

## De Top 10 van de therapeutische klassen Vermijdbare/noodzakelijke uitgaven?

Rose-Marie Ntahonganyira, Hervé Avalosse, Gauthier Vandeleene – (Departement R&D)  
Met dank aan Caroline Lebbe, Jocelijn Stokx en Jan Vandenberghe (Medische Directie)

### Samenvatting

*In dit artikel analyseren we de uitgaven voor geneesmiddelen van de Belgische bevolking (= geëxtrapolerde CM-leden) en het aantal personen aan wie ten minste één verpakking van een geneesmiddel is verstrekt in een openbare apotheek. Aan de hand van deze cijfers bepalen we welke therapeutische klassen de grootste uitgaven vertegenwoordigen. We presenteren de Top 10, die geneesmiddelen bevat gaande van immunosuppressiva tot antidepressiva. We analyseren de kenmerken van de personen die dergelijke geneesmiddelen hebben gekocht (leeftijd, geslacht, enz.). Vervolgens stellen we de vraag: zijn deze uitgaven vermijdbaar? We merken immers op dat van de tien grootste therapeutische klassen in termen van uitgaven, de consumptie van acht klassen kan worden gekoppeld aan onze levensstijl. Aan de hand van drie sprekende voorbeelden (antidiabetica, geneesmiddelen voor obstructieve luchtwegaandoeningen en antidepressiva) tonen we aan we hoe deze uitgaven soms, preventief of curatief (vooral voor antidepressiva) vermeden kunnen worden. Ook vestigen we de aandacht op het belang van therapietrouw.*

**Sleutelwoorden:** Geneesmiddelen, uitgaven, preventie, alternatieven, therapietrouw, antidiabetica, antidepressiva, COPD

### 1. Inleiding

In België bedragen de uitgaven voor geneesmiddelen die in 2016 door de openbare apotheken worden afgeleverd en door het RIZIV worden terugbetaald (en via Farmanet worden getarifeerd) bijna 2,7 miljard euro. Zijn sommige van deze uitgaven vermijdbaar?

Het doel van dit artikel is het identificeren van de therapeutische klassen van geneesmiddelen die de grootste impact hebben op deze uitgaven. Vervolgens kijken we naar evoluties in de uitgaven en het aantal patiënten voor deze therapeutische klassen. Tot slot analyseren we in hoeverre deze uitgaven vermeden kunnen worden of niet.

### 2. Methodologie

De therapeutische klassen worden geïdentificeerd door de ATC-classificatie (Anatomisch, Therapeutisch en Chemisch)

die alle geneesmiddelen classificeert. De Top 10 van deze klassen werd verkregen op basis van de uitgaven voor de verplichte ziekteverzekering (VP) die in de CM-databases voor vergoede farmaceutische specialiteiten bekend zijn. Deze uitgaven werden vervolgens geëxtrapolerd naar een nationaal niveau (gebaseerd op het aandeel van de uitgaven van CM in de totale VP-uitgaven). Vervolgens hebben we per therapeutische klasse het aantal patiënten berekend dat minimaal één verpakking binnen deze klasse vergoed kreeg.

Wij willen er nadrukkelijk op wijzen dat onze gegevens informatie geven over de **terugbetaling** van geneesmiddelen en niet **over het werkelijke gebruik**. Dit is belangrijk omdat behandelingen met geneesmiddelen soms te lijden hebben onder slechte therapietrouw. Als iemand een doos geneesmiddelen koopt, is het mogelijk dat hij of zij ze niet volledig gebruikt of zelfs helemaal niet gebruikt. Er is dus een verschil tussen terugbetaling en gebruik van geneesmiddelen. Als we het soms over gebruik hebben, dan is dat voor het semantische gemak: wij verwijzen dan naar gegevens over terugbetalingen.

### 3. Resultaten: de Top 10

De Top 10 van de therapeutische klassen wordt weergegeven in tabel 1. In 2016 namen deze tien therapeutische klassen alleen al ongeveer 64% van de uitgaven en 70% van het volume van de DDD<sup>1</sup> voor hun rekening in vergelijking met alle geneesmiddelen die in openbare apotheken worden verkocht. Hoe zit het met het aantal patiënten dat een terugbetaling heeft ontvangen? Dit hangt sterk af van de therapeutische klasse. Immunosuppressiva bijvoorbeeld, wegen heel zwaar door in de uitgaven, bijna 320 miljoen euro in 2016, maar het gaat slechts

over een klein aantal patiënten: iets minder dan 110.000 patiënten, of 1% van de bevolking. Immunosuppressiva zijn geneesmiddelen die de immuunreacties van het lichaam verminderen of blokkeren en worden gebruikt bij zeldzame en complexe ziekten.

Aan de andere kant vertegenwoordigen antibacteriële geneesmiddelen 94 miljoen euro aan uitgaven in 2016 en worden ze gebruikt door bijna vier miljoen Belgen, of 38% van de bevolking.

**Tabel 1: De Top 10 van de therapeutische klassen volgens de kosten ten laste van de verplichte ziekteverzekering (VP).**

TOP	Therapeutische klassen	Uitgaven VP in euro (cijfers CM geëxtrapoleerd) in 2016	Volume in DDD (cijfers CM geëxtrapoleerd) in 2016	Aantal patiënten (cijfers CM geëxtrapoleerd) in 2016	% t.o.v. de Belgische bevolking
1	Immunosuppressiva	323.217.501	6.248.252	108.958	0,96%
2	Antihypertensiva	275.552.698	302.468.434	2.664.252	23,51%
3	Antithrombotica	212.542.518	103.061.796	1.539.861	13,59%
4	Hypolipemiërende middelen	180.038.489	131.835.044	1.673.114	14,76%
5	Geneesmiddelen gebruikt bij diabetes	167.310.596	58.966.333	613.857	5,42%
6	Geneesmiddelen voor chronisch obstructief longlijden (COPD)	161.998.231	46.275.678	1.423.147	12,56%
7	Antivirale geneesmiddelen (systemisch gebruik)	108.884.258	1.333.627	24.908	0,22%
8	Middelen bij aandoeningen die verband houden met maagzuur	102.058.246	93.288.015	2.072.611	18,29%
9	Antibacteriële geneesmiddelen (systemisch gebruik)	94.294.875	23.547.273	4.164.837	36,75%
10	Antidepressiva	88.254.849	69.048.001	1.140.942	10,07%
Totaal	(1) TOP 10 Therapeutische klassen	1.714.152.259	836.072.453		
	(2) Totale uitgaven ambulante geneesmiddelen (Farmanet) in 2016	2.660.072.000	1.198.978.487		
	= (1)/ (2) in %	64,44%	69,73%		

<sup>1</sup> DDD is de afkorting van *defined daily dose* (letterlijk: de vastgestelde dagelijkse dosis). Ze wordt gedefinieerd als de veronderstelde gemiddelde dagelijkse onderhoudsdosis voor een geneesmiddel dat bij de primaire indicatie bij volwassenen wordt gebruikt.

**Tabel 2: Top 10 - Evolutie van de uitgaven voor de verplichte ziekteverzekering (VP) en het aantal patiënten tussen 2010 en 2016**

Top	Therapeutische klasse	Uitgaven VP in euro (cijfers CM geëxtrapoleerd)		Jaarlijkse toename	Aantal patiënten (cijfers CM geëxtrapoleerd)		Jaarlijkse toename
		2010	2016		2010	2016	
1	Immunosuppressiva	208.039.264	322.320.719	<b>7,6%</b>	77.784	108.958	<b>5,8%</b>
2	Antihypertensiva	354.313.096	275.290.323	<b>-4,1%</b>	2.541.968	2.664.252	<b>0,8%</b>
3	Antithrombotica	103.386.416	213.502.512	<b>12,8%</b>	1.273.250	1.539.861	<b>3,2%</b>
4	Hypolipemiërende middelen	270.805.297	179.751.975	<b>-6,6%</b>	1.538.106	1.673.114	<b>1,4%</b>
5	Geneesmiddelen gebruikt bij diabetes	123.646.247	166.840.046	<b>5,1%</b>	525.314	613.857	<b>2,6%</b>
6	Geneesmiddelen voor chronisch obstructief longlijden (COPD)	173.629.431	162.276.971	<b>-1,1%</b>	1.238.799	1.423.147	<b>2,3%</b>
7	Antivirale geneesmiddelen (systemisch gebruik)	66.691.479	108.420.943	<b>8,4%</b>	18.056	24.908	<b>5,5%</b>
8	Middelen bij aandoeningen die verband houden met maagzuur	109.965.780	102.580.395	<b>-1,2%</b>	1.617.934	2.072.611	<b>4,2%</b>
9	Antibacteriële geneesmiddelen (systemisch gebruik)	111.613.631	94.775.022	<b>-2,7%</b>	4.238.969	4.164.837	<b>-0,3%</b>
10	Antidepressiva	128.544.405	88.389.197	<b>-6,1%</b>	1.085.711	1.140.942	<b>0,8%</b>
	Totaal =	1.650.635.047	1.714.148.102	<b>0,6%</b>			

### 3.1. Evolutie tussen 2010 en 2016

Voor de tien geïdentificeerde therapeutische klassen samen zijn de VP-uitgaven, met een jaarlijkse stijging van gemiddeld 0,6%, relatief stabiel. Maar de situatie verschilt sterk van klasse tot klasse (zie tabel 2).

Sommige klassen hebben VP-uitgaven die zeer snel toenemen. Dit is het geval voor antithrombotica (+12,8% per jaar), antivirale middelen (+8,4% per jaar) en immunosuppressiva (+7,6% per jaar).

Deze aanhoudende stijging kan deels te wijten zijn aan een volume-effect als gevolg van een toename van het aantal patiënten. Dit is het geval voor immunosuppressiva, waar het aantal patiënten gemiddeld met 5,8% per jaar is toegenomen, en voor antivirale middelen, waar het aantal patiënten gemiddeld met 5,5% per jaar is toegenomen. Maar dit is niet echt het geval voor antithrombotica: de toename van het aantal patiënten

bedraagt 3,2% per jaar. Daarnaast is er een kosteneffect door de introductie van nieuwe geneesmiddelen op de markt.

Ten slotte is er een daling van de uitgaven voor sommige therapeutische klassen, terwijl het aantal patiënten in de onderzochte periode stabiel blijft of toeneemt. Dit kan worden verklaard door het groeiend aandeel van goedkopere alternatieven, zoals het gebruik van generische geneesmiddelen, of door specialiteiten waarvan de prijzen zijn gedaald. Dit is het geval met hypolipemiërende middelen.<sup>2</sup>

Tabel 3 duidt op een uitdagende evolutie: met uitzondering van antibacteriële middelen, neemt het aandeel van de Belgische bevolking dat geneesmiddelen van de therapeutische klassen van de Top 10 gebruikt, toe. Dit varieert van een zeer lichte stijging (0,05% voor antivirale geneesmiddelen) tot een relatief grote stijging (3,51% voor geneesmiddelen bij aandoeningen die verband houden met maagzuur). We willen wijzen op het belang van de positieve (of negatieve) groei van het aantal patiënten dat

2 Voor een voorbeeld voor statines in België, zie Cornelis, K. (2014). *Evolutie statine gebruik in België 2003-2013*. CM-Informatie, nr. 257, 17-24.

een geneesmiddel gebruikt. De omvang van de uitgaven ten laste van het RIZIV kan een slechte indicator zijn voor het geneesmiddelengebruik in ons land. De geplande prijsdaling van bepaalde geneesmiddelen, de opkomst van nieuwe goedkopere middelen of generische geneesmiddelen, kunnen de uitgaven doen dalen, wat goed nieuws zal zijn. Dat is zeker het geval. Dit mag echter de (mogelijke) toename van het aantal patiënten dat deze geneesmiddelen gebruikt, niet verhullen.

### 3.2. Profiel volgens leeftijd in 2016

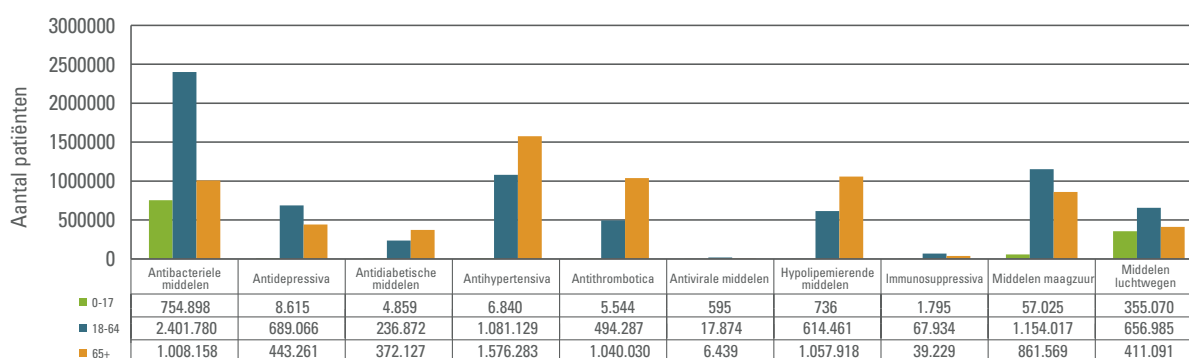
Figuur 1 geeft voor elke therapeutische klasse in de Top 10 het aantal patiënten per leeftijdsgroep (in 2016) weer. De informatie wordt aangevuld met Figuur 2, waarin dit volume wordt uitgedrukt in verhouding tot de Belgische bevolking voor dezelfde leeftijdsgroepen.

**Tabel 3: Top 10 - Evolutie van het aantal patiënten tussen 2010 en 2016, als percentage van de Belgische bevolking**

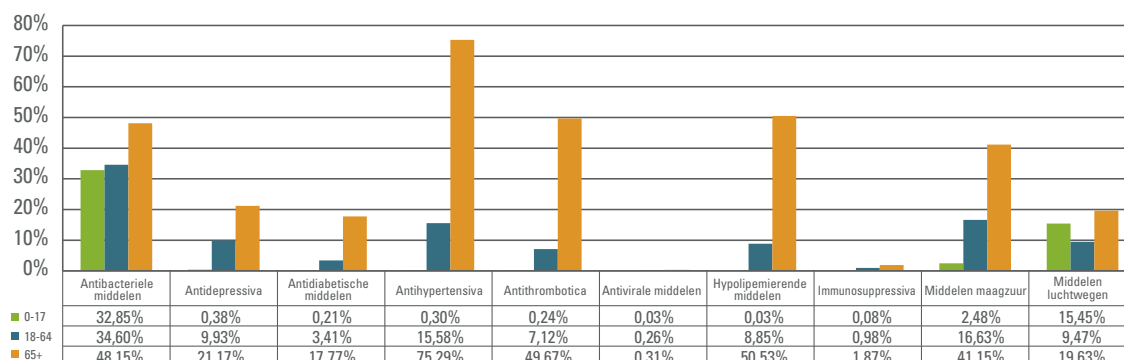
Top 10	Therapeutische klasse	Aantal patiënten (in % van de totale Belgische bevolking <sup>3</sup> , cijfers CM geëxtrapoleerd)	
		2010	2016
1	Immunosuppressiva	0,72%	0,97%
2	Antihypertensiva	23,45%	23,68%
3	Antithrombotica	11,75%	13,69%
4	hypolipemiërende middelen	14,19%	14,87%
5	Geneesmiddelen gebruikt bij diabetes	4,85%	5,46%
6	Geneesmiddelen voor chronisch obstructief longlijden (COPD)	11,43%	12,65%
7	Antivirale geneesmiddelen (systemisch gebruik)	0,17%	0,22%
8	Middelen bij aandoeningen die verband houden met maagzuur	14,93%	18,42%
9	Antibacteriële geneesmiddelen (systemisch gebruik)	39,11%	37,02%
10	Antidepressiva	10,02%	10,14%

- In 2016 kregen 1,1 miljoen patiënten in de leeftijdsgroep 18-64 jaar een terugbetaling voor antihypertensiva, tegenover 1,6 miljoen patiënten in de leeftijdsgroep 65+, ofwel 75% van de patiënten ouder dan 65 jaar.
- Antithrombotica en hypolipemiërende middelen worden aan bijna 50% mensen van 65 jaar of ouder verstrekt.
- Diabetesgeneesmiddelen worden vooral verstrekt aan mensen van 65 jaar en ouder: 370.000 patiënten, dit is 18% van de personen in deze leeftijdsgroep.
- Geneesmiddelen voor chronisch obstructief longlijden (COPD) worden verstrekt aan drie leeftijdsgroepen: 15% van de jongeren onder de 18 jaar, 9,5% in de leeftijdsgroep 18-64 jaar en 20% van de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder.
- Geneesmiddelen bij aandoeningen die verband houden met maagzuur worden vooral verstrekt aan 18-64-jarigen (1,1 miljoen patiënten) en 65-plussers (860.000 patiënten). In verhouding tot de Belgische bevolking van deze leeftijdsgroep, vertegenwoordigt dit 41% van de senioren die geneesmiddelen uit deze therapeutische groep gebruiken.
- Antibacteriële geneesmiddelen worden in alle drie de leeftijdsgroepen verstrekt: 33% van de jongeren onder de 18 jaar, 35% in de leeftijdsgroep 18-64 jaar en 48% van de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder.
- Voor antidepressiva kreeg bijna 10% van de 18-64-jarigen en 21% van de 65-plussers een terugbetaling.

**Figuur 1: Aantal patiënten volgens leeftijdscategorie en therapeutische klasse in 2016 (cijfers CM geëxtrapoleerd)**



**Figuur 2: Percentage patiënten in de Belgische bevolking volgens leeftijdscategorie en therapeutische klasse in 2016 (cijfers CM geëxtrapoleerd)**



#### 4. Bespreking: Vermijdbare uitgaven?

In 2014 was het bedrag ten laste van de verplichte ziekteverzekering voor geneesmiddelen in België voor het eerst meer dan vier miljard euro (exclusief remgeld en supplementen betaald door patiënten). Dat is bijna 1 miljard meer in een decennium. De stijging bedraagt 27% sinds 2005. Wat verklaart een dergelijke toename? Er zijn natuurlijk een aantal bekende verschijnselen: de bevolkingsgroei, de vergrijzing van de bevolking, de toename van het aantal patiënten met chronische ziekten ... Er komen nieuwe, dure geneesmiddelen op de markt die de levenskwaliteit moeten verbeteren en de hoop inhouden om een ziekte uit te roeien.<sup>4</sup>

Een sprankje hoop in dit sombere beeld is dat het gebruik van geneesmiddelen soms vermeden kan worden.

Het gebruik van acht van de tien geneesmiddelenklassen in onze Top 10 is immers in significante mate verbonden met (slechte) levensgewoonten, maar ook met een context, een omgeving, die verre van altijd gunstig is. Deze acht geneesmiddelenklassen waarvan het gebruik soms/vaak gekoppeld is aan onze levenswijze vertegenwoordigen **45%** van

de totale RIZIV-terugbetalingen voor geneesmiddelen die in apotheken worden verkocht, ofwel **1,17 miljard euro**. We bekijken drie voorbeelden van therapeutische klassen waar vooruitgang kan worden geboekt.

##### 4.1. Geneesmiddelen voor chronisch obstructief longlijden (COPD)

In 2015 stierven wereldwijd meer dan drie miljoen mensen aan chronisch obstructief longlijden (COPD), wat overeenkomt met 5% van alle sterfgevallen wereldwijd dat jaar.<sup>5</sup> Het is eveneens bekend dat roken de primaire oorzaak van COPD is.<sup>6</sup> Behandelingen tegen COPD staan op de zesde plaats in de Top 10 van CM met bijna 162 miljoen euro aan RIZIV-terugbetalingen.

90% van de patiënten die COPD-medicatie gebruiken, waren voorheen (zware) rokers. Leven zonder tabak kan dus de prevalentie van COPD doen dalen en dus ook het gebruik van medicamenteuze behandelingen in verband met deze ziekte.

3 <http://www.ibz.rn.fgov.be/nl/bevolking/statistieken-van-bevolking/>

4 Wat niet altijd het geval is: zie Gerkens S, Neyt M, San Miguel L, Vinck I, Thiry N, Cleemput I. (2017). *How to improve the Belgian process for Managed Entry Agreements? An analysis of the Belgian and international experience*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2017. KCE Reports 288. D/2017/10.273/41.

5 Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*. PLoS medicine, 3(11), e442.

6 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/>

Helaas is dit geen gemakkelijke taak, gezien het relatieve gebrek aan een proactief beleid op dit gebied (zoals de drastische verhoging van de accijnzen). Het lijkt ook dwaas om enerzijds de verkoop van zo'n schadelijk product toe te staan en anderzijds met hand en tand te strijden om het verbruik te verminderen of uit te roeien.<sup>7</sup>

Zoals bij veel behandelingen met geneesmiddelen is de slechte *therapietrouw* (= het vermogen om de behandeling correct te volgen, d.w.z. zoals voorgeschreven door de arts) een groot probleem.<sup>8</sup> Een slechte naleving kan onder meer het gevolg zijn van overconsumptie, onderconsumptie of het feit dat patiënten nooit naar de apotheek gaan om hun geneesmiddelen te kopen, bijvoorbeeld vanwege de prijs.<sup>9</sup> Gevolg: De WHO schat dat in 50% van de gevallen patiënten in ontwikkelde landen zich correct houdt aan geneesmiddeltherapieën op lange termijn voor chronische ziekten.<sup>10</sup> Dit geldt ook voor de twee therapeutische klassen, die verder beschreven worden.

In het geval van COPD is de slechte terapietrouw een groot probleem (zoals bij veel ziekten het geval is): ook daar is sprake van nalevingspercentages van min of meer 50%.<sup>11</sup> In een onderzoek in de Verenigde Staten bijvoorbeeld meldde 31% van de patiënten dat ze besloten hadden om bewust hun behandeling stop te zetten omdat "ze zich beter voelden". Aan de andere kant meldden diezelfde patiënten dat ze meer geneesmiddelen gebruikten tijdens periodes van groter lijden.<sup>12</sup>

In financieel opzicht leidde slechte terapietrouw tot een toename van ziekenhuisopnames, sterfte, daling van de algemene levenskwaliteit en productiviteitsverlies (in het geval van COPD).<sup>13</sup> Hoewel de kosten van medicatie hoger zijn bij een

goede terapietrouw, zijn de totale kosten (ziekenhuizen, consultaties, enz.) lager voor patiënten die aan hun behandelingsvoorschriften voldoen.<sup>14</sup>

**Onjuiste naleving leidt dus tot extra kosten voor zowel de samenleving (kosten van de behandeling, verminderde productiviteit) als de patiënt (via eventuele remgelden of supplementen). Voor de Verenigde Staten kunnen de kosten oplopen tot 300 miljard dollar per jaar.<sup>15</sup>**

## 4.2. Geneesmiddelen gebruikt bij diabetes

Een ander veelzeggend voorbeeld is dat in België 600.000 mensen lijden aan (of worden behandeld voor) diabetes. De ziekte wordt met name met medicijnen behandeld. Het RIZIV betaalde daarvan meer dan 167 miljoen euro terug in 2016 (cijfers CM geëxtrapoleerd). Dit komt neer op **een jaarlijkse toename van 5% op vijf jaar**.

Er zijn twee types diabetes: type 1 en type 2.<sup>16</sup> Type 2 diabetes komt veruit het meest voor (90%). 80% van type 2 diabetes is gerelateerd aan obesitas (Body Mass Index of BMI van 30 of meer).<sup>17</sup>

Een gezondere levenswijze, een evenwichtige voeding en lichaamsbeweging zouden de prevalentie van deze ziekte verminderen.<sup>18</sup> De bevordering van een goede levensstijl moet op alle niveaus van het volksgezondheidsbeleid worden versterkt. Zo moet een eenvoudige vermelding van het gehalte aan suiker, vet en zout verplicht worden voor levensmiddelen, bijvoorbeeld door middel van een kleurcoderingssysteem.

- 7 Jamrozik, K. (2004). *ABC of smoking cessation: Population strategies to prevent smoking*. *BMJ: British Medical Journal*, 328(7442), 759.
- 8 Lamouroux, A., Magnan, A., & Vervloet, D. (2008). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique: de quoi parlons-nous? *Revue des Maladies Respiratoires*, Vol 22, N 1 - februari 2005, pp. 31-34, beschikbaar op <http://www.em-consulte.com/rmr/article/156964>
- 9 Blais, L., Bourbeau, J., Dheehy, O., & LeLorier, J. (2004). *Inhaled corticosteroids in COPD: determinants of use and trends in patient persistence with treatment*. *Canadian respiratory journal*, 11(1), 27-32.
- 10 Sabaté, E. (Ed.). (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization.
- 11 Make, B. J. (2003). Chronic obstructive pulmonary disease: developing comprehensive management. *Respiratory care*, 48(12), 1225-1237.
- 12 Dolce, J. J., Crisp, C., Manzella, B., Richards, J. M., Hardin, J. M., & Bailey, W. C. (1991). Medication adherence patterns in chronic obstructive pulmonary disease. *Chest*, 99(4), 837-841.
- 13 van Boven, J. F., Chavannes, N. H., van der Molen, T., Rutten-van Mülken, M. P., Postma, M. J., & Vegter, S. (2014). Clinical and economic impact of non-adherence in COPD: a systematic review. *Respiratory medicine*, 108(1), 103-113.
- 14 Simoni-Wastila, L., Wei, Y. J., Qian, J., Zuckerman, I. H., Stuart, B., Shaffer, T., ... & Bryant-Comstock, L. (2012). Association of chronic obstructive pulmonary disease maintenance medication adherence with all-cause hospitalization and spending in a Medicare population. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*, 10(3), 201-210.
- 15 DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical care*, 42(3), 200-209.
- 16 <http://www.diabete-abd.be/le-diabete-cest-quoi.aspx>
- 17 Kahn, S. E., Hull, R. L., & Utzschneider, K. M. (2006). Mechanisms linking obesity to insulin resistance and type 2 diabetes. *Nature*, 444(7121), 840-846; Wang, Y., Rimm, E. B., Stampfer, M. J., Willett, W. C., & Hu, F. B. (2005). Comparison of abdominal adiposity and overall obesity in predicting risk of type 2 diabetes among men. *The American journal of clinical nutrition*, 81(3), 555-563.
- 18 Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J. G., Valle, T. T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., ... & Salminen, V. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New England Journal of Medicine*, 344(18), 1343-1350; Diabetes Prevention Program Research Group. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*, 2002(346), 393-403.

Daarnaast kunnen en moeten scholen een rol spelen bij de preventie van obesitas<sup>19</sup>, maar het is belangrijk dat het preventiebeleid gericht is op de hele bevolking.<sup>20</sup>

Op curatief niveau benadrukken we nogmaals dat het volgen van de behandeling van het allergrootste belang is om ervoor te zorgen dat de behandeling de beste voordelen oplevert (en dat er geen extra gezondheidskosten zijn voor de patiënt en de samenleving als de behandeling niet goed wordt gevolgd). Helaas is de naleving van diabetesbehandelingen niet veel beter dan die van andere chronische ziekten. Volgens een literatuuronderzoek zou slechts 67% tot 85% van de diabetespatiënten hun medicatie oraal innemen zoals voorgeschreven en slechts 60% van de insulinedoses.<sup>21</sup> Nogmaals gaat een goede naleving gepaard met een verminderd risico op complicaties, sterfte en hoge kosten voor de patiënt.<sup>22</sup>

### 4.3. Antidepressiva

In België gebruikt bijna 10% van de personen tussen 18 en 64 jaar en 21% van de personen van 65 jaar en ouder antidepressiva (één op de tien personen en één op de vijf in deze leeftijdsgroepen). Dit vertegenwoordigt bijna 90.000.000 euro aan uitgaven voor het RIZIV en meer dan 1,1 miljoen mensen die in 2016 minstens één keer gebruik hebben gemaakt van een antidepressivum (één op de tien personen). Volgens de OESO is het verbruik van antidepressiva (gemeten in dagdoseringen per 1.000 inwoners) tussen 2000 en 2013 verdubbeld.<sup>23</sup>

Dit probleem staat zeker niet los van de toename van het aantal arbeidsongeschikten en invaliden in ons land, die deels verband houdt met psychologische problemen.<sup>24</sup> We gingen van 180.000 invaliden in 1995 naar 360.000 in 2015. *“Eén op drie (invalide) personen (meer bepaald 32% van de bevolking van 15 jaar of ouder) heeft te kampen met psychologische problemen, terwijl 18% een periode kende die een mentale ziekte deed vermoeden. Deze percentages zijn sinds 2008 allebei aan het stijgen. Drie symptomen worden veel vaker gerapporteerd, en dit zowel in 2013 als in 2008: het gaat om slaapgebrek door zich zorgen te maken (21% in 2013 ten opzichte van 18% in 2008), het gevoel*

*van voortdurend gespannen of gestrest te zijn (27% in 2013 ten opzichte van 20% in 2008) en het gevoel ongelukkig en depressief te zijn (19% in 2013 ten opzichte van 16% in 2008).”*<sup>25</sup> Het is dan niet verwonderlijk dat ook het gebruik van antidepressiva is toegenomen.

Een opvallend probleem met antidepressiva is de gebruiksduur. Deze is essentieel voor zowel het behandelen van depressie als het voorkomen van terugval.

**Tabel 4: Theoretische duur behandeling met antidepressiva in aantal aangekochte DDD's (cijfers CM, 2014)**

Duur behandeling met antidepressiva (volgens aantal aangekochte DDD's)	Aantal leden dat antidepressiva gebruikt	% leden dat antidepressiva gebruikt
0 - 1 maanden	58.365	11,88%
1 - 3 maanden	81.100	16,51%
3 - 6 maanden	88.543	18,03%
6 - 9 maanden	61.890	12,60%
9+ maanden	201.227	40,97%
Totaal	491.125	100,00%

De behandelingstijd wordt berekend op basis van het aantal DDD's dat een patiënt van de apotheker ontvangt: afhankelijk van het aantal aangekochte DDD's, heeft de patiënt een behandeling voor een bepaald aantal dagen. We stellen vast (voor de CM-leden) dat deze behandelingstijd zeer variabel is, waarbij een groot deel van de patiënten (41%) meer dan negen maanden lang antidepressiva gebruikt. Bijna 12% neemt ze slechts gedurende één maand, 16,5% tussen één en drie maanden, 18% tussen drie en zes maanden en 12,6% tussen zes en negen maanden. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) komt tot vergelijkbare of zelfs nog meer alarmerende conclusies, waarbij bijna 60% van de patiënten minder dan zes maanden therapie krijgt.<sup>26</sup>

- 19 Story, M., Nannery, M. S., & Schwartz, M. B. (2009). Schools and obesity prevention: creating school environments and policies to promote healthy eating and physical activity. *The Milbank Quarterly*, 87(1), 71-100.
- 20 Swinburn, B., & Egger, G. (2002). Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obesity reviews*, 3(4), 289-301.
- 21 Cramer, J. A. (2004). A systematic review of adherence with medications for diabetes. *Diabetes care*, 27(9), 2285-2285.
- 22 Currie, C. J., Peyrot, M., Morgan, C. L., Poole, C. D., Jenkins-Jones, S., Rubin, R. R., ... & Evans, M. (2012). The impact of treatment noncompliance on mortality in people with type 2 diabetes. *Diabetes care*, 35(6), 1279-1284; Currie, C. J., Peyrot, M., Morgan, C. L., Poole, C. D., Jenkins-Jones, S., Rubin, R. R., ... & Evans, M. (2013). The impact of treatment non-compliance on mortality in people with type 1 diabetes. *Journal of Diabetes and its Complications*, 27(3), 219-223.
- 23 OECD (2015). Health at a Glance 2015. Beschikbaar op: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115071e.pdf?expires=1513090851&id=id&accname=guest&checksum=2589B73F06F885E0F9258A89F2F45A48>
- 24 Avalosse, H., Vancorenland, S. & R. Verniest (2017). Aanbevelingen en reflecties na het onderzoek 'De financiële en sociale situatie van invaliden'. *CM-Informatie*, nr. 267, 48-59.
- 25 Gezondheidsenquête (2013), beschikbaar op [https://his.wivisp.be/fr/Documents%20partages/WB\\_FR\\_2013.pdf](https://his.wivisp.be/fr/Documents%20partages/WB_FR_2013.pdf), p. 815
- 26 Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, Van den Heede K, Van de Voorde C, Walckiers D, Léonard C, Meeus P. *Performance of the Belgian Health System - Report 2015 – Supplement*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2016. KCE Reports 259S. D/2016/10.273/04.

Volgens de American Psychiatric Association<sup>27</sup> heeft de behandeling van een geïsoleerde ernstige depressieve episode twee duidelijk gedefinieerde fasen:

- De acute fase (behandeling van de depressie), met als doel het verminderen van symptomen, bedraagt gemiddeld **twee maanden** (van 6 tot 12 weken)
- De consolidatiefase, die tot doel heeft een terugval te voorkomen, gebeurt **16 tot 20 weken** na de symptomatische remissie.

Volgens het AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) moet de totale duur van de behandeling (voor unipolaire ernstige depressieve stoornissen) **vier tot negen maanden bedragen**<sup>28</sup>; volgens het RIZIV is dit **zes tot twaalf maanden** in geval van ernstige depressie.<sup>29</sup> Toch tonen sommige studies aan dat het de moeite waard is om de behandeling voort te zetten gedurende een relatief lange periode na het herstel (> 12 maanden).<sup>30</sup> Hoe hoger het aantal eerdere depressieve episodes, hoe beter het is om een patiënt op antidepressiva te houden. Daarom mag volgens de WHO “bij volwassen personen die lijden aan een depressieve episode of stoornis en die een eerste antidepressiva-behandeling hebben ondergaan, de behandeling met antidepressiva gedurende **negen tot twaalf maanden na het herstel niet worden stopgezet.**”<sup>31</sup>

Men kan dus stellen dat het gebruik van antidepressiva over een periode van minder dan zes maanden (of zelfs negen maanden) ondoeltreffend of zelfs nutteloos is als de patiënt werkelijk depressief is. Helaas lijken veel van onze leden niet aan dit criterium te voldoen, omdat ze te vaak antidepressiva kopen voor veel kortere periodes (voor een correcte naleving en volgens onze cijfers).

Een andere oorzaak van “ineffectiviteit” van antidepressiva-behandeling is een slechte naleving. 30 tot 60% van de patiënten volgt een onregelmatige behandeling of stopt de behandeling op eigen initiatief en stelt de behandelende arts daar al dan niet van op de hoogte.<sup>32</sup> Onregelmatig gebruik is ook inefficiënt, en men kan zich afvragen wat het nut is van een groot deel van het voorschrijven/gebruik van antidepressiva in België.

Gelukkig zijn antidepressiva niet de enige oplossing (of zelfs niet de juiste oplossing) voor het miljoen mensen in België die vandaag antidepressiva gebruiken. Naast preventieve mechanismen zijn er curatieve alternatieven voor mensen met een depressie. Uit een recent onderzoek blijkt dat het effect van antidepressiva nul tot minimaal is vergeleken met placebo bij patiënten met een milde en matige depressie, in tegenstelling tot patiënten met een ernstige depressie waar de effecten significant zijn.<sup>33</sup>

Bovendien lijken patiënten, ondanks de superieure werkzaamheid van antidepressiva in geval van ernstige chronische depressie, eerder geneigd om de behandeling te stoppen/voort te zetten dan om de psychotherapie stop te zetten. Er was een voorkeur voor dit laatste ten opzichte van geneesmiddelen-therapie.<sup>34</sup> Men kan proberen om de naleving van de behandeling te verbeteren<sup>35</sup>, maar een alternatieve oplossing is het bevorderen van psychotherapie.

Het eerste alternatief voor (of een aanvulling van) antidepressiva is psychotherapie, wat individueel, in groepsverband of in familieverband kan worden uitgevoerd door een GGZ-zorgverlener (psychotherapeut, psychiater of psycholoog). In de literatuur wordt zelfs in de meest complexe gevallen een mengeling van geneesmiddelen en therapieën overwogen.<sup>36</sup> Therapieën zijn ook effectief in het voorkomen van depressie

27 American Psychiatric Association. (2009). *Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (3rd)*. American Psychiatric Pub.

28 AFSSAPS (2006). *Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte*. Beschikbaar op [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/9698d423c76ea69ed0a2678ff7a2b2b3.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9698d423c76ea69ed0a2678ff7a2b2b3.pdf)

29 RIZIV (2015). *Huidige aanbevelingen inzake het voorschrijven van geneesmiddelen in de eerste lijn*. Beschikbaar op [http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/brochure\\_voorschrijven\\_geneesmiddelen\\_eerste\\_lijn.pdf](http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/brochure_voorschrijven_geneesmiddelen_eerste_lijn.pdf)

30 Montgomery, S. A., Entsuah, R., Hackett, D., Kunz, N. R., & Rudolph, R. L. (2004). Venlafaxine versus placebo in the preventive treatment of recurrent major depression. *The Journal of clinical psychiatry*, 65(3), 328-336; Rouillon, F., Warner, B., Pezous, N., Bisserte, J. C., & Milnacipran Recurrence Prevention Study Group. (2000). Milnacipran efficacy in the prevention of recurrent depression: a 12-month placebo-controlled study. *International clinical psychopharmacology*, 15(3), 133-140.

31 [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/depression/q2/fr/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/q2/fr/)

32 Martin-Vazquez, M. J. (2016). Adherence to antidepressants: A review of the literature. *Neuropsychiatry*, 6(5); Demyttenaere, K. (1997). Compliance during treatment with antidepressants. *Journal of affective disorders*, 43(1), 27-39; Cramer, J. A. (1995). Relationship between medication compliance and medical outcomes. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 52(suppl 3), S27-S29.

33 Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., & Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *Jama*, 303(1), 47-53.

34 Cuijpers, P., van Straten, A., van Oppen, P., & Andersson, G. (2008). Are Psychological and Pharmacologic Interventions Equally Effective in the Treatment of Adult Depressive Disorders?: A Meta-Analysis of Comparative Studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(11), 1675-1685.; Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 30(1), 51-62.

35 Vergouwen, A. C., Bakker, A., Katon, W. J., Verheij, T. J., & Koerselman, F. (2003). Improving adherence to antidepressants: a systematic review of interventions. *The Journal of clinical psychiatry*, 64(12), 1415-1420.

36 Thase, M. E. (1999). When are psychotherapy and pharmacotherapy combinations the treatment of choice for major depressive disorder? *Psychiatric Quarterly*, 70(4), 333-346.



wanneer er sprake is van een risico. Ook worden in Nederland psycho-educatieve “opleidingen” georganiseerd met bijzonder overtuigende resultaten.<sup>37</sup>

Helaas heeft dit alternatief op preventief en curatief niveau niet voor alle patiënten dezelfde effecten. Het is bijvoorbeeld vooral effectief bij oudere mensen, zo blijkt uit vrij recente studies.<sup>38</sup> Een van de meest gebruikte vormen van therapie is cognitieve gedragstherapie (CGT), waarbij een reeks behandelingen voor psychiatrische stoornissen (waaronder verslaving, psychoses, depressie en angststoornissen) wordt gecombineerd en “negatieve ideeën en onaangepast gedrag worden vervangen door realistische gedachten en reacties”. CGT helpt om invaliderende symptomen geleidelijk te overwinnen, zoals rituelen en alles dwangmatig controleren, stress, vermijding en remmingen, agressieve reacties of angst die psychisch leed veroorzaken.<sup>39</sup> CGT's kunnen volgens de literatuur net zo effectief, zo niet effectiever zijn dan antidepressiva bij patiënten met matige tot ernstige depressie omdat antidepressiva onaangename bijwerkingen hebben.<sup>40</sup>

Een echt debat over een aantal cruciale punten over het gebruik van antidepressiva is daarom noodzakelijk.

Ten eerste moet het uitgebreid voorschrijven (1,1 miljoen patiënten) in twijfel worden getrokken, gezien het aantal getroffen patiënten. De medicalisering van volkomen normale emoties (zoals verdriet) moet in vraag worden gesteld. Hiervoor dient het voorschrijven van antidepressiva in overleg met alle zorgverleners (in eerste instantie de psycholoog) en in functie van de patiënt te gebeuren. Zoals we hebben gezien, zijn er andere oplossingen mogelijk, vooral voor lichte tot matige

depressies, en deze hebben (onder andere) het enorme voordeel dat ze beter nageleefd worden.

Ten tweede zijn er over het initiëren en stopzetten van antidepressiva aanbevelingen met betrekking tot de aard en de detectie van depressieve stoornissen, de acute behandeling met antidepressiva, de keuze van medicatie boven alternatieve therapie, praktische problemen met voorschrijven en opvolging, terugvalpreventie, behandeling van terugval en stopzetting van de behandeling.<sup>41</sup> Bevordering van deze aanbevelingen bij artsen (in het bijzonder huisartsen) zou welkom zijn.

Ten derde moet er een echt beleid voor geestelijke gezondheid komen. We hebben de duizelingwekkende toename gezien van het gebruik van antidepressiva en invaliditeit in België, waarvan 30% verband houdt met psychosociale problemen. Deze toename lijkt niet te stoppen. Het is essentieel om depressies goed te behandelen en te voorkomen. In de literatuur wordt immers melding gemaakt van een groot aantal succesvolle initiatieven/experimenten om depressie te voorkomen, met name onder risicogroepen zoals ouderen en adolescenten.<sup>42</sup> Zo zou het lidmaatschap van een sociale groep (sport, werkgroep, koor, enz.) zowel bescherming bieden tegen depressies als genezend werken voor bestaande depressies.<sup>43</sup> Een meta-analyse rapporteert in dezelfde geest 25 studies die aantonen dat zelfs lage niveaus van lichamelijke activiteit (= 2,5 uur wandelen per week) negatief geassocieerd worden met het risico van depressie.<sup>44</sup>

Een goede gezondheid is het resultaat van vele factoren. Het is belangrijk om ze allemaal te beïnvloeden. Dit is het voorwerp van het besluit van dit artikel.

37 Muñoz, R. F., Beardslee, W. R., & Leykin, Y. (2012). Major depression can be prevented. *American Psychologist*, 67(4), 285.

38 Mottram, W. K., & Vassilas, C. (2008). Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1); Cuijpers, P., van Straten, A., & Smit, F. (2006). Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International journal of geriatric psychiatry*, 21(12), 1139-1149.

39 Beck, J. S. (2011). Cognitive-behavioral therapy. *Clinical textbook of addictive disorders*, 474-501; <http://www.psycom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Therapies-Education-therapeutique-ETP/Therapie-comportementale-et-cognitive-TCC>

40 Dobson, K. S. (1989). A Meta-analysis of the Efficacy of Cognitive Therapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 414-419; Roth, A., & Fonagy, P. (2013). *What works for whom?: a critical review of psychotherapy research*. Guilford Publications.

41 Zie Cleare, A., Pariante, C. M., Young, A. H., Anderson, I. M., Christmas, D., Cowen, P. J., ... & Haddad, P. M. (2015). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, 29(5), 459-525; Eccles, M., Freemantle, N., & Mason, J. (1999). North of England evidence-based guideline development project: summary version of guidelines for the choice of antidepressants for depression in primary care. *Family Practice*, 16(2), 103-111.

42 Lynch, F. L., Hornbrook, M., Clarke, G. N., Perrin, N., Polen, M. R., O'Connor, E., & Dickerson, J. (2005). Cost-effectiveness of an intervention to prevent depression in at-risk teens. *Archives of General Psychiatry*, 62(11), 1241-1248; van't Veer-Tazelaar, P., Smit, F., van Hout, H., van Oppen, P., van der Horst, H., Beekman, A., & van Marwijk, H. (2010). Cost-effectiveness of a stepped care intervention to prevent depression and anxiety in late life: randomised trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196(4), 319-325; Bird, M. J., & Parslow, R. A. (2002). Potential for community programs to prevent depression in older people. *Medical Journal of Australia*, 177(7), S107; Merry, S. N., & Spence, S. H. (2007). Attempting to prevent depression in youth: A systematic review of the evidence. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(2), 128-137.

43 Cruwys, T., Dingle, G. A., Haslam, C., Haslam, S. A., Jetten, J., & Morton, T. A. (2013). Social group memberships protect against future depression, alleviate depression symptoms and prevent depression relapse. *Social Science & Medicine*, 98, 179-186.

44 Mammen, G., & Faulkner, G. (2013). Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *American journal of preventive medicine*, 45(5), 649-657.

## 5. Besluit: CM als gezondheidsfonds

Zoals in dit artikel wordt voorgesteld, kan in acht van de tien therapeutische klassen het geneesmiddelengebruik worden verminderd. Opgelet: we willen niet zeggen dat alle uitgaven in deze acht klassen volledig kunnen worden opgegeven. Mensen met type 1 diabetes of ernstige depressie hebben altijd medicatie nodig. In veel gevallen kan het gebruik van geneesmiddelen echter worden voorkomen (door een gezondere levenswijze) of worden vervangen door niet-medicamenteuze behandelingen. Onze analyse van drie therapeutische klassen herinnert ons eraan dat we ook (vooral) moeten ingrijpen voor het optreden van pathologieën. Als de patiënt een rol speelt in de correcte naleving van de behandeling, speelt de medische (en politieke) wereld een rol bij het bevorderen van alternatieven en bij het uitvoeren van preventiebeleid.

CM ziet haar toekomst in dit licht: meer preventief, minder curatief. Zoals Jean Hermesse schrijft:<sup>45</sup> *“We nemen een maximum aan initiatieven op het gebied van preventie en ondersteuning van onze leden op weg naar een goede levenswijze: Een werkelijk doeltreffende aanpak omvat het stimuleren van een omgeving die bevorderlijk is voor deze levensgewoonten. CM zal het beleid in deze richting blijven ondersteunen of zelfs initiëren. Vooral omdat, zoals in een*

*recent verslag van de Europese Commissie<sup>46</sup> wordt opgemerkt, over het algemeen mensen met een laag inkomen en/of onderwijsniveau het grootste risico lopen als het gaat om ziekten die verband houden met onze levenswijze.”*

In 2018 zal een nationale voorlichtingscampagne over antibiotica worden gelanceerd om de Belgen bewust te maken van het (over)gebruik van antibiotica. In België wordt wel degelijk teveel gebruik gemaakt van antibiotica. Deze realiteit is echter slechts het topje van de ijsberg, zoals Luc Van Gorp het samenvat<sup>47</sup>: *“We leven in een tijdperk van ongekennde medische mogelijkheden. Er lijkt een remedie te zijn voor alle ziekten, een pil voor elke ziekte. En als ze nog niet bestaat, zal ze snel worden uitgevonden. Nooit eerder waren we zo geobsedeerd door ziekte en behandeling. Bovendien kunnen we nu op basis van ons DNA voorspellen aan welke ziekten we later zullen lijden. En dus kunnen we ons daartegen wapenen. Het ziet ernaar uit dat we op weg zijn naar onze ultieme droom: nooit meer ziek zijn. Helaas, in onze obsessie met niet ziek te zijn (en als we ziek zijn, zo snel mogelijk te genezen) vergeten we gelukkig te zijn. Dit is nochtans ook een belangrijke pijler van gezond leven. Gezondheid is niet alleen lichamelijk en geestelijk welzijn. Het is ook een sociaal en existentieel welzijn (zin hebben om te leven). Als we echt gezond willen zijn, is het ook belangrijk om ons gelukkig te voelen, een leven te leiden dat de moeite waard is om te leven, om elkaar goed te leren kennen.”<sup>48</sup>*

<sup>45</sup> Algemeen secretaris CM.

<sup>46</sup> European Commission (2017). *VulnerABLE: Pilot project related to the development of evidence based strategies to improve the health of isolated and vulnerable persons* (SANTE/2014/C4/034)- Scientific Report. Beschikbaar op: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social\\_determinants/docs/2017\\_vulnerable\\_frep\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/social_determinants/docs/2017_vulnerable_frep_en.pdf)

<sup>47</sup> Nationaal voorzitter CM.

<sup>48</sup> Luc Van Gorp (2016). *Weg met het ziekenfonds*. Beschikbaar op: <https://www.cm.be/actueel/standpunten/2016/weg-met-het-ziekenfonds.jsp>