

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

2443

Vragen van het lid **Bergkamp** (D66) aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat artsen die kinderen antidepressiva voorschrijven vaak niet de geldende richtlijn volgen* (ingezonden 31 maart 2016).

Antwoord van Staatssecretaris **Van Rijn** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 2 mei 2016). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2015–2016, nr. 2281.

Vraag 1

Bent u bekend met het artikel «Antidepressiva jeugd vaak niet volgens richtlijn» en het persbericht «Voorschrijfgedrag artsen antidepressiva aan jongeren niet volgens richtlijn»?^{1 2}

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2 en 3

Wat is uw reactie op de constatering dat Nederlandse artsen zich geregeld niet aan de richtlijn zouden houden wanneer zij antidepressiva voorschrijven aan kinderen en jongeren? Heeft u inzicht hoe vaak dit voorkomt? Zo nee, bent u bereid dit te onderzoeken?

Kunt u aangeven om welke richtlijn dit expliciet gaat, en hoe deze richtlijn luidt? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 2 en 3

Uit het Groningse prescriptie-database onderzoek, waarnaar in het persbericht van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)³ wordt verwezen, blijkt dat minder dan 20 procent van de jongeren het middel fluoxetine als startmedicatie kreeg voorgeschreven, ook na de publicatie van

¹ http://www.medischcontact.nl/Actueel/Nieuws/Nieuwsbericht-1/153264/Antidepressiva-jeugd-vaak-niet-volgens-richtlijn.htm?utm_source=subscribers_medischcontact_dagelijks&utm_medium=email&utm_term=&utm_content=&utm_campaign=20160322

² <https://www.umcg.nl/NL/UMCG/Nieuws/Persberichten/Paginas/Voorschrijfgedrag-artsen.aspx>

³ zie noot 2

de multidisciplinaire richtlijn jeugd. De richtlijn waarom het gaat betreft de multidisciplinaire richtlijn Depressie bij Jeugd Addendum (2009).⁴ Het is voor artsen mogelijk om gemotiveerd van de in richtlijnen en in standaarden aanbevolen behandeling af te wijken. Er is geen integraal inzicht in de mate waarin artsen antidepressiva bij jeugdigen richtlijnconform voorschrijven, omdat hiervan geen structurele data of gegevens beschikbaar zijn. Uit het Groningse onderzoek blijkt nu dat dit in de praktijk klaarblijkelijk wel vaak voorkomt. Het behoort tot de professionele verantwoordelijkheid van de arts in welke specifieke gevallen hiervoor voldoende redenen aanwezig zijn. Uit het onderzoek wordt niet direct duidelijk wat de redenen van artsen zijn. Ik zal de uitkomsten van het onderzoek met de NVvP bespreken.

Vraag 4

Welke verklaring kunt u geven voor de overstap van sommige artsen in hun voorschriften van het middel paroxetine op het middel citalopram, in plaats van het richtlijn conforme fluoxetine?

Antwoord 4

Ik heb hiervoor navraag gedaan bij het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). Volgens het NHG en de NVvP heeft dit mogelijk te maken met de omstandigheid dat citalopram in druppelvorm (1 druppel is 2 mg) op de markt is, waarmee de hoeveelheid van het geneesmiddel eenvoudig gedoseerd kan worden. Ook kan de omstandigheid een rol spelen dat citalopram dezelfde werking, maar minder bijwerkingen heeft. Overigens wordt citalopram als tweede antidepressivum in de multidisciplinaire richtlijn Depressie bij Jeugd Addendum (2009) aanbevolen.

Vraag 5 en 6

In hoeverre kunt u een verklaring geven voor het feit dat de laagst verkrijgbare dosering van fluoxetine in Nederland 20mg bedraagt, terwijl kinderen en jongeren volgens de richtlijn een lagere dosering van dit middel nodig hebben?

Deelt u de mening dat het belangrijk is dat artsen onbelemmerd toegang hebben tot de juiste dosering van de in de richtlijn opgenomen geneesmiddelen? Zo ja, op welke manier wilt u dit faciliteren? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 5 en 6

Ik ben van mening dat het belangrijk is dat artsen onbelemmerd toegang hebben tot de juiste dosering van geneesmiddelen die in de richtlijnen zijn vermeld, maar tegelijkertijd moet ik constateren dat dit in de praktijk niet altijd mogelijk is, omdat de productie van verschillende doseringen van bepaalde geneesmiddelen een keuze is van de farmaceutische producent. Overigens zijn er tabletten van fluoxetine van 20 milligram (mg) met een breukgleuf beschikbaar die gebroken kunnen worden in doseringen van 10 mg. Bij lagere doseringen (in het kinderformularium wordt een dosering van 5 mg vermeld) bestaat de mogelijkheid dat apotheken via zogeheten magistrale bereidingen capsules met lagere dosering dan 10 mg maken voor hun patiënten.

Vraag 7

Deelt u de constatering, zoals weergegeven in de bijgevoegde bronnen, dat artsen beter bewust gemaakt moeten worden van het belang van het voorschrijven volgens de richtlijn? Zo ja, bent u bereid hierover met betrokken artsenorganisaties, zoals de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), in gesprek te gaan om te bekijken op welke manier dit gerealiseerd kan worden? Zo nee, waarom niet?

⁴ Bron: <http://www.ggzrichtlijnen.nl/uploaded/docs/Addendum%20Jeugd%20bij%20MDR%20Depressie/AF0897%20Addendum%20Depressie%20bij%20Jeugd%20compleet.pdf>

Antwoord 7

In het algemeen worden kinderen met depressieverschijnselen door huisartsen doorverwezen naar kinder- en jeugdpsychiaters. Uit navraag bij de NVvP blijkt dat bewustwording van het voorschrijven volgens de vigerende richtlijnen door de NVvP als een belangrijk aandachtspunt wordt gezien, waaraan zowel in de opleiding tot psychiater, als in de reguliere kwaliteitscyclus (door middel van kwaliteitsvisitaties), aandacht wordt besteed. Ik zal met het NHG en de NVvP in overleg gaan om dit punt nogmaals onder de aandacht van de beroepsgroepen te brengen.