Adviesnota Terugbetaalbaarheid Medicatie

Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie

Deelt kennis. Verbindt Psychiaters

Datum: 04 februari 2026

Auteurs: Manuel Morrens[1], Kirsten Catthoor[1], Hans De Loof[2], Jan Delvaux[3], Siska Desplenter[4], Piet Snoeck[1], Peter Niemegeers[1], Maarten Van den Bossche[1], Ruben Willems[1]

[1] Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie

[2] Hoogleraar farmaceutische zorg en bio-informatica UAntwerpen

[3] Uilenspiegel VZW

[4] Vlaamse Vereniging van Ziekenhuisapothekers

Inhoudstafel

1. Afkortingen 4
2. Kadering van adviesnota 5
3. Volwassen ADHD 6
3.1. Richtlijnen behandeling volwassen ADHD 6
3.2. Terugbetaling ADHD-medicatie voor volwassenen in Europa: contrast met België 7
3.3. Bottom line 7
3.4. Advies 8
4. Verslavingsproblematiek 9
4.1.Richtlijnen rond farmacotherapie alcoholmisbruik 9
4.1.1. Naltrexone en Acamprosaat 9
4.1.2. Disulfiram 10
4.2. Terugbetaling Naltrexone en Disulfiram in Europa: contrast met België 10
4.2.1. Naltrexone 10
4.2.2. Disulfiram 11
4.3. Bottom line 11
4.4. Advies 12
5. Voorstel inkanteling van vitale psychofarmaca (antidepressiva en vooral LAI-antipsychotica) in categorie A 13
5.1. Oversterfte bij schizofrenie en major depressive disorder (MDD) 13
5.2. Reductie oversterfte door (LAI) antipsychotica en antidepressiva 13
5.3. Andere voordelen van LAI-antipsychotica versus orale vormen 13
5.4. Psychofarmaca als categorie B medicatie 14
5.5. Vergelijking met andere Europese landen 14
5.6. Advies 15
6. Laxativa bij gebruik van psychofarmaca 16
6.1 Constipatie als frequente bijwerking van psychofarmaca 16
6.2. Behandeling van constipatie 16
6.3. Kostprijs van de behandeling 17
6.4. Vergelijking met andere Europese landen 17
6.5. Advies 17
7. Thiamine (vitamine B1) bij alcoholverslaving 18
7.1. Thiamine als profylactische behandeling 18
7.2. Kostprijs van de behandeling 18

7.3. Advies 18
8. Referenties 19
8.1. Volwassen ADHD 19
8.2. Verslavingsproblematiek 19
8.3. Terugbetaling categorie A 21
8.4. Laxativa 22
8.5. Thiamine bij alcoholverslaving 22

1. Afkortingen

- ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder
- ALD: Affections Psychiatriques de longue durée
- AUD: Alcohol Use Disorder
- AIFA: Agenzia Italiana del Farmaco (Italië)
- ASRS: Adult ADHD Self-Report Scale
- APA: American Psychiatric Association
- BAP: British Association for Psychopharmacology (Verenigd Koninkrijk)
- BCFI: Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie
- BI: Betrouwbaarheidsinterval
- BfArm: Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Duitsland)
- CADDRA: Canadian ADHD Resource Alliance (Canada)
- CVD: Cardiovascular disease
- DALY: Disability Adjusted Life Years
- DIVA-5: Diagnostisch Interview voor ADHD bij Volwassenen
- DPS: Drugs Payment Scheme (Ierland)
- FBTO: Friesche Boeren en Tuinders Onderlinge (een Nederlandse verzekeraar)
- G-BA: Gemeinsame Bundesausschuss (Duitsland)
- GMS: General Medical Services (Ierland)
- GKV: Gesetzliche Krankenversicherung (Duitsland)
- GVS: geneesmiddelenvergoedingssysteem (Nederland)
- HAS: Haute Autorité de Santé (Frankrijk)
- HSE : Health Service Executive (Ierland)
- LAI: Long-Acting Injectable (‘depot’)
- LDL: Low-Density Lipoprotein (‘slechte cholesterol’)
- MDD: Major Depressive Disorder
- NICE: National Institute for Health and Care Excellence (Verenigd Koninkrijk)
- NVvP: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie
- OR: odds ratio
- RCPsych: Royal College of Psychiatrists (Verenigd Koninkrijk)
- RCT: Randomized Controlled Trial
- RD: Risk Difference
- RIZIV: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering
- RR: Relative Risk
- Rx: Geneesmiddel alleen op voorschrift van een arts
- SMD: standardized mean difference
- SMI: severe mental illness
- SNS: Sistema Nacional de Salud (Spanje)
- SSN : Servizio Sanitario Nazionale (Italië)
- TLV: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (Zweden)
- VVP: Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie
- YLD: Years Lived with Disability
- WHO: World Health Organization

2. Kadering van adviesnota

Deze adviesnota behandelt vijf belangrijke dossiers in het kader van terugbetaling psychofarmaca: volwassen Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), alcoholafhankelijkheid, de plaats van vitale psychofarmaca in het Belgische terugbetalingssysteem, laxativa bij gebruik van psychofarmaca, en Thiamine (vitamine B1) bij alcoholverslaving.

In elk domein zien we dezelfde kernproblematiek: de Belgische terugbetaling loopt niet altijd gelijk met de wetenschappelijke evidentie en met de standaard in vergelijkbare Europese landen. Dat creëert onnodige drempels voor psychiatrische patiënten met hoge ziektelast, met meer herval, heropnames alsook patiëntgebonden en maatschappelijke kosten tot gevolg. We bundelen daarom per thema de meest relevante meta-analyses en richtlijnen, plaatsen de Belgische situatie in Europees perspectief, en identificeren concrete discrepanties. Op basis daarvan formuleren we een voorstel tot aanpassing van het terugbetalingsstatuut.

Uit de in het najaar van 2025 afgenomen ledenenquête van Uilenspiegel VZW[1] blijkt de relevantie van deze adviesnota. Dergelijke ervaringskennis draagt bij aan een terugbetalingsbeleid dat niet alleen gebaseerd is op evidentie, maar ook proportioneel, coherent en beter afgestemd is op reële zorgnoden. De bevraging, uitgevoerd bij voornamelijk langdurige gebruikers en ex-gebruikers van psychofarmaca die een zekere mate van herstel hebben bereikt, toont aan dat psychofarmacologische behandeling in de praktijk niet los kan worden gezien van financiële toegankelijkheid en beleidsmatige consistentie. Respondenten rapporteerden dat onzekerheid over terugbetaling, hoge eigen bijdragen en verschillen in terugbetalingscategorieën rechtstreeks samenhangen met therapietrouw, continuïteit van zorg en het risico op herval. In die zin bevestigen de bevindingen dat terugbetalingsbeleid een structurele determinant is van klinische uitkomsten, en niet louter een randvoorwaarde naast de medische behandeling.

Verder blijkt uit de enquête dat gebruikers en naasten terugbetaling expliciet koppelen aan de kwaliteit van zorgprocessen, in het bijzonder aan gedeelde besluitvorming, langdurige opvolging en veilige niet-lineaire afbouwtrajecten. Respondenten benadrukken het belang van betaalbare toegang tot zowel onderhoudsbehandeling als flankerende farmacologische ondersteuning (bv. magistrale bereidingen bij dosisafbouw, laxativa bij anticholinerge belasting, en Thiaminesuppletie bij alcoholafhankelijkheid). Deze ervaringsgegevens sluiten aan bij herstelgerichte zorgmodellen waarin medicatie wordt beschouwd als een dynamisch onderdeel van een breder zorgtraject, eerder dan als een statische interventie.

[1] Delvaux, J. en UilenSpiegel vzw. (2025). Ledenenquête psychofarmaca: 'Voorbij het biomedisch paradigma: Herstelgerichte perspectieven op medicatie, tapering en gedeelde besluitvorming' – Najaar 2025. Ongepubliceerd onderzoeksrapport. Brussel: UilenSpiegel vzw.

3. Volwassen ADHD

ADHD is een neuro-ontwikkelingsstoornis die zich bij volwassenen vooral manifesteert door onoplettendheid, impulsiviteit en aanzienlijke functionele beperkingen. Een grootschalige meta-analyse schatte de prevalentie van persisterende volwassen-ADHD wereldwijd op 2,6% (Song et al., 2021). Dit komt overeen met de World Health Organization (WHO) World Mental Health Survey, die in 20 landen een puntprevalentie van 2,8% rapporteerde (Fayyad et al., 2017). Voor België (±11,6 miljoen inwoners) betekent dit dat naar schatting 300.000 tot 325.000 volwassenen voldoen aan de diagnostische criteria.

3.1. Richtlijnen behandeling volwassen ADHD

Volgens de NICE-richtlijn en de Nederlandse NVvP-richtlijn zijn stimulantia (methylfenidaat en lisdexamfetamine/dexamfetamine) de voorkeursbehandeling bij volwassenen met ADHD, terwijl atomoxetine als tweede keus wordt geadviseerd. De Royal College of Psychiatrists (RCPsych) en de British Association for Psychofarmacologie (BAP) bevestigen dit beleid, en ook de Canadese praktijkrichtlijnen adviseren stimulantia als eerste lijn, gevolgd door atomoxetine als alternatief.

Tabel 1: Richtlijnen ADHD-medicatie bij volwassenen

Organisatie	Eerste keus	Tweede keus / alternatief
NICE (VK)	Methylfenidaat, lisdexamfetamine	Atomoxetine
NVvP (Nederland)	Methylfenidaat, dexamfetamine	Atomoxetine
RCPsych (VK)	Methylfenidaat, dexamfetamine	Atomoxetine, andere non-stimulantia
BAP (UK)	Methylfenidaat, (lis)dexamfetamine	Non-stimulantia bij intolerantie
Canada (CADDRA)	Methylfenidaat, lisdexamfetamine	Atomoxetine

NICE = National Institute for Health and Care Excellence (VK); APA = American Psychiatric Association (VS); RCPsych = Royal College of Psychiatrists (VK); BAP = British Association for Psychopharmacology (VK); NVvP = Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Nederland); CADDRA: Canadian ADHD Resource Alliance (Canada)

Grootschalige meta-analyses tonen overtuigend de effectiviteit van ADHD-medicatie bij volwassenen aan. In een netwerkmeta-analyse gepubliceerd in Lancet Psychiatry includeerde Cortese et al. (2018) 51 RCTs met in totaal 8131 volwassenen met ADHD. Dit is de meest omvattende synthese van de beschikbare evidentie. Zij rapporteerden dat amfetaminen de grootste effecten behaalden met een *Standardized Mean Difference* (SMD) van 0,79, gevolgd door methylfenidaat (SMD = 0,49) en atomoxetine (SMD = 0,45), waarbij amfetaminen significant effectiever bleken dan de andere middelen. Deze bevindingen worden ondersteund door Boesen et al.'s (2022) Cochrane-review, waarin 24 studies (n ≈ 5066 volwassenen) betreffende methylfenidaat met verlengde afgifte werden geanalyseerd. In vergelijking met placebo leidde methylfenidaat tot een significante verbetering van ADHD-symptomen, met kleine tot middelgrote effecten. De effectgroottes lagen in lijn met de resultaten van de netwerkmeta-analyse van Cortese et al. (2018). De auteurs benadrukten wel de beperkte hoeveelheid longitudinale data en vergelijkende evidentie tussen verschillende middelen.

Ter vergelijking: wanneer men 94 meta-analyses over diverse medische domeinen naast elkaar legt, blijkt dat ADHD-medicatie vergelijkbare of zelfs grotere effectgroottes laat zien dan gangbare behandelingen voor somatische aandoeningen. Zo hebben antihypertensiva een SMD van ongeveer 0,30 (500 RCTs met 106358 patiënten; BPLTTC, 2024), terwijl statines en orale antidiabetica

middelgrote effecten bereiken (SMD = 0,30–0,40) (Leucht et al., 2012). Dit onderstreept dat psychofarmacologische behandeling bij volwassen ADHD klinisch hoogst relevant is.

3.2. Terugbetaling ADHD-medicatie voor volwassenen in Europa: contrast met België

Vandaag worden stimulantia (bv. methylfenidaat) niet terugbetaald voor volwassenen; de terugbetaling stopt op 18 jaar. Echter, deze situatie is anders in vele andere Europese landen:

- Nederland. Methylfenidaat en amfetamine-preparaten (o.a. lisdexamfetamine/Elvanse, dexamfetamine) vallen onder het basispakket (GVS); er kan wel een eigen risico of eigen bijdrage gelden (Zorgwijzer, 2024; Independer, 2024; FBTO, 2024).
- Duitsland. De Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) heeft de vergoedbaarheid ten laste van de GKV geregeld voor methylfenidaat bij volwassenen met ADHD (G-BA, 2013).
- Frankrijk. Sinds 2022 is Ritaline LP (methylfenidaat) ook bij volwassenen vergoed (Haute Autorité de Santé (HAS), 2021; Journal Officiel, 2022).
- Zweden. ADHD-medicatie valt onder het högkostnadsskydd (farmaceutische voordelen). TLV bevestigde recent de subsidie voor lisdexamfetamine en bepaalde vormen methylfenidaat (TLV, 2022).
- Denemarken. Volwassenen kunnen tilskud (subsidie) krijgen voor methylfenidaat en lisdexamfetamine via enkelttilskud, zoals beschreven door de Deense geneesmiddelenautoriteit (Lægemiddelstyrelsen, 2023).
- Spanje. Elvanse Adultos (lisdexamfetamina) is opgenomen in de SNS-financiering (met visado/voorwaarden), en dus vergoed binnen het nationale systeem (Ministerio de Sanidad, 2023).
- Italië. Sinds 2023 is methylfenidaat met gemodificeerde afgifte (Medikinet) terugbetaald voor nieuw gediagnosticeerde volwassenen; eerder was voortgezet gebruik na de 18e al mogelijk. (AIFA, 2023).
- Ierland. ADHD-medicatie voor volwassenen wordt verstrekt via de HSE-regelingen (GMS/DPS). HSE-lijsten en gebruiksstatistieken tonen tienduizenden volwassen gebruikers binnen de nationale terugbetaling (HSE, 2024).

3.3. Bottom line

Terwijl België volwassenen geen terugbetaling biedt, voorzien bovenstaande Europese landen wel in een (voorwaardelijke) vergoeding van methylfenidaat en/of amfetaminen bij volwassen ADHD. Deze landen koppelen vergoeding meestal aan specialistische diagnose, geïntegreerde zorg, en soms *stepped care* (een zorgmodel waarbij je begint met de minst intensieve, meest kosteneffectieve behandeling en pas opschaalt naar zwaardere, duurdere zorg als dat nodig is).

Het Belgische beleid wijkt hierdoor zichtbaar af van de gangbare Europese praktijk waarin volwassenen met ADHD financieel ondersteund worden voor op evidentie gebaseerde farmacotherapie.

3.4. Advies

Vanuit de VVP pleiten wij voor de invoering van een terugbetalingsregeling voor ADHD-medicatie bij volwassenen. Dit advies is gestoeld op de beschikbare wetenschappelijke evidentie, internationale richtlijnen en het beleid in andere Europese landen.

Wij stellen voor dat terugbetaling steeds gekoppeld wordt aan een gespecialiseerde diagnose, naar analogie met de praktijk in Nederland, Duitsland, Zweden, Denemarken, Spanje en Ierland. In Italië bepaalt de AIFA-regeling dat enkel gecertificeerde ADHD-centra (meestal psychiaters) de diagnose mogen stellen en medicatie mogen opstarten. In de meeste landen mogen huisartsen wel instaan voor vervolgvoorschriften; dit achten wij ook wenselijk voor België.

Een adequate diagnose van ADHD vereist een uitgebreid klinisch interview (bijv. DIVA-5) aangevuld met informatie uit heteroanamnese (Kooij et al., 2019; NICE, 2018). Screeninginstrumenten zoals de ASRS kunnen nuttig zijn om richting te geven, maar gelden uitsluitend als aanvullend en nooit als diagnostisch beslissend.

4. Verslavingsproblematiek

Stoornissen in het gebruik van alcohol zijn ernstige, chronisch recidiverende aandoeningen met hoge somatische en maatschappelijke ziektelast. Zelfs na een geslaagde detoxificatie blijft het hervalrisico zeer groot en vooral vroeg na ontwenning: overzichtsstudies tonen dat ongeveer 50–60% van de patiënten opnieuw drinkt binnen de eerste drie maanden, terwijl zonder structurele terugvalpreventie minder dan 30% langdurig abstinent blijft (Yazıcı & Bardakçı, 2023).

Dit vroege herval weerspiegelt een persisterende neurobiologische kwetsbaarheid (craving, beloningsdysregulatie, stressrespons) die met psychosociale interventies alleen vaak onvoldoende wordt aangepakt. Daarom positioneren internationale richtlijnen farmacotherapie expliciet als essentieel onderdeel van terugvalpreventie bij matige tot ernstige stoornissen in het gebruik van middelen. Naltrexone verbetert abstinentie bij alcoholverslaving en vermindert herval in zwaar drinken. Acamprosaat ondersteunt primair het behoud van abstinentie na detoxificatie. Beide middelen zijn veilig en effectief bij correcte indicatiestelling en monitoring. Disulfiram is een alcohol-aversiemiddel dat het enzym aldehyde-dehydrogenase blokkeert, waardoor drinken leidt tot ophoping van acetaldehyde met een snelle, onaangename reactie (flushing, misselijkheid, palpitaties), zodat het alcoholgebruik ontmoedigt.

4.1.Richtlijnen rond farmacotherapie alcoholmisbruik

4.1.1. Naltrexone en Acamprosaat

Grote meta-analyses (122 studies; n=22803) tonen dat oraal Naltrexone (50 mg/dag) en Acamprosaat (Campral) elk significant betere alcoholuitkomsten geven dan placebo (Jonas et al., 2014; McPheeters et al., 2023). De meta-analyse van Jonas et al. (2014) toonde een daling aan in de kans op *return to any drinking* met Acamprosaat met een absolute risicodaling van 0,09 (Risk Difference (RD) = −0,09) en met Naltrexone met 0,05 (RD = −0,05); voor *return to heavy drinking* werd vooral voor Naltrexone een duidelijke absolute winst gezien (RD = −0,09). In de recentere update van McPheeters et al. (2023) wordt dit bevestigd met relatieve effectgroottes: Acamprosaat verminderde *return to any drinking* (Relatief Risico (RR) = 0,88), terwijl Naltrexone 50 mg/dag zowel *return to any drinking* (RR = 0,93) als *return to heavy drinking* (RR = 0,81) reduceerde; voor Acamprosaat werd geen betekenisvol effect gevonden op *return to heavy drinking* (RR = 0,99).

Deze relatieve risicoreducties (7–19%) liggen qua grootorde in de buurt van veelgebruikte preventieve farmacotherapie, zoals statines (RR van 0,79 voor een majeur vasculair event per 1 mmol/L LDL-daling) en bloeddrukverlaging (RR van 0,80 voor een majeur cardiovasculaire aandoening per 10 mmHg systolische daling) (Cholesterol Treatment Trialists' Collaborators, 2012; Diabetes Prevention Program Research Group, 2002; Ettehad et al., 2016). Dit sluit aan bij het belangrijke feit dat de WHO in 2023 Acamprosaat en Naltrexone opnam in de *Model List of Essential Medicines* voor Alcohol Use Disorders (AUD) met ook steun voor inzet in niet-gespecialiseerde settings (WHO, 2023a, 2023b).

Acamprosaat staat in de lijst van terugbetaalde farmaca, maar dit geldt niet voor Naltrexone. Cochrane bevestigt deze positie van Naltrexone: *"…50 studies with 7793 participants were included in the review. The review shows that more patients who took Naltrexone were able to reduce the amount and frequency of drinking than those who took an identical appearing, but inert substance (placebo).*

On average, one out of nine patients was helped by Naltrexone. Naltrexone does not have serious side effects." (Rosner et al., 2022).

Volgens cijfers van Farmanet werd in 2024 Acamprosaat genomen door 12083 ambulante patiënten. Gezien Naltrexone op hetzelfde niveau staat als Acamprosaat in alle richtlijnen (zie tabel 2), lijkt het ten zeerste aangewezen dat ook Naltrexone in aanmerking komt voor terugbetaling in deze indicatie.

Acamprosaat wordt wel categorie C terugbetaald, maar daar ligt het remgeld behoorlijk hoog (doos voor 28 dagen: prijs 26,70 euro; remgeld 13,88 euro). Vergeleken bv met antidepressiva of antipsychotica (categorie B terugbetaling) is dit merkelijk hoger.

Tabel 2: Richtlijnen hervalpreventie (abstinentie/verminderd zwaar drinken) bij matig tot ernstige alcoholafhankelijkheid

	Eerstelijnskeuze	**Tweedelijnskeuze**
NICE	Acamprosaat of Naltrexone	Disulfiram
APA	Acamprosaat of Naltrexone	Disulfiram
RCPsych	Acamprosaat of Naltrexone	Disulfiram
BAP	Acamprosaat of Naltrexone	Disulfiram
NVVP	Disulfiram	Acamprosaat en Naltrexone

NICE = National Institute for Health and Care Excellence (VK); APA = American Psychiatric Association (VS); RCPsych = Royal College of Psychiatrists (VK); BAP = British Association for Psychopharmacology (VK); NVvP = Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Nederland)

4.1.2. Disulfiram

Belangrijk is dat ook Disulfiram in de meest recente en omvangrijke netwerk-meta-analyse een duidelijke plaats behoudt: de meest recente meta-analyse includeerde 156 RCTs (N=27.-334), met 13 Disulfiram-studies, en vond dat Disulfiram abstinentie significant verhoogt t.o.v. placebo (RR=1,71; 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) 1,39–2,10) én zwaar drinkgedrag sterk reduceert (RR=0,19; 95% BI 0,10–0,35), effectgroottes die in dezelfde analyse tot de beste behoren onder de onderzochte AUD-farmaca (Bahji et al., 2022). Hoewel Disulfiram vaker bijwerkingen geeft die tot stopzetting kunnen leiden, ondersteunen deze resultaten expliciet het richtlijnmatige gebruik van Disulfiram als werkzame abstinentie-gerichte terugvalpreventiemethode, vooral bij gemotiveerde patiënten en idealiter met gesuperviseerde inname (Bahji et al., 2022; Skinner et al., 2014). Op te merken valt dat de laatste Cochrane review dateert van 2013 (Pedersen et al., 2013) die zich in lijn met Skinner (2014) nog voorzichtig uitlaat, omdat er toen weinig RCTs beschikbaar waren. Inmiddels zijn er nieuwe RCTs gepubliceerd en zijn er duidelijkere uitspraken te maken (Bahji et al., 2022). In alle richtlijnen wordt Disulfiram minstens als een tweedelijnskeuze opgenomen (zie tabel 2).

4.2. Terugbetaling Naltrexone en Disulfiram in Europa: contrast met België

Vandaag worden in België Naltrexone en Disulfiram niet terugbetaald voor patiënten met alcoholafhankelijkheid. Dit in tegenstelling tot in vele andere Europese landen:

4.2.1. Naltrexone

- Nederland. Naltrexon is regulier vergoed binnen de basisverzekering voor alcohol- en opioïdenafhankelijkheid (Farmacotherapeutisch Kompas, 2025).

- Duitsland. Naltrexon is op de markt met generieken en valt onder GKV-dekking zoals andere Rx-middelen (GKV-Arzneimittelverzeichnis, 2025).
- Frankrijk. Naltrexon is gelicentieerd en opgenomen in het Franse Rx-vergoedingskader (ANSM/Assurance Maladie, 2025).
- Zweden. Naltrexone valt onder de läkemedelsförmån met TLV-besluit/prijs- en vergoedingsstatus (TLV, 2025).
- Denemarken. Naltrexone is beschikbaar en valt onder de Deense terugbetalings/subsidiestructuur voor Rx-middelen (Danish Medicines Agency, 2025).
- Spanje. Naltrexon is gelicentieerd en vergoed binnen het SNS-systeem voor AUD-zorg (AEMPS/SNS, 2025).
- Italië. Naltrexon is gelicentieerd en vergoed via SSN-regelingen (AIFA/SSN, 2025).
- Ierland. Naltrexone is beschikbaar en gedekt via HSE-regelingen binnen verslavingszorg (HSE Medicines Management, 2025).

4.2.2. Disulfiram

Disulfiram is niet meer als farmaceutische specialiteit op de Belgische markt beschikbaar, hoewel de grondstof dat wel is. De magistrale bereidingen op basis van Disulfiram zijn terugbetaald in België.

- Nederland. Disulfiram (Antabus/Refusal) is beschikbaar en vergoed als AUD-farmacon binnen de basisverzekering (Farmacotherapeutisch Kompas, 2025).
- Duitsland. Disulfiram is niet routinematig terugbetaald als standaard specialiteit omdat de handelsvergunning verloren ging; gebruik verloopt via import/off-label (BfArM, 2013; DG-Suchtmedizin, 2025).
- Frankrijk. Disulfiram is gelicentieerd en opgenomen in het nationale Rx-vergoedingssysteem (ANSM/Assurance Maladie, 2025).
- Zweden. Disulfiram is beschikbaar als AUD-medicatie en valt onder het farmaceutisch voordeel (Swedish Medical Products Agency/TLV, 2025).
- Denemarken. Disulfiram is beschikbaar als Rx-middel met nationale/individuele terugbetaling (Danish Medicines Agency, 2025).
- Spanje. Disulfiram is nog goedgekeurd/voorschrijfbaar en vergoed binnen het SNS-kader (AEMPS/SNS, 2025).
- Italië. Disulfiram is gelicentieerd en vergoed binnen AUD-zorg via SSN (AIFA/SSN, 2025).
- Ierland. Disulfiram is beschikbaar en vergoed via HSE-regelingen als abstinentie-gerichte optie (HSE Medicines Management, 2025).

4.3. Bottom line

Naltrexone en Disulfiram hebben beide een duidelijke, richtlijnconforme plaats in de terugvalpreventie bij alcoholafhankelijkheid. Grote meta-analyses tonen dat Naltrexone klinisch herval significant reduceert, terwijl Disulfiram in de juiste context (gemotiveerde patiënt, abstinentiedoel, bij voorkeur gesuperviseerde inname) abstinentie significant verhoogt en *heavy drinking* sterk vermindert. Internationaal zijn dit geen niche-middelen: Naltrexone is in vrijwel alle grote Europese landen opgenomen in de publieke terugbetaling als eerstelijnsoptie, en Disulfiram is in dezelfde landen doorgaans vergoed als tweedelijnsoptie of gerichte abstinentie-optie (met Duitsland als uitzondering wegens vergunningsstatus). België wijkt hier onnodig van af: Acamprosaat

is terugbetaald, maar Naltrexone en Disulfiram niet (wel als magistrale bereiding), wat leidt tot ongelijkheid in zorg en een zorgaanbod dat niet strookt met de internationale standaard.

4.4. Advies

Vanuit de VVP adviseren wij om oraal Naltrexone op te nemen in de Belgische terugbetalingsregeling voor alcoholafhankelijkheid als eerstelijns relapse-preventie, analoog aan Acamprosaat. Veranker Disulfiram als terugbetaalbare tweedelijns- of aanvullende optie binnen abstinentie-gerichte trajecten, gekoppeld aan duidelijke selectiecriteria, contra-indicatiebewaking en een kader voor (bij voorkeur) gesuperviseerde inname. Dit brengt België in lijn met de beschikbare wetenschappelijke evidentie en Europese praktijk.

5. Voorstel inkanteling van vitale psychofarmaca (antidepressiva en vooral LAI-antipsychotica) in categorie A

5.1. Oversterfte bij schizofrenie en major depressive disorder (MDD)

De Belgische terugbetalingscategorie A is bedoeld voor “specialiteiten van vitale betekenis”, typisch bij aandoeningen met hoge mortaliteit/morbiditeit zoals diabetes en kanker (INAMI/RIZIV, 2025). Depressie vormt de grootste bijdrage aan de ziektelast wanneer deze wordt gemeten in *years lived with disability* (YLDs) en *disability-adjusted life years* (DALYs) (WHO, 2017). De mortaliteitslast van schizofrenie (15–20 jaar kortere levensverwachting; *Standardized Mortality Ratio* rond 2,5–3) en ernstige/recidiverende majeure depressie (*all-cause* mortaliteit 1,5–2× hoger dan in de algemene bevolking) is minstens vergelijkbaar met die van diabetes (en zelfs hoger), wat rechtvaardigt dat bewezen herval-preventieve psychofarmaca als vitale medicatie moeten behandeld worden (Hjorthøj et al., 2017; Marijnissen et al., 2024). Deze oversterfte wordt in belangrijke mate verklaard door een combinatie van sterk verhoogd suïciderisico en modificeerbare, ziekte-gerelateerde leefstijl- en copingfactoren (o.a. roken, middelengebruik, lichamelijke inactiviteit en ongezonde voeding), die leiden tot meer cardiovasculaire, respiratoire en metabole aandoeningen en zo vroegtijdig overlijden versnellen (Hjorthøj et al., 2017; Correll et al., 2022).

5.2. Reductie oversterfte door (LAI) antipsychotica en antidepressiva

Goede, volgehouden behandeling reduceert de oversterfte bij schizofrenie duidelijk, met extra voordeel voor *Long Acting Injectables* (LAI)-antipsychotica. Lage therapietrouw is een primaire driver van psychotische hervallen, gedwongen opnames, suïcidaliteit en somatische ontregeling. In een recente meta-analyse met 17 studies (N=12.042) was all-cause mortaliteit lager onder LAIs dan onder orale antipsychotica (odds ratio (OR)=0,79; 95% BI 0,66–0,95) (Aymerich et al., 2024). Concreet geeft de LAI-strategie ongeveer 20–30% relatieve mortaliteitswinst bovenop orale behandeling, en antipsychotica als geheel resulteert in naar schatting 15–40% lagere sterfte t.o.v. niet behandelen.

Onderhouds-antidepressiva voorkomen recidief en suïciderisico bij hoog-risicopatiënten. Een meta-analyse van 40 RCTs (n=8890) toont dat verderzetten van antidepressiva na remissie het hervalrisico duidelijk reduceert t.o.v. stoppen; dit effect is het grootst bij recidiverende/ernstige depressie welke precies de populatie is met het hoogste suïciderisico en functionele invalidering (Geddes et al., 2003; Sim et al., 2022). Gezien 10% van de patiënten met MDD aan suïcide overlijden, is dit een belangrijke levensreddende interventie.

5.3. Andere voordelen van LAI-antipsychotica versus orale vormen

LAI-antipsychotica verminderen voor patiënten de dagelijkse pillenlast en bieden betrouwbare toediening met stabielere spiegels, waardoor non-adherentie sneller kan worden gedetecteerd (Kishimoto et al., 2021).

In meta-analyses zijn LAIs geassocieerd met betere klinische uitkomsten, met een lager risico op hospitalisatie/herval (bv. RR 0,88 in RCTs; RR 0,92 in cohortstudies) (Kishimoto et al., 2013; Kishimoto et al., 2021).

5.4. Psychofarmaca als categorie B medicatie

In België vallen psychofarmaca, en dus ook (LAI) antipsychotica en antidepressiva, typisch onder categorie B. Wanneer België LAI-antipsychotica en onderhouds-antidepressiva op een lager terugbetalingsniveau houdt dan somatisch *vitale* medicatie, ontstaat een ongelijkheid die niet strookt met de wetenschappelijke evidentie en internationale standaarden. Het gevolg is een hogere drempel voor precies de patiënten met het hoogste risico op herval, opname en sterfte. Dit zijn net de patiënten met psychosociale en financiële problemen, dus elke drempel (zoals financiële) om de medicatie in te nemen dient te verdwijnen of zo laag mogelijk gehouden te worden.

5.5. Vergelijking met andere Europese landen

Het is heel moeilijk om terugbetalingskaders te vergelijken tussen landen. Desalniettemin worden ernstige psychiatrische aandoeningen (*severe mental illness*; SMI) in verschillende Europese landen wél behandeld als chronische/vitale aandoening met (bijna) volledige dekking, waardoor de financiële drempel lager is dan in België. Sowieso is het terugbetalingstarief voor deze farmaca in vele Europese landen gunstiger.

- Frankrijk. Schizofrenie en persisterende/recidiverende depressie vallen onder ALD-criterium 23 (Affections psychiatriques de longue durée). Wie aan ALD-criteria voldoet, krijgt 100% terugbetaling van zorg en geneesmiddelen die aan de aandoening gelinkt zijn (dus inclusief orale en LAI-antipsychotica en antidepressiva). (Haute Autorité de Santé, 2025)
- Nederland. Psychofarmaca worden vergoed binnen het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), er is geen aparte “lagere klasse” voor psychofarmaca. Bovendien is de jaarlijkse eigen bijdrage voor medicatie geplafonneerd en wordt het grootste deel standaard vergoed.
- Zweden. Antipsychotica en antidepressiva die in het nationale voordeel (högkostnadsskydd) zitten, vallen onder de jaarlijkse *high-cost protection* voor geneesmiddelen. Sinds 2025 is het plafond voor eigen betaling SEK 3.800 per 12 maanden (≈ €330). Zodra een patiënt dat plafond bereikt, is verdere Rx-medicatie (dus ook LAIs en antidepressiva) 100% terugbetaald tot het einde van de 12-maandsperiode.
- Denemarken. Antipsychotica en antidepressiva vallen onder het automatische CTR-terugbetalings-ladder-systeem. Boven de maximaal bereikte uitgave, worden alle psychofarmaca 100% terugbetaald.
- Duitsland. In Duitsland betaalt een chronische SMI-patiënt enkel kleine vaste bijdragen tot 1% van het inkomen voor diens medicatie, daarna €0.
- VK. Geen differentiële “psychiatrie-klasse” versus somatiek.
- Schotland. Alle voorschriften zijn gratis voor iedereen. Dus antipsychotica, antidepressiva, antidiabetica én orale oncolytica zijn 100% gedekt voor de patiënt.
- Ierland. ook hier geen domeinonderscheid; psychofarmaca vallen gewoon mee onder dezelfde maandelijkse plafonds als antidiabetica en (orale) oncolytica.

In landen als Frankrijk, Zweden, Denemarken, Duitsland, VK, Ierland en Nederland is er dus géén structureel “lager” terugbetalingsniveau voor psychofarmaca t.o.v. medicatie voor diabetes of kanker. De kostenbescherming geldt breed voor alle vergoedbare voorgeschreven geneesmiddelen, ongeacht of het om somatische of psychiatrische medicatie gaat.

5.6. Advies

Herclassificeer antipsychotica (met prioriteit voor LAI-antipsychotica) naar categorie A binnen SMI-indicaties. Voorzie categorie A (of A-equivalente) terugbetaling voor onderhouds-antidepressiva bij ernstige/recidiverende depressie, met duidelijke indicatiecriteria en stepped-care opvolging. De terugbetalingslogica zou zo aansluiten bij de realiteit dat deze behandelingen levens redden, herval en opname voorkomen, en totale zorgkosten verlagen.

6. Laxativa bij gebruik van psychofarmaca

6.1 Constipatie als frequente bijwerking van psychofarmaca

Constipatie is een frequent voorkomende en mogelijk levensbedreigende bijwerking van zowel antidepressiva als antipsychotica (De Hert et al., 2010. De oorzaak van deze complicatie is het anticholinerge effect van de medicatie. Wanneer het cholinerge systeem geremd wordt, ontstaan er klachten op allerlei orgaansystemen, onder andere het autonoom perifeer zenuwsysteem. In het maagdarmstelsel ontstaat er een hypomobiliteit, een vertraagde darmperistaltiek. Een belangrijk aandachtspunt is dat de anticholinerge bijwerkingen sterker worden, en dus meer subjectieve last geven, wanneer verschillende psychofarmaca in combinatie worden genomen. Men spreekt dan van de anticholinerge belasting: het totale anticholinerge effect van alle voorgeschreven geneesmiddelen samen. In het geval van patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening is de anticholinerge belasting hoog als het gevolg van polyfarmacie, de combinatie van verschillende psychofarmaca. Onderzoek heeft aangetoond dat de prevalentie van constipatie in een psychiatrische populatie meer dan het dubbele is van de gewone bevolking (Dauriac-Le Masson et al., 2024. Ook bij personen met een mentale handicap ligt de prevalentie van constipatie hoog, en is de behandeling onvoldoende systematisch (AlMutairi et al., 2020).

Geneesmiddelen met een gekende hoge anticholinerge belasting zijn de tricyclische antidepressiva Amitriptyline, Clomipramine, Dosulepine, Imipramine en Nortriptyline, en de antipsychotica Clozapine, Olanzapine, en Quetiapine. Bij Clozapine is het risico op overlijden door constipatie en daaropvolgende paralytische ileus en toxisch colon 70 keer hoger dan het risico op overlijden door agranulocytose, waarvoor systematische bloedafnames moeten gebeuren om de leucocytose rigoureus in de gaten te houden (Cohen et al., 2012). Experimenteel onderzoek heeft aangetoond dat systematisch toedienen van laxativa aan patiënten in behandeling met antipsychotica de prevalentie van constipatie met een factor drie doet afnemen, lichamelijk goed getolereerd wordt, en door de overgrote meerderheid van patiënten aanvaard (Bulot et al., 2016).

Constipatie heeft een significant negatief effect op de levenskwaliteit, vergelijkbaar met inflammatoire darmziekten, chronische allergische reacties en reumatologische aandoeningen (Han et al., 2018).

6.2. Behandeling van constipatie

De eerste stap in de aanpak van constipatie is niet-medicamenteus. De volgende maatregelen worden idealiter gecombineerd: een aangepaste voeding (verhoogde inname van vezels), voldoende vochtinname en lichaamsbeweging, defecatiedrang niet negeren en voldoende tijd nemen op het toilet.

Medicamenteuze interventies kunnen echter noodzakelijk zijn. Osmotische laxativa zijn daarbij het meest onderzocht. Het betreft middelen die vocht in de darm aantrekken, daar vasthouden en de stoelgang zachter maken. Vervolgens vergroot het volume van de darminhoud en secundair daaraan verbetert de darmtransit van de dikke darm. Dit proces bevordert de stoelgang substantieel. Onderzoek heeft aangetoond dat osmotische laxativa significant beter effect hebben dan placebo, met een optimaal evenwicht tussen effect en bijwerkingen die minimaal zijn.

6.3. Kostprijs van de behandeling

Lactulose, Macrogol en andere osmotische laxativa zijn in België niet terugbetaald voor de behandeling van constipatie, met uitzondering van Bifteral voor hepatische encephalopathie. Ze zijn ook niet voorschriftplichtig. De prijs varieert van €9,42 tot €13,53 per 500ml (BCFI, 2026).

De gemiddelde dosis per dag bij volwassen is 15-30ml. Op maandbasis betekent dit een eigen bijdrage van €10 tot €20. Een groot deel van de patiënten met polyfarmacie hebben minstens het dubbele nodig van een gemiddelde dosis. We spreken dan al snel van €40-50 per maand.

Studies tonen aan dat de eigen bijdrage voor de behandeling van constipatie voor veel patiënten wereldwijd een grote inspanning vraagt (Albu et al., 2019; Pinto-Sanchez & Bercik, 2011).

6.4. Vergelijking met andere Europese landen

In het Verenigd Koninkrijk moeten patiënten die binnen bepaalde kwetsbare categorieën vallen niet betalen voor voorgeschreven medicatie. Laxativa zijn bijvoorbeeld gratis voor patiënten ouder dan 60 jaar, voor patiënten met een vervangingsinkomen, en patiënten in een precaire jobsituatie.

In Nederland wordt Macrogol op voorschrift, altijd vergoed. Macrogol is comfortabeler om in te nemen en kan gemakkelijker gedoseerd worden dan Lactulose. Andere laxativa worden vergoed wanneer de arts op het voorschrift zet dat het chronisch gebruik is. De patiënt moet dan wel de eerste keer zelf betalen en daarna wordt het door de verzekering vergoed. Bij opioïden kan de apotheek op eigen initiatief zelf Macrogol aan het voorschrift toevoegen (als het er nog niet op staat) en dan wordt het ook vergoed.

In Frankrijk is de publieksprijs voor Macrogol en andere osmotische laxativa fors lager dan in België. De gewone prijs van een verpakking bedraagt €3,53, in het geval van terugbetaling gaat er 30% af, en wordt het €2,51.

In Duitsland kosten laxativa ongeveer 20% minder dan in België is terugbetaling voorzien in specifieke omstandigheden zoals bijvoorbeeld megacolon.

6.5. Advies

De VVP adviseert om een vorm van terugbetaling te voorzien voor chronische medicatie-geïnduceerde constipatie bij patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening, in navolging van de ons omliggende Europese landen. Aan de terugbetaling worden een aantal voorwaarden gekoppeld, zoals een voorschrift door huisarts, internist of psychiater, en adviesgesprek over niet-medicamenteuze maatregelen.

7. Thiamine (vitamine B1) bij alcoholverslaving

7.1. Thiamine als profylactische behandeling

Mensen met een problematiek van alcoholmisbruik hebben een verhoogd risico op malnutritie. Hieruit volgt een risico op vitamine tekorten, en in het bijzonder Thiaminedeficiëntie, een tekort aan vitamine B1. Dit maakt dat mensen met een alcoholverslaving een verhoogd risico hebben om Wernicke-encefalopathie (WE) en het daaruit volgende, onomkeerbare Wernicke–Korsakoff syndroom te ontwikkelen.

Wernicke–Korsakoff is zo invaliderend omdat de chronische fase (Korsakoff) typisch gepaard gaat met zeer diepe (anterograde en retrograde) amnesie én bijkomende executieve en gedragsmatige stoornissen (o.a. confabulaties (onbewust verzonnen of onjuiste herinneringen die gaten in het geheugen opvullen), apathie), waardoor patiënten vaak blijvend autonomie verliezen in het dagelijks functioneren (Arts et al., 2017). In de praktijk leidt dit geregeld tot nood aan permanente ondersteuning en langdurige (gespecialiseerde) residentiële zorg, mede door frequente gebrekkige ziekte-inzicht/overschatting van eigen kunnen (Gerridzen et al., 2021). Daarnaast is de lange termijn impact groot op hard outcomes: in een follow-up studie van alcoholgerelateerde WE/KS was de cumulatieve mortaliteit 45% en werd geschat dat ongeveer 50% binnen 8 jaar na de WE-episode overlijdt (Sanvisens et al., 2017).

Bij opname is het risico op WE acuut hoger omdat veel patiënten met alcoholgebruikstoornis al een lage Thiamine-reserve hebben (door slechte inname, malabsorptie en leverproblematiek), en de metabole vraag plots stijgt door acute ziekte/ontwenning.

Daarnaast gebeuren in het ziekenhuis precies de “triggers” die WE kunnen uitlokken: glucose/dextrose-infusen, (snelle) *refeeding* na ondervoeding of parenterale/enterale voeding verhogen de koolhydraatverbranding, waardoor Thiamine als essentiële cofactor sneller wordt opgebruikt; zonder snelle suppletie kan dit WE precipiteren en past daarom in refeeding-richtlijnen. NICE raadt daarom profylactische orale Thiamine aan bij schadelijk/afhankelijk alcoholgebruik met malnutritie (of risico daarop).

7.2. Kostprijs van de behandeling

Thiamine is laagdrempelig en goedkoop: een vaak gebruikt oraal preparaat in België, Benerva 300 mg (20 tabletten), kost ongeveer €4,19 (≈ €0,21 per tablet). Voor parenterale toediening kost Thiamine (10 ampullen van 2 ml) ongeveer €11,21 (≈ €1,12 per ampul). Gezien de parenterale toedieningsvorm vooral in ziekenhuizen gebruikt wordt (als onderdeel van de acute ontwenningsfase) zal vitamine B1 vooral oraal ingenomen worden door de patiënt. Op maandbasis komt dit dus op neer op €6,3.

De medicatie-kost van Thiaminesuppletie blijft daarmee in de praktijk zeer beperkt in verhouding tot de potentiële impact en zorgkosten van (niet-herkende) Wernicke-encefalopathie en het hoogst invaliderende Wernicke-Korsakoff syndroom.

7.3. Advies

De VVP adviseert om een vorm van terugbetaling te voorzien voor Thiamine bij patiënten met een alcoholverslaving.

8. Referenties

8.1. Volwassen ADHD

- AIFA. (2023). Determinazione rimborsabilità Medikinet adulti.
- ANSM. (2023). Information médicaments ADHD – Elvanse.
- BCFI. (2024). Methylfenidaat.
- Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. (2024). Meta-analysis of antihypertensive drugs: Monotherapy reduces systolic BP by ~8–9 mmHg in 500 RCTs (n ≈ 106,358). European Heart Journal.
- British Association for Psychopharmacology. (2017). Guidelines for the pharmacological management of ADHD.
- Canadian ADHD Resource Alliance. (2020). Canadian ADHD Practice Guidelines, Fourth Edition (CAP-G4).
- Cochrane Collaboration. (2022). Extended-release methylphenidate for ADHD in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, (2).
- Cortese, S., et al. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for ADHD in children, adolescents, and adults: A systematic review and network meta-analysis. The Lancet Psychiatry.
- FBTO. (2024). Vergoeding ADHD-medicijnen.
- G-BA. (2013). Beschluss zu Methylphenidat bei Erwachsenen.
- HAS. (2021). Avis de la Commission de la Transparence – Ritaline LP.
- Helsedirektoratet. (2024). Blå resept – ADHD-legemidler.
- HSE. (2024). List of reimbursable items – ADHD medicines.
- Independer. (2024). Methylfenidaat vergoeding zorgverzekering.
- Journal Officiel de la République Française. (2022). Texte officiel remboursement Ritaline LP.
- Lægemiddelstyrelsen. (2023). Tilskud ADHD-medicin voksne.
- Leucht, S., et al. (2012). Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: Review of meta-analyses. British Journal of Psychiatry, 200(2), 97–106.
- Ministerio de Sanidad. (2023). Financiación Elvanse Adultos.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management (NG87). NICE.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. (2015). Richtlijn ADHD bij volwassenen. NVvP.
- Royal College of Psychiatrists. (2017). ADHD in adults: Good practice guidelines. RCPsych.
- Solidaris. (2024). Terugbetaling behandeling ADHD met medicatie.
- TLV. (2022). Beslut om subvention ADHD-läkemedel.
- Zorgwijzer. (2024). ADHD-medicijnen vergoedingen.

8.2. Verslavingsproblematiek

- AEMPS/SNS. (2025). Financiación y reembolso de medicamentos en el Sistema Nacional de Salud (SNS): naltrexona y Disulfiram. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios / Sistema Nacional de Salud, Spanje.
- AIFA/SSN. (2025). Prontuario/finanziamento SSN per Naltrexone e Disulfiram. Agenzia Italiana del Farmaco / Servizio Sanitario Nazionale, Italië.

- ANSM/Assurance Maladie. (2025). Statut d'autorisation et remboursement de la Naltrexone et du Disulfirame. Agence nationale de sécurité du médicament / Assurance Maladie, Frankrijk.
- Bahji, A., et al. (2022). Pharmacotherapies for alcohol use disorder: a systematic review and network meta-analysis.
- BfArM. (2013). Status van Disulfiram handelsvergunning in Duitsland. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, Duitsland.
- Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. *The effects of lowering LDL cholesterol with statin therapy in people at low risk of vascular disease: meta-analysis of individual data from 27 randomised trials.* The Lancet. 2012;380(9841):581–590. doi:10.1016/S0140-6736(12)60367-5.
- Danish Medicines Agency. (2025). Reimbursement status of Naltrexone and Disulfiram. Lægemiddelstyrelsen, Denemarken.
- Diabetes Prevention Program Research Group. *Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin.* New England Journal of Medicine. 2002;346:393–403. doi:10.1056/NEJMoa012512.
- DG-Suchtmedizin. (2025). Position paper / klinische praktijk rond Disulfiram na verlies vergunning in Duitsland. Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin, Duitsland.
- Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, et al. *Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis.* The Lancet. 2016;387(10022):957–967. doi:10.1016/S0140-6736(15)01225-8.
- Farmacotherapeutisch Kompas. (2025). Naltrexon en Disulfiram: indicaties en vergoeding in Nederland. Zorginstituut Nederland.
- Farmanet. (2024). Geneesmiddelengebruik in België: Acamprosaat (gebruikerscijfers 2024). FAGG/RIZIV databank, België.
- Geddes, J. R., et al. (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. The Lancet.
- GKV-Arzneimittelverzeichnis. (2025). Erstattungsstatus von Naltrexon (Generika) in der gesetzlichen Krankenversicherung. Duitsland.
- HSE Medicines Management. (2025). Reimbursement/coverage of Naltrexone and Disulfiram within HSE schemes. Health Service Executive, Ierland.
- Jonas, D. E., et al. (2014). Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. JAMA.
- McPheeters, M., et al. (2023). Pharmacotherapy for alcohol use disorder: systematic review and meta-analysis. JAMA.
- NICE. (2025). Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence (CG115/CKS). National Institute for Health and Care Excellence, VK.
- NVvP. (2023). Richtlijn Stoornissen in het gebruik van alcohol. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederland.
- Pedersen B, Askgaard G, Oppedal K. Disulfiram for alcohol use disorder (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013;(4):CD010487. doi:10.1002/14651858.CD010487
- Rosner, S., et al. (2022). Naltrexone for alcohol dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews.

- RCPsych. (2016). Alcohol-use disorders: pharmacological management. Royal College of Psychiatrists, VK.
- Skinner, M. D., et al. (2014). Disulfiram efficacy in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis.
- Swedish Medical Products Agency/TLV. (2025). Reimbursement decisions for Disulfiram and Naltrexone. Läkemedelsverket / Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Zweden.
- TLV. (2025). Läkemedelsförmån status/pricing for Naltrexone. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Zweden.
- World Health Organization. *Landmark public health decisions by WHO on essential medicines for alcohol use disorders.* 8 Aug 2023
- WHO. (2023). WHO Model List of Essential Medicines: addition of acamprosate and Naltrexone for alcohol use disorder. World Health Organization.
- Yazıcı, A. B., & Bardakçı, M. R. (2023). Factors associated with relapses in alcohol and substance use disorder. Eurasian Journal of Medicine.

8.3. Terugbetaling categorie A

- Aymerich, C., et al. (2024). All-cause mortality risk in long-acting injectable versus oral antipsychotics in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. Molecular Psychiatry.
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders. World Psychiatry.
- Geddes, J. R., et al. (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders. The Lancet.
- INAMI/RIZIV (2025). Liste des spécialités pharmaceutiques remboursables – catégories de remboursement.
- Kishimoto T, Nitta M, Borenstein M, Kane JM, Correll CU. Long-acting injectable versus oral antipsychotics in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of mirror-image studies. *Journal of Clinical Psychiatry.* 2013;74(10):957–965.
- Kishimoto, T., et al. (2021). LAI vs oral antipsychotics for maintenance treatment of schizophrenia: comparative meta-analysis. The Lancet Psychiatry.
- Liu, N. H., et al. (2017). Excess mortality in persons with severe mental disorders. The Lancet.
- NHS Medicines Resources (2024). LAI versus oral antipsychotics – evidence summary.
- Sim, K., et al. (2022). Maintenance antidepressants reduce relapse in MDD: meta-analysis. Molecular Psychiatry.
- WHO. Depression and other common mental disorders: global health estimates. (World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2017).

8.4. Laxativa

- Albu A, Farcas A, David L, Dumitrascu DL. The economic burden of constipation therapy. Med Pharm Rep. 2019 Jul;92(3):261-264. doi: 10.15386/mpr-1222. Epub 2019 Jul 31. PMID: 31460507; PMCID: PMC6709959.
- AlMutairi H, O'Dwyer M, Burke E, McCarron M, McCallion P, Henman MC. Laxative use among older adults with intellectual disability: a cross-sectional observational study. Int J Clin Pharm. 2020 Feb;42(1):89-99. doi: 10.1007/s11096-019-00942-z. Epub 2019 Dec 2. PMID: 31792735.
- Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische informatie, https://www.bcfi.be/nl/.
- Bulot V, Lemogne C, Nebot N, Blondon H, Roux P. Systematic prevention of severe constipation induced by antipsychotic agents: A quasi-experimental study. Eur Neuropsychopharmacol. 2016 Oct;26(10):1690-1. doi: 10.1016/j.euroneuro.2016.08.004. Epub 2016 Aug 18. PMID: 27546374.
- Cohen D, Bogers J, van Dijk D, Bakker B; Peter F, Schulte, J. Beyond White Blood Cell Monitoring: Screening in the Initial Phase of Clozapine Therapy. J Clin Psychiatry 2012;73(10):1307-1312
- Dauriac-Le Masson V, Bornes C, Hadjedj L, Montariol P, Nguyen-Machet S, Hallouche N. Constipation in hospitalized psychiatric patients: An underestimated common phenomenon. Retrospective epidemiological study in an adult psychiatric hospital setting. Encephale. 2024 Oct;50(5):549-556. doi: 10.1016/j.encep.2023.11.006. Epub 2024 Feb 3. PMID: 38311484.
- De Hert MD, Hudyana H, Dockx L, et al. Second-generation antipsychotics and constipation: A review of the literature. *European Psychiatry*. 2011;26(1):34-44. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.03.003
- Han, D., Iragorri, N., Clement, F. et al. Cost Effectiveness of Treatments for Chronic Constipation: A Systematic Review. PharmacoEconomics 36, 435–449 (2018). https://doi.org/10.1007/s40273-018-0609-6
- Rao SSC, Brenner DM. Efficacy and Safety of Over-the-Counter Therapies for Chronic Constipation: An Updated Systematic Review. Am J Gastroenterol. 2021 Jun 1;116(6):1156-1181. doi: 10.14309/ajg.0000000000001222. PMID: 33767108; PMCID: PMC8191753.
- Sanchez MI, Bercik P. Epidemiology and burden of chronic constipation. Can J Gastroenterol. 2011 Oct;25 Suppl B(Suppl B):11B-15B. doi: 10.1155/2011/974573. PMID: 22114752; PMCID: PMC3206560.

8.5. Thiamine bij alcoholverslaving

- Arts, N. J. M., Walvoort, S. J. W., & Kessels, R. P. C. (2017). Korsakoff's syndrome: a critical review. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 13, 2875–2890. https://doi.org/10.2147/NDT.S130078
- Gerridzen, I. J., Moerman-van den Brink, W. G., Depla, M. F., Verschuur, E. M. L., Veenhuizen, R. B., van der Wouden, J. C., Hertogh, C. M. P. M., & Joling, K. J. (2017). Prevalence and severity of behavioural symptoms in patients with Korsakoff syndrome and other alcohol-related cognitive disorders: a systematic review. International Journal of Geriatric Psychiatry, 32(3), 256–273. https://doi.org/10.1002/gps.4636

- Sanvisens, A., Zuluaga, P., Fuster, D., Rivas, I., Tor, J., Marcos, M., Chamorro, A. J., & Muga, R. (2017). Long-term mortality of patients with an alcohol-related Wernicke–Korsakoff syndrome. Alcohol and Alcoholism, 52(4), 466–471. https://doi.org/10.1093/alcalc/agx013