

# Farmacotherapie op maat; medicatieconsulten in een zorgprogramma voor depressie

A. SMIT, A.H. SCHENE, F.P.M.L. PEETERS, J. SPIJKER

- ACHTERGROND** Ondanks de toenemende rationalisering van behandeling in de ggz, ontbreken aanwijzingen over contacten tussen patiënt en psychiater rond de farmacotherapie in de gecombineerde ambulante behandeling (antidepressiva en gesprekstherapie) van depressie.
- DOEL** Onderzoeken van de mogelijkheid een advies op te stellen over frequentie, aantal en duur van medicatieconsulten in een gecombineerde depressiebehandeling.
- METHODE** Literatuuronderzoek en kwalitatieve interviews met psychiaters en aiossen.
- RESULTATEN** In de literatuur wordt vooral aandacht besteed aan diagnostiek en patiëntkenmerken die bepalen hoeveel zorg gewenst zou zijn. Adviezen over medicatiemanagement zijn beperkt tot expertmeningen. In de interviews noemden de deelnemers veel factoren die volgens hen van invloed zijn op aantal en duur van deze consulten. Toch was er een patroon herkenbaar.
- CONCLUSIE** Over de medicatie in de acute fase van de behandeling van de meeste patiënten volstaan vijf tot zes consulten met een psychiater. Voor een kleine groep minder stabiele en/of crisisgevoelige patiënten zijn extra consulten vereist.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)12, 881-885

**TREFWOORDEN** ernstige depressie, behandeling, farmacotherapie



Er is sprake van een toenemende rationalisering van de zorg. In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) kennen we voor een deel van de behandelingen inmiddels een beschrijving waarin niet alleen over de inhoud van de zorg, maar ook over benodigde frequentie en duur van contacten zaken zijn vastgelegd. Voor het inrichten van stoornis-specifieke zorgpaden zijn deze protocollen van belang omdat ze bijdragen aan transparantie, doelmatige inzet van professionals en een al te grote praktijkvariatie tegengaan.

Veel is ook nog niet in kaart gebracht. Onduidelijkheid is errondom de inzet van psychiaters bij de veelvoorkomende gecombineerde behandeling van depressie in de ambulante specialistische ggz, waarbij antidepressiva door de psychiater worden voorgeschreven en een vorm van

gesprekstherapie door een andere professional wordt uitgevoerd. We wilden weten wat er bekend is over het 'juiste' aantal, en over de duur en frequentie van de medicatieconsulten in deze behandeling voor patiënten met een (matig) ernstige unipolaire depressieve stoornis.

## METHODE

Wij verrichtten een verkennende studie, bestaande uit een literatuurstudie gevolgd door een kwalitatief onderzoek onder psychiaters en artsen in opleiding tot psychiater (aiossen).

## Literatuuronderzoek

De hoofdvraag was: wat zeggen bestaande richtlijnen over frequentie en duur van contacten tussen patiënt en psychi-

ater? Waar zijn de aanbevelingen op gebaseerd? We zochten in PubMed door middel van het combineren van de volgende zoektermen: 'depressieve patiënten; acute behandeling en antidepressieve medicatie; richtlijnen; verantwoorde zorg'. We beperkten ons tot artikelen geschreven in de Nederlandse en Engelse taal en gepubliceerd in de afgelopen 15 jaar (tot en met december 2013).

### Kwalitatief onderzoek

Het doel was te achterhalen hoe de praktijk rondom farmacotherapie bij depressie er vanuit het perspectief van de psychiater uitziet, en hoe dit zich verhoudt tot de literatuur. Hiervoor interviewden wij 7 psychiaters en 3 aiossen die ten tijde van de studie werkzaam waren bij Pro Persona GGZ. Het betrof semigestructureerde interviews waarin de uitkomsten van de literatuurstudie de leidraad vormden. Aan de hand van een topiclijst werd gevraagd hoe deze bevindingen zich verhouden tot de eigen ervaringen. De interviews werden opgenomen en letterlijk uitgeschreven. De verbatim uitgewerkte transcripten werden ingevoerd en thematisch geanalyseerd met het softwareprogramma ATLAS.ti (Muhr 2004). Met het digitaal coderen en categoriseren van het materiaal gingen we door tot verzadiging werd bereikt en we geen nieuwe informatie meer vonden.

## RESULTATEN

### Literatuuronderzoek

We selecteerden 17 artikelen met richtlijnen (11), reviews (2) en behandelalgoritmes en aanbevelingen (4) over de biologische behandeling van depressie. In deze literatuur is veel aandacht voor het belang van diagnostiek en kenmerken van de patiënt die bepalen hoeveel zorg nodig is, zoals ernst en duur van de depressie, of het een eerste of recidiefepisode betreft, comorbiditeit en uitlokkende omstandigheden (Timonen & Liukkonen 2008; Davidson 2010; Nakajima e.a. 2010; Nutt e.a. 2010; Dupuy e.a. 2011; Ruhe 2011; Spijker e.a. 2011; Malhi e.a. 2013, 2009).

In grote lijnen kwamen de adviezen overeen. Er worden, aansluitend op het beloop van depressie, drie behandelfases onderscheiden. In de acute fase, vanaf start behandeling tot aan symptoomremissie, zou een patiënt intensief begeleid moeten worden; na verbetering kan dit omlaag. Na herstel zou zes tot twaalf maanden laagfrequent doorbehandeld moeten worden (continuatiefase). De onderhoudsfase, gericht op het voorkomen van nieuwe episoden, kan jaren duren.

Voor de acute fase werden de concreetste adviezen gegeven over de frequentie van contacten over medicatie, variërend van eens per twee weken tot meerdere keren per week (Anderson e.a. 2008; Suehs e.a. 2008; NICE 2009; Parikh e.a. 2009; Gelenberg e.a. 2010; Härter e.a. 2010; Bauer e.a. 2013).

## AUTEURS

**ANNET SMIT**, senior wetenschappelijk medewerker, Pro Persona, Wolfheze.

**AART H. SCHENE**, hoogleraar Psychiatrie en afdelingshoofd, afd. Psychiatrie, Radboudumc, Nijmegen.

**FRENK P.M.L. PEETERS**, hoogleraar Behandeling van Stemmingsstoornissen, afd. Psychiatrie en Psychologie Academisch Ziekenhuis Maastricht, en Virenze RIAGG, Maastricht.

**JAN SPIJKER**, hoogleraar Chronische Depressie, Radboud Universiteit Nijmegen, hoofd zorgprogramma Depressie, Pro Persona.

### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Annet Smit, Gebouw de Bogen, Wolfheze 2, 6874 BE Wolfheze.  
E-mail: a.smit@propersona.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-6-2016.

Dergelijke voorstellen leken vooral op consensus gebaseerd te zijn en de rationale ('indien nodig') wordt niet uitgewerkt.

In de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn depressie (Spijker e.a. 2013) wordt gewezen op het belang van vervolgspraken over medicatie gedurende elk van de drie fasen. Wijziging van medicatie of toepassing van additie is pas aan de orde nadat een patiënt minimaal vier weken adequaat is behandeld. Er zijn aanwijzingen dat een protocolaire (Adli e.a. 2003) intensieve en vroegtijdig ingezette behandeling de kans op volledig herstel vergroot (Bauer e.a. 2013; Malhi e.a. 2013).

### Interviews

Er werden 10 interviews van gemiddeld 60 minuten gehouden. Uit de kwalitatieve analyse bleek dat dit aantal voldoende was om dataverzadiging te bereiken; er werd geen nieuwe informatie meer gevonden. Uit de analyse kwamen drie thema's naar voren: de rol van de psychiater, de inzet bij verschillende ernst van het ziektebeeld, en knelpunten in de huidige situatie.

### PSYCHIATER: ROL EN INVULLING

Alle ondervraagden zagen in dit deel van de specialistische zorg een centrale en specifieke rol voor de psychiater weggelegd. Vanwege de complexiteit van de problematiek zagen zij zich als hoofdbehandelaar, en hun diagnostiek en kijk op de patiënt als essentieel. Men vond uitgebreide

diagnostiek gericht op psychiatrische en/of somatische comorbiditeit van belang, evenals een beeld van omgevingsfactoren zoals het sociale netwerk. Waar mogelijk moeten taken bij anderen worden gelegd, maar de geïnterviewden benadrukten de waarde van het regelmatig spreken van de patiënten om een goede behandelrelatie te kunnen opbouwen en hen te informeren over ziektebeeld en medicatie; daarbij is onder meer het motiveren tot het blijven gebruiken van antidepressiva essentieel.

#### ZORGAANBOD: VERSCHILLEN DOOR ERNST ZIEKTEBEELD

Voor de psychiater was het ondersteunen van de patiënt door het monitoren en evalueren van de effecten van de medicatie en de bijwerkingen het belangrijkste behandelingsingrediënt. De uitvoering van het medicatiemanagement was vanuit de praktijk goed te beschrijven en kwam meestal neer op een uitgebreid kennismakingscontact van één tot anderhalf uur (inclusief uitwerktijd). Na 1 week kon er een kort face-to-face- of telefonisch contact zijn over ervaringen met (bijwerkingen van) de medicatie. Na 2 weken volgde een consult van een half uur, na 4 tot 6 weken een tussenevaluatie en eventueel aanpassing van de medicatie, en na 8-12 weken werd beoordeeld of het effect voldoende was. Een afspraak na 16-20 weken zou kunnen samenvallen met evaluatie c.q. afsluiting van de behandeling. Dit alles werd gezien als minimaal vereiste zorg.

Een deel van de patiënten vergde extra zorg waarvoor psychiatrische expertise vereist was. Inschatten van het risico op suïcide of teloorgang, en de aanwezigheid van comorbiditeit en luxerende factoren konden aanleiding zijn voor intensivering van de behandeling door de psychiater. Omdat uitkomsten van zorg bij deze patiënten minder voorspelbaar waren, zou ook vaker geëvalueerd moeten worden, waarbij de meeste geïnterviewden de voorkeur gaven aan meer korte consulten, boven enkele langere.

Ten slotte kwam een aantal patiënten in beeld via een crisissituatie. Hier gold dat de behandeling hoog intensief moet worden ingezet tot een verbeterd en stabiel beeld is ontstaan. Psychiatrische expertise was vereist voor een inschatting van de risico's, reden waarom deze patiënten vaak in kort tijdsbestek meermaals werden gezien.

In veel gevallen gold dat 20 minuten voldoende was voor de vervolgcontacten. Gezien de mate waarin een extra beroep gedaan werd op de psychiater in minder goed te voorspellen gevallen, vond men het aan te raden voor een consult standaard ten minste een half uur in te plannen.

#### KNELPUNTEN

Er werd een aantal knelpunten benoemd. Vaak was al eerder medicamenteuze behandeling ingezet, waar rekening mee moest worden gehouden. Dat kon aanleiding

geven tot afwijken van de richtlijn, omdat de optimale volgorde van medicatiestappen niet (meer) mogelijk was. Wachtlijsten vormden een probleem. Wachtijd voor een intake kan tot een crisis leiden, bijvoorbeeld omdat het sociale systeem van de patiënt uitgeput raakt. Bij wachtijd voor gesprekstherapie maakte de psychiater ter overbrugging soms meer afspraken dan strikt gezien nodig was.

Een ander knelpunt was dat centrale regie in gecombineerde behandelingen kan ontbreken waardoor er niet tijdig wordt geëvalueerd en te lang wordt doorgegaan met een onvoldoende werkzame therapie. Zo gaat kostbare tijd verloren en wordt het risico op een chronisch beloop groot. Bij comorbiditeit konden stoornisspecifieke zorgprogramma's een obstakel vormen. Ten slotte werd het gebrek aan ruimte en flexibiliteit in de agenda als problematisch ervaren.

#### DISCUSSIE

Depressie is een heterogene aandoening met een hoge prevalentie, waarvoor effectieve behandeling mogelijk is. Over het 'juiste' aantal afspraken (Ganguli e.a. 2015) tussen patiënt en psychiater voor farmacotherapie ontbreken echter adviezen. In de literatuur staan voornamelijk aanbevelingen om doortastend op te treden, intensief te behandelen en in geval van stagnatie snel in te grijpen. De grootste gemene deler blijkt de aanwijzing om de zorg af te stemmen op de individuele casus: maatwerk dus. De bevindingen van de interviews wijzen in dezelfde richting: ook hier komt de invloed van uiteenlopende zorgbehoeften op grond van diversiteit in problematiek naar voren.

#### Voorstel aanpak farmacotherapiecontacten

Wij stellen de volgende aanpak voor om tot een optimaal aanbod (aantal, frequentie en duur) van farmacotherapiecontacten te komen.

- Om de 'standaard' patiënt met relatief overzichtelijke problematiek en voldoende behandelrespons goed op medicatie in te stellen zijn in de acute fase 5 tot 6 contacten over 12 tot 16 weken nodig.
- Is een volgende medicatiestap nodig, dan komen er 3 of 4 afspraken bij.
- Bij complexere problematiek moet men direct bij de start frequenter behandelcontact bieden, bijvoorbeeld eens per 1 à 2 weken.
- De patiënt die instabiel is of in crisis verkeert ten slotte, zal men een paar keer binnen een kort tijdsbestek moeten zien; nadat verbetering inzet, kan men overgaan op het standaard aantal contacten.

Op grond van dit raamwerk zou men al na de eerste afspraak een serie consulten kunnen inplannen. Wanneer hiervoor 30 minuten geroosterd wordt, ontstaat ruimte om op te schalen indien de situatie daarom vraagt. Bij crisis

en stagnatie moet het mogelijk zijn de patiënt direct en frequent te zien; bij goede respons en een stabiel beeld kan de psychiater weer meer naar de achtergrond. Systematische evaluaties met alle betrokken behandelaren zijn een voorwaarde om dergelijk medicatiemanagement te realiseren en om onduidelijkheden rondom de regievoering bij een gecombineerde behandeling voor te zijn.

### Beperkingen

Dit onderzoek kent uiteraard zijn beperking door de exploratieve opzet. Het is in slechts één instelling uitgevoerd onder daaraan verbonden psychiaters en aiossen die bij hen in opleiding waren. Noch de mening van andere behandelaren, noch die van cliënten is geïnventariseerd. Een pilotstudie waarin op deze manier farmacotherapie wordt uitgevoerd, is nodig om de haalbaarheid van onze aanbevelingen te onderzoeken.

### CONCLUSIE

Wij doen een voorstel voor doelmatig medicatiemanagement in de gecombineerde ambulante behandeling voor depressie. Vijf tot zes consulten met een psychiater in 16 weken zullen voor standaardpatiënten met overzichtelijke problematiek volstaan. Bij crisisgevoelige patiënten zijn één tot vier extra consulten vereist, en veranderingen in medicatie vergen drie tot vier extra contacten. Deze systematiek geeft meer ruimte om de expertise van de psychiater gericht in te zetten.

✉ Bart Marée<sup>†</sup>, destijds student geneeskunde, assisteerde bij de uitvoering van dit onderzoek.

### LITERATUUR

- Adli M, Rush AJ, Moller HJ, Bauer M. Algorithms for optimizing the treatment of depression: making the right decision at the right time. *Pharmacopsychiatry* 2003; 36 (suppl 3): 222-9.
- Anderson IM, Ferrier IN, Baldwin RC, Cowen PJ, Howard L, Lewis G, e.a. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol* 2008; 22: 343-96.
- Bauer M, Pfennig A, Severus E, Whybrow PC, Angst J, Moller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: Update on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *The World J Biol Psychiatry* 2013;14: 334-85.
- Davidson JR. Major depressive disorder treatment guidelines in America and Europe. *J Clin Psychiatry* 2010; 71 (suppl E1): eo4.
- Dupuy JM, Ostacher MJ, Huffman J, Perlis RH, Nierenberg AA. A critical review of pharmacotherapy for major depressive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2011; 14: 1417-31.
- Ganguli I, Wasfy JH, Ferris TG. What is the right number of clinic appointments? Visit frequency and the accountable care organization. *JAMA* 2015; 313: 1905-6.
- Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, Rosenbaum JF, Thase ME, Trivedi MH, e.a. American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 2010. <http://psychiatryonline.org/guidelines>
- Härter M, Klesse C, Bermejo I, Schneider F, Berger M. Unipolar depression: diagnostic and therapeutic recommendations from the current S3/National Clinical Practice Guideline. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 700-8.
- Malhi GS, Hitching R, Berk M, Boyce P, Porter R, Fritz K. Pharmacological management of unipolar depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2013; 443: 6-23.
- Malhi GS, Adams D, Porter R, Wignall A, Lampe L, O'Connor N, e.a. Clinical practice recommendations for depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2009; 439: 8-26.
- Muhr T. ATLAS-ti Version 5.0 [Computersoftware]. Berlijn: Scientific Software Development; 2004.
- Nakajima S, Suzuki T, Watanabe K, Kashima H, Uchida H. Accelerating response to antidepressant treatment in depression: A review and clinical suggestions. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2010; 34: 259-64.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in adults: recognition and management. Londen: NICE; 2009. [www.nice.org.uk/CG90](http://www.nice.org.uk/CG90).
- Nutt DJ, Davidson JR, Gelenberg AJ, Higuchi T, Kanba S, Karamustafalioglu O, e.a. International consensus statement on major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 2010; 71 (suppl E1): eo8.
- Parikh SV, Segal ZV, Grigoriadis S, Ravindran AV, Kennedy SH, Lam RW, e.a. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *J Affect Disord* 2009; 117 (suppl 1): S15-25.
- Ruhe HG. Algoritmes voor de biologische behandelingen van depressie. *Tijdschr Psychiatr* 2011; 53: 235-38.

- Spijker J, Bockting CLH, Meeuwissen JAC, Van Vliet IM, Emmelkamp PMG, Balkom ALJM van. Multidisciplinaire richtlijn depressie (3e revisie). Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een depressieve stoornis. Utrecht: Trimbo-instituut; 2013.
- Spijker J, Nolen, WA. Het algoritme voor de biologische behandeling van depressie in de Nederlandse multidisciplinaire richtlijn depressie. Tijdschr Psychiatr 2011; 53: 223-33.
- Suehs BT, Argo TR, Bendele SD, Crismon ML, Trivedi MH, Kurian B. Texas Medication Algorithm Project procedural manual: major depressive disorder algorithms. Texas Department of State Health Services; 2008.
- Timonen M, Liukkonen T. Management of depression in adults. BMJ 2008; 336: 435-9.

## SUMMARY

# Tailored pharmacotherapy. Consultations about medication in a care programme for depression

A. SMIT, A.H. SCHENE, F.P.M.L. PEETERS, J. SPIJKER

**BACKGROUND** Despite the increasing rationalisation of mental health care, there are no specific recommendations regarding the number of contacts between a patient and a psychiatrist for the pharmacotherapy that forms part of the combined outpatient treatment (antidepressants and psychotherapy) of depression.

**AIM** To consider the possibility of drawing up an advisory document regarding frequency, number and duration of consultations about medication in combined treatment for depression.

**METHOD** We reviewed the literature and had qualitative interviews with psychiatrists and trainees in psychiatric residency.

**RESULTS** The literature focuses predominantly on diagnostics and patient characteristics that determine the amount of care required. Advice on medication and pharmacotherapy is provided only by experts. According to the interviews, in psychiatric practice many factors influence the number and duration of consultations. Nevertheless, a distinctive pattern emerged.

**CONCLUSION** Regarding medication in the acute treatment phase, five or six visits to a psychiatrist are sufficient for most patients. Extra consultations have to be arranged for smaller groups of less stable patients and for crisis-prone patients.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)12, 881-885

**KEY WORDS** pharmacotherapy, severe depression, treatment