

Welke overwegingen heeft de huisarts om antidepressiva voor te schrijven?

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

Inleiding

Huisartsen schrijven de laatste jaren vaker antidepressiva voor.¹⁻³ Medicalisering, toename van de prevalentie van depressie, verbeterde diagnostiek, verbreding van het indicatiegebied en toegenomen acceptatie van het gebruik kunnen hierbij een rol spelen. De groei roept in ieder geval de vraag op of huisartsen antidepressiva wel doelmatig voorschrijven. Zo is het onduidelijk waarom huisartsen bij de ene patiënt wel overgaan tot een medicamenteuze

Samenvatting

Volkers AC, Van Dijk L, De Jong A, De Bakker DH. Welke overwegingen heeft de huisarts om antidepressiva voor te schrijven? *Huisarts Wet* 2006;49(5):239-44.

Inleiding Huisartsen schrijven de laatste jaren vaker antidepressiva voor en dit roept vragen op naar de redenen hiervan. Om hier meer inzicht in te krijgen, onderzochten wij welke overwegingen huisartsen hebben om al dan niet antidepressiva voor te schrijven en welke overwegingen huisartsen hebben om te kiezen voor een selectieve serotonine heropname remmer (SSRI) of een tricyclische antidepressivum (TCA).

Methode Mondelinge interviews met 23 huisartsen en een schriftelijke vragenlijst onder 67 huisartsen waarin de huisartsen redenen aangaven voor het voorschrijven van antidepressiva aan patiënten uit hun praktijk.

Resultaten Naast klinische redenen spelen bij het voorschrijven van antidepressiva andere redenen een rol zoals situationele en sociale omstandigheden en de voorkeur van de individuele patiënt. Huisartsen laten klinische overwegingen echter prevaleren bij het voorschrijven en ervaren geen sterke druk vanuit hun patiënten. SSRI's hebben de voorkeur van huisartsen boven TCA's omdat huisartsen van mening zijn dat deze middelen effectief zijn en weinig bijwerkingen hebben. Slechts een klein deel van de huisartsen houdt bij het voorschrijven van antidepressiva rekening met de kosten.

Beschouwing Uit zelfrapportage blijkt dat de huisarts berekend antidepressiva voorschrijft. Dit wijst erop dat de groei van het antidepressivagebruik niet zonder meer verklaard kan worden door een gemakkelijk voorschrijfbeleid van huisartsen.

NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht: dr. A.C. Volkers, onderzoeker; dr. ir. L. van Dijk, programmaleider farmaceutische zorg; A. de Jong, junior-onderzoeker; dr. D.H. de Bakker, hoofd onderzoeksafdeling.

Correspondentie: a.volkers@nivel.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

behandeling, terwijl zij bij een andere patiënt met dezelfde diagnose en leeftijds- en geslachtskenmerken voor een niet-medicamenteuze behandeling kiezen. Uit onderzoek naar het voorschrijven van antidepressiva aan depressieve ouderen bleek dat specifieke klinische kenmerken van de patiënt bepalen of de huisarts kiest voor een medicamenteuze behandeling.⁴ Maar schrijft de huisarts ook voor omdat de hedendaagse mondige patiënt zelf om een antidepressivum vraagt? De overwegingen van huisartsen om al dan niet voor een medicamenteuze behandeling te kiezen blijken bovendien erg te verschillen van hun overwegingen bij de keuze voor een bepaald soort antidepressivum.⁴ Huisartsen hebben een voorkeur voor SSRI's: bij meer dan de helft van al hun voorschriften voor een antidepressivum gaat het om een SSRI. Zou het hierbij uitmaken dat SSRI's een ander bijwerkingenprofiel hebben dan de klassieke TCA's? Aangezien SSRI's duurder zijn dan TCA's laten huisartsen het kostenperspectief mogelijk minder meewegen. Om tot een doelmatig voorschrijfbeleid te komen is het relevant om over dit soort overwegingen meer te weten.

Het voorschrijven van geneesmiddelen vormt een complex beslissingsproces.^{5,6} Jacoby et al. gaven een overzicht welke redenen huisartsen kunnen hebben bij het voorschrijven van geneesmiddelen.⁷ Dit overzicht vormde een referentiekader voor ons onderzoek. Huisartsen schrijven voor op basis van hun klinische ervaring (met een geneesmiddel), hun expertise op een specifiek klinisch gebied en hun houding ten aanzien van prijsbewust voorschrijven. Daarnaast worden zij beïnvloed door hun collega's, vakliteratuur, nascholing, richtlijnen in standaarden en de farmaceutische industrie. Volgens Jacoby et al. zijn de volgende geneesmiddelenkarakteristieken ook relevant: effectiviteit, veiligheid en bijwerkingen, dosering, therapietrouw en farmacologische innovatie.⁷ Als laatste noemen zij patiëntkenmerken zoals leeftijd en klinische toestand. Zij hebben overigens niet gekeken of en welke van deze factoren bij het voorschrijven aan individuele patiënten doorslaggevend zijn. Juist dit stond in ons onderzoek centraal. De vragen die we ons hierbij stelden, waren:

- ▶ Welke overwegingen hebben huisartsen om al dan niet antidepressiva voor te schrijven?
- ▶ Welke overwegingen hebben huisartsen bij de keuze voor een SSRI dan wel een TCA?

Methode

Het onderzoek omvatte open interviews met 23 huisartsen en een aanvullend schriftelijk onderzoek onder 67 andere huisartsen. Het is uitgevoerd tussen het voorjaar van 2003 en het voorjaar van 2004

en maakte deel uit van een omvangrijker onderzoek naar het doelmatig voorschrijven van antidepressiva in de huisartsenpraktijk.³

Interview huisartsen

We hielden interviews met 18 huisartsen geworven uit een totale aselechte steekproef van 100 huisartsen (getrokken uit de NIVEL-huisartsenregistratie) en met 5 huisartsen die via persoonlijke contacten waren geworven. Het betrof uitsluitend huisartsen die niet deelnamen aan het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Wij kozen hiervoor omdat de LINH-huisartsen in het tweede deel van het onderzoek een rol spelen. Een selectie van huisartsen op grond van specifieke karakteristieken zou praktisch zijn geweest, maar was moeilijk realiseerbaar. Juist omdat er weinig literatuur over dit onderwerp te vinden was, hebben we geprobeerd om variatie aan te brengen in de onderzoeksgroep van huisartsen op kenmerken als plaats van vestiging, leeftijd en geslacht. De huisartsen kregen een vergoeding van € 100. Na 23 interviews stopten we de gegevensverzameling omdat er uit de interviews geen nieuwe informatie meer naar voren kwam. Kenmerken van de huisartsen zijn te vinden in *tabel 1*.

Het interview naar de redenen van huisartsen om antidepressiva voor te schrijven omvatte zeven onderdelen en bestond vrijwel geheel uit open vragen. Wij vroegen naar praktijkkenmerken, niet-medicamenteuze behandeling van depressie in het algemeen, naar kennis met betrekking tot antidepressiva, naar het zoeken van informatie door de huisarts, naar de behandeling van concrete en papieren patiënten uit de praktijk en naar actualiteiten. In dit artikel richten wij ons specifiek op de vragen over twee concrete patiënten van de huisarts. Iedere huisarts hadden wij namelijk voorafgaand aan het interview gevraagd om eigen patiënten te selecteren waarbij hij onlangs de diagnose depressief gevoel, depressie, angstig gevoel of angststoornis had gesteld. Wij kozen hiervoor omdat zowel angst als depressie indicaties zijn voor een antidepressivum. Aanvullend criterium was dat de huisarts bij de ene patiënt wel een antidepressivum voorschreef en bij de andere patiënt niet. Van de huisartsen kozen er 21 een patiënt met een antidepressivum en 17 een patiënt zonder antidepressivum. Twee huisartsen selecteerden geen patiënt en konden daarom de vragen niet beantwoorden. Drie huisartsen konden geen patiënt selecteren die zij niet-medicamenteus behandelden omdat zij bij de gevraagde diagnoses altijd een antidepressivum voorschreven. De vragen gingen over diagnosestelling, gebruik van richtlijnen/standaarden, de overwegingen om wel of geen antidepressiva voor te schrijven, de voordelen die de huisarts toekende aan het gekozen antidepressivum ten opzichte van andere antidepressiva en eventuele andere omstandigheden die de keuze van behandeling hadden beïnvloed.

De interviewers vroegen door bij onduidelijke of onvolledige antwoorden en streefden ernaar zo veel mogelijk redenen te achterhalen. Het interview duurde één tot anderhalf uur waarvan 15 tot 20 minuten werden besteed aan de vragen over de concrete patiënten. Bij het beantwoorden van de vragen over de patiënten

Wat is bekend?

▶ Huisartsen schrijven de laatste jaren steeds vaker antidepressiva voor waarvan meer dan de helft SSRI's.

Wat is nieuw?

- ▶ Huisartsen ervaren geen grote druk vanuit de patiënt om een antidepressivum voor te schrijven en geven aan dat klinische redenen meestal hun keuze bepalen.
- ▶ Huisartsen blijken vaak voor een SSRI te kiezen omdat zij denken dat daarbij minder bijwerkingen optreden, het gebruikersgemak groter zou zijn en omdat SSRI's tijdens de opleiding zijn aanbevolen; dat SSRI's duurder zijn dan TCA's legt weinig gewicht in de schaal.
- ▶ Op basis van zelfrapportage van huisartsen lijkt het erop dat de groei van het gebruik van antidepressiva niet zonder meer verklaard kan worden door een gemakkelijk voorschrijfbeleid van huisartsen.

griep de huisartsen overigens geregeld terug op antwoorden die zij eerder gaven op de algemene vragen over de keuze voor antidepressiva. De interviewer benadrukte tijdens het interview dat het niet ging om een beoordeling van voorschrijfgedrag, maar om een beschrijving van overwegingen en gemaakte keuzes.

Het interview was zo opgezet dat de kans klein was dat de antwoorden op de vragen het product waren van rationalisaties achteraf. Wij vroegen de huisarts bijvoorbeeld drie antidepressiva te noemen die als eerste bij hem opkwamen in plaats van dat wij rechtstreeks vroegen naar zijn voorkeursmiddelen. We namen de interviews op band op en twee van de onderzoekers (AV, LvD) maakten er later een samenvatting van die ze ter goedkeuring aan de betreffende huisarts voorlegden. De twee onderzoekers beoordeelden onafhankelijk van elkaar de samenvattingen van de interviews in een verschillende volgorde. Vervolgens selecteerden en rubriceerden zij per vraag de redenen van voorschrijven. De rubricering was deels gebaseerd op patiëntkenmerken (leeftijd, geslacht, diagnose, duur van de klachten en voorgeschiedenis)

Tabel 1 Kenmerken van 23 huisartsen die deelnamen aan interviews over redenen van voorschrijven van antidepressiva

Kenmerk	Aantal huisartsen
Leeftijd huisarts (in jaren):	
- 20-39	5
- 40-49	11
- 50-60	6
- niet bekend	1
Geslacht huisarts:	
- man	19
- vrouw	4
Praktijkvorm:	
- solopraktijk	7
- duopraktijk	5
- groepspraktijk (incl. HOED-praktijk)	7
- praktijk in gezondheidscentrum	4
Apotheekhoudende praktijk:	
- ja	3
- nee	20

en deels afgeleid van de vragen (gebruik standaarden/richtlijnen, overwegingen om wel of niet voor te schrijven en keuze specifiek antidepressivum). Om de resultaten beter te kunnen interpreteren hebben wij de redenen later in de resultaten zo veel mogelijk ingedeeld naar redenen van klinische aard, redenen die samenhangen met situationele of sociale omstandigheden, de houding van de patiënt en andere redenen.

Vragenlijst LINH-huisartsen

Om een indruk van de representativiteit van de gegevens uit de interviews te krijgen, gingen wij in het tweede deel van het onderzoek bij een andere, grotere groep huisartsen met behulp van een schriftelijke vragenlijst na in welke mate ze dezelfde redenen en overwegingen noemden in het voorschrijfproces. Door het grotere aantal huisartsen konden wij een beter inzicht krijgen in hoe vaak de verschillende redenen nu voorkomen. De onderzoeksgroep bestond uit de huisartsen die in 2002 deelnamen aan LINH. Zestien praktijken sloten wij uit van deelname, namelijk de 12 praktijken met het huisartsinformatiesysteem (HIS) Arcos en 4 praktijken met een hoog percentage ontbrekende diagnoses op de recepten en/of minder dan 1000 recepten per jaar. In totaal benaderden we 108 huisartsen om een schriftelijke vragenlijst in te vullen. Deze lijst was getest bij 5 andere LINH-huisartsen. Bij deelname ontvingen de huisartsen een vergoeding van € 100. Uiteindelijk vulden 67 huisartsen de vragenlijst in (respons: 62%).

Bij LINH-praktijken is per patiënt bekend of deze met een aandoening bij de huisarts is geweest en daarvoor iets voorgeschreven heeft gekregen. We selecteerden per huisarts twee patiëntenparen met een depressie of angststoornis. Bij het eerste paar kreeg de éne patiënt geen antidepressivum voorgeschreven en de andere wel; bij het tweede paar kreeg de éne patiënt een TCA en de andere een SSRI.

De paren waren zo identiek mogelijk wat betreft leeftijd en geslacht. Van elke patiënt gaven wij het patiëntnummer en de leeftijd aan de huisarts door. Bij elk contact en voorschrift vermeldden we de bijbehorende diagnose en datum. Op deze wijze kon de huisarts de patiënt terugvinden in zijn HIS.

Voor iedere patiënt vroegen we de huisarts om aan de hand van voor-gecodeerde redenen aan te geven waarom hij voor de betreffende behandeling had gekozen. Van alle genoemde redenen en overwegingen hadden we alleen die in de schriftelijke vragenlijst opgenomen die meer dan één keer in de interviewronde genoemd waren. Over deze selectie bestond consensus tussen de onderzoekers. Bij het eerste paar resulteerde dit in twaalf redenen om wél en negen redenen om geen antidepressiva voor te schrijven. Bij het tweede paar konden huisartsen voor het voorschrijven van TCAs negen redenen aangeven en voor SSRI's veertien. Om maar niets te missen, vroegen we de LINH-huisartsen in een open vraag om aanvullende redenen te noteren. We vroegen de huisarts de redenen, indien mogelijk, uit het elektronisch medisch dossier (EMD) te halen.

Voor het weergeven van de gegevens uit de vragenlijst gebruikten we beschrijvende statistiek.

Resultaten

Redenen uit de interviews

Niet voorschrijven

Huisartsen noemden ongeveer 25 verschillende redenen om geen antidepressiva voor te schrijven. Deze konden we onderverdelen in redenen van klinische aard, redenen die samenhangen met situationele of sociale omstandigheden, de houding van de patiënt of andere redenen. De helft van de genoemde redenen was van klinische aard. Overwegingen waren onder andere: een mild beeld, geen vitaal depressieve kenmerken, eerste keer dat de patiënt met deze klacht bij de huisarts komt, geen effect medicatie in het verleden, patiënt heeft op ieder medicijn iedere denkbare bijwerking en de patiënt heeft meer nodig dan antidepressiva door trauma en langdurige klachten. Huisartsen schreven daarnaast geen antidepressivum voor omdat klachten veroorzaakt waren door direct aanwijsbare vervelende of traumatische gebeurtenissen in het heden of verleden of samenhangen met verwerkingsproblematiek en dus van tijdelijke aard waren, zoals blijkt uit het volgende citaat:

'Ik heb geen antidepressivum voorgeschreven vanwege de diagnose en het feit dat ze blij was met mijn contact, dat is op zich ook een goed teken. Daarnaast was er een luxerend probleem: het overlijden van haar echtgenoot en enkele weken daarna het verhuizen naar een verzorgingstehuis. Maar dat er geen vitale symptomen waren, zoals niet meer willen eten en geen contact meer willen, was belangrijk.' (huisarts 8)

Als een patiënt voldoende sociale steun of mantelzorg had of als de klachten samenhangen met sociale problematiek waren dit ook aanleidingen om niet voor te schrijven. Verder werd er niet voorgeschreven als de patiënt geen medicatie wilde of twijfelde over antidepressiva. Andere argumenten die huisartsen noemden, waren dat de huisarts verwachtte dat de patiënt er wel uit zou komen zonder medicatie, dat de patiënt nog maar net open stond om de klachten te bespreken en dat de patiënt concreet zijn probleem kon beschrijven en bespreken.

Wel voorschrijven

Huisartsen noemden bijna 30 uiteenlopende redenen om een antidepressivum voor te schrijven. Daar waren algemene redenen bij, maar ook redenen die gerelateerd waren aan een specifiek antidepressivum. Het volgende citaat geeft een indruk van wat huisartsen zoal aan overwegingen noemden:

'Ik denk dat hierbij een rol speelde dat de patiënt deze klachten al langer had en hij ook niet zo'n spoedeisende indruk maakte. Het is een weloverwogen intelligente man die je de werking van een antidepressivum kunt uitleggen en die begrijpt dat het enige controle vergt en dat hij moet terugkomen om de behandeling te bespreken en de dosering aan te laten passen. Dat speelt allemaal een rol. En verder speelde de stemming ook een grote rol.' (huisarts 13)

In het algemeen waren de klinische redenen die de huisartsen noemden gerelateerd aan de ernst van de aandoening, de duur van de klachten, het lijden van de patiënt en het aantal klachten.

Andere klinische overwegingen waren ervaringen met depressieve klachten in het verleden, mislukking van eerdere, niet-medicamenteuze therapie en de wenselijkheid van combinatie van medicamenteuze therapie met psychotherapie. Sociale omstandigheden zoals een klein sociaal netwerk alsmede de druk van de partner op de patiënt om zich te laten behandelen speelden eveneens mee. Huisartsen zeiden ook voor te schrijven als de patiënt vroeg om een behandeling met een (specifiek) antidepressivum of er niet afwijzend tegenover stond. Overige redenen waren: medicatie geeft patiënt vertrouwen en houvast; patiënt heeft weerstand tegen behandeling door de ggz/psycholoog en de patiënt begrijpt werking en traject van antidepressiva.

Huisartsen gaven aan voor een specifiek antidepressivum te kiezen omdat het hun voorkeursmiddel is, omdat ze vinden dat SSRI's minder bijwerkingen en meer voordelen hebben dan TCA's, het middel de eerste keus is uit de richtlijn die de huisarts gebruikt, zij goede ervaring met het middel hebben en het middel goedkoop en bekend is. Soms bestond er een voorkeur voor een bepaald antidepressivum vanwege de specifieke werking zoals angstremming en een goed effect op de slaap of de aanwezigheid van een posttraumatische stressstoornis. Het kwam voor

dat huisartsen een ander antidepressivum voorschreven dan zij hadden gewild omdat de patiënt hierom vroeg.

Onderzoek onder LINH-huisartsen

Wat betreft het eerste paar patiënten konden we bij 61 huisartsen een patiënt selecteren met een diagnose depressie of angststoornis en een voorschrift voor een antidepressivum; 59 huisartsen konden de gegevens van deze patiënt terugvinden in het EMD. Bij 49 huisartsen vonden we een bijpassende patiënt: iemand met een depressie of angststoornis zonder antidepressivum; van 47 patiënten vond de huisarts de gegevens in het HIS. Vervolgens vielen nog 3 patiënten af omdat hun huisartsen aangaven dat ze in de desbetreffende periode wel een antidepressivum gebruikten. Zo hielden we 44 patiënten over om te kunnen vergelijken. Als het gaat om het tweede paar vonden we bij 56 huisartsen een patiënt die zij met een TCA behandelden; 53 huisartsen vonden de gegevens terug. Alle huisartsen (n=67) hadden een patiënt aan wie zij een SSRI voorgeschreven hadden; 63 van hen konden hun patiënt vinden in het EMD. Redenen die meer dan 10% van de huisartsen aankruisten, zijn in de *tabellen 2 en 3* opgenomen.

Eerste paar: wel of niet voorschrijven antidepressiva bij angst of depressie

Tabel 2 Frequentie van redenen om wel (n=59) en niet (n=44) antidepressiva voor te schrijven bij een depressie of angststoornis bij LINH-huisartsen

	Aantal patiënten waarbij reden genoemd werd
<i>Redenen om wel antidepressiva voor te schrijven:</i>	
- Duur van de klachten	35
- Ernst van de klachten	34
- Effectiviteit van middel	24
- Patiënt heeft in het verleden baat bij een antidepressivum gehad	23
- Klinische voorgeschiedenis	16
- Voortzetting van behandeling gestart door andere behandelaar	15
- Endogene oorzaak van klachten	14
- Ingrijpende gebeurtenissen uit verleden van patiënt	12
- Patiënt heeft om antidepressivum gevraagd	10
- Verwacht geen effect van niet-medicamenteuze behandeling	10
<i>Redenen om geen antidepressiva voor te schrijven:</i>	
- Exogene oorzaak van klachten	16
- Patiënt krijgt een niet-medicamenteuze behandeling	14
- Verwacht weinig effect van medicamenteuze behandeling	10
- Korte duur van de klachten	9
- Geringe ernst van de klachten	8
- Patiënt weigert medicamenteuze behandeling met antidepressiva	7
- Medicamenteuze behandeling met benzodiazepines	6

Huisartsen noemen het vaakst de ernst en duur van de klachten als reden om voor te schrijven bij angst of depressie (*tabel 2*). Andere belangrijke overwegingen waren de effectiviteit van het middel en eerder ondervonden baat van de patiënt bij een antidepressivum. Het gaat hier dus vooral om redenen van klinische aard. Een klein deel van de patiënten vroeg zelf om behandeling met een antidepressivum. Drie redenen om geen antidepressivum voor te schrijven sprongen er duidelijk uit: 'de patiënt krijgt een niet-medicamenteuze behandeling', 'exogene oorzaak van klachten' en 'de huisarts verwacht weinig effect van medicamenteuze behandeling'. Huisartsen schreven bij een klein deel van de patiënten niet voor omdat de patiënt een antidepressivum weigerde.

Tabel 3 Frequentie van redenen om een TCA (n=53) of SSRI (n=63) voor te schrijven bij LINH-huisartsen

	Aantal patiënten waarbij reden genoemd werd
<i>Redenen om een TCA voor te schrijven:</i>	
- Patiënt heeft in verleden baat bij dit antidepressivum gehad	26
- Dit antidepressivum heeft voor patiënt weinig bijwerkingen	23
- Effectiviteit van het middel	22
- Advies in de NHG-Standaard opgevolgd	15
- Zo goedkoop mogelijk voorschrijven	9
<i>Redenen om een SSRI voor te schrijven:</i>	
- Effectiviteit van het middel	31
- Patiënt heeft in verleden baat bij dit antidepressivum gehad	27
- Dit antidepressivum heeft voor patiënt weinig bijwerkingen	26
- Geleerd tijdens opleiding/nascholing	18
- Gebruikersgemak is groot	17
- Advies in de NHG-Standaard opgevolgd	10
- Met dit antidepressivum wordt een betere therapietrouw bereikt	8
- Andere richtlijn gevolgd	7

Tweede paar: SSRI of TCA?

De drie redenen die het vaakst werden genoemd zowel bij het voorschrijven van een TCA als een SSRI waren hetzelfde, alleen

de volgorde was anders (tabel 3). Het gaat om het feit dat de patiënt eerder baat bij het middel heeft gehad, dat er weinig bijwerkingen bij het middel zijn en dat het middel effectief is. De vierde reden voor het voorschrijven van TCA's was het advies in de NHG-Standaard. Een minderheid van de huisartsen gaf aan goedkoop te willen voorschrijven. Wat de SSRI's betreft werden als vierde en vijfde reden 'geleerd tijdens opleiding/nascholing' en 'gebruiksgemak' genoemd. Bij de SSRI's hebben opleiding en nascholing meer invloed op de keuze van het middel dan de NHG-Standaard: 28% versus 16% van de huisartsen vulde deze redenen in. Voor de TCA's was het percentage dat koos op basis van opleiding veel kleiner (9%) en liet 29% zich leiden door de NHG-Standaard.

Huisartsen noemden een groot aantal extra redenen die bij het voorschrijven van TCA's en SSRI's een rol spelen. Bij TCA's waren dat bijvoorbeeld de afwezigheid van de contra-indicaties bij een patiënt, de indicatie voor pijn en ervaring van de huisarts met het middel. Bij SSRI's noemden huisartsen vaak specifieke effecten van deze middelen zoals angstregulatie. Overigens vielen deze redenen vrijwel allemaal onder de gemaakte rubrieken.

Beschouwing

We onderzochten de redenen van huisartsen om antidepressiva voor te schrijven door middel van interviews met 23 huisartsen en een schriftelijke enquête onder 67 huisartsen. Bij beide gegevensverzamelingen vroegen we hierbij naar het voorschrijven aan concrete patiënten. Huisartsen blijken geen sterke druk van hun patiënten te ervaren om antidepressiva voor te schrijven. Ze kijken dan ook vooral naar de baat die een patiënt er vermoedelijk bij zal hebben, bijvoorbeeld op basis van antidepressivumgebruik in het verleden. Klinische redenen hebben daarmee een grote invloed op het beslissingsproces volgens de huisartsen. Als een patiënt zelf om een antidepressivum vraagt, staat de huisarts hier overigens wel voor open. Dit alles duidt erop dat huisartsen antidepressiva beredeneerd voorschrijven en dat de vraag van de patiënt het voorschrijfproces slechts in beperkte mate bepaalt. Daarnaast zijn er ook patiënten die aangeven niet uitsluitend medicamenteus behandeld te willen worden.

Huisartsen hebben een voorkeur voor SSRI's omdat zij van mening zijn dat SSRI's effectief zijn en weinig bijwerkingen hebben. Het gebruikersgemak is bij SSRI's belangrijk en uit de antwoorden op andere vragen uit het interview blijkt dat huisartsen hierdoor de therapietrouw bij SSRI's hoog inschatten. Uit de literatuur blijkt dat patiënten met TCA's inderdaad iets vaker tussentijds met de behandeling stoppen dan patiënten met SSRI's, maar het verschil is erg klein.⁸ Het algemene vertrouwen dat huisartsen hebben in de therapietrouw is echter niet in overeenstemming met de bevinding dat de gemiddelde therapietrouw bij psychiatrische aandoeningen tussen de 25% en 35% is.⁹ De opleiding was vooral belangrijk bij het voorschrijven van SSRI's en de NHG-Standaard bij TCA's. Ten tijde van het interview gold nog de NHG-Standaard Depressie van 1994 die TCA's als eerstekeusmiddelen aanraade.

Abstract

Volkers AC, Van Dijk L, De Jong A, De Bakker DH. What are GPs' reasons for prescribing antidepressants? *Huisarts Wet* 2006;49(5):239-44.

Introduction During the last decade general practitioners (GPs) have prescribed antidepressants more frequently, which raises questions about the causes of the rise. We explored GPs' reasons for prescribing antidepressants and what reasons GPs advance for choosing between SSRIs or TCAs.

Method Face-to-face interviews with 23 GPs and a written questionnaire distributed to 67 GPs in which GPs gave reasons for prescribing to their patients.

Results Reasons for prescribing antidepressants include clinical reasons, situational and social circumstances and the preference of the individual patient. However, clinical reasons of GPs clearly prevail when prescribing. GPs do not experience strong pressure from their patients. GPs prefer SSRIs because they believe that SSRIs are effective and have fewer side effects. Only a few GPs take the cost of antidepressants into account when prescribing.

Conclusions Self-reports show that GPs prescribe antidepressants in a reasoned way. This means that the increase in antidepressant prescription cannot solely be explained by alleging lax prescribing habits on the part of Dutch GPs.

SSRI's kwamen alleen in aanmerking bij contra-indicaties en interacties met andere geneesmiddelen van de patiënt. De redenen die huisartsen geven om SSRI's voor te schrijven verklaren voor een deel waarom SSRI's toch zo populair zijn onder huisartsen.

Beperkingen

Is dit onderzoek nu representatief voor de Nederlandse huisarts? Aan de interviews deden zowel mannelijke als vrouwelijke huisartsen mee van verschillende leeftijden, hoewel huisartsen tussen de 40 en 49 jaar en mannen oververtegenwoordigd waren. De huisartsen kwamen uit verschillende soorten praktijken in zowel stedelijke als plattelandsgebieden verspreid over heel Nederland. De respons op de interviews was echter laag; misschien deden alleen om huisartsen mee met een speciale interesse in het onderwerp van het onderzoek. Het kan zijn dat we hierdoor redenen hebben gemist. Wij sloten een aantal LINH-huisartsen uit van deelname aan de schriftelijke enquête. De resultaten kunnen door deze selectie vertekend zijn of door responsbias: iets meer dan een derde van de huisartsen stuurde de vragenlijst niet terug. Een andere beperking van dit onderzoek is dat enkele patiënten die voor de vragenlijst waren geselecteerd niet terug te vinden waren in het HIS. Uitschrijving en verhuizing kunnen dit voor een deel verklaren.

Conclusie

Als we kijken naar de redenen die Jacoby et al. van belang achten in het voorschrijfproces, dan valt op dat de belangrijkste redenen die huisartsen noemen vooral samenhangen met (klinische) patiëntkenmerken en geneesmiddelkarakteristieken.⁷ Minder vaak noemen zij beïnvloeding door collega's, nascho-

ling, richtlijnen, de patiënt en de farmaceutische industrie. Dit zal deels te maken hebben met het feit dat we hebben gevraagd naar concrete patiënten. Huisartsen zullen bij het voorschrijven aan een individuele patiënt waarschijnlijk niet snel zeggen dat de industrie hierop invloed heeft gehad. Daarnaast is het mogelijk dat huisartsen sociaal wenselijke antwoorden geven. Een recent onderzoek in Engeland naar de beslissing van huisartsen om antidepressiva voor te schrijven suggereert dat huisartsen voorzichtig te werk gaan bij het voorschrijven van antidepressiva en vaak een afwachtende strategie volgen.¹⁰ Dit komt overeen met onze bevinding dat huisartsen beredeneerd voorschrijven. Wij hebben dan ook geen reden om aan te nemen dat de groei van het antidepressivagebruik verklaard kan worden door een gemakkelijk voorschrijfbeleid van huisartsen.

Dankbetuiging

Het onderzoek is gefinancierd door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ).

Literatuur

- 1 Meijer W. The value of observational research on antidepressant use. A broadened perspective [Proefschrift]. Universiteit Utrecht, 2002.
- 2 SKF. Gebruik antidepressiva stijgt sterk. Pharm Weekbl 2005;23:767.
- 3 Volkers A, De Jong A, De Bakker D, Van Dijk L. Doelmatig voorschrijven van antidepressiva. Utrecht: NIVEL, 2005.
- 4 Volkers AC, Verhaak PFM, Schellevis FG. Management of depression in elderly primary care patients; consultation rate, pharmacotherapy and their determinants. Utrecht: NIVEL, 2005.
- 5 Koomen JM. Hoe kan de geneesmiddelkeuze worden geoptimaliseerd? Med Contact 1998;53:1302-5.
- 6 Koomen JM. Woekeren met je 'evoked set' en je farmacotherapeutisch redeneervermogen. Pharm Weekbl 1998;133:1569-74.
- 7 Jacoby A, Smith M, Eccles M. A qualitative study to explore influences on general practitioners' decisions to prescribe new drugs. Br J Gen Pract 2003;53:120-5.
- 7 Anderson IM, Tomenson BM. Treatment discontinuation with selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants: a meta-analysis. BMJ 1995;310:1433-8.
- 8 Koomen JM, Rietveld S. Voorgescreven en ook geslikt. Med Contact 2000;55:730-3.
- 9 Hyde J, Calnan M, Prior L, Lewis G, Kessler D, Sharp D. A qualitative study exploring how GPs decide to prescribe antidepressants. Br J Gen Pract 2005;55:755-62.

ARI-EL: case-controleonderzoek naar Acute Respiratoire Infecties in de Eerste Lijn

Aad Bartelds, Rianne van Gageldonk-Lafeber, Marie-Louise Heijnen, Marcel Peeters, Simone van der Plas, Berry Wilbrink

Inleiding

Naast het influenzavirus, waarvan bekend is dat het jaarlijks wereldwijd verantwoordelijk is voor een aanzienlijke morbiditeit en mortaliteit, zijn er vele andere veroorzakers van acute respiratoire infecties. Sinds 1970 registreren de huisartsen van het NIVEL-CMR-peilstationnetwerk alle patiënten die hen consulteren voor een influenza-achtig ziektebeeld (IAZ) naar leeftijd en week.¹ Omdat het op basis van klinische symptomen niet duidelijk is welk pathogeen de ziekte veroorzaakt, neemt sinds de winter 1992/93 circa driekwart van de peilstationartsen een neus/keelwat af bij een aselekt deel van hun patiënten met een IAZ. Deze monsters worden onderzocht op de respiratoire virussen *Mycoplasma pneumoniae* en *Chlamydia pneumoniae* met behulp van viruskweek en PCR (polymerasekettingreactie).^{2,3}

Deze respiratoire surveillance draagt in belangrijke mate bij aan de 'early-warning' voor influenza in Nederland.^{4,5} De klinische IAZ-registratie brengt de verspreiding van IAZ in de bevolking in kaart en de virologische surveillance bevestigt of het influenzavirus de oorzaak van de IAZ is.

Ondanks de grote hoeveelheid informatie die dit surveillance-systeem oplevert, bleven sommige vragen onbeantwoord, zoals hoe vaak een luchtwegpathogeen wordt aangetoond bij personen

zonder klachten van een respiratoire infectie (ARI) waaronder IAZ. Om die reden hebben wij in de periode van oktober 2000 tot oktober 2003 een aanvullend case-controleonderzoek gedaan.⁶

Methoden

De Continue Morbiditeits Registratie Peilstations (CMR Peilstations) bestaat uit een representatieve groep van 67 huisartsen in 45 praktijken. In de praktijken is ongeveer 1% van de Nederlandse bevolking ingeschreven. De praktijkpopulaties zijn representatief voor de Nederlandse bevolking wat betreft leeftijd, geslacht, regio en mate van verstedelijking. De Peilstationartsen registreren gedurende de weekdays het aantal consulten en visites voor IAZ en andere ARI.

Ongeveer de helft van de peilstations heeft deelgenomen aan het case-controleonderzoek. Cases zijn patiënten met luchtwegklachten die de huisarts diagnosticeerde als IAZ of andere ARI. Het moest hierbij gaan om het eerste contact voor die klachtenepisode en de patiënt mocht in de voorafgaande 2 weken geen antibiotica of antivirale middelen hebben gebruikt. Controlepatiënten waren patiënten die de huisarts bezochten wegens andere klachten dan die van een luchtweginfectie. Zij mochten in de voorafgaande 2 weken geen symptomen van een luchtweginfectie hebben gehad