

## Minder antidepressivavoorschriften na richtlijntoepassing

### Samenvatting

Franx G, Huyser J, Koetsenruijter J, Van der Feltz-Cornelis CM, Verhaak PFM, Grol RPTM, et al. Minder antidepressivavoorschriften na richtlijntoepassing. *Huisarts Wet* 2015;58(7):350-2.

**DOEL** De NHG-Standaard Depressie en de landelijke Multidisciplinaire richtlijn depressie adviseren een *stepped care*- ofwel stapsgewijze benadering. Dit betekent dat antidepressiva in eerste instantie niet de voorkeur hebben bij patiënten met lichte klachten, maar dat kortdurende, niet-farmacologische interventies voor deze groep de eerste behandelstap vormen. Om de implementatie van de *stepped care*-benadering in de praktijk te bevorderen is een 'Doorbraakproject Depressie' georganiseerd. Hierin werkten huisartsen lokaal multidisciplinair samen met eerste- en tweedelijnhulpverleners, en kregen zij externe ondersteuning. Parallel hieraan hebben we een onderzoek uitgevoerd naar het effect van het Doorbraakproject op het voorschrijfgedrag van huisartsen.

**METHODE** Ons onderzoek betrof een quasi-experimentele evaluatie met een follow-upperiode van drie jaar. De interventie bestond uit het al dan niet deelnemen aan het Doorbraakproject Depressie, een eenjarig traject met diverse implementatiebevorderende methodieken. We hebben het voorschrijf- en verwijsgedrag van huisartsen die deelnamen aan het Doorbraakproject Depressie vergeleken met dat van een selectie van huisartsen uit het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH).

**RESULTATEN** Tijdens de drie jaar durende onderzoeksperiode was er in de interventiegroep sprake van een afname van 23,3% in het aantal patiënten met voorgeschreven antidepressiva in de eerste maand van de behandeling (van 49,4% in 2006 tot 26,1% in 2008). De huisartsen in de controlegroep veranderden hun voorschrijfgedrag niet (van 50,3% in 2006 naar 52,6% in 2008). Deelname aan het Doorbraakproject Depressie was de belangrijkste factor die bijdroeg aan het veranderde voorschrijfgedrag. De verwijspersentages bleven in beide groepen gelijk.

**CONCLUSIE** Ten gevolge van het Doorbraakproject Depressie kregen minder patiënten met depressie antidepressiva voorgeschreven.

### INLEIDING

Depressie is een veelvoorkomende aandoening in de huisartsenpraktijk, waarvoor verschillende behandelingen bestaan. De NHG-Standaard Depressie en de landelijke Multi-

disciplinaire Richtlijn Depressie raden een *stepped care*-benadering aan bij het organiseren van de depressiezorg.<sup>1,2</sup> Dit betekent dat patiënten met subklinische of lichte depressieve klachten in principe niet als eerste stap antidepressiva krijgen, maar dat huisartsen in plaats daarvan eerst met korte interventies, waaronder begeleide zelfhulp, fysieke inspanning of de geprotocolleerde Problem Solving Treatment, goede resultaten proberen te behalen. In tweede instantie kunnen de patiënten alsnog 'opstappen' naar medicatie of psychotherapie.<sup>1,2</sup>

De depressiezorg in de eerste lijn verliep tien jaar geleden in ons land slechts bij 42% van de patiënten volgens richtlijn-aanbevelingen.<sup>3</sup> Een van de punten waarop de praktijk zou afwijken van de richtlijnen betrof het overmatig voorschrijven van antidepressiva door de huisarts. Richtlijnen adviseren op dit punt immers een terughoudend beleid. Hoewel recent onderzoek laat zien dat het voorschrijven van antidepressiva in de huisartsenpraktijk vanaf 2002 iets is afgenomen, van 76% in 2002 naar 70% in 2008,<sup>4</sup> is dit percentage nog altijd hoog. Een mogelijke verklaring hiervoor is het veelvoorkomende chronische gebruik ervan.<sup>5,6</sup> Maar ook het percentage voorschriften tijdens het eerste contact steeg van 62% in 1993 tot 73% in 1998.<sup>7</sup> Ook rapporteren onderzoekers over een sterke variatie in het voorschrijfgedrag van huisartsen<sup>8</sup> en over het ontbreken van een relatie tussen het voorschrijven van antidepressiva en de ernst van de symptomen.<sup>9</sup> Daarnaast benut men in de eerste lijn nog weinig de effectieve, kortdurende niet-farmacologische interventies,<sup>10</sup> terwijl deze de voorkeur van veel patiënten genieten.<sup>11</sup>

Bovenstaande situatie was de aanleiding voor een landelijk verandertraject in de eerstelijnsdepressiezorg om *stepped care*-aanbevelingen uit de landelijke richtlijnen te implementeren. Van december 2006 tot maart 2008 is het Doorbraakproject Depressie georganiseerd, als onderdeel van het Depressie Initiatief, een programma dat het Trimbos-instituut heeft gecoördineerd. In Doorbraakprojecten voeren tijdelijke teams van hulpverleners versneld verbeteringen in de praktijk in, terwijl zij proces en uitkomsten monitoren.<sup>12</sup> Parallel aan het

### Wat is bekend?

■ Antidepressiva zijn niet de eerst aangewezen behandeling bij lichte depressieve klachten. Het gebruik van antidepressiva in de eerste lijn is echter hoog.

### Wat is nieuw?

- Huisartsen kunnen hun voorschrijfgedrag voor depressie verbeteren.
- Multidisciplinaire samenwerking met andere eerste- en tweedelijnhulpverleners, en ondersteuning bij de implementatie van minder intensieve interventies helpen daarbij.

Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht: dr. G. Franx, senior wetenschappelijk medewerker; prof.dr. C.M. van der Feltz-Cornelis, psychiater (destijds verbonden aan het Trimbos-Instituut). Arkin, Amsterdam: dr. J. Huyser, directeur behandelzaken. IQ Healthcare, Radboudumc, Nijmegen: J. Koetsenruijter, PhD; prof.dr. R.P.T.M. Grol, emeritus hoogleraar Kwaliteit van Zorg; prof.dr. M. Wensing, hoogleraar Implementation Science. NIVEL en UMC Groningen: prof.dr. P.F.M. Verhaak, senior onderzoeker en hoogleraar huisartsgeneeskunde. Tilburg University, afdeling Tranzo, Centrum voor Lichaam, Geest, Gezondheid: prof.dr. C.M. van der Feltz-Cornelis, psychiater en hoogleraar sociale psychiatrie • Correspondentie: gfranx@trimbos.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit is een bewerkte vertaling van Franx G, Huyser J, Koetsenruijter J, Van der Feltz-Cornelis CM, Verhaak PFM, Grol RPTM, et al. Implementing guidelines for depression on antidepressant prescribing in general practice: a quasi-experimental evaluation. *BMC Fam Pract* 2014;15:35. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

project hebben we een onderzoek uitgevoerd naar het effect van het Doorbraakproject Depressie op het voorschrijfgedrag van huisartsen.

## METHODE

Het onderzoek betrof een quasi-experimentele evaluatie met een standaard controlegroep en een follow-upperiode van drie jaar.

### Onderzoekspopulatie

De interventiegroep bestond uit twintig huisartsen die deelnamen aan het Doorbraakproject Depressie. De controlegroep bestond uit een selectie van huisartsen uit het Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg (LINH), wier huisartsinformatiesysteem (HIS) informatie over depressie bevatte over ten minste 90% van de drie jaar durende onderzoeksperiode. De patiënten in beide groepen waren volwassenen tussen de 18 en 65 jaar, met een registratie in het HIS van een nieuwe depressieve episode (ICPC-code P03 of P76) tussen 2006 en 2008.

Het onderzoeksprotocol was goedgekeurd door de Medisch-ethische toetsingscommissie voor de ggz (METIGG).

### Interventie

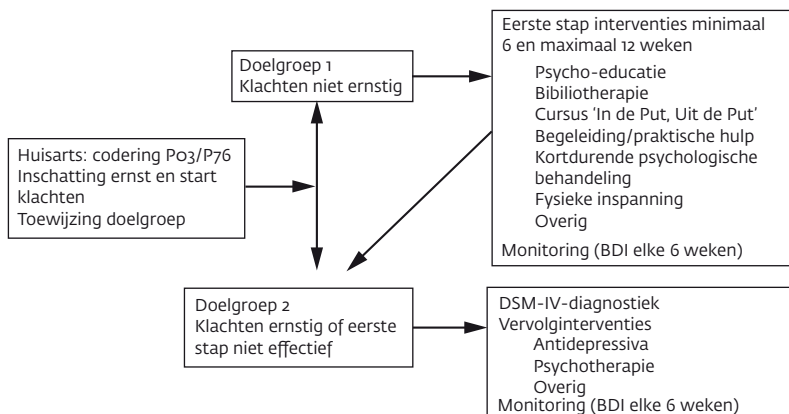
Het Doorbraakproject Depressie was gericht op de implementatie van een stepped care-depressiemodel, ontwikkeld door een landelijk expertteam [figuur]. Dit model bestond uit een zorgpad voor mensen met niet-ernstige depressieve klachten en een zorgpad voor mensen met ernstige klachten. Het inschatten van de ernst gebeurde aan de hand van criteria, die gebaseerd waren op scoringscriteria van bestaande meetinstrumenten, en waarin ook de duur van de klachten was meegenomen [figuur]. In het niet-ernstige zorgpad maakten antidepressiva geen onderdeel van de behandeling uit, maar lag de nadruk op minder intensieve interventies, zoals zelfhulp, fysieke inspanning of Problem Solving Treatment. De website [www.eerstelijns-ggz.nl](http://www.eerstelijns-ggz.nl) bevat sinds 2012 een beschrijving van deze bouwstenen voor eerstelijnszorgpaden. Ook de NHG-publicatie Protocollaire GGZ ondersteunt huisartsen bij het inrichten van op richtlijnen gebaseerde depressiezorg.<sup>13</sup>

Patiënten werden in het Doorbraakproject gemonitord met de Beck Depression Inventory (BDI) en bij onvoldoende vooruitgang stapten de patiënten over op het intensieve zorgpad [figuur]. Hierin kregen ze een behandeling met medicatie en/of met behulp van psychotherapie. Tijdens het project vormden de huisartsen multidisciplinaire teams met een sociaal-psychiatisch verpleegkundige of praktijkondersteuner, eerstelijnspsycholoog, maatschappelijk werker en een psychiater of psychotherapeut. Deze teams kregen een mix van implementatiebevorderende maatregelen aangeboden, zoals werkbezoeken van experts, conferenties voor uitwisseling van goede voorbeelden, workshops en een onlinetoolkit met beschrijvingen van behandelingen uit de richtlijnen.

### Gegevensverzameling en -analyse

De centrale uitkomstmaat van het onderzoek was het percen-

Figuur Model voor stepped care-depressiezorg



Van ernstige depressie is in het Doorbraakproject sprake als depressieve klachten langer duren dan zes maanden, er na drie maanden onvoldoende respons is op de interventies van de eerste stap of er sprake is van suicidaliteit, psychotische kenmerken, ernstig sociaal disfunctioneren (onvermogen tot zelfzorg en vervullen van normale rollen in gezin, werk en relaties).

BDI = Beck Depression Inventory.

tage patiënten met een voorschrift voor antidepressiva in de eerste maand nadat de huisarts de diagnose had gesteld. Een tweede uitkomstmaat was het percentage patiënten dat in de eerste maand een verwijzing kreeg naar een eerstelijnspsycholoog of een ggz-professional, vrijgevestigd of in een instelling. We hebben deze gegevens over een periode van drie jaar verzameld. Daarnaast hebben we demografische kenmerken en gegevens over angstklachten (P01, P74, P75) als comorbiditeit verzameld. Met een t-test hebben we de verschillen in het voorschrijfgedrag van de huisartsen tussen de periode voor en de periode na het project geanalyseerd. Om het effect van deelname aan het Doorbraakproject te meten en te corrigeren voor clustereffecten, hebben we een multiële logistische regressieanalyse uitgevoerd in MLwiN 2.15.

## RESULTATEN

### De onderzoekspopulatie

We hebben 20 huisartsen uit 17 praktijken in de interventiegroep en 115 huisartsen uit 41 controlepraktijken geïncludeerd. In de interventiegroep waren 400 patiënten beschikbaar voor de analyses, in de controlegroep was dit aantal 3956. De gemiddelde leeftijd van patiënten in de interventiegroep was 39,8 jaar versus 41,9 jaar in de controlegroep.

### Voorschrijven en verwijzen

De [tabel] geeft een overzicht van de veranderingen in het voorschrijf- en verwijsgedrag van de huisartsen binnen beide onderzoeksgroepen. Tijdens de drie jaar follow-up nam in de interventiegroep het percentage patiënten met voorgeschreven antidepressiva in de eerste maand van de behandeling af met 23% (van 49,4% in 2006 tot 26,1% in 2008). De huisartsen in de controlegroep veranderden hun voorschrijfgedrag niet (van 50,3% in 2006 tot 52,6% in 2008).

De verwijspersentages naar de eerstelijnspsycholoog of

**Tabel** Percentage patiënten met een ICPC-code P03 of P76 dat in de eerste maand van de behandeling door de huisarts antidepressiva krijgt voorgeschreven of wordt verwezen naar een ggz-professional (in percentage van het totaal aantal patiënten met een ICPC P03 of ICPC P76)

	Interventiegroep (Doorbraak)			Controlegroep (LINH)		
	2006	2007	2008	2006	2007	2008
Antidepressiva	49,4	32,2*	26,1*	50,3	47,0	52,6
Verwijzing naar ggz	11,5	16,4	11,2	10,1	13,0*	9,0
n	87	152	161	1261	996	1699

\* significant < 0,05 vergeleken met baseline (2006).

ggz in de eerste maand van de behandeling bleven in beide groepen hetzelfde. In de interventiegroep was er gedurende de hele periode wel sprake van enigszins hogere verwijzpercentages dan in de controlegroep.

De huisartsen uit het Doorbraakproject schreven vaker antidepressiva voor aan oudere patiënten en aan mensen met bijkomende angstproblematiek. De multi-pele regressieanalyse liet zien dat deelname aan het Doorbraakproject zorgde voor een verandering in het voorschrijfgedrag en dat we de verandering dus niet volledig kunnen verklaren met andere gemeten factoren (niet in de [tabel]).

### BESCHOUWING

Deelname aan het Doorbraakproject Depressie zorgde voor een substantiële verlaging van het aantal patiënten dat van de huisarts bij een eerste of nieuwe depressieve episode antidepressiva kreeg voorgeschreven. Dit zou erop kunnen duiden dat huisartsen een meer stapsgewijze aanpak hanteren, conform de NHG-Standaard en de Multidisciplinaire richtlijn depressie. Met de beschikbare gegevens konden we dit echter niet aantonen. Een beperking van het onderzoek was immers dat huisartsen in hun HIS weinig depressiespecifieke informatie registreerden, zoals de aard van de interventie en de ernst van depressiesymptomen.

Een andere methodologische beperking was het ontbreken van een randomisatieprocedure. Hierdoor was er een risico op selectiebias, omdat huisartsen die al kritisch stonden tegenover hun depressieaanpak mogelijk sterker vertegenwoordigd waren in het Doorbraakproject dan in de LINH-controlegroep. Toch lijkt het onwaarschijnlijk dat een andere factor dan de interventie een verandering in voorschrijfgedrag van 23% heeft veroorzaakt.

Het onderzoek sluit aan bij een eerder gepubliceerd kwalitatief onderzoek naar het Doorbraakproject Depressie, dat liet zien dat huisartsen een andere aanpak kozen in de behandeling van lichte depressieve klachten.<sup>14</sup> Ook het Schotse onderzoek 'Doing Well'<sup>15</sup> en het grote Engelse Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)-programma<sup>16</sup> zijn voorbeelden

van grootschalige implementatieonderzoeken, waaruit blijkt dat de zorg meer in lijn komt met evidence-based aanbevelingen uit richtlijnen wanneer de implementatie een goede ondersteuning krijgt.

### CONCLUSIE

Ons onderzoek laat zien dat huisartsen hun voorschrijfgedrag bij depressie kunnen veranderen door een implementatieprogramma waarin zij lokaal multidisciplinair samenwerken met andere eerste- en tweedelijns hulpverleners, en waarin ze projectmatige ondersteuning krijgen. Deze boodschap sluit goed aan bij de huidige ontwikkelingen in de huisartsenzorg en generalistische basis-ggz, waarbinnen een dergelijke context voor steeds meer huisartsen ontstaat, vooral voor degenen die participeren in zorggroepen of binnen andere samenwerkingsverbanden. ■

### LITERATUUR

- 1 Van Weel-Baumgarten EM, Van Gelderen MG, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, Van Marwijk HWJ, Van Rijswijk HCAM, et al. NHG-Standaard Depressie. Huisarts Wet 2012;55:25-9.
- 2 Richtlijnwerkgroep Multidisciplinaire Richtlijn Depressie. Multidisciplinaire richtlijn depressie. Herziene versie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
- 3 Smolders M, Laurant M, Verhaak P, Prins M, Van Marwijk H, Penninx B, et al. Adherence to evidence-based guidelines for depression and anxiety disorders is associated with recording of the diagnosis. Gen Hosp Psychiatry 2009;31:460-9.
- 4 Nuijen J, Van Dijk CE, Verhaak PFM, Verheij RA. Volwassenen in de huisartsenpraktijk: over psychische problematiek en zorgverlening tussen 2002-2008. In: Nuijen J, redactie. Trendrapportage GGZ 2010, deel 2. Toegang en zorggebruik. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
- 5 Moore M, Yuen HM, Dunn N, Mullee MA, Maskell J, Kendrick T. Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. BMJ 2009;339:b3999.
- 6 Piek E, Van der Meer K, Hoogendijk WJ, Penninx BW, Nolen WA. Most antidepressant use in primary care is justified; results of the Netherlands Study of Depression and Anxiety. PLoS One 2011;6:e14784.
- 7 Van Marwijk HW, Bijl D, Ader HJ, De Haan M. Antidepressant prescription for depression in general practice in The Netherlands. Pharm World Sci 2001;23:46-9.
- 8 Morrison J, Anderson MJ, Sutton M, Munoz-Arroyo R, McDonald S, Maxwell M, et al. Factors influencing variation in prescribing of antidepressants by general practices in Scotland. Br J Gen Pract 2009;59:e25-e31.
- 9 Spies T, Mokking H, De Vries RP, Grol R. Huisarts kiest vaak voor antidepressiva ongeacht de ernst van de depressie. Huisarts Wet 2004;47:364-7.
- 10 Zwaanswijk M, Verhaak PFM. Effective brief interventions for psychological problems; a synthesis of the evidence on applicability in general practice. Utrecht: Nivel, 2009.
- 11 Van Rijswijk E, Van Hout H, Van de Lisdonk E, Zitman F, Weel C. Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study. BMC Fam Pract 2009;10:52.
- 12 Schouten LM, Hulscher ME, Van Everdingen JJ, Huijsman R, Grol RP. Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review. BMJ 2008;336:1491-4.
- 13 Van Venrooij MH. Protocolaire GGZ. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2014.
- 14 Franx G, Oud M, De Lange J, Wensing M, Grol R. Implementing a stepped-care approach in primary care: results of a qualitative study. Implement Sci 2012;7:8.
- 15 Smith MJ. 'Doing Well': an initiative to improve depression care. Glasgow: University of Glasgow, 2010.
- 16 Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. Int Rev Psychiatry 2011;23:318-27.