



Depressie

- 3 Casus 1 Depressie bij 58-jarige man
- 19 Casus 2 Depressie bij 61-jarige vrouw met eerder doorgemaakte hartinfarcten
- 29 Casus 3 Langdurige behandeling met antidepressiva en therapietrouw

Wij hopen dat deze casuïstiek aan uw wensen voldoet. Wij horen het echter graag als u suggesties heeft voor verbetering. Zo kunnen wij onze materialen verbeteren en u de hoogste kwaliteit leveren. Mail uw reactie naar helpdeskfto@medicijngebruik.nl.

Depressie

Casus 1 Depressie bij 58-jarige man

Doel

- ▶ Optimaliseren van de niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandeling van depressie
- ▶ Optimaliseren van de behandeling van een recidief
- ▶ Actualiseren van kennis over bijwerkingen en behandelduur
- ▶ Afstemmen van voorlichting huisarts en apotheker

Gebruikte bronnen

- ▶ Loenen van AC, Sitsen JMA, red. Farmacotherapeutisch Kompas 2010. Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2010. Zie www.fk.cvz.nl.
- ▶ Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Utrecht: CBO/Trimbos, 2009. Zie www.ggzrichtlijnen.nl.

Instructie voor het invullen

- a. Vul de casus individueel in.
- b. Lees niet de gehele casus door voor u begint. Beantwoord eerst de vragen van pag. 1, daarna van pag. 2 enz. Blader dus niet vooruit.
- c. Beantwoord de vragen alsof zij zich werkelijk zo in uw praktijk, in uw apotheek, hebben voorgedaan. Noteer dus wat u werkelijk zou doen, niet wat u denkt dat u zou moeten doen.
- d. Bij deze casus zijn er aparte werkbladen voor de huisartsen en voor de apothekers. Bekijk steeds of u het juiste werkblad voor u heeft.
- e. Aanwijzingen voor bespreking van de casus in het FTO vindt u in de handleiding achter de laatste casus.

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) is niet aansprakelijk voor directe of indirecte schade die het gevolg is van het gebruik van de informatie die door middel van deze uitgave is verkregen. Niets uit deze uitgave mag worden gebruikt zonder vooraf verkregen toestemming.

Depressie

Werkblad 1A: Beleid van de huisarts

1A1

Op uw spreekuur komt de heer de Vries. Hij is 58 jaar oud, ambtenaar van beroep en sinds twee jaar weduwnaar. Hij heeft zich na het overlijden van zijn vrouw altijd goed kunnen redden, maar nu maakt hij een matte indruk. Hij vertelt u dat hij in toenemende mate last heeft van slapeloosheid. Hij komt niet meer voor één uur 's nachts in slaap en is om vier uur in de ochtend weer klaarwakker. Hij kan zich niet meer concentreren op zijn werk en ziet het werk bovendien absoluut niet meer zitten. Twee weken geleden heeft hij zich daarom ziek gemeld. Hij voelt zich al een paar weken moe en uitgeblust maar wil anderen niet belasten met zijn sombere stemming. Hij zegt niet angstig te zijn en heeft ook geen last van schuldgevoelens of iets dergelijks. Lichamelijk onderzoek levert verder geen bijzonderheden op en mijnheer gebruikt geen medicatie. U stelt de werkdiagnose depressie.

Komt de heer de Vries in aanmerking voor medicamenteuze therapie? Waarom?

Depressie

Werkblad 1A: Beleid van de huisarts

1A2

U vertelt de heer de Vries dat hij aan een depressie lijdt en vertelt hem over de complexiteit en het wisselende beloop van depressie. U bespreekt de behandelmogelijkheden volgens de 'stepped care' methode. In overleg met de heer de Vries maakt u een afspraak voor hem bij de maatschappelijk werker voor begeleidende gesprekken. Daarnaast zegt de heer de Vries u toe minstens drie keer per week te gaan fietsen. U schrijft geen medicatie voor.

Wanneer wilt u de heer de Vries terug zien in uw praktijk? En bij wie?

Hoe vult u dit of deze consult(en) in?

Depressie

Werkblad 1A: Beleid van de huisarts

1A3

Na drie maanden ziet u de heer de Vries voor de derde keer. De gesprekken met u en de maatschappelijk werker hebben weinig opgeleverd. De heer de Vries is nog steeds moe en uitgeblust, ook zijn slaapproblemen blijven. Hij geeft aan dat het hem veel moeite kost om regelmatig te gaan fietsen en het komt er dan ook niet zo veel van. Hij heeft wel weer even zijn werk opgepakt maar omdat dit helemaal niet lukte, zit hij nu weer thuis. Een zelfhulpcursus via internet ziet hij helemaal niet zitten.

Wat is uw beleid?

Wanneer komt de heer de Vries in aanmerking voor medicamenteuze therapie?

Depressie

Werkblad 1A: Beleid van de huisarts

1A4

In overleg met de heer de Vries heeft u hem doorverwezen naar de eerstelijns psycholoog voor een kortdurende behandeling. Gelukkig is de heer de Vries zich daardoor beter gaan voelen. Langzaam is hij hersteld van zijn depressie en hij is ook weer aan het werk gegaan. U bent hem met enige regelmaat blijven zien. De laatste keer dat u hem zag, was drie maanden geleden. Het ging toen al ruim een jaar goed met hem.

Nu ziet u de heer de Vries weer. U schrikt van zijn uiterlijk. Hij ziet er minder verzorgd uit en lijkt te zijn vermagerd. Hij vertelt u dat de klachten van ruim een jaar eerder weer terug zijn. Hij voelt zich nog beroerder als toen en geeft aan 'er zo geen zin meer in te hebben'. Na verdere navraag en onderzoek stelt u de diagnose 'ernstige depressie'.

Wat zijn uw mogelijkheden?

Depressie

Werkblad 1A: Beleid van de huisarts

1A5

De heer de Vries heeft onvoldoende vertrouwen in de basisinterventies. Hoewel hij de vorige keer goed baat heeft gehad bij de kortdurende behandeling van de eerstelijns psycholoog wil hij nu medicatie. U schrijft een antidepressivum voor.

Welk antidepressivum kiest u en tot welke groep antidepressiva behoort dit middel?

Waarom kiest u voor een middel uit deze groep?

Wat vertelt u de heer de Vries over zijn medicatie?

Wat kunt u hem vertellen over het effect van de medicatie?

Wat kunt u hem vertellen over de bijwerkingen?

Depressie

Werkblad 1A: Beleid van de huisarts

1A6

U heeft gekozen voor een behandeling met het SSRI paroxetine. Er zijn inmiddels acht maanden verstreken. In de loop van deze periode heeft u mijnheer de Vries diverse malen teruggezien. Gelukkig is hij intussen goed opgeknapt. Van een depressie is al een paar maanden geen sprake meer. Alleen kost het hem nog enige moeite om 's morgens op gang komen. De heer de Vries vraagt of hij kan stoppen met zijn medicatie.

Hoe luidt uw antwoord?

Indien u besluit de medicatie te beëindigen (nu of op een later tijdstip), hoe doet u dat dan? Waarom?

Depressie

Werkblad 1B: Beleid van de apotheker

1B1

De heer de Vries, 58 jaar oud, komt aan de balie in de apotheek en heeft een recept voor een antidepressivum voor 14 dagen. Hij krijgt deze medicatie voor de eerste keer. Hij gebruikt geen andere medicatie.

Welk antidepressivum verwacht u dat de heer de Vries krijgt voorgeschreven? Waarom?

Welke informatie geeft u de heer de Vries bij het afleveren van de medicatie?

Wat kunt u hem vertellen over het effect van de medicatie?

Wat kunt u hem vertellen over de bijwerkingen?

Depressie

Werkblad 1B: Beleid van de apotheker

1B2

De huisarts heeft gekozen voor een behandeling met het SSRI paroxetine. Inmiddels zijn er acht maanden verstreken. In deze periode heeft u mijnheer de Vries diverse keren teruggezien. Gelukkig is hij intussen goed opgeknapt. Van een depressie is al een paar maanden geen sprake meer. Alleen kost het hem nog enige moeite om 's morgens op gang komen. De heer de Vries vraagt u aan de balie wanneer hij kan stoppen met zijn medicatie.

Hoe luidt uw antwoord?

Hoe kan de heer de Vries stoppen met de medicatie? Waarom?

Depressie

Toelichting 1: Beleid van de huisarts/apotheker

1A1

Komt de heer de Vries in aanmerking voor medicamenteuze therapie? Waarom? *Huisarts*

Het aantal symptomen bij de heer de Vries, de aard en het beloop wijzen op een lichte depressie. Medicamenteuze therapie komt hierbij niet in aanmerking. Farmacotherapie komt pas in aanmerking bij een matige/ernstige depressie.

Bij de heer de Vries zijn de volgende depressie symptomen aanwezig:

- ▶ depressieve stemming
- ▶ duidelijke vermindering van interesse of plezier
- ▶ slapeloosheid
- ▶ moeheid
- ▶ concentratieproblemen

Dit zijn voldoende symptomen om de diagnose depressie te kunnen stellen. U kunt als huisarts de diagnose depressie stellen als vijf van de negen symptomen voor depressie aanwezig zijn, waaronder ten minste een van de kernsymptomen.

Kernsymptomen

Een of beide kernsymptomen zijn zeker twee aaneengesloten weken, het grootste deel van de dag, aanwezig:

- ▶ depressieve stemming
- ▶ duidelijke vermindering van interesse of plezier

Aanvullende symptomen

- ▶ gewichtsverandering of eetlustverandering
- ▶ slapeloosheid of overmatig slapen
- ▶ agitatie of remming
- ▶ moeheid of verlies van energie
- ▶ gevoelens van waardeloosheid of buitensporige of onterechte schuldgevoelens
- ▶ besluiteloosheid of concentratieproblemen
- ▶ terugkerende gedachten aan de dood of aan suïcide, of een suïcidepoging

Deze depressiegerelateerde symptomen zijn niet voldoende om de ernst van de depressie vast te stellen. Ze worden alleen gebruikt om de diagnose te kunnen stellen. Voor het vaststellen van de ernst van een depressie spelen naast het aantal en de aard van de symptomen ook de beloopkenmerken een belangrijke rol.

U kunt de ernst van de depressie bepalen aan de hand van

- ▶ het algemeen sociaal en maatschappelijk functioneren en beperkingen daarvan
- ▶ de mate waarin symptomen in significante mate (subjectief) lijden veroorzaken
- ▶ de hoeveelheid symptomen
 - subklinische depressie (2-4 symptomen)
 - lichte depressie (5 symptomen)
 - matige depressie (6-7 symptomen)
 - ernstige depressie (8-9 symptomen)
- ▶ aard van de symptomen, met name psychotische kenmerken en suïciditeit
- ▶ beloopkenmerken (duur van de depressieve episode, al dan niet optreden van stagnatie in het herstel, recidief)
- ▶ comorbiditeit zoals een angststoornis, middelenafhankelijkheid of een somatische aandoening

Depressie

Toelichting 1: Beleid van de huisarts/apotheker

De multidisciplinaire richtlijn *Depressie* (2009) verwijst bij een lichte depressie die korter dan drie maanden duurt naar het beginpunt van het eerste algoritme *lichte depressie korter dan drie maanden*. Hierbij begint u met de basisinterventies, eventueel aangevuld met eerstestapsinterventies.

1A2

Wanneer wilt u de heer de Vries terug zien in uw praktijk? En bij wie? Huisarts

Hoe vult u dit of deze consult(en) in? Huisarts

Bij het stellen van de diagnose depressie begint u met de drie basisinterventies:

- ▶ psycho-educatie
- ▶ dagstructurering
- ▶ actief volgen

Om deze basisinterventies goed te kunnen uitvoeren is het van belang dat u de patiënt regelmatig ziet, minstens eens in de zes weken. Eventueel kan een praktijkondersteuner GGZ u hierbij ondersteunen of consulteren van u overnemen.

Psycho-educatie

U informeert de patiënt en diens omgeving over de verschijnselen die horen bij het ziektebeeld, de complexiteit en het wisselende beloop van depressie. Ook de behandelmogelijkheden volgens de 'stepped care' methode, het belang van therapietrouw en de risico's op terugval of herhaling van een depressieve episode komen aan bod. Belangrijk hierbij is dat de patiënt u goed en tijdig informeert over hoe het gaat en over de effectiviteit van de behandeling, zodat u samen met de patiënt de behandeling - zo nodig - tijdig aanpast. U moet de informatie bij herhaling aanbieden, afhankelijk van de noodzaak of de behoefte van de patiënt. Het gaat hierbij om voorlichting als zelfstandige interventie.

Dagstructurering

U helpt de patiënt om de dag structuur te geven, de dag in te vullen op een zinvolle manier. De patiënt gaat daardoor sociaal en geestelijk beter functioneren. De aanpak van de dagstructurering is individueel gericht, uitgaande van de mogelijkheden en interesses van de patiënt.

Actief volgen

U volgt het dagelijks functioneren in meerdere gesprekken met de patiënt. Op basis hiervan evalueert u het beloop van de klachten en stelt het behandelbeleid vast. Vervolgens volgt u de toestand van de patiënt nauwkeurig en monitort de symptomen van de patiënt actief. Bij verandering van de symptomen - bijvoorbeeld bij verslechtering van het beeld - stelt u de interventie bij. Controle vindt minimaal eens in de zes weken plaats.

Eventueel kunt u deze basisinterventies aanvullen met een eerstestapsinterventie

- ▶ bibliotherapie
- ▶ zelfhulp of zelfmanagement
- ▶ activerende begeleiding
- ▶ fysieke inspanning/lichamelijke activiteit of running therapie
- ▶ counseling
- ▶ psychosociale interventies

Depressie

Toelichting 1: Beleid van de huisarts/apotheker

1A3

Wat is uw beleid? Huisarts

Bij onvoldoende respons na drie maanden kunt u de bestaande therapie aanvullen met probleemoplossende therapie of kortdurende behandeling.

De multidisciplinaire richtlijn *Depressie* (2009) geeft aan dat u bij onvoldoende respons na drie maanden kunt overstappen naar het beginpunt van het tweede algoritme *lichte depressie langer dan drie maanden of recidief*. De stappen zijn als volgt:

1. Begin met de basisinterventies. Eventueel aangevuld met een eerstestapsinterventie.
2. Eventueel aangevuld met probleemoplossende therapie of kortdurende behandeling.
3. Als na zes weken geen of onvoldoende respons van probleemoplossende therapie of kortdurende behandeling kunt u kiezen uit:
 - cognitieve gedragstherapie (CGT)
 - gedragstherapie (GT)
 - interpersoonlijke therapie (IPT)
 - kortdurende psychodynamische therapie (KPT)

Als na vier maanden geen of onvoldoende respons kunt u kiezen uit een van de andere psychologische behandelingen of voor farmacotherapie.

4. Farmacotherapie (met ondersteunende gesprekken).

Wanneer komt de heer de Vries in aanmerking voor medicamenteuze therapie? Huisarts

Wanneer de stappen 1, 2 en 3 van het tweede algoritme *lichte depressie langer dan drie maanden of recidief* niet voldoende resultaat bieden. Dit is acht tot negen maanden (drie maanden + zes weken + vier maanden) na het stellen van de diagnose lichte depressie.

1A4

Wat zijn uw mogelijkheden? Huisarts

Bij een recidief-episode (matig) ernstig, na een eerdere lichte depressieve episode start u bij het derde algoritme *matige/ernstige depressie eerste episode*. De stappen zijn als volgt:

1. Begin met de basisinterventies. Eventueel aangevuld met een eerstestapsinterventie.
2. In overleg met de patiënt maakt u de keuze uit psychotherapie (keuze uit CGT, GT, IPT, KPT) en farmacotherapie (met ondersteunende gesprekken).

1A5/1B1

Welk antidepressivum kiest u en tot welke groep antidepressiva behoort dit middel? Waarom kiest u voor een middel uit deze groep? Huisarts

Welk antidepressivum verwacht u dat de heer de Vries krijgt voorgeschreven? Waarom? Apotheker

De multidisciplinaire richtlijn *Depressie* (2009) beveelt voor de eerste lijn een tricyclisch antidepressivum (TCA) of een specifieke serotonine heropnameremmer (SSRI) aan, afhankelijk van de aanwezigheid van (relatieve) contra-indicaties en comorbiditeit, potentiële bijwerkingen, eerdere ervaringen, prijs en voorkeur van de patiënt. Vanwege de wat lagere kans op bijwerkingen hebben de SSRI's een lichte voorkeur als eerste keus middel. Ouderen zijn gevoelig voor de centrale anticholinerge bijwerkingen van TCA's die het cognitief functioneren kunnen beïnvloeden. Ook de orthostatische hypotensieve werking van TCA's kan bij ouderen een groter probleem vormen dan bij jongeren.

Depressie

Toelichting 1: Beleid van de huisarts/apotheker

Bij de heer de Vries is er geen sprake van een contra-indicatie of comorbiditeit en is er dus op grond daarvan geen voorkeur voor een TCA of voor een SSRI. Vanwege de lagere kans op bijwerkingen van de SSRI kan de voorkeur uitgaan naar een SSRI.

Indien u voor een TCA kiest, beveelt de multidisciplinaire richtlijn *Depressie* (2009) aan die middelen te kiezen waarvan in de tweede lijn bij eventuele non-respons de dosering verder kan worden bepaald op geleide van de plasmaspiegel: amitriptyline, clomipramine, imipramine of nortriptyline.

Wat vertelt u de heer de Vries over zijn medicatie? *Huisarts*

Welke informatie geeft u de heer de Vries bij het afleveren van de medicatie? *Apotheker*

Huisarts en apotheker spreken af wie welke informatie verstrekt. U informeert de patiënt over de werking, bijwerkingen en hoe het middel gebruikt moet worden. U geeft aan dat het middel meestal voor langere tijd gebruikt moet worden en dat de patiënt er niet zomaar mee mag stoppen zonder eerst met de huisarts overlegd te hebben.

De apotheker vraagt de patiënt wat de huisarts al heeft verteld en waar het middel voor wordt gegeven (de inhoud van de voorlichting zal anders zijn als de medicatie wordt gegeven voor een angst- of paniekstoornis).

Wat kunt u de heer de Vries vertellen over het effect van de medicatie? *Huisarts, apotheker*

Het antidepressief effect komt over het algemeen pas in de loop van twee tot vier weken na aanvang van de therapie tot uiting. Omdat u bij ouderen langzamer opbouwt, kan het effect bij hen langer op zich laten wachten en ziet de patiënt soms pas na zes weken effect.

Wat kunt u vertellen over de bijwerkingen? *Huisarts, apotheker*

Bijwerkingen van antidepressiva kunnen al optreden voordat de werking van de medicatie merkbaar is. Niet alle verschijnselen die tijdens een behandeling met antidepressiva optreden, kunnen altijd als bijwerkingen worden aangemerkt. Zeker in het begin van de behandeling kunnen een aantal verschijnselen zoals obstipatie en een droge mond ook een symptoom van de aandoening zijn. Een aantal bijwerkingen, zoals het sederend effect, neemt meestal geleidelijk af.

Alle antidepressiva kunnen een depressieve agitatie versterken, of een agitatie of verminderde remming oproepen. Vooral in het begin van de behandeling kan een toename van angst optreden.

Kenmerkende bijwerkingen van de TCA's zijn duizeligheid, obstipatie, droge mond, wazig zien, transpireren, orthostatische hypotensie, hypnosedatie en het effect op het hart. Bij de SSRI's staan maag- en darmklachten, seksuele stoornissen, verhoogde bloedingsneiging en centrale bijwerkingen zoals slapeloosheid, tremor, hoofdpijn, agitatie en nervositeit meer op de voorgrond, vooral in het begin.

Huisarts en apotheker raden de patiënt aan om contact op te nemen met de huisarts bij hinderlijke en blijvende bijwerkingen.

Depressie

Toelichting 1: Beleid van de huisarts/apotheker

1A6/1B2

Hoe luidt uw antwoord? *Huisarts, apotheker*

De medicatie wordt in principe zes maanden voorgezet na de afname van de depressieve symptomen. Daarna kan de heer de Vries gaan afbouwen.

De optimale duur van de voortgezette behandeling is niet bekend. De huisarts stelt deze vast op grond van patiëntkarakteristieken en in overleg met de patiënt. Voorspellende factoren voor een recidief zijn eerdere recidieven en restsymptomen van een depressieve episode. Bij patiënten die twee of meer episoden hebben gehad is de kans op een nieuw recidief groter. Daarom is bij hen de duur van de onderhoudsbehandeling ook langer. Maar ook bij hen is de optimale duur niet goed vast te stellen.

De volgende normen zijn lang gehanteerd:

- ▀ zes maanden voortzetten van de behandeling na een eerste depressieve episode
- ▀ een jaar of langer voortzetten van de behandeling bij recidief episoden

Hoewel deze normen geen stevige onderbouwing hebben, kunnen ze volgens de multidisciplinaire richtlijn *Depressie* (2009) toch een leidraad zijn voor de behandelpraktijk.

Indien u besluit de medicatie te beëindigen (nu of op een later tijdstip), hoe doet u dat dan? *Huisarts*

Hoe kan de heer de Vries stoppen met de medicatie? *Apotheker*

Waarom? *Huisarts, apotheker*

Bij het stoppen van de behandeling moet de patiënt de dosering langzaam uitsluipen om onttrekkingsverschijnselen te voorkomen. De meest frequent voorkomende onttrekkingsverschijnselen zijn slaapstoornissen, gastrointestinale stoornissen en een griepachtig ziektebeeld met zweten, hoofdpijn, rillingen en malaise. Ook kunnen angst, agitatie, hallucinaties en duizeligheid voorkomen. Deze verschijnselen kunnen beginnen een à twee dagen na de laatste dosering en kunnen tot drie weken aanhouden. Het is belangrijk deze verschijnselen niet te verwarren met een recidief depressie. De optimale uitsluipperiode is niet duidelijk en bedraagt minstens vier weken, maar kan wel enkele maanden duren. In individuele gevallen kan een langzamer afbouwschema nodig zijn.

Depressie

Casus 2 Depressie bij 61-jarige vrouw met eerder doorgemaakte hartinfarcten

Doel

- ▶ Optimaliseren medicamenteuze behandeling van depressie met een contra-indicatie
- ▶ Actualiseren van kennis over contra-indicaties van antidepressiva
- ▶ Actualiseren van kennis over bijwerkingen SSRI's
- ▶ Optimaliseren van de behandeling bij non-respons van SSRI's en TCA's

Gebruikte bronnen

- ▶ Loenen van AC, Sitsen JMA, red. Farmacotherapeutisch Kompas 2010. Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2010. Zie www.fk.cvz.nl.
- ▶ Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Utrecht: CBO/Trimbos, 2009. Zie www.ggzrichtlijnen.nl.

Instructie voor het invullen

- Vul de casus individueel in.
- Lees niet de gehele casus door voor u begint. Beantwoord eerst de vragen van pag. 1, daarna van pag. 2 enz. Blader dus niet vooruit.
- Beantwoord de vragen alsof zij zich werkelijk zo in uw praktijk, in uw apotheek, hebben voorgedaan. Noteer dus wat u werkelijk zou doen, niet wat u denkt dat u zou moeten doen.
- Bij deze casus zijn er aparte werkbladen voor de huisartsen en voor de apothekers. Bekijk steeds of u het juiste werkblad voor u heeft.
- Aanwijzingen voor bespreking van de casus in het FTO vindt u in de handleiding achter de laatste casus.

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) is niet aansprakelijk voor directe of indirecte schade die het gevolg is van het gebruik van de informatie die door middel van deze uitgave is verkregen. Niets uit deze uitgave mag worden gebruikt zonder vooraf verkregen toestemming.

Depressie

Werkblad 2A: Beleid van de huisarts

2A1

Mevrouw Toelen, 61 jaar, komt bij u op verzoek van haar behandelend cardioloog. Ze heeft een begeleidend briefje bij zich waarop staat dat de cardioloog haar erg depressief vindt. Hij vraagt u hiervoor uw aandacht. U weet dat mevrouw Toelen recent twee lichte hartinfarcten heeft doorgemaakt. Bij het afnemen van de anamnese blijkt al gauw dat de cardioloog gelijk heeft. De patiënte is fors depressief zonder suïcidegedachten. U stelt de diagnose 'ernstige depressie'. Mevrouw Toelen wil graag behandeld worden voor haar depressie en in overleg met haar besluit u haar te behandelen met een antidepressivum. Tevens verwijst u haar door naar het maatschappelijk werk voor begeleidende gesprekken.

*Welk antidepressivum kiest u en tot welke groep antidepressiva behoort dit middel?
Waarom kiest u voor een middel uit deze groep?*

*Welke contra-indicaties kent u van de tricyclische antidepressiva (TCA's)?
En van de selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's)?*

Depressie

Werkblad 2A: Beleid van de huisarts

2A2

U heeft gekozen voor een behandeling met de SSRI fluvoxamine.

Hoe luidt uw doseringsvoorschrift?

Welke bijwerkingen kent u van de SSRI's?

Zijn er verschillen binnen de groep SSRI's?

Depressie

Werkblad 2A: Beleid van de huisarts

2A3

Mevrouw Toelen meldt zich weer op uw spreekuur. Ze slikt fluvoxamine inmiddels vier weken in een dosering van 100 mg per dag maar merkt er nog niet zoveel van. Ze vraagt u of u niet een ander, beter middel heeft. Haar buurvrouw gebruikt namelijk met veel succes amitriptyline.

Wat kunt u zeggen over de effecten van de TCA's in vergelijking met de SSRI's?

Wat adviseert u mevrouw Toelen?

En welke mogelijkheden heeft u als een gebruiker van een TCA niet reageert op de TCA?

Depressie

Werkblad 2B: Beleid van de apotheker

2B1

Mevrouw Toelen, 61 jaar, komt in uw apotheek voor het ophalen van een recept voor een antidepressivum. Zij is bij u bekend vanwege medicatie naar aanleiding van een tweetal recent doorgemaakte hartinfarcten.

Welk antidepressivum verwacht u dat mevrouw Toelen krijgt voorgeschreven? Waarom?

*Welke contra-indicaties kent u van de tricyclische antidepressiva (TCA's)?
En van de selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's)?*

Depressie

Werkblad 2B: Beleid van de apotheker

2B2

De huisarts heeft gekozen voor een behandeling met de SSRI fluvoxamine.

Welke dosering verwacht u?

Welke bijwerkingen kent u van de SSRI's?

Zijn er verschillen binnen de groep SSRI's?

Depressie

Werkblad 2B: Beleid van de apotheker

2B3

U ziet mevrouw Toelen enkele weken later weer in uw apotheek. Ze slikt fluvoxamine inmiddels vier weken in een dosering van 100 mg per dag maar merkt er nog niet zoveel van. Ze vraagt u of er niet een ander, beter middel is. Haar buurvrouw gebruikt namelijk met veel succes amitriptyline.

Wat kunt u zeggen over de effecten van de TCA's in vergelijking met de SSRI's?

Wat adviseert u mevrouw Toelen?

Wat kunt u adviseren als een gebruiker van een TCA niet reageert op de TCA?

2A1/2B1

Welk antidepressivum kiest u en tot welke groep antidepressiva behoort dit middel? Waarom kiest u voor een middel uit deze groep? Huisarts

Welk antidepressivum verwacht u dat mevrouw Toelen krijgt voorgeschreven? Waarom? Apotheker

De multidisciplinaire richtlijn *Depressie* (2009) beveelt voor de eerste lijn een tricyclisch antidepressivum (TCA) of een specifieke serotonine heropnameremmer (SSRI) aan, afhankelijk van de aanwezigheid van (relatieve) contra-indicaties en comorbiditeit, potentiële bijwerkingen, eerdere ervaringen, prijs en voorkeur van de patiënt. Bij mevrouw Toelen is er sprake van een recent hartinfarct. Dit is een contra-indicatie voor het uitschrijven van een TCA. Op grond daarvan gaat de voorkeur uit naar een SSRI.

Van de SSRI's is de meeste ervaring opgedaan met citalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine en sertraline. Op grond daarvan gaat de voorkeur uit naar deze middelen. Vooral bij ouderen gaat de voorkeur uit naar een SSRI met zo min mogelijk kans op interacties, zoals citalopram of sertraline.

Welke contra-indicaties kent u van de tricyclische antidepressiva (TCA's)? En van de selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's)? Huisarts, apotheker

Een absolute contra-indicatie voor een TCA is een recent hartinfarct en relatieve contra-indicaties zijn urineretentie, prostaathyperplasie, cardiovasculaire aandoeningen en epilepsie. Ook bij ouderen met cognitieve stoornissen gaat de voorkeur uit naar een niet-tricyclisch antidepressivum. SSRI's zijn (relatief) gecontraïndiceerd bij de ziekte van Parkinson, in combinatie met NSAID's en in combinatie met antipsychotica.

2A2/2B2

Hoe luidt uw doseringsvoorschrift? Huisarts

Welke dosering verwacht u? Apotheker

Bij de meeste antidepressiva kan in drie weken via dosistitratie de geadviseerde optimale dosering worden bereikt. Bij een SSRI is een stapsgewijze opbouw van de dosering echter niet noodzakelijk. De begindosering van fluvoxamine is 50 tot 100 mg, eenmaal daags, bij voorkeur 's avonds. De aanbevolen dosering is gewoonlijk 100 mg per dag.

Welke bijwerkingen kent u van de SSRI's? Huisarts, apotheker

Het bijwerkingenprofiel van SSRI's wordt gekenmerkt door versterking van het serotonine effect:

- ▶ maagdarmklachten (misselijkheid, diarree en obstipatie)
- ▶ migraineachtige hoofdpijn
- ▶ anorexie
- ▶ agitatie
- ▶ slapeloosheid
- ▶ bloedingen

Verdere bijwerkingen zijn

- ▶ slaperigheid
- ▶ tremoren
- ▶ autonome effecten (droge mond, zweten)
- ▶ seksuele stoornissen
- ▶ gewichtstoe- en afname

Deze bijwerkingen met uitzondering van gewichtstoename en seksuele stoornissen zijn in het begin het hevigst en verdwijnen meestal binnen een week. Bijwerkingen die vaker voorkomen bij SSRI's dan bij TCA's zijn misselijkheid, diarree, hoofdpijn en seksuele stoornissen. Gebruik van SSRI's gaat gepaard met tweemaal zoveel botverlies per jaar als dat van TCA's.

Depressie

Toelichting 2: Beleid van de huisarts/apotheker

Zijn er verschillen binnen de groep SSRI's? *Huisarts, apotheker*

De middelen binnen de groep SSRI's hebben vergelijkbare bijwerkingen. Er zijn wel kleine verschillen:

- ▶ mogelijk wordt fluvoxamine wat minder goed verdragen dan de andere SSRI's en treedt misselijkheid iets vaker op
- ▶ paroxetine is mogelijk iets minder specifiek doordat het enige anticholinerge werking bezit
- ▶ van vooral fluoxetine en paroxetine is een verhoogde bloedingsneiging gemeld
- ▶ bij fluoxetine kan er sprake zijn van enige anorexie en gewichtsverlies, terwijl er bij de andere SSRI's eerder sprake is van gewichtstoename

2A3/2B3

Wat kunt u zeggen over de effecten van de TCA's in vergelijking met de SSRI's? *Huisarts, apotheker*

De TCA's en SSRI's zijn ongeveer even effectief.

Wat adviseert u mevrouw Toelen? *Huisarts, apotheker*

Aangezien mevrouw Toelen onlangs een hartinfarct heeft gehad, komt zij niet in aanmerking voor een TCA. Mevrouw Toelen gebruikt de aanbevolen dosering van fluvoxamine, dus ophogen van de dosis is niet zinvol. Voor de effectiviteit van verhoging van de dosering boven de aanbevolen dosis bestaat geen bewijs. Verlenging van de duur van de behandeling is te overwegen als er wel enige respons is op het antidepressivum tot zes (maximaal tien) weken.

De apotheker vertelt de patiënt dat er nog andere middelen zijn waarvoor zij wel in aanmerking komt en verwijst de patiënt naar de huisarts. De huisarts kan in overleg met de patiënt kiezen voor een ander antidepressivum.

Bij non-responders op een SSRI beveelt de multidisciplinaire richtlijn *Depressie* (2009) aan om wanneer patiënten in de eerste stap na vier weken niet reageren op behandeling met een SSRI te switchen naar een ander antidepressivum. Keuzes zijn:

- ▶ overschakeling naar een ander antidepressivum: een andere SSRI, een TCA, venlafaxine, mirtazapine of bupropion
- ▶ toevoeging van lithium als beste additie-optie
- ▶ eventueel toevoeging van mirtazapine of mianserine
- ▶ eventueel toevoegen van een atypisch antipsychoticum

Bij mevrouw Toelen komen TCA's en lithium niet in aanmerking omdat zij een recent hartinfarct heeft gehad. Het Farmacotherapeutisch Kompas adviseert om mianserine – wegens de ernstige bijwerkingen - niet meer voor te schrijven aan nieuwe patiënten.

En welke mogelijkheden heeft u als een gebruiker van een TCA niet reageert op de TCA? *Huisarts*

Wat kunt u adviseren als een gebruiker van een TCA niet reageert op de TCA? *Apotheker*

Bij non-responders op een TCA beveelt de multidisciplinaire richtlijn *Depressie* (2009) aan om de TCA na vier tot zes weken verder te doseren op geleide van de plasmaspiegel. Na zes (tot maximaal tien) weken kan de huisarts een keuze maken uit:

- ▶ eventueel overschakeling naar een ander antidepressivum, een niet TCA
- ▶ toevoeging van lithium
- ▶ overschakeling naar een klassieke MAO-remmer
- ▶ elektroconvulsie therapie

Depressie

Casus 3 Langdurige behandeling met antidepressiva en therapietrouw

Doel

- Optimaliseren van het beleid om vroegtijdig stoppen met antidepressiva te voorkomen
- Optimaliseren van het beleid om onterecht langdurig gebruik van antidepressiva te voorkomen
- Afstemmen voorlichting van huisarts en apotheker

Gebruikte bronnen

- Loenen van AC, Sitsen JMA, red. Farmacotherapeutisch Kompas 2010. Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2010. Zie www.fk.cvz.nl.
- Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Utrecht: CBO/Trimbos, 2009. Zie www.ggzrichtlijnen.nl.

Instructie voor het invullen

- a. Vul de casus individueel in.
- b. Lees niet de gehele casus door voor u begint. Beantwoord eerst de vragen van pag. 1, daarna van pag. 2 enz. Blader dus niet vooruit.
- c. Beantwoord de vragen alsof zij zich werkelijk zo in uw praktijk, in uw apotheek, hebben voorgedaan. Noteer dus wat u werkelijk zou doen, niet wat u denkt dat u zou moeten doen.
- d. Bij deze casus zijn er aparte werkbladen voor de huisartsen en voor de apothekers. Bekijk steeds of u het juiste werkblad voor u heeft.
- e. Aanwijzingen voor bespreking van de casus in het FTO vindt u in de handleiding achter de laatste casus.

Wij hebben de grootst mogelijke zorg besteed aan deze uitgave. Aan de inhoud hiervan kunnen echter geen rechten worden ontleend. Het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) is niet aansprakelijk voor directe of indirecte schade die het gevolg is van het gebruik van de informatie die door middel van deze uitgave is verkregen. Niets uit deze uitgave mag worden gebruikt zonder vooraf verkregen toestemming.

Depressie

Werkblad 3A: Beleid van de huisarts

3A1

U heeft van de apotheker in het kader van een FTO over depressie een lijst met patiënten gekregen die in het afgelopen jaar slechts gedurende enkele weken een antidepressivum hebben gebruikt. Een van deze patiënten is mevrouw de Jong, 53 jaar. Zij heeft gedurende zes weken fluvoxamine 100 mg gebruikt en is daarna gestopt. U kunt aan de hand van uw gegevens in het HIS niet achterhalen wat de reden van het staken van de medicatie is. Zij is niet meer op uw spreekuur geweest. Ook is u niet bekend of mevrouw de Jong haar medicatie heeft afgebouwd of dat zij abrupt gestopt is.

Welke actie wilt u bij mevrouw de Jong ondernemen?

Welke mogelijkheden heeft u om te voorkomen dat patiënten ten onrechte vroegtijdig stoppen met de medicatie?

Wat kunt u doen om de therapietrouw bij depressieve patiënten te vergroten?

Depressie

Werkblad 3A: Beleid van de huisarts

3A2

U heeft van de apotheker eveneens een lijst met patiënten gekregen die gedurende het afgelopen anderhalf jaar onafgebroken een antidepressivum gebruikten. Een van deze patiënten is mevrouw Fransen, 58 jaar. Uit uw HIS blijkt dat zij al gedurende 20 maanden paroxetine 20 mg gebruikt. Het afgelopen jaar is zij niet meer bij u op het spreekuur geweest en herhaalt zij de recepten via uw assistente.

Welke actie wilt u bij mevrouw Fransen ondernemen?

Welke mogelijkheden heeft u om te voorkomen dat patiënten ten onrechte langdurig antidepressiva gebruiken?

Depressie

Werkblad 3B: Beleid van de apotheker

3B1

In het kader van een FTO over depressie heeft u per huisarts een lijst met patiënten gemaakt die in het afgelopen jaar slechts gedurende enkele weken een antidepressivum hebben gebruikt. Een van deze patiënten is mevrouw de Jong, 53 jaar. Zij heeft gedurende zes weken fluvoxamine 100 mg gebruikt en is daarna gestopt. De huisarts heeft aan de hand van zijn gegevens in het HIS niet kunnen achterhalen wat de reden van het staken van de medicatie is. Zij is niet meer op het spreekuur van de huisarts geweest. Ook is niet bekend of mevrouw de Jong haar medicatie heeft afgebouwd of dat zij abrupt gestopt is.

Welke mogelijkheden heeft u om te voorkomen dat patiënten ten onrechte vroegtijdig stoppen met de medicatie?

Wat kunt u doen om de therapietrouw bij depressieve patiënten te vergroten?

Depressie

Werkblad 3B: Beleid van de apotheker

3B2

U heeft voor de huisartsen van het FTO eveneens een lijst met patiënten gemaakt die gedurende het afgelopen anderhalf jaar onafgebroken een antidepressivum gebruikten. Een van deze patiënten is mevrouw Fransen, 58 jaar. Uit uw apotheeksysteem blijkt dat zij al gedurende 20 maanden paroxetine 20 mg gebruikt. De huisarts heeft u verteld dat mevrouw Fransen het afgelopen jaar niet meer bij hem op het spreekuur is geweest en dat zij de recepten herhaalt via zijn assistente.

Welke actie wilt u bij mevrouw Fransen ondernemen?

Welke mogelijkheden heeft u om te voorkomen dat patiënten ten onrechte langdurig antidepressiva gebruiken?

Depressie

Toelichting 3: Beleid van de huisarts/apotheker

3A1/3B1

Welke actie wilt u bij mevrouw de Jong ondernemen? *Huisarts*

Mevrouw de Jong heeft in eerste instantie genoeg aanleiding gezien om een afspraak te maken voor uw spreekuur. Ook uit uw gesprekken met haar is gebleken dat er sprake is van matige of ernstig depressieve klachten. Het is zinvol om (telefonisch) bij haar na te vragen waarom zij gestopt is en geen afspraak meer heeft gemaakt. Mogelijk is er sprake van verbetering van de klachten, onvoldoende effect van de medicatie, hinderlijke bijwerkingen of heeft zij geen vertrouwen (meer) in de medicatie. Afhankelijk van de reactie van de mevrouw de Jong kunt u haar uitnodigen voor een consult en een vervolgactie bepalen.

Welke mogelijkheden heeft u om te voorkomen dat patiënten ten onrechte vroegtijdig stoppen met de medicatie? *Huisarts, apotheker*

Wat kunt u doen om de therapietrouw bij depressieve patiënten te vergroten? *Huisarts, apotheker*

Om te voorkomen dat de patiënt ten onrechte vroegtijdig stopt met de medicatie en om de therapietrouw te bevorderen is het belangrijk dat de huisarts samen met de patiënt een overwogen beslissing neemt over het al dan niet starten van een medicamenteuze behandeling. Daarbij dient u als huisarts de consequentie van de beslissing met de patiënt te bespreken. Bespreek eveneens verdere behandelalternatieven en tast af hoe de patiënt tegenover medicamenteuze behandeling staat. Geef de patiënt eventueel een bedenktijdperiode. Het kan de therapietrouw bevorderen als een patiënt bewust kiest voor medicamenteuze therapie. Potentiële therapieontrouw kan dan ook een reden zijn voor het niet starten van een medicamenteuze therapie.

Daarnaast speelt het geven van goede voorlichting over de medicamenteuze therapie een belangrijke rol bij het voorkomen van ten onrechte vroegtijdig stoppen van de medicatie en het bevorderen van de therapietrouw. Wat kan de patiënt verwachten ten aanzien van werking en bijwerkingen? Wanneer kan hij effect verwachten? Hoe lang dient de medicamenteuze behandeling voortgezet te worden (ook bij voldoende respons)? Wat te doen bij onacceptabele bijwerkingen en/of onvoldoende effect? Wat moet de patiënt doen indien hij wil stoppen met de medicatie? Denk daarbij ook aan het meegeven van schriftelijk voorlichtingsmateriaal. Zowel huisarts als apotheker hebben een belangrijke rol bij het geven van deze voorlichting.

Stem uw voorlichting op elkaar af en spreek af wie welke informatie verstrekt. Beperk u niet tot het geven van informatie tijdens het eerste consult of bij de eerste uitgifte. Bij het tweede consult en tweede uitgifte is het belangrijk te vragen naar de ervaringen van de patiënt ten aanzien van het gebruik en de bijwerkingen van het middel. Uit onderzoek blijkt dat vooral het geven van voorlichting bij de uitgifte van het tweede recept belangrijk is voor de therapietrouw.

3A2

Welke actie wilt u bij mevrouw Fransen ondernemen? *Huisarts, apotheker*

Mogelijk is er sprake van onterecht langdurig gebruik van de medicatie. Dit kan leiden tot onnodige hinder van bijwerkingen, kans op interacties met andere geneesmiddelen en onnodige kosten.

De apotheker kan de ervaringen met de medicamenteuze behandeling met mevrouw Fransen bespreken bij de uitgifte van een nieuw recept. Wat zijn redenen voor het langdurig gebruik? Heeft zij pogingen ondernomen om de medicatie te staken en was er mogelijk sprake van onttrekkingsverschijnselen? De apotheker verwijst mevrouw verder naar de huisarts voor evaluatie van de medicamenteuze behandeling. De huisarts nodigt mevrouw Fransen uit voor een consult om de medicamenteuze behandeling uitvoerig te bespreken en te beoordelen of er sprake is van onterecht langdurig gebruik.

De optimale duur van de medicamenteuze behandeling is niet bekend. De huisarts stelt deze vast op grond van patiëntkarakteristieken en in overleg met de patiënt. Voorspellende factoren voor een recidief zijn eerdere recidieven en restsymptomen van een depressieve episode. Bij patiënten die twee of meer episoden hebben gehad is de kans op een nieuw recidief groter. Daarom is bij hen de duur van de onderhoudsbehandeling ook langer. Maar ook bij hen is de optimale duur niet goed vast te stellen.

De volgende normen zijn lang gehanteerd:

- ▮ zes maanden voortzetten van de behandeling na een eerste depressieve episode
- ▮ een jaar of langer voortzetten van de behandeling bij recidief episoden

Hoewel deze normen geen stevige onderbouwing hebben, kunnen ze volgens de multidisciplinaire richtlijn *Depressie* (2009) toch een leidraad zijn voor de behandelpraktijk.

Welke mogelijkheden heeft u om te voorkomen dat patiënten ten onrechte langdurig antidepressiva gebruiken? *Huisarts, apotheker*

Een van de mogelijkheden die de huisarts heeft om te voorkomen dat patiënten ten onrechte langdurig antidepressiva gebruiken is het voorkomen van ten onrechte aanvragen van herhaalreceptuur via de assistente. Dit kunt u doen door het vermelden van het maximaal aantal iteraties van de medicatie via uw assistente in uw HIS.

Daarnaast speelt het geven van goede voorlichting over de medicamenteuze therapie een belangrijke rol bij het voorkomen van onrecht langdurig antidepressiva gebruik. Hoe lang dient de patiënt de medicamenteuze behandeling voort te zetten? Wat moet hij doen indien hij wil stoppen met de medicatie? Wanneer is er sprake van onttrekkingsverschijnselen en wanneer van een recidief? Denk daarbij ook aan het meegeven van schriftelijk voorlichtingsmateriaal. Zowel huisarts als apotheker hebben een belangrijke rol bij het geven van deze voorlichting. Stem uw voorlichting op elkaar af en spreek af wie welke informatie verstrekt.

Ten slotte kunnen huisarts en apotheker aandacht besteden aan langdurige gebruikers van antidepressiva door gebruikers van antidepressiva regelmatig te screenen aan de hand van apotheekgegevens, bijvoorbeeld met behulp van het praktijkprogramma Antidepressiva van de SFK.

Handleiding voor het bespreken van een casus in het FTO

Doelstelling

- ▶ Inzichtelijk maken van verschillen en overeenkomsten in het huidige medicatiebeleid.
- ▶ Per casus zijn er verschillende subdoelen aangegeven.

Voorbereiding

- ▶ Neem de casuïstiek en de toelichting door.
- ▶ Zorg dat u zelf op de hoogte bent van de NHG-standaarden van het betreffende onderwerp.
- ▶ Lees van tevoren het betreffende hoofdstuk in het Farmacotherapeutisch Kompas en eventuele lokale formularia.
- ▶ Kopieer de casus voor alle deelnemers.
- ▶ Zorg voor een flapover of sheets en schrijfmateriaal.
- ▶ Maak een inventarisatieschema met eventueel een afgeplakt advies.

Uitvoering

Let op! De tijdsinvestering verschilt per casus. Het zwaartepunt ligt op de discussie. De genoemde tijden zijn een indicatie.

1. Presentatie casus 5 min.

- ▶ Leg deelnemers uit wat het doel is van de werkvorm.
- ▶ Geef alle huisartsen een kopie van de werkbladen 'Beleid van de huisarts' en alle apothekers een kopie van de werkbladen 'Beleid van de apotheker'.
- ▶ Nodig de deelnemers uit de vragen individueel schriftelijk te beantwoorden.
*N.B. Voorkom in deze fase onderlinge uitwisseling van antwoorden.
Vermijd interpretatie en discussie over diagnostiek. Bij de beantwoording van de casus wordt uitgegaan van een vaststaande diagnose.*

2. Inventarisatie 10 min.

- ▶ Nodig een deelnemer uit zijn/haar antwoord voor te lezen. Noteer deze op flapover. Vraag de andere deelnemers naar afwijkende meningen. Stop als er geen nieuwe informatie op tafel komt.
N.B. Voorkom discussie. Het gaat alleen om een inventarisatie van verschillende handelwijzen.
- ▶ Laat het advies van de literatuur zien en wijs op overeenkomsten en verschillen.

3. Discussie 30 min.

- ▶ Stel gezamenlijk vast wat, op grond van geconstateerde verschillen, de discussiepunten bij de casus zijn. Noteer deze op flapover, stel prioriteiten en bepaal per punt de discussietijd.
- ▶ Stel telkens één discussiepunt aan de orde.
 - ✗ Geef gelegenheid tot inbreng van informatie uit de literatuur.
 - ✗ Zorg dat het gesprek gericht blijft op het discussiepunt dat aan de orde is.
 - ✗ Vermijd discussie over diagnostiek.
 - ✗ Vraag door naar argumenten.
 - ✗ Bewaak de tijd per discussiepunt.
 - ✗ Sluit elk discussiepunt af met een conclusie.
- ▶ Geef als afsluiting van de discussiefase een samenvatting van de conclusies.

4. Conclusie 10 min.

- ▶ Ga na of er algemene conclusies getrokken kunnen worden die kunnen resulteren in consensus over de behandeling van een bepaald ziektebeeld. Noteer deze conclusies op flapover. Noteer bij geen consensus expliciet de verschilpunten.
- ▶ Vraag de deelnemers wat zij in de praktijk gaan doen met de conclusies van de bespreking.
- ▶ Als de bespreking leidt tot voornemens tot gedragsverandering, stel dan vast wanneer er op teruggekomen wordt.
- ▶ Mochten er vragen zijn die nog moeten worden uitgezocht, spreek dan af wie dit doet en wanneer en hoe hierover wordt gerapporteerd.