patiënt 6 | Man | 35 | 1 à 2 jaar geleden | Burn-out |
| Patiënt 7 | Man | 53 | Meer dan 5 jaar geleden | Depressie |
| Patiënt 8 | Vrouw | 62 | Meer dan 5 jaar geleden | Angst |

## 3. Eerste consult

### Resultaten interviews

Deze patiënten nemen al geruime tijd antidepressiva. Sommige weten nog goed wat er bij de opstart besproken is. Maar voor andere was dit reeds te lang geleden en wisten ze niet meer wat er toen gezegd is geweest. De twee dingen die het meest naar voor kwamen, waren bijwerkingen en het niet plots stoppen van de medicatie.

> *Patiënt 2 (depressie): "Neen, dat is al lang geleden."*

> *Patiënt 5 (depressie): "Vooral het geleidelijk opbouwen dat belangrijk was, zeker nooit in een keer stoppen en dat het ook een hele tijd kan duren voor het begint te werken. De mogelijke neveneffecten die je kan verwachten. En ook wanneer je ze moest nemen, 's ochtends of 's avonds, want medicatie ligt altijd moeilijk voor mij naar vermoeidheid toe. En minimum 6 maand of zo."*

## 4. Medicatie

### Resultaten vragenlijsten

Bij de meeste patiënten werd de medicatie opgestart door de huisarts (75% of 39 patiënten). Daarnaast werd ook bij 15.4% (8 patiënten) de medicatie door een psychiater opgestart. De overige kregen de medicatie voorgeschreven in een andere specialistische setting: 3.8% (2) in de pijnkliniek, 1.9% (1) door de neuroloog en 1.9% (1) door een internist.

De indicaties waarvoor de medicatie werd opgestart waren heel divers: 50% (26 patiënten) depressie (waarvan 9 nog een extra indicatie vermeldden zoals pijn, angst, slaapproblemen, traumatische ervaring of verslaving), 7.7% (4 patiënten) herval depressie, 7.7% (4 patiënten) burn-out, 5.8% (3 patiënten) angst, 5.8% (3 patiënten) pijn en 3.8% (2 patiënten) na traumatische ervaring. Volgende diagnoses kwamen elk bij slechts 1 patiënt (elke 1.9%) voor: post-partumdepressie, slaapproblemen, middelenmisbruik/verslaving, evenwichtsproblemen, stress, hoofdpijn, nervositas, fibromyalgie/CVS en een combinatie van angst/pijn/traumatische ervaring.

Er werden verschillende antidepressiva voorgeschreven. De grootste groep (48% of 25 patiënten) waren de SSRI's (citalopram, escitalopram, fluoxetine, paroxetine, of sertraline). Daarnaast nam 36.5% (25 patiënten) een SNRI (noradrenaline- en serotonine-heropname remmers; venlafaxine of duloxetine). Slechts een kleine groep nam TCA (tricyclische antidepressiva; amitriptyline, clomipramine of dosulepine)
Ten slotte was er nog één patiënt die trazodone nam en waren er twee die een combinatie namen (mirtazapine/trazodone/venlafaxine en fenelzine/dosulepine).

## 5. Verloop van de medicamenteuze therapie

### Resultaten vragenlijsten

De meeste patiënten namen al veel langer dan 1 jaar antidepressiva: bij slechts 17.3% (9 patiënten) werd deze medicatie minder dan 2 jaar geleden opgestart. Bij 32.7% (17 patiënten) was dit tussen de 2 en de 5 jaar geleden en bij de helft (26 patiënten) was dit al langer dan 5 jaar geleden.

Voor de meerderheid (65.4% of 34) van de patiënten was dit de eerste keer dat ze antidepressiva namen. De andere 34.6% van de patiënten (18) hadden in hun voorgeschiedenis reeds 1 of meer periodes antidepressiva ingenomen. Bij deze laatste groep werd de medicatie in een vorige episode gestopt door de huisarts bij 33.3% (6) en 16.6% (3) stopten op eigen initiatief. De helft van de patiënten (9/18) bij wie de medicatie reeds een keer gestopt werd beantwoordde deze vraag echter niet. Van de hele groep heeft reeds 34.6% (18) patiënten de medicatie zelf proberen stoppen. Bij slechts 11.1% (2/18) is dit ook effectief gelukt.

### Patiënten interviews

De geïnterviewde patiënten hadden meestal al een lang parcours afgelegd na de opstart van de medicatie. Velen namen eerst een andere soort die werd veranderd wegens minder goede werking of

nieuwe medicatie. Bijna allemaal probeerden ze al te stoppen (al dan niet onder begeleiding van de huisarts), maar wegens slechte ervaring hiermee of herval werd deze therapie chronisch.

> *Patiënt 1 (post-partum depressie): "Ik zoek ook alles op, ik lees veel, ik ben geïnteresseerd in de medische evolutie en dan zag ik de nevenwerkingen en al en dan dacht ik, is dat nu voor de rest van mijn leven. Ik ben dan proberen afbouwen via een homeopaat. In de zomer lukte dat wel, maar het bleef lastig. 't Was te moeilijk. Neen, dat lukte wel, maar van als er dan, hoe moet ik dat zeggen, een kink in de kabel kwam, moeilijkheden op het werk of zo, neen ik kon mij daar niet boven zetten. Dus dan heb ik maar beslist, foert ik doe verder."*

> *Patiënt 3 (depressie): "Dus, ik wil het wel (afbouwen), ik ben zeer bang om te hervallen. Laat maar zeggen, omdat ik het twee keer meegemaakt heb en het is iedere keer een beetje dieper zo heb ik de indruk."*

> *Patiënt 4 (pijn): "Ik veronderstel dat, zolang mijn pijn niet onder controle is, dat ik dat moet blijven nemen."*

> *Patiënt 7 (depressie): "eerst werd sipralexa voorgeschreven en pas na 6 maand of een jaar cymbalta"*
> *"de eerste keer afbouwen werd ik zelf gewaar dat het niet echt goed liep en dan hebben we later nog een keer proberen afbouwen maar dat ging weer niet goed en de laatste keer ondertussen 4 jaar terug met de neuropsychiater is het ook niet gelukt."*

## 6. Compliance

### Resultaten vragenlijsten

Er was een zeer hoge gerapporteerde compliance: 88.5% (46 patiënten) zei de medicatie dagelijks in te nemen. 5.8% (3 patiënten) gaf toe de medicatie af en toe (minder dan 1 maal per maand) te vergeten. Slechts 1.9% (1 patiënt) vergeet zijn medicatie soms (minder dan 1x per week). 2 patiënten hebben deze vraag niet ingevuld.

### Resultaten interviews

Tijdens de interviews vertelden de patiënten deze medicatie dagelijks te moeten innemen omdat ze anders klachten kregen. Die werden verklaard als zijnde bewijs dat de medicatie werkt en dat deze dus nodig was. Ze werden niet beschreven als ontwenningsverschijnselen.

> *Patiënt 1 (post-partum depressie): Ja, ik krijg allerlei klachten als ik ze vergeet, draaien, ja ik weet het niet, mijn kop staat los, zo een gevoel is dat. Ik heb dat (mijn medicatie) altijd bij mij voor het geval dat ik een toch een vergeten heb. Want dat is het ergste.*

> *Patiënt 4 (depressie): "ik had het gevoel dat het niet werkte, maar voor het verlof zat ik zonder en toen heb ik enkele dagen een half genomen en dan twee dagen geen. Dan werd ik wel*

*gewaar dat mijn pijn veel vermeerderd was. Dus werd ik toch gewaar dat het wel helpt voor de pijn."*

*Patiënt 6 (burn-out): "ik heb alleszins al gemerkt dat als ik een keer een pilletje vergeet te pakken, dat meestal niet de dag zelf, maar tegen de avond of de ochtend daar op, wel een stuk prikkelbaarder ben. 't Is niet dat ik daar op dat moment aan denk, want je zou kunnen zeggen van ja goed, ge beeldt het u in, t is pas achteraf als ik bedenk van ja vandaag was ik wel minder uitstaanbaar dan anders en dan denk van juist ja, da pilleken misschien gisteren vergeten pakken. Heeft het daar echt een causaal verband mee, dat is nog iets anders, maar ik merk wel altijd dat dat zich dan wel voordoet vandaar dat ik er toch op let dat ik niet zonder val."*

## 7. Bijwerkingen

### Resultaten vragenlijsten

82.7% van de patiënten (43) gaf aan op de hoogte te zijn van de mogelijke bijwerkingen. 13.5% (7) gaf toe deze niet te kennen. 17.3% (9) van de patiënten ervaarden ook bijwerkingen. Dit ging over één tot drie (gemiddeld 1.3) per persoon. Er werden door de verschillende patiënten andere bijwerkingen opgegeven: minder libido, vaginale droogte, erectiestoornissen, droge mond (3 patiënten), dorst, gewichtstoename (3 patiënten), duizeligheid, beven, vermoeidheid, depressief gevoel en zweten. Twee personen antwoordden niet op deze vragen.

### Resultaten interviews

Tijdens de interviews waren ook de twee groepen duidelijk: patiënten die geen bijwerkingen aankaartten en patiënten die er wel ondervonden. Sommige bijwerkingen werden wel als klacht opgegeven, maar niet als bijwerking bestempeld. De patiënten gaven ook aan dat als er bijwerkingen waren deze geen reden waren om met de medicatie te stoppen.

*Patiënt 1 (post-partum depressie): Ja, ja ik heb de indruk dat ik mij soms verslik door een droge mond, ja ik denk dat dat toch ook van die medicatie komt. En ook de vagina he. Waarschijnlijk wel ja, het libido.*
*(Interviewer: Heb je dit al eens besproken?) Goh, ja, de apotheker zegt ook, wat wil je, meer libido, maar ongelukkig, want dan hebt ge t ook niet en de dokter redeneert ook zo en in feite heeft ze gelijk.*

*Patiënt 2 (depressie): "Neen. Want als ik medicatie neem en ik heb bijwerkingen dan stop ik daar over het algemeen mee."*

*Patiënt 3 (depressie): "Goh, niet echt, zweten, vooral aan mijn handen en vooral 's morgens heb ik zo wel eens een zweetuitbarsting, maar is dat daarvan? Tjah, niet altijd zin in seks, maar is dat door u gemoed, of is dat door die pillen? Dat weet ik ook niet, ik weet natuurlijk niet hoe het zou zijn zonder dat ik ze pak. Ik heb sowieso veel slaap nodig dus, ja, neen, ik voel niet echt bijwerkingen."*

*Patiënt 4 (pijn): "Neen ik heb geen bijwerkingen."*

*Patiënt 5 (depressie): "Neen, eigenlijk niet. Dat is heel stabiel eigenlijk"*

*Patiënt 7 (depressie): "Ja, ik heb bijna geen erectie"*

*Patiënt 8 (angst): "Wacht, gewicht ook? Want, ik moet daar om lachen omdat hij (de huisarts) ne keer zei van he uw gewicht en de cardioloog vind het ok zo lang ik niet meer verzwaar want ja, ge zit in de menopauze. En ge ziet dat nu ook, ik zit hier te zweten he, en t is hier niet meer zo warm en ik heb dat altijd, al 13 jaar, ik was heel gelukkig dat ik niet meer moest gaan werken, want het zweet drupte, en ik had dat vroeger nooit he, vooral uit mijn hoofd, anders valt dat mee, maar zweet druppelt uit mijn haar he, toen ik daar mensen moest douchen of in bad doen, alle dat is erg hoor, heel heel erg."*

## 8. Niet medicamenteuze behandeling

### Resultaten vragenlijsten

Iets meer dan de helft van de patiënten (53% of 28 patiënten) volgde nooit een andere behandeling. 40.4% (21 patiënten) gingen nu of in het verleden naar de psycholoog. 4 patiënten uit deze laatste groep volgde daarnaast ook nog een andere behandeling: voetreflexologie, homeopathie, behandeling bij (neuro)psychiater, rugschool, relaxatieoefeningen of opname in de psychiatrie. Eén patiënt (1.9%) ging enkel naar de kinesist. Twee patiënten vulden deze vraag niet in.

### Resultaten interviews

Uit de interviews bleek dat toch iets meer patiënten reeds naar een psycholoog gegaan waren dan aangegeven in de vragenlijst. Zo gaf patiënt 4 in de vragenlijst aan geen andere behandeling te hebben gevolgd naast de medicatie terwijl uit het interview bleek dat ze dit wel had gevolgd. Mogelijks was uit de vraag niet duidelijk op te maken dat dit over de hele ziekteperiode ging en niet enkel over de huidige behandelingen.

Niet alle patiënten hadden goede ervaringen met niet-medicamenteuze behandelingen (o.a. psycholoog). Voor andere was het goed geweest in het verleden, maar niet meer om verder te volgen om diverse redenen. Eén patiënt gaf aan eigenlijk terug te moeten starten bij de psycholoog.

*Patiënt 1 (post-partum depressie): ik heb eerst geprobeerd met een alternatief, met magnetisme, dat was een kinesist, die met magneten werkte, dat was een bepaalde techniek om de zenuwbanen te herstellen, ik weet niet hoe dat noemde, ik spreek nu wel van het jaar '92 he. Dus ja, hij legde magneten op mij, dat weet ik nog. En dat was tijdelijk een oplossing, maar de basis, neen, ik bleef op de tippen van mijn tenen lopen.*

*Die kinesist startte ik op eigen houtje; ik kende hem van horen zeggen. En die homeopaat (om de antidepressiva af te bouwen) was ook mijn eigen keuze om een alternatief te proberen. Dus*

*de psycholoog, daar kwam ik eigenlijk slechter uit dan dat ik binnen kwam, eh, dat verleden kwam weer naar boven, die moeilijkheden, ja gepest worden, uitgesloten worden in de puberteit en pff, neen, dat is het niet.*
*Neen, in tegendeel, ge gaat daar belabberd buiten. Ja, maar ik heb nu ontdekt dat ik eigenlijk hooggevoelig ben en ik heb dan contact genomen met de vereniging van hooggevoeligen, ik het dat opgezocht en ik heb daar coaching gevonden. En ik heb een zeer goeie coach gevonden, die ook hooggevoelig is en die therapeute geworden is en die ook voetreflexologie doet. Dus in plaats van in haar zetel weer huldedededede…, heb ik er veel meer aan dat ik zo tips krijg. Dus problemen voorleggen, tips ontvangen en ondertussen voetreflexologie.*

*Patiënt 3 (depressie): Neen, ik heb dat bijna een jaar gedaan, in het begin zal ik daar wel hulp van gehad hebben, maar ik voelde dat zelf van, dat is mijn wekelijks babbelke ne keer doen, ma dat kun je ook bij andere mensen nog doen he. Maar ik het begin heeft ze mij wel, gewoon dingen die je wel weet, maar weer doen inzien, van dat dat zo is. In het begin heb ik daar wel baat aan gehad maar, naar het einde toe heb ik dat zelf ook stop gezet, maar zij was ook een beetje zoekende eigenlijk nog, naar een andere therapie: EMDR therapie met handen (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) en toen had ik iets van neen, stop, dat is niet voor mij. Dat vond ik een beetje tovenaar achtig gedoe zo, neen. Ik moest dan zeggen wat ik dacht en ik dacht wat is van wat zijn we hier nu aan het doen, dus ja dat was niet de bedoeling.*

*Patiënt 4 (pijn): "ik ben daar eigenlijk mee gestopt (met psycholoog) omdat het te zwaar werd."*

*Patiënt 5 (depressie): "ik zou terug naar de psycholoog moeten gaan, maar ik stel dat uit"*

*Patiënt 7 (depressie): allemaal gedaan, psychiater geweest, psycholoog geweest, nu niet meer, trauma 2011 is opgelost"*

## 9. Opvolging van de therapie

### Resultaten vragenlijsten

Er is een heel grote spreiding in de termijn waarop er met de huisarts gesproken werd over hoe lang men deze medicatie nog moet innemen. 25% (13 patiënten) deed dit in de laatste drie maand. Bij 5.8% (3 patiënten) was dit een half jaar geleden, bij 3.8% (2 patiënten) een jaar geleden en bij 30.8 (16 patiënten) was dit reeds langer dan een jaar geleden. Daarnaast had een grote groep van 28.3 (15 patiënten) dit nog nooit met de huisarts besproken. 2 patiënten vulden deze vraag niet in.

### Resultaten interviews

Uit de interviews bleek dat hoe langer de therapie duurde, hoe minder frequent deze opgevolgd werd. Meestal werd er gewoon om een herhaalvoorschrift gegaan. De patiënten vonden uitgebreidere opvolging door de huisarts niet nodig (omdat dit niet de taak van de huisarts is of omdat de huisarts daar geen tijd voor heeft) en gaven aan zelf te signaleren wanneer het niet goed met ze ging.

*Patiënt 1 (post-partum depressie): Goh, opgevolgd, gewoon vernieuwing van medicatie, meer kan zij niet doen. Om te beginnen een huisarts heeft geen tijd om gesprekken te voeren. Dus dat verlang ik niet van haar. Dus zo is het goed voor mij. En voor de rest zoek ik mijn weg bij de hooggevoeligenvereniging, ik ga daar dan ook vrijwilligerswerk gaan doen af en toe.*

*Patiënt 3 (depressie): Dat begon met 6 maanden (duur medicamenteuze therapie), eerst kwam ik geregeld op controle ook, en dan heb ik dat (de medicatie) zelf een keer gestopt en ben ik hervallen en dan heb ik dat nog eens gestopt en zijn we bij cymbalta terecht gekomen. Is niet goed he.*
*Neen, van de huisarts kreeg ik de vraag om af te bouwen: zou je niet nog een keer proberen. En neen, ik heb gezegd daar voel ik mij nog niet klaar en neen, gewoon om, die angst om te hervallen. Maar goed, dat zal misschien wel ne keer lukken.*
*Neen, ik denk dat ik dat wel zelf ga aanvoelen, denk ik, hoop ik, dat ik dat vertrouwen nog heb in mijn eigen lichaam. Ja ik denk dat wel, maar voorlopig, zit dat nog ver in mijn achterhoofd.*

*Patiënt 4 (pijn): "ik neem die medicatie nu al een tijdje, dus dat wordt niet echt meer besproken. Ik neem dat gewoon door. Meestal laat ik mijn medicatie voorschrijven dat ik twee maand verder kan."*

*Patiënt 6 (burn-out): "Ik denk dat dat een beetje moeilijk is voor jullie, wel het is niet dat je de situatie dagdagelijks opvolgt he, dus op dit moment denk ik dat dat een beetje bij mij gaat liggen van goed, van als dat op welk moment vind ik dat die medicatie niet meer de voldoening, alle het werk doet zoals het tot nu heeft gedaan, en wat er dan te bekijken is van zijn er andere alternatieven en wat zijn de mogelijkheden gelijk wat."*

*Patiënt 7 (depressie): "dat wordt weinig tot niet besproken, ik verwacht dat ook niet, ik heb de ervaring dat afbouwen niet echt goed lukt"*
*"Neen. Ik verwacht dat niet voor mezelf (navragen door de huisarts hoe het is met de medicatie) Ik hoor dat ook van andere mensen, want op den duur ken je vrij veel mensen die die medicatie nemen. Ik weet het klinkt een beetje hautain, maar ik ben vrij zelfbewust van wie ik ben en hoe ik ben en hoe mijn toestand is. Waardoor ik er wel goed over kan praten."*

*Patiënt 8 (angst): "Neen, eigenlijk niet, die keer wel, als ik het afgebouwd heb, hij zei dat, ik heb dat gevraagd, probeer dat maar, de manier waarop, dat je dat geleidelijk moet afbouwen, maar, ja toen heb ik toch gemerkt dat ik niet meer zo goed in mijn vel zat, dat ik ja, dat ik dat toch echt wel nodig had."*
*"Ja, daar ben ik heel bang voor (voor af te bouwen)".*
*"Ja, dat laatste eerder (de patiënt neemt contact op met de arts als het minder gaat), hij moet mij niet vragen, weet je wat het ook is, ik neem dat nu 13 jaar he, en ik weet hoe ik daar mee ben, en ik weet van mijn eigen ook dat ik niet bang ben om iets te zeggen he, als er bij mij iets*

*verandert, om het even van wat, ga ik dat wel zeggen. En als er iets is, of als er iets erg is, zal ik zeker zelfs bellen en direct een afspraak maken."*

## 10. Toekomst

### Resultaten interviews

Er werd ook gepolst naar hoe de patiënten de toekomst zagen en of ze schrik hadden om ooit de medicatie te moeten stoppen. Angst bleek zeker een factor om de medicatie verder in te nemen. Verder leek de nabije toekomst weinig verandering te brengen.

*Patiënt 1 (post-partum depressie): "Aangezien dat het erfelijk was, lieten ze mij toch verstaan van dat te blijven nemen."*

*Patiënt 3 (depressie): Als 't zo blijft is 't goed, maar ja, met medicatie. Zonder medicatie? Ik vind het niet meer erg dat ik medicatie neem. Als 't maar dat ik denk ik dan, en 't helpt mij is 't al goed.*

*Patiënt 6 (burn-out): op dit moment heb ik zo niet iets dat ik licht aan het einde van de tunnel zie op dat vlak dus he. De keren dat ik al zonder gevallen ben of dat ik dat vergeten nemen ben heb ik wel altijd wel een bots gevoeld en ik ben ook niet op dit moment in een situatie dat ik kan zeggen van ik ben al de druk en de stress en gelijk wat kwijt, dus t is voor mij ook geen wondermiddel. Ik zie het echt als iets, het helpt, dat relativeren, maar voor mij is het geen bij wijze van spreken valium om plat te spuiten en joehoe alles is rozengeur en maneschijn, dus t helpt gewoon alles een beetje meer verdragen en sommige dingen wat meer in zijn context plaatsen.*

*Patiënt 7 (depressie): "Dat ik dat zal blijven moeten nemen zeker. Een pilletje meer of minder."*

## 11. Andere ziektes of medicatie

### Resultaten interviews

Tijdens de interviews werd ook gepolst naar comorbiditeit, slaap- en pijnmedicatie. De resultaten hiervan worden samengevat in onderstaande tabel.

| | Comorbiditeit | Slaapmedicatie | Pijnmedicatie |
|---|---|---|---|
| Patiënt 1 (post-partum depressie) | Hypothyreoïdie<br>Allergie | Vit-B en valeriaan indien nodig | Excedrin, zo weinig mogelijk |
| Patiënt 2 (depressie) | Hypertensie<br>Diabetes type 2 | Lormetazepam | Paracetamol |
| Patiënt 3 (depressie) | Gastric bypass | Neen | Neen |
| Patiënt 4 (pijn) | Fibromyalgie<br>Hypothyreoïdie | Zopiclone, zo weinig mogelijk | Durogesic |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Patiënt 5 (depressie) | Gastritis<br>Allergie | Zolpidem, af en toe | Neen |
| Patiënt 6 (burn-out) | Hooikoorts | Neen | Neen |
| Patiënt 7 (depressie) | 3 rugoperaties<br>nekoperatie<br>Slaapapneu<br>Cardiovasculair<br>Diabetes type 2 | Neen | Paracetamol bij pijn |
| Patiënt 8 (angst) | Hartinfarct<br>DVT<br>Hypertensie<br>Artrose | Neen | Paracetamol indien nodig |

## 12. PHQ-9

### Resultaten interviews

Na het interview werd bij alle patiënten een PHQ-9 vragenlijst afgenomen waarbij gevraagd werd naar de depressie gerelateerde klachten in de laatste 2 weken. Dit waren de resultaten, samen met de interpretatie van de score die behaald werd.

| | | |
|---|---|---|
| Patiënt 1: | 10 | Matige depressieve klachten |
| Patiënt 2: | 5 | Milde depressieve klachten |
| Patiënt 3: | 6 | Milde depressieve klachten |
| Patiënt 4: | 14 | Matige depressieve klachten |
| Patiënt 5: | 11 | Matige depressieve klachten |
| Patiënt 6: | 2 | Minimale depressieve klachten |
| Patiënt 7: | 9 | Milde depressieve klachten |
| Patiënt 8: | 0 | Geen depressieve klachten |

# V. Discussie

## 1. Stijgend gebruik van antidepressiva

Uit de literatuurstudie leerden we dat het stijgend gebruik van antidepressiva vooral te wijten is aan langdurig gebruik van deze medicatie. Dit onderzoek is te kleinschalig om dit te kunnen bevestigen. Bovendien werden enkel patiënten geïncludeerd die reeds langdurig antidepressiva namen. Deze gegevens werden niet vergeleken met mensen die ze een kortere tijd namen of met de hele praktijkpopulatie. Er zijn echter wel elementen die in dezelfde richting wijzen. Ten eerste kon op een korte tijd in een praktijk van twee fulltime artsen en een HAIO 50 enquêtes afgenomen worden bij patiënten die reeds langer dan een jaar antidepressiva nemen: het is dus in deze praktijk relatief veel voorkomend. Bovendien namen veel van deze patiënten de medicatie al veel langer dan een jaar. Uit de interviews bleek dat dit tot meer dan 10 of zelfs 20 jaar kan zijn. Voor sommige patiënten is dit chronische medicatie die ze mogelijks zelfs levenslang zullen innemen.

## 2. Waarom zo lang?

Op het eerste zicht wordt zeer lange medicamenteuze therapie in de richtlijnen niet aangeraden. De richtlijnen zijn redelijk vaag en gaan van ten minste twee jaar tot jarenlang en dit afhankelijk van bepaalde voorwaarden die per richtlijn verschillend zijn. Twee belangrijke voorwaarden zijn recidiverende depressieve episodes en residuele symptomen. De nieuwe richtlijn 'Depressie bij volwassenen' van Domus Medica maakt hierbij een belangrijke nuance: bespreek na twee jaar of de antidepressiva nog nodig zijn. Als we dan kijken naar de groep patiënten blijkt dat velen al meer dan één depressieve episode hebben meegemaakt of dat ze al hebben proberen afbouwen zonder succes. Als je ook kijkt naar de PHQ-9 die bij zeven van de acht geïnterviewd patiënten nog milde of matige symptomen aangeeft, is het mogelijk dat het antidepressivagebruik bij deze groep patiënten wel verantwoord is. Anderzijds betekenen deze residuele symptomen ook dat de therapie mogelijks ontoereikend is en geoptimaliseerd zou kunnen worden: nakijken of er nood is aan een andere dosis, een ander product of niet-medicamenteuze therapie.

## 3. PHQ-9

In het kader van dit onderzoek werd een PHQ-9 afgenomen bij de geïnterviewde patiënten. Dit werd niet gedaan bij de vragenlijsten omdat de patiënten deze individueel invulden en het niet optimaal is om schriftelijk te polsen naar zelfmoordgedachten (vraag 9 PHQ-9). Het doel van deze vragenlijst was om een inschatting te kunnen maken van de residuele klachten gedurende de laatste twee weken. Hieruit bleek dat ze bijna allemaal nog milde tot matige depressieve klachten ervaarden. Dit maakt duidelijk dat, hoewel de patiënten aangaven dat de situatie voor en stabiel is en ze deze als acceptabel ervaren, er toch geen volledige remissie is. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat deze patiënten slechts partiële responders zijn op de medicatie of dat de oorspronkelijke aandoening onvoldoende behandeld is. Dit is iets wat ook in de literatuur terug komt. Cartwrighe et al. noteerden bij iets minder dan een derde van hun patiëntengroep nog matige tot ernstige symptomen [27].

In dit onderzoek werden patiënten geïncludeerd die reeds langdurig antidepressiva gebruikten. Dit is echter bij niet iedereen opgestart wegens een depressie. Toch werd na ieder interview een PHQ-9 afgenomen, ook bij de patiënten met burn-out, pijn en angst. Hierbij zien we dat de patiënt met een burn-out toch nog minimale depressieve symptomen vertoont. Dus hoewel burn-out volgens de richtlijnen geen indicatie is voor het opstarten van antidepressiva, kan het bij deze patiënt wel nodig geweest zijn. Angst is wel een indicatie voor het opstarten van antidepressiva en deze patiënt heeft op dit moment ook geen depressieve klachten. Bij de patiënt met pijn waren er zijn en comorbide depressieve klachten.
Deze vragenlijst geeft dus een grote meerwaarde, namelijk dat je als arts subjectieve klachten iets objectiever kan noteren en deze opvolgen. Maar ze moet ook gerelativeerd worden. Ten eerste is er geen PHQ-9 van bij de start van de medicatie. Er kan dus niet gekeken worden naar hoe de depressieve klachten geëvolueerd zijn, hoe ernstig de initiële klachten waren en wat de respons op de antidepressiva was. Ten tweede geeft dit een idee over de laatste twee weken terwijl de therapie veel langer duurt. Ten derde is het subjectief gevoel van de patiënten ook belangrijk, hoe hij of zij zijn levenskwaliteit ervaart onafhankelijk van dat cijfertje.
De medicatie is dus niet het enige waarop de arts moet focussen. Hierbij kan de PHQ-9 een instrument zijn om de klachten open te trekken en ze te kunnen vergelijken.

## 4. Inventarisatie van patiënten

Uit dit kleinschalig onderzoek van patiënten uit een praktijk uit het Meetjesland blijkt dat er een grote variatie is in de patiënten die reeds langer dan een jaar antidepressiva nemen. Dit qua leeftijd, diagnose, medicatie, comorbiditeit… Uit de literatuur bleek dat drie groepen factoren ervoor konden zorgen dat een patiënt meer kans had om langdurig antidepressiva te nemen [30, 31]. De gegevens uit dit onderzoek wijzen in de zelfde lijn, maar zijn te beperkt om algemene conclusies uit te kunnen trekken.
De sociodemografische factoren zoals werk en opleiding zijn in dit onderzoek niet aan bod gekomen, omdat er gefocust werd op de opvolging. Deze kunnen we dus niet vergelijken.
Klinische patiëntkenmerken komen wel terug in deze studie: herval depressie, gebruik van slaapmedicatie en schrik om te hervallen. Een derde van de patiënten die de vragenlijst invulde nam reeds meerdere keren antidepressiva. Wat suggereert dat dit over een tweede episode gaat. Bij de diagnose konden de patiënten ook voor herval depressie kiezen, maar dit werd door slechts 7 patiënten aangeduid. Mogelijk is dit door een niet duidelijk opgestelde vragenlijst en hebben de rest van deze patiënten de diagnose depressie aangevinkt. In de interviews kwamen de andere twee elementen aan bod: de helft van de patiënten iets van medicatie nam om te slapen en bijna allemaal gaven ze aan schrik te hebben om te hervallen.
Zorgkarakteristieken werden bevraagd in de vragenlijst en het interview: veel patiënten gingen reeds naar de psycholoog of zochten andere hulp zoals bijvoorbeeld kine.

## 5. Bijwerkingen/onttrekkingsverschijnselen

Uit de literatuurstudie leerden dat ook bij langdurig gebruik van antidepressiva bijwerkingen vaak voorkomen [28]. In de studie van Cartwright et. al. [27] ervaarden meer dan de helft van de patiënten

(totaal 180) bijwerkingen. In dit onderzoek rapporteerden de patiënten echter verrassend weinig bijwerkingen. Dit kan verschillende redenen hebben: patiënten die storende bijwerkingen ervaren stoppen met de medicatie, door de kleine groep zijn er weinig patiënten met bijwerkingen, de bijwerkingen zijn niet gekend of de klachten worden niet als bijwerkingen gezien. Dit laatste kwam ook in de interviews naar boven (bv. zweten als vervelende klacht, maar niet gekend als mogelijke bijwerking). Hoewel één patiënt aangaf dat ze met de medicatie zou stoppen indien ze bijwerkingen ervaart, maken de andere hier geen probleem van. Zelfs seksuele stoornissen worden aanvaard gezien dit ook een issue is als je depressief bent en de medicatie voor de rest een goed effect heeft op het leven. Wat de patiënten wel opmerkten waren de klachten die ze ervaarden als ze de pillen eens vergaten (draaien, prikkelbaarder zijn…). Dit werd door sommigen geïnterpreteerd als bewijs dat de medicatie werkte of dat ze deze nodig hadden. Dit is wel een bevestiging van wat Cartwright et. al. [27] schrijft: drie vierden van de patiënten ondervinden onttrekkingsverschijnselen en deze ondermijnen de zelfzekerheid om te kunnen stoppen met de medicatie.

## 6. Psycholoog

Veel patiënten waren al bij een psycholoog geweest en dit met wisselende ervaringen. Bij sommigen was het goed geweest om trauma's te verwerken of om dingen terug in te zien, bij anderen was dit juist te zwaar en te moeilijk om over bepaalde zaken in het verleden te praten. Van de geïnterviewde patiënten was er één die zei dat hij dit terug zou moeten opstarten, voor de anderen was dit eerder iets voor in het acute stadium van de ziekte. Toch is ook een psycholoog evenwaardig of zelfs beter dan antidepressiva in hervalpreventie. Het is dus, zeker bij patiënten die residuele symptomen vertonen, aan te raden om naar een psycholoog te gaan (cfr. Domus Medica).

## 7. Opvolging?

Uit de literatuur werd al duidelijk dat hoe langer patiënten antidepressiva nemen, hoe minder dit opgevolgd wordt. Dit werd bevestigd in de vragenlijsten en de interviews. Wat opvallend was, was dat dit door de patiënten als goed ervaren werd. Ze gaven aan zichzelf goed te kennen en zelf naar de dokter te gaan als de situatie verandert. Een patiënt gaf zelfs aan dat ze het niet leuk zou vinden moest de dokter haar daar op aanspreken. Maar is dat hoe het zou moeten lopen?

## 8. Mandaat vragen

Gezien dit geen medicatie is waarvan het resultaat zwart op wit of in een cijfertje geëvalueerd kan worden en de patiënt moet openstaan om zijn psychische toestand te bespreken, is het nuttig om een mandaat te vragen om het antidepressivagebruik open te trekken. Uit de interviews kwam namelijk naar voor dat de patiënt eigenlijk wel tevreden was moet de wijze waarop de opvolging verliep (waarbij de arts voorschriften geeft en dat de patiënt neemt contact op met de arts als de situatie verandert). Door bijvoorbeeld bij een herhaalvoorschrift kort te vragen of de medicatie goed verdragen wordt, doorbreek je dit patroon gedeeltelijk, maar is er het risico dat de patiënt dit afschermt. Als je een mandaat vraagt geef je als arts een voorzet en kan de patiënt toch zelf initiatief nemen om zijn mentale toestand en het medicatiegebruik te evalueren. Een patiënt heeft het recht om te zeggen dat het goed loopt zoals het is, je kan een patiënt niet verplichten om een therapie te veranderen als er geen

problemen zijn. Je kan als arts de voorzet geven, maar de patiënt zelf moet gemotiveerd zijn om de medicatie af te bouwen, te veranderen of om naar de psycholoog te gaan. Als je als arts natuurlijk merkt dat de medicatie niet goed werkt en de patiënt terug afglijdt in depressie/burn-out/angstproblemen moet je wel meer het heft in eigen handen nemen.

## 9. Bespreking van antidepressivagebruik in nieuw consult

In een eerste consultatie bij het opstarten van antidepressiva is er heel veel besproken, dus het is normaal dat de patiënt zaken daarvan vergeet. Zeker gezien de patiënt op dat moment een ziekte heeft die invloed heeft op concentratie en geheugen. Een aantal punten blijven belangrijk gedurende de volledige medicamenteuze therapie, het is dus nuttig deze te herhalen.

Een eerste punt zijn de bijwerkingen: we bespraken al dat deze niet altijd onderkend werden. Daarom is het belangrijk om naast algemeen te vragen of de patiënt bijwerkingen ervaart ook specifiek naar enkele te toetsen (vb. zweten, beven, droge mond). Ook naar seksuele stoornissen mag de arts zelf vragen gezien de patiënt dit niet altijd zal durven bespreken.

Een tweede punt is dat deze bijwerkingen moeten onderscheiden worden van de dervingsverschijnselen (vb. evenwichtsstoornissen of psychische stoornissen) die optreden bij niet innemen of plots stoppen van de medicatie. Dit betekent ook niet dat de patiënt onmiddellijk hervalt of dat hij aan deze medicatie verslaafd is. Hierbij kan het belang van traag afbouwen besproken worden indien de patiënt wenst te stoppen.

Een derde aspect is de duur van de medicatie en wanneer dit te bespreken. Hierbij is het belangrijk om, zoals Domus Medica aanraadt, als uitgangspunt volgende vraag te stellen: is het nodig om de medicamenteuze therapie verder te zetten? Deze benadering in combinatie met het mandaat vragen, kan een opener houding van de patiënt creëren waarbij heel de therapie besproken kan worden. Dit is natuurlijk ook patiëntgebonden, voor sommigen is de voorzet van de arts om de therapie af te bouwen of te veranderen ook nodig om een stap verder te geraken. Maar voor anderen kan dit eerder bedreigend overkomen waarna we in het scenario vallen waarmee deze thesis begon: “neen, ik voel mij goed met deze medicatie”. Op dit moment kan er ook een PHQ-9 vragenlijst afgenomen worden om van daaruit te evolueren naar optimalisatie van de therapie: afbouwen, opdrijven, psycholoog inschakelen…

Ten slotte is dit voor de arts een ideaal moment om te controleren of er geen andere medicatie is die de patiënt inneemt die zou kunnen interageren met het antidepressivum.

## 10. Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Het onderzoek dat gedaan is voor deze masterproef heeft verschillende sterke en zwakke punten. Vaak vormen de sterktes ook juist de zwaktes. Zo is het een sterkte dat er bij een heel gevarieerde groep vragenlijsten en interviews zijn afgenomen. Dit geeft een breed beeld over het chronisch gebruik van antidepressiva. Anderzijds maakt dit het juist moeilijk om conclusies te trekken. Om een meer realiteitsgetrouw beeld te krijgen zouden er nog meer interviews afgenomen moeten worden. Wegens verandering van praktijk was dit echter niet mogelijk. Er zouden ook in meerdere praktijken vragenlijsten en interviews afgenomen moeten worden.

Een belangrijk punt dat uit de literatuur naar boven kwam is de relatie tussen sociodemografische factoren zoals opleidingsniveau en werk en chronisch antidepressivagebruik. Dit is echter noch in de vragenlijsten, noch in de interviews aan bod gekomenen en is dus een groot hiaat in deze studie. Bij het opvolgen van deze patiënten moet dit wel een belangrijke context zijn die je als arts niet uit het oog mag verliezen.

Er werd in deze studie gefocust op patiënten die reeds lang antidepressiva nemen. Om hun opvolging te evalueren kan er ook vergeleken worden met andere groepen zoals patiënten die nog maar kort antidepressiva nemen, patiënten die na minder dan een jaar stopten met de medicatie en zij die lang antidepressiva namen maar toch stopten. Dit viel buiten het bestek van deze studie, maar kan wel onderwerp zijn voor verder onderzoek.

De PHQ-9 is ook een heel dubbel gegeven. Het sterke punt is dat het veel extra informatie geeft over de huidige symptomen van de patiënt en dat deze subjectieve symptomen iets objectiever opgevolgd kunnen worden. De zwakte hierbij is dat het in deze studie een momentopname is. Er is geen PHQ-9 van bij het begin van de aandoening, noch van andere momenten in het verloop van de ziekte. Om aan de hand van de PHQ-9 een inschatting van de werking van de therapie te kunnen maken zijn er meerdere momentopnames nodig. Voor deze studie is het dus een meerwaarde geweest, om dit te implementeren bij verdere opvolging zal de vragenlijst wel herhaald worden om de evolutie bij te kunnen houden.

Deze studie heeft op kleine schaal gekeken hoe het nu gaat in de opvolging van antidepressiva en op basis hiervan mogelijke verbeterpunten geformuleerd. Dit werd nadien niet getest in de praktijk, dus er kan niet geëvalueerd worden of dit een betere opvolging zou garanderen. Bovendien zijn er in deze studie geen artsen gehoord die mogelijks andere werkwijzen en adviezen hebben.

# VI. Besluit

Door aan deze masterproef te werken is mijn idee over chronisch gebruik van antidepressiva heel erg veranderd. Initieel dacht ik dat patiënten die langdurig deze medicatie innemen beter opgevolgd moesten worden. Dit hield naar mijn mening in het medicatiegebruik bespreken en liefst afbouwen. Nu heb ik geleerd dat deze visie veel te eng is.

Dit is een heel diverse groep patiënten die gemeenschappelijk hebben dat ze al een heel parcours afgelegd hebben. Een zoektocht naar het goede antidepressivum, naar een voor hen persoonlijk goede niet medicamenteuze opvolging bij een paramedicus, naar een evenwichtige situatie in werk en activiteiten… Dit evenwicht blijft broos en er is een schrik om te hervallen. De medicatie lijkt een houvast waar ze niet zonder kunnen. Dit wordt onderhouden door mislukte afbouwpogingen in het verleden en ontwenningsverschijnselen als de medicatie eens niet ingenomen wordt.

Er zijn patiënten bij wie de medicatie zou afgebouwd kunnen worden en die volledig in remissie zijn. Maar bij de grootste groep toont chronisch antidepressivum in een medicatielijst aan dat deze patiënt extra opgevolgd moeten worden op psychologisch vlak. En dit moet breed bekeken worden. Werkt de medicamenteuze therapie genoeg? Is de patiënt symptoomvrij? Is er nood aan psychotherapie?...

# VII. Referenties


1. Wouters, H., et al., *Antidepressants in primary care: patients' experiences, perceptions, self-efficacy beliefs, and nonadherence.* Patient Prefer Adherence, 2014. **8**: p. 179-90.
2. Johnson, C.F., et al., *Reviewing long-term antidepressants can reduce drug burden: a prospective observational cohort study.* Br J Gen Pract, 2012. **62**(604): p. e773-9.
3. *Infospot De Antidepressiva; http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/infospot-2014-02-nl.pdf.*
4. Gonzalez-Lopez, M.C., et al., *Trends in the dispensation of antidepressant drugs over the past decade (2000-2010) in Andalusia, Spain.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2015. **50**(5): p. 705-12.
5. Kendrick, T., et al., *Did NICE guidelines and the Quality Outcomes Framework change GP antidepressant prescribing in England? Observational study with time trend analyses 2003-2013.* J Affect Disord, 2015. **186**: p. 171-7.
6. Piek, E., et al., *Most antidepressant use in primary care is justified; results of the Netherlands Study of Depression and Anxiety.* PLoS One, 2011. **6**(3): p. e14784.
7. Piek, E., K. van der Meer, and W.A. Nolen, *Guideline recommendations for long-term treatment of depression with antidepressants in primary care-a critical review.* European Journal of General Practice, 2010. **16**(2): p. 106-112.
8. *EBMPracticeNet; Chronische pijn; https://www.ebmpracticenet.be/nl/Paginas/default.aspx?ebmid=ebm00931#s7.*
9. *NHG standaard Pijn; https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-pijn.*
10. *Domus Medica richtlijn Stoppen met roken; http://www.domusmedica.be/documentatie/downloads/praktijkdocumenten/richtlijnen/710-stoppen-met-roken-1/file.html.*
11. *NHG standaard stoppen met roken; https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-stoppen-met-roken.*
12. *EBMPracticeNet; burn-out; https://www.ebmpracticenet.be/nl/Paginas/default.aspx?ebmid=ebm00918.*
13. *Domus Medica richtlijn aanpak van slapeloosheid in de eerste lijn; http://www.domusmedica.be/documentatie/downloads/praktijkdocumenten/richtlijnen/705-aanpak-van-slapeloosheid-in-de-eerste-lijn/file.html.*
14. *NHG standaard angst, https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-angst.*
15. *Domus Medica richtlijn Depressie bij volwassenen: aanpak door de huisarts; http://www.domusmedica.be/documentatie/downloads/praktijkdocumenten/richtlijnen/707-depressie-bij-volwassenen-aanpak-door-de-huisarts/file.html.*
16. *NHG standaard depressie; https://www.nhg.org/standaarden/volledig/nhg-standaard-depressie-tweede-herziening.*
17. *BCFI; www.bcfi.be.*
18. *NICE Guidance Depression; https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/resources/depression-in-adults-recognition-and-management-975742636741.*
19. *EBMPracticeNet, Farmacologische behandeling van depressie; https://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00721.*
20. *NICE Guidance Anxiety and Panic Disorders; https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/resources/generalised-anxiety-disorder-and-panic-disorder-in-adults-management-35109387756997.*
21. *EBMPracticeNet; Obcessief-compulsieve Stoornis; https://www.ebmpracticenet.be/nl/paginas/default.aspx?ebmid=ebm00732.*
22. Gili, M., et al., *Interventions for preventing relapse or recurrence of depression in primary health care settings: A systematic review.* Prev Med, 2015. **76 Suppl**: p. S16-21.

23. Bosman, R.C., et al., *Long-term antidepressant use: a qualitative study on perspectives of patients and GPs in primary care.* British Journal of General Practice, 2016. **66**(651): p. E708-E719.
24. Sinclair, J.E., et al., *The monitoring of longer term prescriptions of antidepressants: observational study in a primary care setting.* Fam Pract, 2014. **31**(4): p. 419-26.
25. Singh, R., M.A. Liles, and M. Montagne, *Identifying and describing patient perspectives on long-term antidepressant use.* Cogent Psychology, 2016. **3**: p. 9.
26. Eveleigh, R., et al., *Cost-utility analysis of a treatment advice to discontinue inappropriate long-term antidepressant use in primary care.* Fam Pract, 2014. **31**(5): p. 578-84.
27. Cartwright, C., et al., *Long-term antidepressant use: patient perspectives of benefits and adverse effects.* Patient Preference and Adherence, 2016. **10**: p. 1401-1407.
28. Bet, P.M., et al., *Side effects of antidepressants during long-term use in a naturalistic setting.* European Neuropsychopharmacology, 2013. **23**(11): p. 1443-1451.
29. *Domus Medica richtlijn geneesmiddelenverslaving; http://www.domusmedica.be/documentatie/downloads/praktijkdocumenten/richtlijnen/708-geneesmiddelenverslaving/file.html.*
30. Piek, E., et al., *Maintenance use of antidepressants in Dutch general practice: non-guideline concordant.* PLoS One, 2014. **9**(5): p. e97463.
31. Ambresin, G., et al., *What factors influence long-term antidepressant use in primary care? Findings from the Australian diamond cohort study.* J Affect Disord, 2015. **176**: p. 125-32.
32. *http://www.phqscreeners.com/sites/g/files/g10016261/f/201412/PHQ9_Dutch%20for%20Belgium.pdf.*
33. Arroll, B., et al., *Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to Screen for Major Depression in the Primary Care Population.* Annals of Family Medicine, 2010. **8**(4): p. 348-353.

# Bijlage I: Protocol

## INLEIDING

### ACHTERGROND/AANLEIDING

Het is opvallend hoe veel patiënten gedurende een lange tijd (langer dan 1 jaar) antidepressiva nemen. Het is, zeker als HAIO, echter niet altijd duidelijk voor welke indicatie deze is opgestart. Bovendien wordt het voorgeschreven antidepressivum vaak tijdens een consultatie om andere redenen of als deel van de chronische medicatie verlengd. Op dat moment is het niet altijd duidelijk hoe het met de oorspronkelijke aanmeldingsklacht gesteld is. Bovendien zijn er geen eenduidige richtlijnen wat betreft het langdurig gebruik van antidepressiva.

### STAND VAN ZAKEN/ONTBREKENDE KENNIS

Er zijn verschillende indicaties die een voorschrift van een antidepressiva wettigen: depressie, neuropatische pijn, angst en rookstop [1]. Rookstop is een indicatie waarbij het gebruik van het antidepressivum duidelijk afgebakend is in de tijd.
Neuropatische pijn en angst kunnen als indicatie aanleiding geven tot langdurig of chronisch gebruik. Over het langdurig gebruik van antidepressiva bij depressie is er geen unanimiteit in de literatuur. Verschillende richtlijnen spreken over andere termijnen en andere indicaties (herval, ernst, leeftijd, psychiatrische comorbiditeit…) bij het voortzetten van de behandeling [2].

Verschillende onderzoeken tonen aan dat er een stijging is in gebruik van antidepressiva (Schotland 1995-2007 [3], United States 1999-2010 [4] Spanje 2000-2010 [5] Engeland 2003-2013 [6]). Deze stijging is vooral te verklaren door het langer gebruik van antidepressiva en niet doordat er bij meer patiënten deze medicatie wordt voorgeschreven. Ook een Nederlandse studie die het correct gebruik van antidepressiva naging kwam tot de conclusie dat vooral het langdurig gebruik de oorzaak is van overmatig gebruik van antidepressiva [7].

In een Australische studie werd hier verder op ingegaan en werd er een vergelijking gemaakt tussen lang (meer dan 2 jaar) en kort gebruik van antidepressiva. 26% van de patiënten waarbij antidepressiva opgestart werden gebruikte deze langer dan 1 jaar. In deze groep waren er meer patiënten met recidiverende depressies, maar langdurig gebruik werd ook geassocieerd met lagere sociale klasse en fysische en psychische comorbiditeit. Anderzijds voldeed 1/3 van de patiënten die reeds langer dan 2 jaar antidepressiva gebruikten het laatste jaar niet meer aan de diagnose depressie [8].

### ONDERZOEKSVRAAG

Wat zijn de kenmerken van de patiëntengroep die langer dan één jaar antidepressiva neemt (geslacht, leeftijd, indicatie waarom deze opgestart is, correct gebruik, bijwerkingen…)? Hoe ervaren zij hun huidige behandeling? Hoe zouden ze zelf hun opvolging willen zien verlopen?

## METHODE

Aan de hand van de zoekfunctie in het elektronisch medisch dossier wordt een lijst patiënten geselecteerd die reeds langer dan een jaar antidepressiva nemen. Patiënten die hieraan voldoen zullen, wanneer zij op consultatie komen, uitleg krijgen over het onderzoek. Indien ze willen meewerken zullen ze ofwel onmiddellijk in de praktijk (al dan niet samen met de arts) ofwel thuis de vragenlijst mogen invullen. Hiermee worden gegevens verzameld over geslacht, leeftijd, indicatie van opstarten, dagelijks gebruik, bijwerkingen… (zie bijlage 1). In een tweede fase wordt er bij acht patiënten een semigestructureerd interview afgenomen (zie bijlage 2). Hierbij wordt gepeild naar hoe hun medicatie is opgestart, hoe deze wordt opgevolgd, hoe ze zelf graag opgevolgd willen

worden… Er wordt tenslotte nagegaan hoe de patiënt op dit moment scoort op een gevalideerde vragenlijst naar depressie (PHQ9-vragenlijst) [9, 10].

## TE VERWACHTEN RESULTATEN

We verwachten een inventarisatie te kunnen maken van patiënten die langer dan één jaar antidepressiva nemen. Op die manier hopen we een duidelijk beeld te krijgen van deze groep patiënten en van de indicatie waarvoor deze medicatie opgestart werd. Daarna kunnen we het chronisch beleid van deze ziektes/aandoeningen toetsen aan de huidige richtlijnen.

## WINST VAN HET PROJECT

Aan de hand van de resultaten kunnen we mogelijke aangrijpingspunten definiëren om het beleid wat betreft het gebruik van antidepressiva in onze huisartsenpraktijk te verbeteren.

## BRONNEN


1. www.bcfi.be, laatst geraadpleegd op 16/2/16.
2. Piek, E., K. van der Meer, and W.A. Nolen, Guideline recommendations for long-term treatment of depression with antidepressants in primary care-a critical review. European Journal of General Practice, 2010. 16(2): p. 106-112.
3. Lockhart, P. and B. Guthrie, Trends in primary care antidepressant prescribing 1995-2007: a longitudinal population database analysis. Br J Gen Pract, 2011. 61(590): p. e565-72.
4. Mojtabai, R. and M. Olfson, National Trends in Long-Term Use of Antidepressant Medications: Results From the US National Health and Nutrition Examination Survey. Journal of Clinical Psychiatry, 2014. 75(2): p. 169-177.
5. Gonzalez-Lopez, M.C., et al., Trends in the dispensation of antidepressant drugs over the past decade (2000-2010) in Andalusia, Spain. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2015. 50(5): p. 705-12.
6. Kendrick, T., et al., Did NICE guidelines and the Quality Outcomes Framework change GP antidepressant prescribing in England? Observational study with time trend analyses 2003-2013. J Affect Disord, 2015. 186: p. 171-7.
7. Piek, E., et al., Most antidepressant use in primary care is justified; results of the Netherlands Study of Depression and Anxiety. PLoS One, 2011. 6(3): p. e14784.
8. Ambresin, G., et al., What factors influence long-term antidepressant use in primary care? Findings from the Australian diamond cohort study. J Affect Disord, 2015. 176: p. 125-32.
9. http://www.phqscreeners.com/sites/g/files/g10016261/f/201412/PHQ9_Dutch%20for%20Belgium.pdf, laatst geraadpleegd op 28/2/16.
10. Arroll, B., et al., Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to Screen for Major Depression in the Primary Care Population. Annals of Family Medicine, 2010. 8(4): p. 348-353.

# Bijlage goedkeuring Ethisch comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

*Afz: Commissie voor Medische Ethiek*

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Dr. Peter PYPE
ALHIER

**COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK**

**Voorzitter:**
Prof. Dr. D. Matthys
**Secretaris:**
Prof. Dr. J. Decruyenaere

| CONTACT | TELEFOON | FAX | E-MAIL |
|---|---|---|---|
| Secretariaat | +32 (0)9 332 56 13<br>+32 (0)9 332 59 25 | +32 (0)9 332 49 62 | ethisch.comite@ugent.be |
| **UW KENMERK** | **ONS KENMERK** | **DATUM** | **KOPIE** |
| | 2016/0370 | 19-apr-16 | Zie "CC" |

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Chronisch gebruik van antidepressiva: Inventarisatie van de patiënten in een praktijk in het meetjesland, toetsen aan de literatuur en voorstellen voor de opvolging van patiënten die chronisch antidepressiva gebruiken. (MaNaMa Karen Robben)

**Belgisch Registratienummer: B670201628101**

* Antwoord onderzoekers via mail dr. K. Robben dd. 13/04/2016 op opmerkingen EC dd. 16/03/2016
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 13/04/2016
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (bijlagen 3 en 4) (versie 2) dd. 13/04/2016
* Vragenlijsten
  - vragenlijst (bijlage 1) - versie 2 dd. 13/04/2016
  - Patiëntengezondheidsvragelijst (PHQ-9) - versie 2 dd. 13/04/2016
* Interviewguide
  semigestructureerd interview (bijlage 2) - versie 2 dd. 13/04/2016

**Advies werd gevraagd door:**
Dr. P. PYPE ; Hoofdonderzoeker

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.**

**ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 15/04/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 15/04/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**

**Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).**

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.**

**A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 15/04/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 15/04/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**

**Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).**

**DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/04/2016**

**THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/04/2016**

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

./.

| CONTACT | TELEFOON | FAX | E-MAIL |
|---|---|---|---|
| Secretariaat | +32 (0)9 332 56 13<br>+32 (0)9 332 59 25 | +32 (0)9 332 49 62 | ethisch.comite@ugent.be |
| **UW KENMERK** | **ONS KENMERK** | **DATUM** | **KOPIE** |
| | 2016/0370 | 19-apr-16 | Zie "CC" |



- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

**Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee**

**Prof. dr. D. MATTHYS**
**Voorzitter / Chairman**

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Dr. P. PYPE - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

# Bijlage III: informatieformulier

Beste,

Ik ben Karen Robben, huisarts in opleiding in huisartsenpraktijk De Brug te Eeklo. In het kader van mijn opleiding schrijf ik een masterproef over het chronisch gebruik van antidepressiva.

Waarover gaat deze studie?

Antidepressiva worden in de huisartsenpraktijk veel en vaak voor een lange termijn voorgeschreven. Er bestaan verschillende redenen waarvoor deze medicijnen opgestart worden: depressie, pijn, angst, rookstop… Er is echter geen duidelijkheid hoe lang patiënten deze medicatie juist nemen en hoe lang ze deze zouden moeten nemen. Het doel van deze studie is gegevens te verzamelen van patiënten die reeds langer dan een jaar antidepressiva nemen. Meer bepaald over de reden waarom deze is opgestart, de duur van de behandeling, de opvolging… Het doel van deze studie is om de opvolging van patiënten die antidepressiva nemen in deze praktijk op termijn te optimaliseren.

Hoe verloopt de studie?

Eerst worden (op basis van het dossier) patiënten geselecteerd die reeds langer dan een jaar antidepressiva nemen. Wanneer u bij deze groep patiënten hoort zult u tijdens een consultatie, uitleg krijgen over het onderzoek en gevraagd worden om deel te nemen. Indien u wilt deelnemen zal u een vragenlijst aangeboden krijgen die u alleen of samen met uw huisarts kan invullen. Deze zal ongeveer een kwartier in beslag nemen. Enkele patiënten zullen in een tweede fase gecontacteerd worden voor een uitgebreider interview. Dit is enkel indien u op het toestemmingsformulier aanduid dat u daarmee akkoord gaat. Dit zal doorgaan in de praktijk en zal maximum één uur duren.

Kosten en vergoeding?

Er zijn geen kosten aan deze studie verbonden. U zal ook geen vergoeding krijgen voor uw deelname aan het onderzoek.

Risico’s en verzekering?

Er zijn geen risico’s verbonden met deelname aan dit onderzoek. Toch wordt voor elk onderzoek een verzekering afgesloten via de universiteit van mijn promotor, de UGent.

Voor verdere vragen kan u me steeds contacteren via email of via de telefoon van de praktijk.

karenrobben@hotmail.com
09/377.78.08

Bedankt voor het doornemen van deze informatie en de eventuele deelname aan het onderzoek.

Karen Robben

## Bijlage IV: Toestemmingsformulier

### Chronisch gebruik van antidepressiva: mogelijkheden tot betere opvolging?

- ✓ Ik bevestig dat ik alle informatie over het onderzoek mondeling en schriftelijk heb gekregen. Ik kreeg ook de mogelijkheid om extra vragen te stellen en kreeg daarop een duidelijk antwoord.

- ✓ Ik weet dat mijn deelname vrijwillig is en dat ik mij altijd kan terugtrekken uit het onderzoek, zonder dat dit nadelige gevolgen heeft.

- ✓ Ik weet dat de gegevens die via de vragenlijst verzameld zijn vertrouwelijk zijn. Ik geef toestemming om deze en de gegevens uit mijn medisch dossier te gebruiken voor het onderzoek. Ik weet dat deze anoniem verwerkt zullen worden.

- ✓ Ik verklaar hiermee mijn deelname aan dit onderzoek.

Aankruisen indien u hiermee akkoord gaat.:

- ☐ Ik geef toestemming om gecontacteerd te worden voor een uitgebreider interview.
  Telefoonnummer:

| | |
|---|---|
| Naam arts/onderzoeker: | Naam patiënt |
| Datum: | Datum: |
| Handtekening: | Handtekening: |

## Bijlage V: vragenlijst

Geslacht:

- ☐ Man
- ☐ Vrouw

Leeftijd: …

Welk antidepressivum neemt u op dit moment? ...

Door wie is deze medicatie opgestart?

- ☐ Huisarts
- ☐ Psychiater
- ☐ Pijnkliniek
- ☐ Andere:…

Weet u waarom dit is opgestart?

- ☐ Ja
    - Depressie
    - Herval depressie
    - Post-partum depressie (na de bevalling)
    - Burn-out
    - Pijn
    - Angst
    - Rookstop
    - Slaapproblemen
    - Middelenmisbruik/verslaving
    - Na traumatische ervaring
    - Andere:…
- ☐ Neen

Weet u wanneer deze medicatie is opgestart?

- ☐ minder dan 2 jaar geleden
- ☐ 2 tot 5 jaar geleden
- ☐ meer dan 5 jaar geleden
- ☐ ik weet het niet meer

Is dit de eerste keer dat u antidepressiva neemt?

- ☐ Ja
- ☐ Neen
    - Dit is de 2$^{de}$ keer
    - Ik heb al meer dan 2 keer antidepressiva genomen

Indien neen, door wie werd dit (de laatste keer) gestopt?

- ☐ Ik stopte de medicatie op eigen initiatief
- ☐ Ik stopte in overleg met de huisarts

Hebt u de medicatie ooit op eigen initiatief proberen stoppen?

- ☐ Ja, dit is gelukt
- ☐ Ja, maar dit is niet gelukt
- ☐ Neen

Gebruikt u deze medicatie dagelijks (laatste 3 maand)?

- ☐ Ja
- ☐ Neen
    - Ik vergeet ze af en toe (minder dan 1x per maand)
    - Ik vergeet ze soms (minder dan 1x per week)
    - Ik vergeet ze regelmatig (meer dan 1x per week)
    - Ik neem ze enkel als ik mij niet goed voel

Bent u op de hoogte van mogelijke bijwerkingen?

- ☐ Ja
- ☐ Neen

Ervaart u op in de loop van de laatste maanden bijwerkingen van deze medicatie?

- ☐ Ja
- ☐ Neen

Zo ja, welke? ...

Is er naast medicatie ook nog een andere aanpak gebruikt voor u probleem?

- ☐ Ja
    - Psycholoog
    - Andere:...
- ☐ Neen

Hebt u met u huisarts al gesproken over hoe lang u deze medicatie zal moeten nemen?

- ☐ Ja
- ☐ Neen

Zo ja, wanneer was dit?

- ☐ in de laatste 3 maand
- ☐ een half jaar geleden
- ☐ een jaar geleden
- ☐ meer dan een jaar geleden

## Bijlage VI: semigestructureerd interview

Weet u nog wat er besproken is bij de opstart van het antidepressivum?

- bijwerkingen? (Seksuele stoornissen, beven/overmatig zweten, maag/darmproblemen (diarree, misselijkheid), hoofdpijn, slaapproblemen, duizeligheid, gewichtstoename…
- duur van de therapie? Wanneer stoppen? Hoe afbouwen?
- Opvolging, hoe vaak op consultatie
- Ook andere mogelijkheden van niet-medicamenteuze behandelingen besproken? Waarom volgt u die wel/niet (vb psycholoog)
- Waarom werd deze medicatie opgestart? Indien depressie, ernst?

Hoe is het op dit moment met het probleem waarvoor de antidepressiva werden opgestart?

- Wat is de impact van het probleem op u leven? Werk? Sociaal leven?

Hoe ervaart u de medicamenteuze behandeling?

- Hebt u het gevoel dat de medicatie (voldoende) werkt? Dat u ze nodig heeft?
- Hebt u bijwerkingen?

Hoe wordt dit probleem op dit moment opgevolgd?

- Huisarts, specialist, andere paramedici (vb psycholoog, kinesist…)
- Vaste afspraken/ komen bij problemen/ indien medicatie op is?

Wat zijn op dit moment de afspraken naar de toekomst toe?

- Duur van de behandeling?
- Wanneer/hoe stoppen?
- Schrik om af te bouwen?

Hoe zou u opgevolgd willen worden?

- Zelf contact opnemen met huisarts/ huisarts legt afspraken vast
- Verwacht u evaluatie van de ziekte bij elk herhaalvoorschrift?

Hoe vaak gaat u langs bij u huisarts?

- Voor andere problemen
- Andere chronische aandoeningen
- I.v.m. de aandoening waarvoor u antidepressiva neemt

Andere chronische aandoeningen?

- Andere psychiatrische aandoeningen?
- Andere chronische medicatie? Slaapmedicatie? Pijnmedicatie?
- Impact op probleem waarvoor antidepressiva genomen worden?

Op basis van de PHQ9, een vragenlijst om naar depressie te pijlen wordt nagegaan hoe de patiënt op dit moment hierop scoort.

De twee eerste vragen worden eerst gesteld, als ze 2 of meer scoren wordt de rest van de vragenlijst ook afgenomen.

http://www.phqscreeners.com/sites/g/files/g10016261/f/201412/PHQ9_Dutch%20for%20Belgium.pdf

# PATIENTENGEZONDHEIDSVRAGENLIJST-9 (PHQ-9)

| **Hoe vaak hebt u in de afgelopen 2 weken last gehad van één of meer van de volgende problemen?** *(Omcirkel het antwoord dat voor u van toepassing is)* | **Helemaal niet** | **Meerdere dagen** | **Meer dan de helft van de dagen** | **Bijna elke dag** |
|---|---|---|---|---|
| 1. Weinig interesse of plezier in activiteiten | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. U neerslachtig, depressief of wanhopig voelen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Moeilijk inslapen, moeilijk doorslapen of te veel slapen | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. U moe voelen of gebrek aan energie hebben | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Weinig eetlust of overmatig eten | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Een slecht gevoel hebben over uzelf, het gevoel hebben dat u een mislukkeling bent of dat u zichzelf of uw familie teleurgesteld hebt | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Problemen om u te concentreren, bijvoorbeeld om de krant te lezen of om tv te kijken | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Zo traag bewegen of zo langzaam spreken dat andere mensen dit opgemerkt kunnen hebben? Of het tegenovergestelde: zo zenuwachtig of rusteloos zijn dat u veel meer bewoog dan gebruikelijk | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. De gedachte dat u beter dood zou kunnen zijn of de gedachte uzelf op een bepaalde manier pijn te doen | 0 | 1 | 2 | 3 |

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____

=Total Score: _____

**Als u enig probleem hebt aangekruist, hoe moeilijk maakten deze problemen het dan voor u om uw werk of uw taken in en om het huis te doen, of om met andere mensen om te gaan?**

| **Helemaal niet moeilijk** | **Enigszins moeilijk** | **Erg moeilijk** | **Extreem moeilijk** |
|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |