

# Langdurig gebruik van antidepressiva in België

Lisa Colman — UGent

Hervé Avalosse, Rose-Marie Ntahonganyira, Rebekka Verniest — Studiedienst CM-MC

Met dank aan prof. dr. Piet Bracke, prof. dr. Katrijn Delaruelle en dr. Ellen van Leeuwen (UGent)

## Samenvatting

Algemene cijfers tonen dat in België het totale volume aan afgeleverde antidepressiva de voorbije jaren bleef stijgen, ondanks een daling van het aantal nieuwe gebruikers. Een mogelijke verklaring hiervoor is de toename van het aantal langdurige gebruikers. Deze studie onderzoekt daarom de evolutie van antidepressivagebruik tussen 2013 en 2023, met bijzondere aandacht voor patronen en factoren die samenhangen met gebruik gedurende vijftien maanden of langer.

We zien dat het aantal nieuwe gebruikers met 51% daalt, terwijl de prevalentie blijft stijgen en uiteindelijk ongeveer één op drie patiënten antidepressiva vijftien maanden of langer inneemt. Patiënten die in recentere jaren een behandeling startten, blijven de antidepressiva minder vaak langdurig gebruiken, wat wijst op een positieve verschuiving in voorschrijfpactijken. Huisartsen spelen hier een centrale rol: bij bijna vier vijfde van de gebruikers zijn zij de voornaamste voorschrijver, en patiënten onder hun zorg gebruiken de medicatie vaker langdurig dan patiënten onder psychiatrische zorg. Bovendien gaat een hogere frequentie van huisartscontacten samen met een grotere kans op langdurig gebruik.

Sociaaleconomische kwetsbaarheid versterkt deze patronen op complexe wijze: mensen met VT-status gebruiken vaker langdurig antidepressiva wanneer zij voornamelijk binnen de huisartsenzorg worden opgevolgd, terwijl zij binnen psychiatrische zorg net minder vaak langdurig gebruiken. Deze bevindingen wijzen erop dat voorschrijf- en zorgtrajecten sociaal ongelijk verdeeld zijn.

Langdurig antidepressivagebruik vloeit zo niet uitsluitend voort uit individuele klinische beslissingen, maar ook uit structurele kenmerken van het Belgische zorgsysteem, waaronder voorschrijfpactijken, toegankelijkheid van zorg en sociaaleconomische ongelijkheden. Op basis van deze vaststellingen worden enkele aanbevelingen geformuleerd.

Sleutelwoorden: Langdurig antidepressivagebruik, voorschrijfpactijken, huisartsen, sociaaleconomische kwetsbaarheid, kwantitatieve studie

# Inhoudstafel

<b>Inleiding</b>	<b>34</b>
<b>1. Literatuuroverzicht</b>	<b>34</b>
<b>2. Methode</b>	<b>36</b>
2.1. Studiepopulatie	36
2.2. Afhankelijke variabele	36
2.3. Onafhankelijke variabelen	37
2.4. Statistische analyses	38
<b>3. Resultaten</b>	<b>39</b>
3.1. Tijdtrends in antidepressivagebruik	39
3.2. Kenmerken van antidepressivagebruikers	40
3.2.1. Totale studiepulatie	40
3.2.2. Verschillen tussen langdurige en kortdurende gebruikers	42
3.3. Determinanten van langdurig gebruik van antidepressiva	42
3.4. Interactie-effecten tussen determinanten van langdurig gebruik	44
3.4.1. Interacties tussen voorschrijver en zorggebruik	44
3.4.2. Interacties tussen VT-statuu, voorschrijver en zorggebruik	45
<b>4. Bespreking</b>	<b>46</b>
4.1. Voornaamste resultaten	46
4.2. Beperkingen	48
<b>5. Aanbevelingen</b>	<b>49</b>
5.1. Versterk de zorgverleners	49
5.1.1. Vorming en ondersteuning van huisartsen	49
5.1.2. Bevordering van multidisciplinaire samenwerking	50
5.2. Verbeter verder de toegankelijkheid van eerstelijnspsychologische zorg (ELP)	50
5.3. Verminder de sociaaleconomische ongelijkheden in toegang tot zorg	50
<b>Conclusie</b>	<b>50</b>
<b>Bibliografie</b>	<b>52</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>55</b>

## Inleiding

Antidepressiva worden in België op ruime schaal voorgeschreven voor de behandeling van depressie- en angstklachten. Ze gelden als aanbevolen eerstelijnsbehandeling, doorgaans in combinatie met psychotherapie (Cuijpers, et al., 2020). In 2023 kreeg 13,7% van de volwassen Belgische bevolking minstens één voorschrift voor een antidepressivum (IMA, 2025).

Het totale volume aan afgeleverde antidepressiva, uitgedrukt in gedefinieerde dagdosissen (*Defined Daily Doses*, DDD) per 1.000 inwoners, vertoont duidelijk een stijgende trend. Waar het gebruik in 2000 nog 38,8 DDD per 1.000 inwoners bedroeg, steeg dit tot 69,6 in 2010 en 86,5 in 2021. Het gemiddelde voor België ligt hiermee hoger dan zowel het EU-14-gemiddelde (77 DDD/1.000) als het EU-27-gemiddelde (64 DDD/1.000) (Gerkens, et al., 2024b).

Opvallend is echter dat deze toename in antidepressiva-gebruik niet voornamelijk het gevolg is van een groei van het aantal nieuwe gebruikers, maar vooral wijst op een verlenging van de behandelduur (Moore, et al., 2009). Eerder onderzoek toont aan dat voorschriften die zich over langere periodes uitstrekken een substantieel aandeel hebben in deze stijgende trends (Brett, et al., 2017; Mars, et al., 2017). Hoewel klinische richtlijnen aanbevelen om antidepressiva zes tot twaalf maanden na de verbetering van de klachten geleidelijk af te bouwen, en tot twee jaar bij een verhoogd risico op herval (Declercq, et al., 2017; Van Leeuwen, et al., 2021b), wijzen talrijke studies op een wijdverspreid gebruikspatroon dat deze aanbevolen duur overschrijdt.

In het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten neemt een aanzienlijk deel van de gebruikers antidepressiva gedurende twee tot vijf jaar of langer (Johnson, Williams, MacGillivray, Dougall, & Maxwell, 2017; Petty, House, Knapp, Raynor, & Zermansky, 2006; Takayanagi, et al., 2014). In Nederland gebruikt naar schatting 30% tot 44% van de patiënten antidepressiva langer dan vijftien maanden (Huijbregts, Hoogendoorn, Slottje, van Balkom, & Batelaan, 2017; Meijer, et al., 2004), in Australië is een gemiddelde gebruiksduur van ongeveer vier jaar gerapporteerd (Kjosavik, Gillam, & Roughhead, 2016). Ook voor België wijzen beschikbare cijfers in dezelfde richting: IMA-gegevens tonen aan dat bijna driekwart van de patiënten met een aflevering van antidepressiva deze langer dan één jaar blijft gebruiken (De Maeseneer, 2023).

Tegen deze achtergrond onderzoekt de huidige studie langdurig antidepressivagebruik in België aan de hand van administratieve en facturatiegegevens van CM-leden. Concreet analyseert zij het gebruik van antidepressiva van vijftien maanden of langer in de periode 2013-2023, met aandacht voor de prevalentie ervan, de rol van huisartsen in deze voorschrijfpraktijken en de samenhang met sociaaleconomische kwetsbaarheid. Door dit patroon van aanhoudend gebruik te analyseren binnen de Belgische context van geestelijke gezondheidszorg, beoogt de studie meer inzicht te bieden in langdurig antidepressivagebruik. De analyse maakt deel uit van een ruimer doctoraatsonderzoek aan de UGent naar medicalisering en sociale ongelijkheden in psychofarmacagebruik.

## 1. Literatuuroverzicht

Langdurig antidepressivagebruik verwijst naar situaties waarin een behandeling wordt voortgezet voorbij de aanbevolen duur volgens klinische richtlijnen, ongeacht of de initiële start klinisch gerechtvaardigd was. Gebruik van antidepressiva gaat gepaard met verschillende risico's, waaronder slaapproblemen, seksuele dysfunctie, gastro-intestinale klachten en emotionele vervlakking (Ben-Sheetrit, et al., 2023; Bet, Hugtenburg, Penninx, & Hoogendijk, 2013; Davies & Read, 2019). Bij afbouw kunnen bovendien onttrekkingsverschijnselen optreden, zoals slapeloosheid, misselijkheid, griepachtige klachten of sensorische stoornissen, vooral wanneer de medicatie te snel wordt verminderd (Fava, Gatti, Belaise, Guidi, & Offidani, 2015). Deze symptomen worden geregeld geïnterpreteerd als een terugval, wat voortgezet gebruik verder in de hand werkt (Davies & Read, 2019; Van Leeuwen, et al., 2021b).

Ondanks deze gekende risico's, blijft langdurig antidepressivagebruik relatief onderbelicht in wetenschappelijk onderzoek, en blijken klinische richtlijnen slechts beperkt door te werken in de dagelijkse voorschrijfpraktijk. Zo raadt het Britse *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2022) antidepressiva enkel aan wanneer niet-farmacologische behandelingen onvoldoende effect hebben of bij ernstige depressie, steeds in combinatie met psychotherapie (Kendrick, et al., 2022). Toch blijven gebruikscijfers hoog en zet een aanzienlijk deel van de patiënten de behandeling langdurig voort.

Op maatschappelijk niveau wordt deze praktijk mede gestuurd door bredere processen van medicalisering en farmaceutisering. Medicalisering verwijst naar het proces waarbij normale emotionele ervaringen, zoals verdriet of angst, worden geherdefinieerd als medische problemen waarvoor professionele interventie nodig is (Conrad, 2005). Farmaceutisering benadrukt daarbij de centrale rol van medicatie als voornaamste antwoord op dergelijke ervaringen (Abraham, 2010; Williams, Martin, & Gabe, 2011). Deze tendensen dragen bij aan een verruiming van diagnoses en behandelingen en vervagen de grens tussen wat als 'normaal' en wat als 'pathologisch' wordt beschouwd (Busfield, 2010). Ze worden verder versterkt door de invloed van farmaceutische marketing en zorgsystemen waarin medicatie een laagdrempelige eerstelijns optie vormt (Moynihan, Heath, & Henry, 2002).

Deze dynamieken zijn onder meer zichtbaar bij groepen die als kwetsbaar worden beschouwd, waaronder ouderen. Bij hen worden antidepressiva relatief vaak voorgeschreven zonder duidelijke diagnose, soms preventief en vanuit de perceptie van verhoogde kwetsbaarheid door eenzaamheid of sociale isolatie (Mojtabai & Olfson, 2011). Niet-farmacologische alternatieven of een herziening van het medicatiegebruik blijven daarbij geregeld uit (Boehlen, et al., 2015; Kotwal, Steinman, Cenzer, & Smith, 2021). Zo kan de medicalisering van sociale problemen bijdragen aan een verhoogd gebruik van psychofarmaca (Lam & Vuolo, 2013; Vyas, Watt, Yu, Straus, & Kapral, 2021).

Daarnaast speelt onduidelijkheid over de gepaste behandelduur een belangrijke rol in voortgezet antidepressiva-gebruik. Angst voor herval en vrees voor onttrekkingsverschijnselen maken zowel zorgverleners als patiënten vaak terughoudend om de behandeling af te bouwen. Deze onzekerheid over wanneer en hoe medicatie veilig kan worden stopgezet, draagt bij aan het structureel verlengen van de behandeling (Horowitz & Taylor, 2022; Maund, et al., 2019).

Tegenover deze tendensen staan in België recente beleidsmaatregelen die inzetten op de uitbreiding van eerstelijnspsychologische zorg als alternatief voor medicatie. Sinds 2021 worden sessies bij erkende klinisch psychologen en orthopedagogen gedeeltelijk terugbetaald door de verplichte ziekteverzekering, met als doel psychologische zorg toegankelijker te maken (FOD Volksgezondheid, 2023). Hoewel het gebruik van eerstelijnspsychologische zorg sterk is toegenomen, blijven regionale verschillen, beperkte capaciteit en structurele wachtlijsten belangrij-

ke drempels (Noirhomme, 2025; Gerkens, et al., 2024a). De hervorming is zo een belangrijke stap vooruit, maar biedt voorlopig geen volledig antwoord op de brede vraag naar toegankelijke en tijdige psychologische zorg.

Verder speelt op het niveau van de zorgpraktijk de zorgverlener een centrale rol in het voorschrijven en voortzetten van antidepressiva. In België wordt deze medicatie hoofdzakelijk voorgeschreven door huisartsen, die doorgaans ook instaan voor de opvolging van de behandeling (RIZIV, 2024). Door hun laagdrempeligheid en vaak langdurige relatie met patiënten, nemen zij een sleutelpositie in (Hyde, et al., 2005; Tardieu, et al., 2006). Die vertrouwensrelatie kan er echter toe leiden dat behandelingen worden voortgezet zonder regelmatige evaluatie van de noodzaak ervan (Johnson, Williams, MacGillivray, Dougall, & Maxwell, 2017).

Tot slot beïnvloedt de sociaaleconomische positie van patiënten het voorschrijfgedrag. Voor sociaaleconomisch kwetsbare groepen vormen antidepressiva vaak een toegankelijker alternatief dan psychologische zorg, onder meer vanwege lagere eigen kosten (Von Soest, Bramness, Pedersen, & Wichstrom, 2012; Belgium.be, 2024). Impliciete aannames bij zorgverleners over de haalbaarheid van psychotherapie voor deze groepen kunnen dit verder versterken (Hyde, et al., 2005; Johnson, Williams, MacGillivray, Dougall, & Maxwell, 2017).

Op basis van dit literatuuroverzicht behandelt deze studie drie onderzoeksvragen:

- 1. Hoe evolueerden de prevalentie en incidentie van antidepressiva-gebruik in België tussen 2013 en 2023, met bijzondere aandacht voor gebruik van vijftien maanden of langer?**
- 2. In welke mate spelen huisartsen een rol in het voortzetten van een behandeling met antidepressiva, en hoe verhoudt dit zich tot bredere patronen van zorggebruik?**
- 3. Hoe beïnvloedt sociaaleconomische kwetsbaarheid de behandelduur met antidepressiva, en hoe hangt dit samen met voorschrijfpraktijken en zorggebruik?**

Door administratieve gegevens te koppelen aan informatie over voorschrijfpraktijken, zorggebruik en kwetsbaarheid, biedt deze studie een empirisch onderbouwde kijk op langdurig antidepressiva-gebruik in België.

## 2. Methode

### 2.1. Studiepopulatie

Deze studie maakt gebruik van administratieve en facturatiegegevens uit de verplichte ziekteverzekering (VP), die CM als ziekenfonds verzamelt in het kader van haar wettelijke opdracht. Het geanalyseerde databestand omvat de volledige afleveringsgeschiedenis van alle types antidepressiva die binnen de VP worden terugbetaald aan CM-leden, voor de periode van 1 januari 2013 tot en met 31 december 2023.

Voor elke aflevering van een terugbetaald antidepressivum is gedetailleerde informatie beschikbaar, waaronder de afleveringsdatum, de ATC-code<sup>1</sup>, het uniek nationale identificatienummer van het geneesmiddel (CNK-code), de verpakkingseenheid, de gedefinieerde dagdosis (*Defined Daily Dose*, DDD<sup>2</sup>), de dosis per verpakking (*Dose Per Package*, DPP) en het type voorschrijver (huisarts of specialist-e).

De analyses zijn gebaseerd op de gegevens van 701.409 CM-leden tussen 18 en 85 jaar die in de onderzoeksperiode minstens één keer een terugbetaald antidepressivum afhaalden bij een openbare apotheek (ambulante zorg). Voor elk kalenderjaar van 2013 tot en met 2022 identificeerden we diegenen die voor het eerst een behandeling met antidepressiva startten, meer bepaald de personen met een terugbetaling voor een antidepressivum zonder dergelijke terugbetaling in de vijftien daaraan voorafgaande maanden. Deze personen worden beschouwd als starters.

Personen werden uitgesloten indien hun gegevensgeschiedenis voor deze voorafgaande periode van vijftien maanden niet volledig beschikbaar was, of indien er geen opvolging van minstens vijftien maanden mogelijk was na de start van de behandeling<sup>3</sup>. De opvolging van individuele personen eindigde bij de laatste aflevering van een

terugbetaald antidepressivum, het einde van de onderzoeksperiode, het stopzetten van het CM-lidmaatschap of bij overlijden. Om voor alle deelnemers een minimale opvolgperiode van vijftien maanden te kunnen garanderen, zijn vanaf 30 september 2022 geen nieuwe starters meer opgenomen in de studie. Een gedetailleerde beschrijving van de *data cleaning* en de gehanteerde selectiecriteria is opgenomen in Bijlage 1.

### 2.2. Afhankelijke variabele

De afhankelijke variabele in deze studie onderscheidt twee vormen van antidepressivagebruik: kortdurend gebruik (KG) en langdurig gebruik (LG). Daarbij wordt enkel gekeken naar de eerste episode van antidepressivagebruik tijdens de observatieperiode<sup>4</sup>, die wordt geclassificeerd als kortdurend of langdurig. De focus op de eerste episode is een bewuste keuze. Latere episodes verschillen vaak systematisch van de eerste episode, omdat eerdere behandelervaringen zowel het voorschrijfgedrag van zorgverleners als de therapietrouw van patiënten beïnvloeden. Bovendien bevelen klinische richtlijnen bij terugkerende depressies doorgaans een langere behandelduur aan (tot twee jaar) dan bij een eerste episode (Declercq, et al., 2017; Van Leeuwen, et al., 2021b; Hardeveld, Spijker, de Graaf, Nolen, & Beekman, 2010). Door te focussen op de eerste episode kan het verloop van antidepressivagebruik worden bestudeerd zonder verstoring door eerdere behandelingen.

Voor de episode die in de analyses is meegenomen, wordt kortdurend gebruik gedefinieerd als een duur van minder dan vijftien maanden. De gebruiksduur is berekend op basis van de afgeleverde verpakkingen en de dosis per verpakking (*Dose Per Package*, DPP), in overeenstemming met de richtlijnen rond de gedefinieerde dagdosis (*Defined Daily Dose*, DDD). Voor elke aflevering is een theoretische einddatum berekend op basis van de afleveringsdatum en de veronderstelde dagdosering.

1 Voor meer informatie over de ATC-classificatie, zie: Stokx, Van haecht, & Ntahonganyira (2025), p. 63.

2 DDD of *defined daily dose* is de gedefinieerde dagelijkse dosis. "Deze wordt gedefinieerd als de veronderstelde gemiddelde onderhoudsdosis per dag voor een geneesmiddel dat wordt gebruikt voor zijn belangrijkste indicatie bij volwassenen. [...] De DDD wordt toegekend door een bureau van deskundigen van de Wereldgezondheidsorganisatie [WHO] voor elke werkzame stof die behoort tot de internationale ATC-classificatie [*Anatomical Therapeutic Chemical*] van werkzame stoffen" (Seys, Houben, Marchal, Spago, & Vansnick, 2001, p. 457, eigen vertaling).

3 Bijvoorbeeld omdat zij in de voorafgaande periode nog geen lid waren van CM, of omdat er na de startdatum geen volledige vijftien maanden opvolging beschikbaar was door het stopzetten van het lidmaatschap of een overlijden.

4 Dit betreft situaties waarin binnen de onderzoeksperiode meerdere nieuwe behandelingsepisodes konden worden gedetecteerd. Wanneer bijvoorbeeld een eerste episode werd vastgesteld en na meerdere jaren zonder afleveringen opnieuw een 'nieuwe' start plaatsvond, werd uitsluitend de eerste episode in de analyses opgenomen.

Om te bepalen of opeenvolgende afleveringen tot dezelfde episode behoren, is een marge van 180 dagen gehanteerd. Wanneer de tijd tussen de theoretische einddatum van een aflevering en de volgende aflevering minder dan 180 dagen bedroeg, zijn beide afleveringen beschouwd als onderdeel van dezelfde episode, conform eerdere studies (Huijbregts, Hoogendoorn, Slottje, van Balkom, & Batelaan, 2017). Deze marge houdt rekening met mogelijk onregelmatige inname, laattijdige afhaling of verschillen tussen de veronderstelde en de werkelijke dosering, en voorkomt dat een tijdelijke onderbreking meteen als een stopzetting van de behandeling wordt geïnterpreteerd.

Voor elke episode is vervolgens het totale aantal gebruiksdagen berekend en ingedeeld als kortdurend (<15 maanden) of langdurig (≥15 maanden). De afkapwaarde van vijftien maanden is gebaseerd op klinische richtlijnen die aanbevelen om een behandeling met antidepressiva minstens zes maanden voort te zetten na de verbetering van depressieve klachten, om herval te voorkomen en herstel te bestendigen (Declercq, et al., 2017; NICE, 2022).

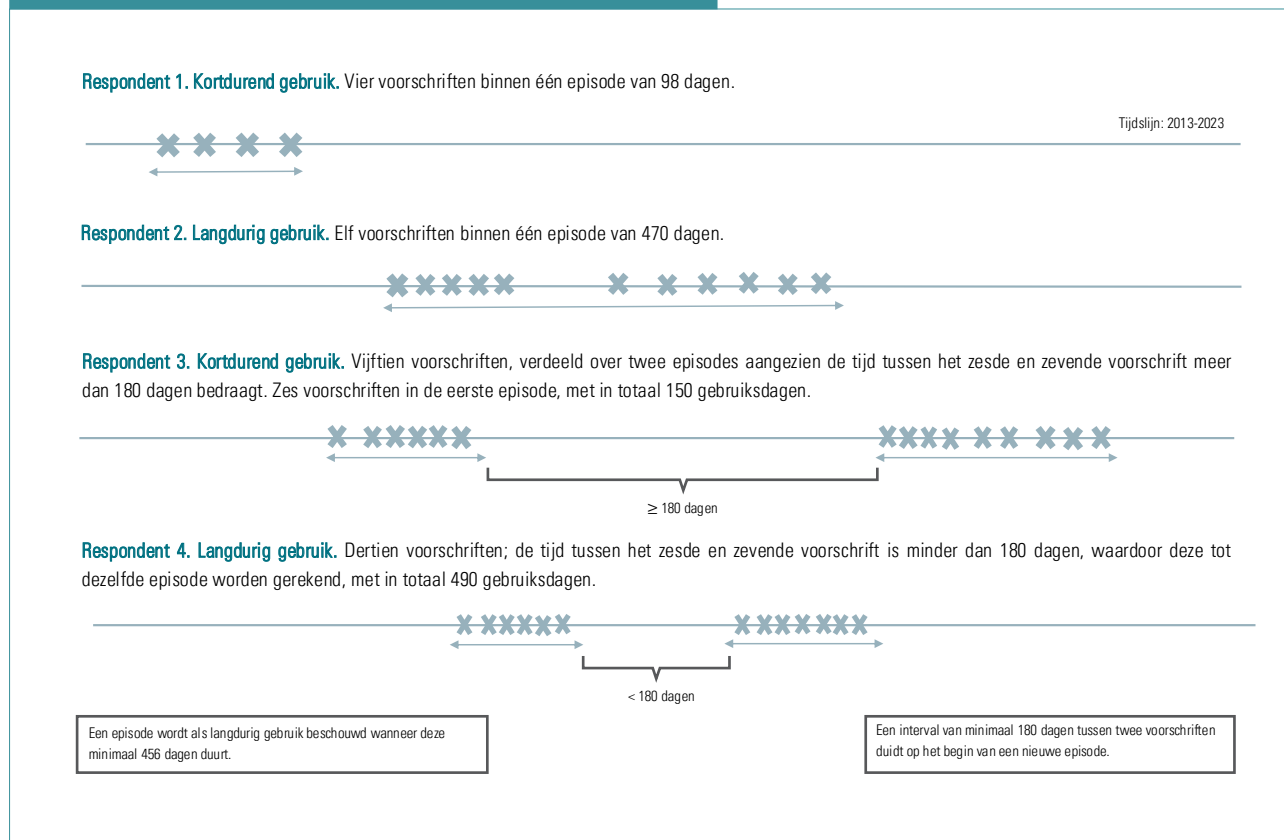
Voor angstklachten wordt doorgaans een behandelduur van twaalf maanden aanbevolen. Gezien de frequente samenhang tussen depressie en angst, en het ontbreken van diagnostische informatie in de gebruikte gegevens, is gekozen voor een uniforme grens van twaalf maanden, aangevuld met drie maanden om een geleidelijke en veilige afbouw (*tapering*) mogelijk te maken.

Figuur 1 illustreert deze afbakening aan de hand van vier fictieve aflevergeschiedenissen.

### 2.3. Onafhankelijke variabelen

De onafhankelijke variabelen in deze studie zijn onderverdeeld in vier categorieën: demografische kenmerken, kenmerken van sociaaleconomische en gezondheidsgerelateerde kwetsbaarheid, medicatie-gerelateerde kenmerken en zorggebruik. Tabel 1 geeft een overzicht van de opgenomen variabelen en hun operationalisering.

**Figuur 1: Illustratieve tijdslijnen van vier fictieve aflevergeschiedenissen**



Tabel 1: Overzicht van de onafhankelijke variabelen

Categorie	Variabele	Toelichting
Demografisch	Geslacht	Man/vrouw, gemeten in startjaar van de behandeling (eerste episode)
	Leeftijd	Continue variabele, gemeten in startjaar van behandeling (eerste episode)
	Gewest	Vlaanderen, Wallonië of Brussel
Sociaaleconomische kwetsbaarheid	VT-statuut	Recht op verhoogde tegemoetkoming <sup>5</sup>
	Werkloosheid	Minstens één dag werkloosheid tijdens startjaar van behandeling
	Wijkgezondheidscentrum (WGC)	Ingeschreven bij een WGC <sup>6</sup>
Gezondheidsgerelateerde kwetsbaarheid	Arbeidsongeschiktheid	Minstens één dag primaire arbeidsongeschiktheid of invaliditeit <sup>7</sup> tijdens startjaar van behandeling
	Statuut chronische aandoening	Toegekend op basis van hoge en langdurige zorgkosten <sup>8</sup>
Medicatie-gerelateerd	Type antidepressivum	ATC-code niveau 4: N06AA (TCA's), N06AB (SSRI's) of N06AX (overige)
	Voornaamste voorschrijver	Huisarts of specialist-e (gebaseerd op het grootste aantal afleveringen)
	Startjaar eerste behandelings-episode	2013-2022 (opgenomen als controlevariabele voor tijdtrends)
Zorggebruik	Huisartscontacten	Aantal contacten in de 12 maanden na start behandeling; gehercodeerd in vier niveaus (kwartielen)
	Psychiatercontact	Consultatie bij een psychiater binnen de 12 maanden na start behandeling (ja/nee)
	Psychotherapie bij psychiater	Psychotherapie sessies bij een psychiater binnen 12 maanden na start behandeling (ja/nee)

Alle variabelen zijn gemeten in of vanaf het startjaar van de eerste behandelings-episode met antidepressiva, tenzij anders vermeld.

## 2.4. Statistische analyses

Eerst zijn univariate analyses uitgevoerd voor de studiepopulatie. Deze leverden informatie op over algemene tijdtrends: de jaarlijkse prevalentie en incidentie van antidepressivagebruik enerzijds en het gemiddeld aantal gedefinieerde dagdosissen en gebruiksdagen per jaar anderzijds.

Vervolgens zijn demografische, kwetsbaarheids-, medicatie- en zorggebruikskennmerken berekend voor het startjaar van de eerste episode van een behandeling met antidepressiva, om zo de studiepopulatie te beschrijven. Daarna zijn bivariate analyses uitgevoerd om verschillen tussen langdurige gebruikers (LG) en kortdurende gebruikers (KG) te toetsen, met behulp van t-toetsen en chi-kwadraattoetsen.

5 Voor meer informatie, zie <https://www.cm.be/leef/preventie-en-gezondheid/geldzaken/verhoogde-tegemoetkoming>.

6 Voor meer informatie, zie <https://www.cm.be/nl/wijkgezondheidscentra>.

7 Arbeidsongeschiktheid omvat zowel primaire arbeidsongeschiktheid als invaliditeit. Primaire arbeidsongeschiktheid volgt op een periode van gewaarborgd loon bij de werkgever. Invaliditeit treedt in na één jaar arbeidsongeschiktheid.

8 Dit statuut wordt toegekend op basis van hoge en terugkerende zorgkosten (en/of autonomie-verlies), niet noodzakelijk op basis van een gediagnosticeerde chronische ziekte. Voor meer informatie, zie <https://www.cm.be/nl/diensten-en-voordelen/statuut-chronische-aandoening>.

Aansluitend is een multivariate logistische regressieanalyse uitgevoerd om de determinanten van langdurig gebruik (LG) te identificeren. Daarbij zijn vier stapsgewijze modellen geschat, met telkens toevoeging van bijkomende variabelen:

- Model 1: demografische variabelen;
- Model 2: + kwetsbaarheidsvariabelen;
- Model 3: + medicatie-gerelateerde variabelen;
- Model 4: + zorggebruik.

Om na te gaan of de relatie tussen zorggebruik en langdurig gebruik verschilt naargelang wie de medicatie voorschrijft, zijn drie interactiemodellen getest:

- Model 5: voorschrijver × huisartscontact;
- Model 6: voorschrijver × psychiatercontact;
- Model 7: voorschrijver × psychotherapiecontact bij een psychiater.

Tot slot zijn vier bijkomende interactiemodellen getest om te onderzoeken of het recht op verhoogde tegemoetkoming (VT-statuut) het verband tussen de hoofdvoorschrijver of zorggebruik en langdurig gebruik modereert:

- Model 8: VT-statuut × voorschrijver;
- Model 9: VT-statuut × huisartscontact;
- Model 10: VT-statuut × psychiatercontact;
- Model 11: VT-statuut × psychotherapiecontact bij een psychiater.

Alle interacties zijn grafisch weergegeven met staafdiagrammen. De logistische regressiemodellen rappor-

teerden *odds ratio's* (OR) met bijbehorende betrouwbaarheidsintervallen (BI).

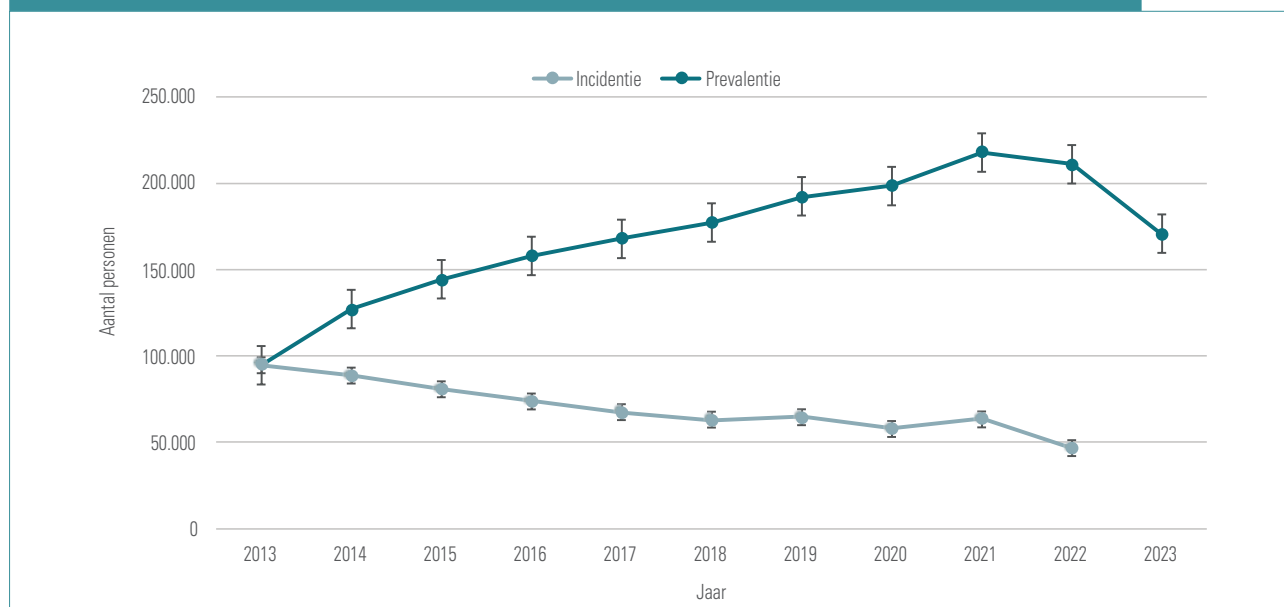
Om de robuustheid van de resultaten te toetsen, zijn twee sensitiviteitsanalyses uitgevoerd: (1) een alternatieve afkapwaarde van twaalf maanden in plaats van vijftien maanden voor langdurig gebruik; (2) de uitsluiting van uitschieters op basis van de totale gebruiksduur en het aantal gedefinieerde dagdosissen. Verdere details zijn opgenomen in bijlage 2.

## 3. Resultaten

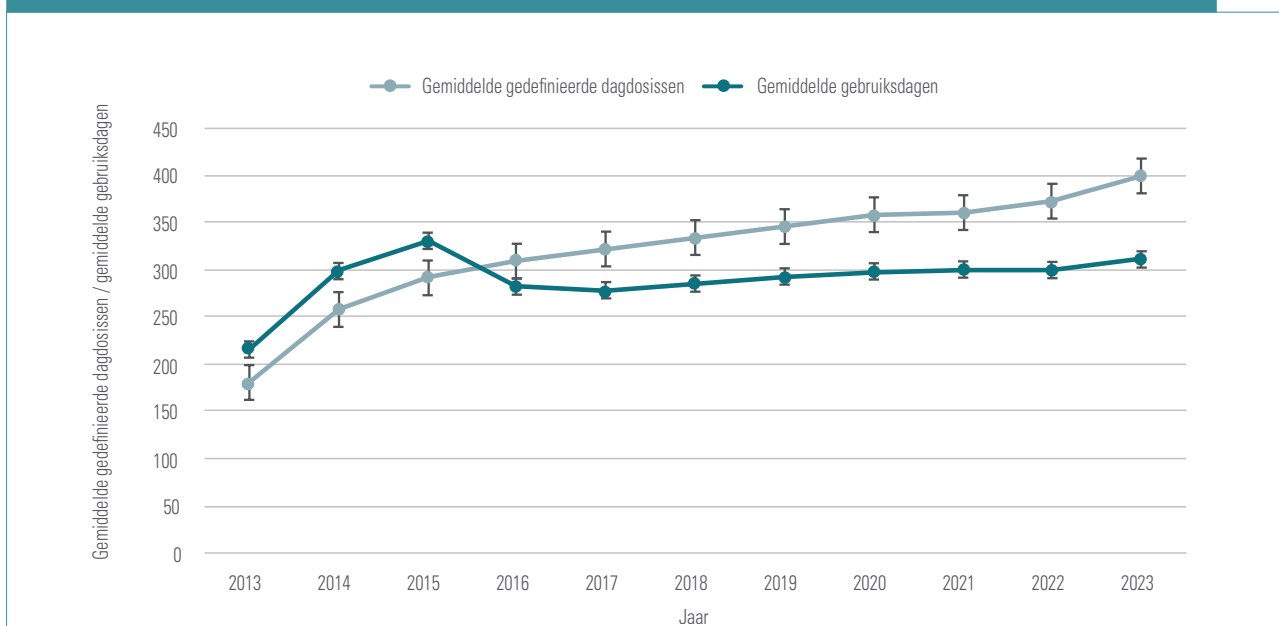
### 3.1. Tijdrends in antidepressivagebruik

Figuur 2 en figuur 3 tonen de tijdrends in antidepressivagebruik onder CM-leden tussen 2013 en 2023. De incidentie, gedefinieerd als het aantal leden dat voor het eerst met een antidepressivabehandeling start, vertoont een duidelijk dalende trend: het aantal nieuwe gebruikers neemt af van 94.701 in 2013 (13,5% van de CM-populatie) tot 46.765 in 2022 (6,7%), wat overeenkomt met een daling van 51% over de onderzochte periode (zie ook Tabel 2). Tegelijkertijd stijgt de prevalentie van antidepressivagebruik: het aantal CM-leden dat op een bepaald moment antidepressiva gebruikt, neemt toe tot een piek van 217.779 in 2021 en daalt vervolgens naar 170.870 in 2023.

**Figuur 2: Incidentie en prevalentie van antidepressivagebruik onder CM-leden, 2013-2023 (N=701.409; Bron: CM)**



**Figuur 3: Gemiddeld aantal gedefinieerde dagdosissen (DDD) en gebruiksdagen per persoon per jaar onder CM-leden, 2013-2023 (N=701.409; Bron: CM)**



Naast deze tegengestelde trends in incidentie en prevalentie, neemt ook de intensiteit van gebruik toe. Het gemiddeld aantal gedefinieerde dagdosissen (DDD) per persoon per jaar stijgt, van 181 in 2013 tot 400 in 2023, net als het gemiddeld aantal gebruiksdagen per persoon per jaar, van 216 dagen in 2013 tot 311 dagen in 2023. Deze stijgende patronen blijven behouden na uitsluiting van uitschieters (zie Bijlage 3). Hoewel de absolute gemiddelden zonder uitschieters lager liggen, blijft de toename in gebruiksduur en -intensiteit duidelijk zichtbaar.

### 3.2. Kenmerken van antidepressivagebruikers

#### 3.2.1. Totale studiepopulatie

Tabel 2 geeft een overzicht van de kenmerken van CM-leden in het startjaar van hun eerste episode van antidepressivagebruik (N=701.409). De meerderheid van de gebruikers is vrouw (59,1%) en de gemiddelde leeftijd bedraagt 51,1 jaar. Zoals verwacht woont het grootste deel van de gebruikers in Vlaanderen (72,9%), waar CM het grootste marktaandeel heeft.

Wat betreft sociaaleconomische kwetsbaarheid, heeft 17,7% van de gebruikers recht op verhoogde tegemoetkoming (VT-statuuut), is 12,1% minstens één dag werkloos in het startjaar van de behandeling en is 2,2% ingeschreven bij een wijkgezondheidscentrum. Gezondheidsgerelateer-

de kwetsbaarheid komt eveneens frequent voor: 21,8% kent een periode van primaire arbeidsongeschiktheid of invaliditeit en 15,4% heeft recht op het statuut chronische aandoening.

Inzake het type antidepressivum, zijn selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's; ATC-code N06AB) het vaakst voorgeschreven. Bijna de helft van de gebruikers (46,7%) start met dit type, gevolgd door tricyclische antidepressiva (TCA's; N06AA) en overige antidepressiva (N06AX). Bij de overgrote meerderheid van de gebruikers (79,5%) is de huisarts de hoofdvoorschrijver.

Gemiddeld nemen leden 574 DDD over een periode van 630 dagen tijdens hun behandelingsperiode. Deze gemiddelden zijn echter sterk beïnvloed door een beperkte groep patiënten met zeer hoog gebruik. Na uitsluiting van deze uitschieters dalen de gemiddelden tot 158 DDD over 195 dagen (N=550.138). In totaal is 67,3% van de gebruikers gecategoriseerd als kortdurende gebruiker (KG) en 32,7% als langdurige gebruiker (LG).

Qua zorggebruik, heeft 31,1% van de gebruikers in het startjaar weinig tot geen contact met de huisarts, terwijl 23,3% zich in de hoogste contactcategorie bevindt. Deze indeling is gebaseerd op het aantal huisartscontacten in het startjaar van de behandeling (zie deel 2.3). Daarnaast heeft 4,9% van de gebruikers tijdens het startjaar minstens één consultatie bij een psychiater en krijgt 9,9% minstens één sessie gestructureerde psychotherapie bij een psychiater.

Tabel 2: Kenmerken van CM-leden bij de eerste episode van antidepressivagebruik en verschillen tussen kort- en langdurige gebruikers, 2013-2023 (N=701.409; Bron: CM)

Variabele	Totaal		LG		KG		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Geslacht (vrouw)</b>	414.465	59,1	142.329	62,1	272.329	57,7	
<b>Leeftijd<sup>a</sup></b>	51,1 (50)	-	51,7 (51)	-	50,8 (50)	-	
<b>Regio</b>	<b>Vlaams Gewest</b>	511.486	72,9	169.037	73,8	342.449	72,5
	<b>Waals Gewest</b>	165.403	23,6	52.713	23,0	112.690	23,7
	<b>Brussels Hoofdstedelijk Gewest</b>	24.520	3,5	7.333	3,2	17.187	3,6
<b>VT-statuut (ja)</b>	124.060	17,7	42.405	18,5	81.655	17,3	
<b>Werkloosheid (ja)</b>	84.512	12,1	24.588	10,7	59.924	12,7	
<b>Ingeschreven in WGC (ja)</b>	15.410	2,2	4.603	2,0	10.807	2,3	
<b>Primaire arbeidsongeschiktheid/invaliditeit (ja)</b>	152.640	21,8	57.747	25,2	94.893	20,1	
<b>Statuut chronische aandoening (ja)</b>	108.203	15,4	40.724	17,8	67.479	14,3	
<b>Type antidepressivum</b>	<b>TCA's (N06AA)</b>	158.221	22,6	53.779	23,5	104.442	22,1
	<b>SSRI's (N06AB)</b>	327.604	46,7	136.416	59,6	191.188	40,5
	<b>Overige (N06AX)</b>	215.584	30,7	38.888	17,0	176.696	37,4
<b>Voorschrijver</b>	<b>Huisarts</b>	557.452	79,5	187.754	82,0	369.698	78,3
	<b>Specialist-e</b>	143.957	20,5	41.329	18,0	102.628	21,7
<b>Startjaar van de behandeling</b>	<b>2013</b>	94.701	13,5	33.711	14,7	60.990	12,9
	<b>2014</b>	88.737	12,7	30.763	13,4	57.974	12,3
	<b>2015</b>	80.800	11,5	27.771	12,1	53.029	11,2
	<b>2016</b>	73.751	10,5	24.639	10,8	49.112	10,4
	<b>2017</b>	67.579	9,6	22.541	9,8	45.038	9,5
	<b>2018</b>	63.244	9,0	21.070	9,2	42.174	8,9
	<b>2019</b>	64.639	9,2	21.084	9,2	43.555	9,2
	<b>2020</b>	57.824	8,2	18.618	8,1	39.206	8,3
	<b>2021</b>	63.369	9,0	18.133	7,9	45.236	9,6
	<b>2022</b>	46.765	6,7	10.753	4,7	36.012	7,6
<b>Huisartscontact</b>	<b>Geen of minimaal</b>	218.407	31,1	58.106	25,4	160.301	33,9
	<b>Laag</b>	168.486	24,0	52.742	23,0	115.744	24,5
	<b>Gemiddeld</b>	150.835	21,5	53.309	23,3	97.526	20,7
	<b>Hoog</b>	163.681	23,3	64.926	28,3	98.755	20,9
<b>Psychiatercontact (ja)</b>	34.432	4,9	18.475	8,1	15.957	3,4	
<b>Psychotherapiecontact bij psychiater (ja)</b>	69.114	9,9	37.403	16,3	31.711	6,7	
<b>Totale gedefinieerde dagdosissen<sup>b</sup></b>	574,1	-	-	-	-	-	
<b>Totale gebruiksdagen<sup>c</sup></b>	629,7	-	-	-	-	-	
<b>Kortdurend gebruik (&lt; 15 maanden)</b>	472.326	67,3	-	-	-	-	
<b>Langdurig gebruik (≥ 15 maanden)</b>	229.083	32,7	-	-	-	-	

<sup>a</sup> Leeftijd weergegeven als gemiddelde en mediaan.

<sup>b</sup> Gemiddelde vertekend door leden met zeer hoog gebruik; na uitsluiting van uitschieters bedraagt het gemiddelde 158,14 DDD.

<sup>c</sup> Gemiddelde vertekend door leden met zeer lange gebruiksduur; na uitsluiting van uitschieters bedraagt het gemiddelde 195,33 gebruiksdagen.

### 3.2.2. Verschillen tussen langdurige en kortdurende gebruikers

Tabel 2 toont tevens de verschillen in kenmerken tussen langdurige (LG) en kortdurende gebruikers (KG). LG zijn vaker vrouw dan KG (62,1% versus 57,7%) en vertonen vaker kenmerken van kwetsbaarheid, waaronder VT-statuuat (18,5% versus 17,3%), primaire arbeidsongeschiktheid of invaliditeit (25,2% versus 20,1%) en het statuut chronische aandoening (17,8% versus 14,3%). Daartegenover zijn LG minder vaak werkloos dan KG (10,7% versus 12,7%).

Naar type antidepressivum, krijgen LG vaker een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI) voorgeschreven (59,6% versus 40,5%), terwijl dit bij KG vaker overige antidepressiva zijn (37,4% versus 17,0%). In beide groepen zijn huisartsen de voornaamste voorschrijvers, al is dit aandeel hoger bij LG dan bij KG (82,0% versus 78,3%).

Ook het zorggebruik ligt bij LG hoger. Zo bevindt 28,3% van de LG zich in de hoogste categorie van huisartscontacten, tegenover 20,9% bij KG. Daarnaast hebben LG vaker contact met een psychiater voor een reguliere consultatie (8,1% versus 3,4%) en krijgen zij vaker psychotherapie bij een psychiater in het startjaar van de behandeling (16,3% versus 6,7%). Alle gerapporteerde verschillen zijn statistisch significant ( $p < 0,001$ ).

### 3.3. Determinanten van langdurig gebruik van antidepressiva

Tabel 3 toont de resultaten van de stapsgewijze logistische regressieanalyse.

Model 1, met inclusie van enkel de sociodemografische variabelen, toont voor vrouwen een grotere kans op langdurig gebruik dan voor mannen ( $OR = 1,21$ ,  $p < 0,001$ ). Ook leeftijd is positief geassocieerd met langdurig gebruik: oudere personen nemen vaker langdurig antidepressiva ( $OR = 1,03$  per levensjaar,  $p < 0,001$ ). Volgens regio kennen inwoners van het Waals Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest minder vaak langdurig gebruik in vergelijking met deze van Vlaanderen (respectievelijk  $OR = 0,95$  en  $OR = 0,87$ ,  $p < 0,001$ ).

In model 2 zijn variabelen toegevoegd die wijzen op sociaal-economische en gezondheidsgerelateerde kwetsbaar-

heid. VT-statuuat gaat samen met iets frequenter langdurig gebruik ( $OR = 1,04$ ,  $p < 0,001$ ), terwijl inschrijving bij een WGC samenhangt met minder vaak langdurig gebruik ( $OR = 0,89$ ,  $p < 0,001$ ). Deze verbanden verdwijnen of keren echter om in latere modellen, wat erop wijst dat deze effecten deels worden verklaard door verschillen in zorggebruik, die pas in model 4 zijn opgenomen.

Gezondheidsgerelateerde kwetsbaarheid is daarentegen consistent voorspellend voor langdurig gebruik. Personen in arbeidsongeschiktheid of invaliditeit nemen antidepressiva vaker langdurig ( $OR = 1,41$ ,  $p < 0,001$ ), net als personen met het statuut chronische aandoening ( $OR = 1,23$ ,  $p < 0,001$ ). Werkloosheid gaat in alle modellen samen met minder frequent langdurig gebruik ( $OR = 0,83$ ,  $p < 0,001$ ).

Model 3 voegt medicatie-gerelateerde kenmerken en de hoofdvoorschrijver toe. Vergeleken met tricyclische antidepressiva (TCA's), is het gebruik van selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) vaker langdurig ( $OR = 1,42$ ,  $p < 0,001$ ), terwijl het gebruik van overige antidepressiva (N06AX) minder vaak langdurig is ( $OR = 0,43$ ,  $p < 0,001$ ). Daarnaast gaat een recenter startjaar van de behandeling samen met minder frequent langdurig gebruik ( $OR = 0,96$ ,  $p < 0,001$ ).

Ook de hoofdvoorschrijver blijkt van belang. Patiënten bij wie antidepressiva voornamelijk door een specialist-e worden voorgeschreven, nemen minder vaak langdurig antidepressiva dan patiënten met de huisarts als voornaamste voorschrijver ( $OR = 0,77$ ,  $p < 0,001$ ).

In model 4 wordt zorggebruik aan de analyse toegevoegd. Meer huisartscontacten gaan samen met een hogere kans op langdurig gebruik (laag contact:  $OR = 1,21$ ,  $p < 0,001$ ; gemiddeld contact:  $OR = 1,38$ ,  $p < 0,001$ ; hoog contact:  $OR = 1,55$ ,  $p < 0,001$ ). Dit wijst op een duidelijke dosis-responsrelatie<sup>9</sup>.

Psychiatrische zorg is de sterkste voorspeller van langdurig gebruik. Zowel een reguliere consultatie bij een psychiater ( $OR = 2,21$ ,  $p < 0,001$ ) als het volgen van psychotherapie bij een psychiater ( $OR = 3,13$ ,  $p < 0,001$ ) gaan samen met duidelijk vaker langdurig gebruik. Deze bevinding lijkt op het eerste gezicht tegenstrijdig met model 3, waarin een specialist-e als hoofdvoorschrijver geassocieerd is met minder vaak langdurig gebruik. Om dit spanningsveld nader te onderzoeken, zijn bijkomende interactiemodellen geschat (zie deel 3.4).

9 Een dosis-responsrelatie betekent dat naarmate er meer huisartscontacten zijn, langdurig gebruik vaker voorkomt.

**Tabel 3: Odds ratio's (OR) uit de logistische regressieanalyse van langdurig antidepressivagebruik, 2013-2023 (N=701.409; Bron: CM)**

	<b>Model 1 OR (95% BI)</b>	<b>Model 2 OR (95% BI)</b>	<b>Model 3 OR (95% BI)</b>	<b>Model 4 OR (95% BI)</b>
<b>Geslacht (referentie: man)</b>	1,21 (1,19-1,22)	1,20 (1,19-1,22)	1,16 (1,15-1,78)	1,16 (1,15-1,18)
<b>Leeftijd</b>	1,03 (1,03-1,03)	1,03 (1,02-1,03)	1,04 (1,04-1,04)	1,06 (1,06-1,07)
<b>Regio (referentie: Vlaanderen)</b>				
Waals Gewest	0,95 (0,94-0,96)	0,95 (0,94-0,96)	0,86 (0,85-0,87)	0,90 (0,89-0,92)
Brussels Hoofdstedelijk Gewest	0,87 (0,85-0,89)	0,89 (0,86-0,91)	0,85 (0,83-0,88)	0,85 (0,82-0,87)
<b>VT-statuut (referentie: nee)</b>	-	1,04 (1,02-1,05)	1,03 (1,01-1,05)	0,94 (0,93-0,95)
<b>Werkloosheid (referentie: nee)</b>	-	0,83 (0,82-0,85)	0,81 (0,80-0,82)	0,83 (0,82-0,84)
<b>Ingeschreven in wijkgezondheidscentrum (referentie: nee)</b>	-	0,89 (0,86-0,92)	0,94 (0,90-0,97)	1,10 (1,06-1,14)
<b>Primaire arbeidsongeschiktheid/ invaliditeit (referentie: nee)</b>	-	1,41 (1,40-1,43)	1,44 (1,42-1,46)	1,23 (1,21-1,24)
<b>Statuut chronische aandoening (referentie: nee)</b>	-	1,23 (1,21-1,25)	1,34 (1,32-1,36)	1,22 (1,20-1,24)
<b>Type antidepressivum (referentie: tricyclische antidepressiva, N06AA)</b>				
SSRIs (N06AB)	-	-	1,42 (1,40-1,44)	1,23 (1,21-1,24)
Overige (N06AX)	-	-	0,43 (0,42-0,43)	0,39 (0,39-0,40)
<b>Startjaar (2013-2022)</b>	-	-	0,96 (0,96-0,96)	0,96 (0,95-0,96)
<b>Voorschrijver (referentie: huisarts)</b>				
Specialist-e	-	-	0,77 (0,76-0,78)	0,55 (0,54-0,56)
<b>Huisartscontact (referentie: geen of minimaal)</b>				
Laag	-	-	-	1,21 (1,19-1,23)
Gemiddeld	-	-	-	1,38 (1,36-1,40)
Hoog	-	-	-	1,55 (1,52-1,57)
<b>Psychiatercontact (referentie: nee)</b>	-	-	-	2,21 (2,15-2,26)
<b>Psychotherapiecontact bij psychiater (referentie: nee)</b>	-	-	-	3,13 (3,07-3,19)

### 3.4. Interactie-effecten tussen determinanten van langdurig gebruik

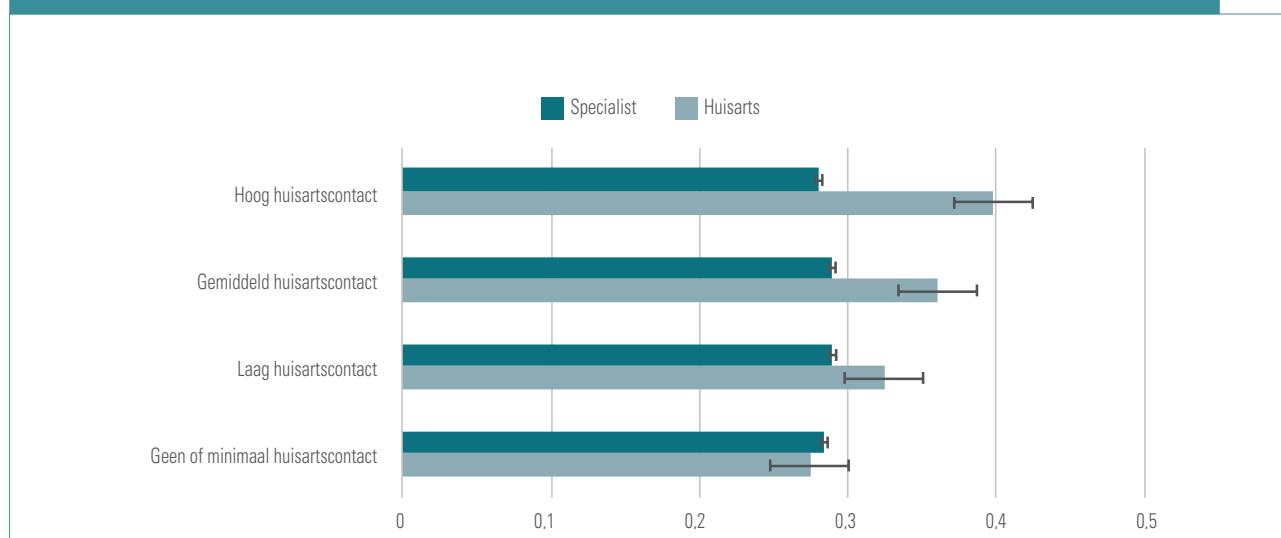
#### 3.4.1. Interacties tussen voorschrijver en zorggebruik

Figuur 4 toont de interactie tussen de hoofdvoorschrijver en het aantal huisartscontacten. Wanneer de huisarts de hoofdvoorschrijver is, neemt het voorspelde aandeel langdurige gebruikers toe naarmate het aantal huisartscontacten stijgt: van 0,27 bij weinig contact tot 0,40 bij hoog

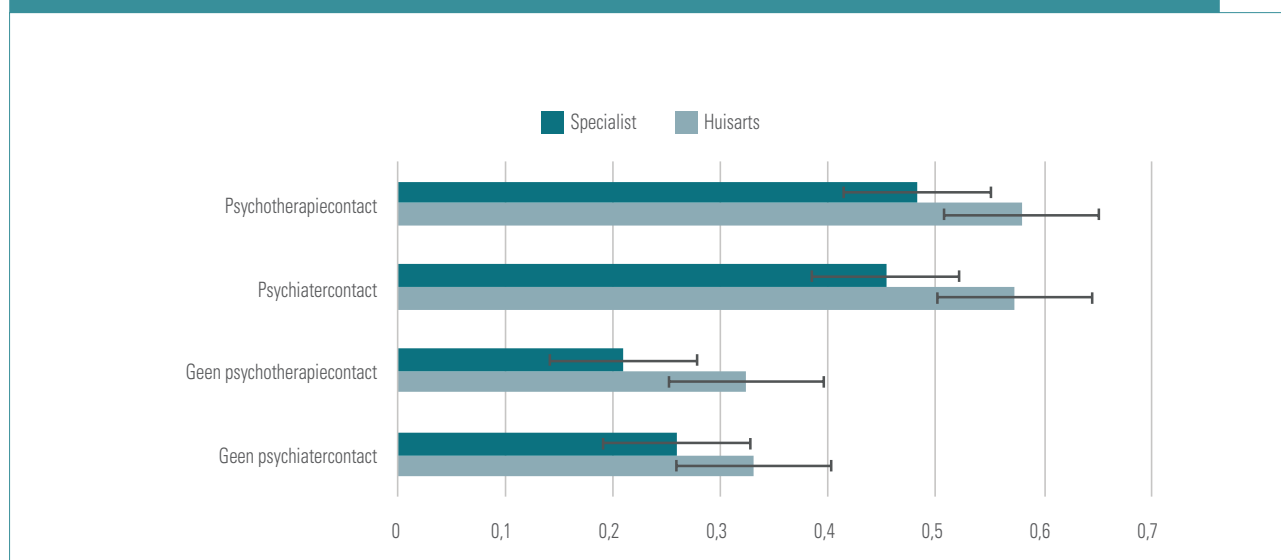
contact. Bij patiënten voornamelijk opgevolgd door een specialist-e, blijft het voorspelde aandeel langdurige gebruikers daarentegen relatief stabiel rond 0,28, ongeacht het niveau van huisartscontact<sup>10</sup>.

Figuur 5 visualiseert de interactie tussen psychiatrisch zorggebruik en de hoofdvoorschrijver. Contact met een psychiater gaat gepaard met een sterkere toename van het voorspelde aandeel langdurige gebruikers wanneer de huisarts de hoofdvoorschrijver is (van 0,33 naar 0,57) dan wanneer een specialist-e instaat voor de opvolging van de

**Figuur 4: Interactie tussen voorschrijver en niveau van huisartscontact: voorspeld aandeel langdurige gebruikers, 2013-2023 (N=701.409; Bron: CM; zie Tabel 4 in Bijlage 4)**



**Figuur 5: Interacties tussen voorschrijver en psychiatrisch zorggebruik: voorspeld aandeel langdurige gebruikers, 2013-2023 (N=701.409; Bron: CM; zie Tabel 4 in Bijlage 4)**



10 Deze interactie is gebaseerd op model 5 in tabel 4 (zie Bijlage 4).

behandeling (van 0,26 naar 0,45). Een vergelijkbaar patroon is waargenomen voor psychotherapie bij een psychiater: het voorspelde aandeel langdurige gebruikers stijgt van 0,32 naar 0,58 bij de huisarts als hoofdvoorschrijver, tegenover van 0,21 naar 0,48 bij de specialist-e als hoofdvoorschrijver<sup>11</sup>.

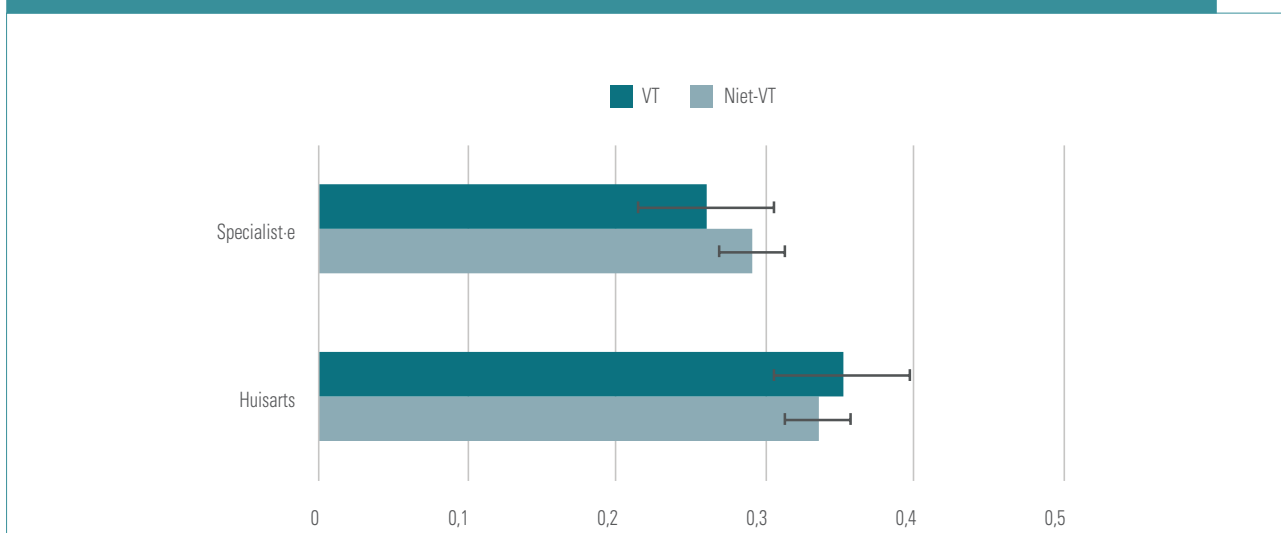
### 3.4.2. Interacties tussen VT-statuut, voorschrijver en zorggebruik

Figuur 6 toont hoe het VT-statuut de relatie tussen de hoofdvoorschrijver en langdurig antidepressivagebruik

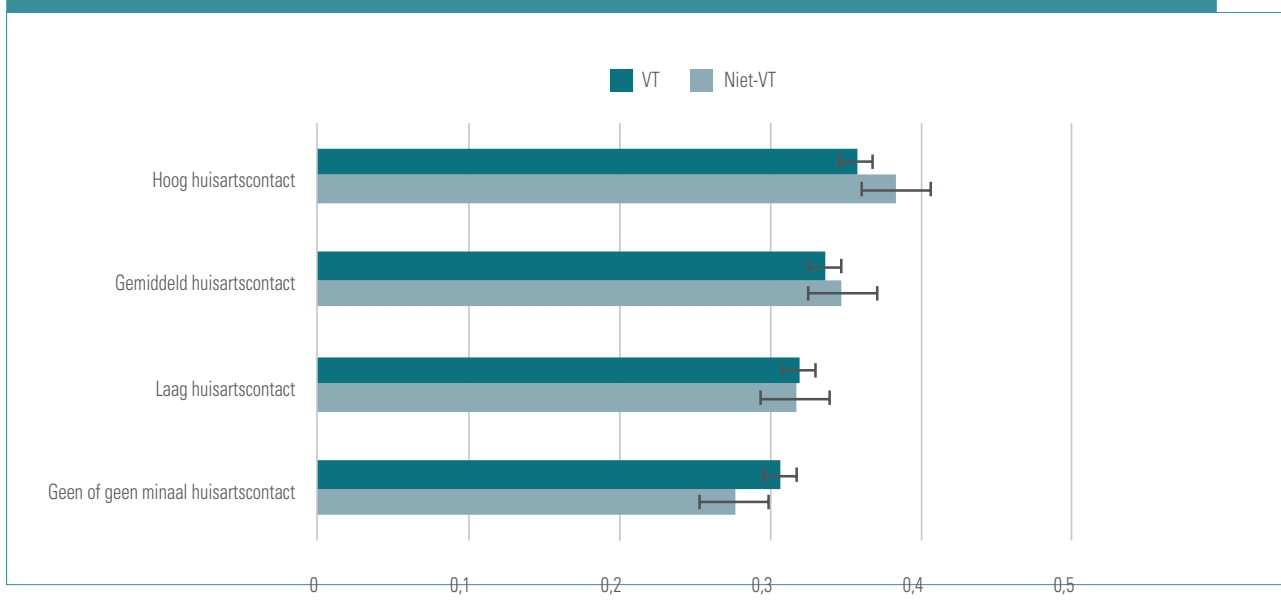
modereert. Bij de huisarts als hoofdvoorschrijver ligt het voorspelde aandeel langdurige gebruikers iets hoger bij leden met VT-statuut (van 0,33 naar 0,35). Bij de specialist-e als hoofdvoorschrijver ligt het voorspelde aandeel langdurige gebruikers daarentegen lager bij leden met VT-statuut (van 0,29 naar 0,26).

Figuur 7 laat zien dat het VT-statuut ook de relatie tussen huisartscontact en langdurig gebruik modereert. Bij leden zonder VT-statuut stijgt het voorspelde aandeel langdurige gebruikers tot 0,38 bij hoog huisartscontact, terwijl dit bij leden met VT-statuut 0,36 bedraagt.

**Figuur 6: Interactie tussen VT-statuut en voorschrijver: voorspeld aandeel langdurige gebruikers, 2013-2023 (N=701.409; Bron: CM; zie Tabel 5 in Bijlage 4)**

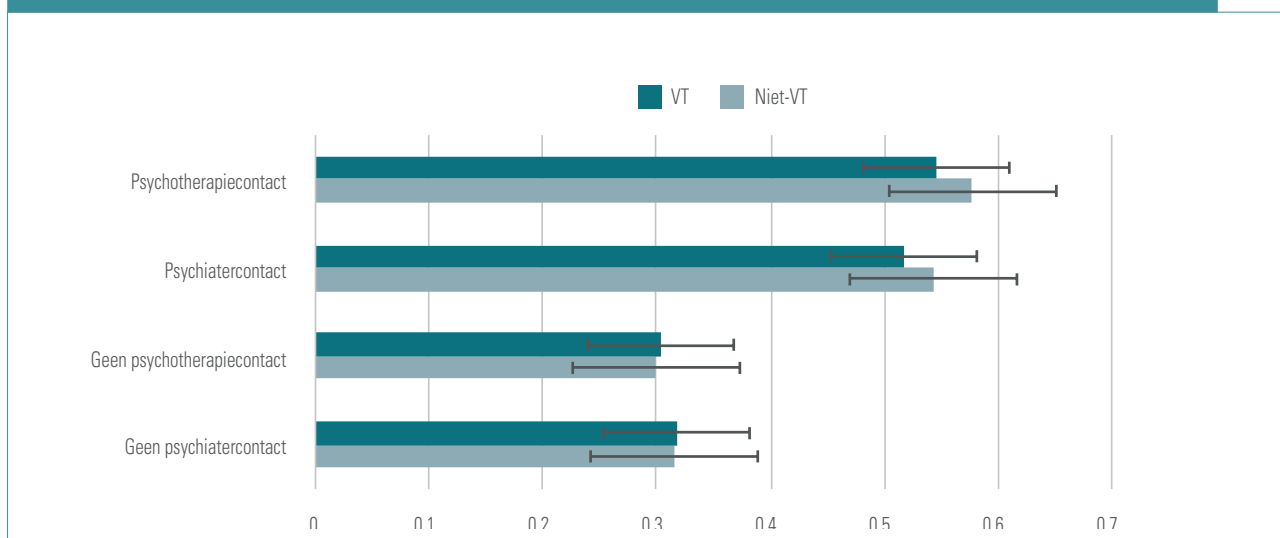


**Figuur 7: Interactie tussen VT-statuut en niveau van huisartscontact: voorspeld aandeel langdurige gebruikers, 2013-2023 (N=701.409; Bron: CM; zie Tabel 5 in Bijlage 4)**



11 Deze interacties zijn gebaseerd op model 6 en model 7 in tabel 4 (zie Bijlage 4).

**Figuur 8: Interacties tussen VT-statuut en gespecialiseerde zorg: voorspeld aandeel langdurige gebruikers; 2013-2023 (N=701.409, Bron: CM, zie Tabel 5 in Bijlage 4)**



Figuur 8 illustreert dat VT-statuut eveneens samenhangt met een lichte afzwakking van het effect van gespecialiseerde zorg. Bij contact met een psychiater daalt het voorspelde aandeel langdurige gebruikers van 0,54 bij leden zonder VT-statuut naar 0,52 bij leden met VT-statuut. Voor psychotherapie bij een psychiater gaat dit van 0,58 naar 0,55<sup>12</sup>.

sociaaleconomische kwetsbaarheid (VT-statuut) samen te analyseren, wordt zichtbaar dat langdurig gebruik niet louter het resultaat is van individuele klinische beslissingen, maar mede vorm krijgt binnen de organisatie en toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg in België.

## 4. Bespreking

### 4.1. Voornaamste resultaten

De resultaten van deze studie bevestigen een centrale paradox in het antidepressivagebruik in België: terwijl de instroom van nieuwe gebruikers sinds 2013 afneemt, blijft de totale gebruikersgroep groot en neemt de gemiddelde gebruiksfrequentie toe. Dit suggereert dat de toename van het volume aan antidepressiva minder te wijten is aan een stijging van het aantal nieuwe behandelingen, maar eerder aan een opstapeling van trajecten die langer doorlopen dan klinische richtlijnen doorgaans beogen (Declercq, et al., 2017; Van Leeuwen, et al., 2021b). Tegen deze achtergrond verschuift de kernvraag van “Wie start?” naar “Wie blijft, en onder welke zorgcondities?”. Door voorschrijfprijktijken (huisarts versus specialist-e), patronen van zorggebruik en

**Een eerste belangrijke bevinding is dat de incidentie van nieuwe antidepressivagebruikers gestaag daalt**, van 94.701 in 2013 tot 46.765 in 2022, wat overeenkomt met een relatieve daling van 51%. **Tegelijkertijd neemt de prevalentie toe met een piek in 2021**. Deze tegengestelde trends wijzen op **een geleidelijke opstapeling van langdurige gebruikers**: over de volledige studieperiode is 32,7% van de gebruikers geclassificeerd als langdurige gebruiker ( $\geq 15$  maanden). Dit aandeel is substantieel en sluit aan bij internationale bevindingen waaruit blijkt dat langdurige trajecten een belangrijk aandeel hebben in stijgende gebruiksvolumes, zelfs wanneer de instroom daalt of stabiliseert (Brett, et al., 2017; Moore, et al., 2009; Mars, et al., 2017).

Tegelijkertijd laten de resultaten ook een gunstige evolutie zien: **personen die in recentere jaren een behandeling met antidepressiva starten, blijven deze minder vaak langdurig gebruiken**. Dit kan wijzen op verbeteringen in voorschrijfprijktijken, een groter bewustzijn van de risico’s van langdurig gebruik en een nauwere aansluiting bij klinische richtlijnen. Dat deze verschuiving al zichtbaar was vóór de hervorming van de eerstelijnspsychologische zorg (uitrol sinds 2021; (Noirhomme, 2025)), suggereert dat ze minstens

12 Deze interacties zijn gebaseerd op de modellen 8 tot 11 in tabel 5 (zie Bijlage 4).

deels kadert in een bredere maatschappelijke en professionele aandacht voor afbouw en gepast gebruik. **Tegelijk toont de blijvende omvang van langdurig gebruik dat het tijdig herzien en stopzetten van behandelingen in de praktijk nog steeds moeilijk verloopt.** Wanneer langdurige trajecten onvoldoende systematisch worden geëvalueerd, kan zich over de jaren heen een cumulatief effect voordoen waarbij een groep patiënten deze medicatie blijft gebruiken (Brisnik, et al., 2024).

Naast tijdtrends blijken ook gebruikerskenmerken relevant. **Vrouwen gebruiken vaker langdurig antidepressiva dan mannen**, wat coherent is met bredere patronen van hoger psychofarmacagebruik bij vrouwen (IMA, 2025). **Daarnaast stijgt de kans op langdurig gebruik met de leeftijd.** Dit past in een ruimer patroon waarin oudere volwassenen vaker psychofarmaca krijgen en deze ook langduriger blijven nemen, soms zonder duidelijke klinische indicatie en vanuit een perceptie van verhoogde kwetsbaarheid door eenzaamheid of sociale isolatie (Mojtabai & Olfson, 2011). Regionale verschillen zijn beperkt: in Wallonië en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gebruiken mensen iets minder vaak langdurig antidepressiva dan in Vlaanderen. De verschillen zijn klein, maar kunnen wijzen op variatie in zorgorganisatie, doorverwijspraktijken of beschikbaarheid van alternatieven, wat verder onderzoek vraagt.

**De patronen in langdurig gebruik moeten ook worden begrepen tegen de achtergrond van de Belgische organisatie van geestelijke gezondheidszorg, waarin huisartsen een centrale maar complexe rol innemen.** Zij schrijven bijna vier vijfde van alle antidepressiva voor, en **patiënten met de huisarts als voornaamste voorschrijver, kennen vaker langdurig gebruik dan patiënten die voornamelijk door een specialist-e worden opgevolgd.** Deze dominante positie beperkt zich niet tot langdurige opvolging: ook bij nieuwe gebruikers zijn huisartsen veruit de voornaamste voorschrijvers. Tegelijk veronderstelt het voorschrijven van antidepressiva een inschatting van de onderliggende problematiek en een afweging van behandelopties, inclusief niet-farmacologische alternatieven (Declercq, et al., 2017).

Verschillende mechanismen kunnen helpen verklaren waarom langdurig gebruik zich vaker manifesteert binnen huisartsenzorg. Enerzijds ondersteunen langdurige vertrouwensrelaties met patiënten de continuïteit van zorg; anderzijds kan dezelfde vertrouwensband leiden tot behandelinerie, waarbij bestaande behandelingen minder snel opnieuw worden afgewogen (Murphy & Salisbury, 2020). Huisartsen rapporteren bovendien vaak tijdsdruk,

onzekerheid over afbouwstrategieën en vrees voor herval of onttrekkingsklachten (Donald, et al., 2021; Kelly, et al., 2021). Daarnaast kan de hechte relatie met patiënten ertoe bijdragen dat artsen sneller ingaan op verzoeken om de behandeling voort te zetten, een mechanisme dat ook is vastgesteld bij andere psychofarmaca zoals slaapmedicatie (Ceuterick, Van Ngoc, Bracke, & Scholtes, 2023). Kwalitatief onderzoek wijst erop dat huisartsen soms terughoudend zijn om afbouw te initiëren uit vrees de therapeutische relatie te schaden of conflicten te veroorzaken (Van Leeuwen, et al., 2021a). In dat kader hanteren sommige huisartsen het principe *'never change a winning team'*: wanneer een behandeling stabiel lijkt te verlopen, wordt die minder snel heroverwogen, ook wanneer afbouw klinisch aangewezen zou zijn.

**De analyses tonen bovendien dat de frequentie van zorgcontacten een belangrijke rol speelt in dit proces.** Bij de huisarts als hoofdvoorschrijver gaat frequenter contact samen met een hogere kans op langdurig gebruik, wat wijst op een dosis-responsrelatie. Bij patiënten voornamelijk opgevolgd door een specialist-e, ontbreekt dit patroon. **Contacten met psychiaters en psychotherapeutische sessies bij een psychiater zijn daarnaast sterker geassocieerd met langdurig gebruik bij patiënten voornamelijk gevolgd binnen huisartsenzorg dan bij patiënten wiens behandeling voornamelijk door een specialist-e is voorgeschreven.** Dit suggereert dat specialistische zorgcontacten, wanneer ze plaatsvinden in een traject dat primair door de huisarts wordt gedragen, vaker samengaan met een complexere of meer persisterende problematiek, of met zorgtransities waarbij de langdurige opvolging opnieuw bij de huisarts terechtkomt.

**Ook sociaaleconomische kwetsbaarheid blijkt een belangrijke factor in het ontstaan en verloop van langdurig antidepressivagebruik. Personen met VT-statuut gebruiken vaker langdurig antidepressiva wanneer zij voornamelijk door een huisarts worden opgevolgd, in vergelijking met personen zonder VT-statuut.** Dat sluit aan bij bevindingen dat sociaaleconomisch kwetsbare groepen vaker psychische problemen rapporteren (Derrotte, Janssens, Morissons, Noirhomme, & Verniest, 2024) en tegelijk vaker drempels ervaren om gespecialiseerde zorg te starten of vol te houden (Epping, Muschik, & Geyer, 2017; Lueckmann, et al., 2021). De huisarts fungeert dan als laagdrempelig aanspreekpunt, waarbij antidepressiva vaak de meest direct beschikbare interventie blijven (Belgium.be, 2024). Empathie kan hierbij meespelen: huisartsen beschouwen het verlengen van antidepressiva-behandelingen soms als een vorm van zorg en ondersteu-

ning voor patiënten met complexe sociale problemen (Van Leeuwen, et al., 2021a).

**In zorgtrajecten die niet primair door de huisarts worden gedragen, nemen personen met VT-statuut daarentegen minder vaak langdurig antidepressiva.** Dit kan erop wijzen dat het voor sociaaleconomisch kwetsbare personen moeilijker is om langdurig in psychiatrische trajecten te blijven, bijvoorbeeld door financiële, praktische of organisatorische barrières, terwijl personen zonder die kwetsbaarheid doorgaans over meer middelen beschikken om dergelijke zorg vol te houden. De bevinding dat het VT-statuut de relatie tussen zorgfrequentie en langdurig gebruik afzwakt, wijst bovendien op een genuanceerd mechanisme. **Hoewel frequenter huisartscontact in het algemeen samenhangt met een hogere kans op langdurig gebruik van antidepressiva, is dit effect minder uitgesproken bij personen met VT-statuut.** Dit lijkt op het eerste gezicht tegenstrijdig met eerdere bevindingen waaruit blijkt dat huisartsen juist terughoudend kunnen zijn om afbouw ter sprake te brengen bij kwetsbare patiënten (Van Leeuwen, et al., 2021b). Een mogelijke verklaring is dat de relatie tussen contactfrequentie en behandelinerie sterker doorwerkt in contexten met een hechte therapeutische relatie en intensieve follow-up, terwijl bij kwetsbare groepen ook communicatiebarrières, discontinuïteit of beperktere onderhandelingsruimte een rol kunnen spelen. Dit sluit niet uit dat afbouw bij kwetsbare groepen moeilijk bespreekbaar blijft, maar suggereert dat de wijze waarop zorgcontacten 'doorwerken' in langdurig gebruik binnen deze groep complexer verloopt.

**Tot slot gaan contacten met psychiaters en psychotherapie sessies bij een psychiater in alle groepen samen met een hogere kans op langdurig gebruik, al wordt dit verband enigszins afgezwakt bij personen met VT-statuut.** Dit kan wijzen op verschillen in therapietrouw (Elwadhí & Cohen, 2020; Ji & Hong, 2020) en/of op ongelijkheden in toegang tot en continuïteit van gespecialiseerde psychiatrische zorg (Lueckmann, et al., 2021).

**Samengevat blijkt langdurig antidepressivagebruik voort te komen uit een complexe wisselwerking tussen voorschrijfpraktijken, zorggebruik en sociaaleconomische kwetsbaarheid.** Interventies die inzetten op afbouw, begeleiding en gepaste opvolging moeten daarom niet alleen zorgverleners ondersteunen, maar ook rekening houden met de sociaal-structurele context waarin patiënten zorg ontvangen. Alleen zo kan langdurig antidepressivagebruik worden aangepakt zonder bestaande ongelijkheden in geestelijke gezondheidszorg te versterken.

## 4.2. Beperkingen

Deze studie kent enkele beperkingen die samenhangen met het gebruik van administratieve en facturatiegegevens, ondanks de sterke punten van de dataset op vlak van representativiteit en consistentie doorheen de tijd.

Ten eerste ontbreken diagnostische gegevens waardoor geen onderscheid kan worden gemaakt tussen behandelingen voor specifieke mentale aandoeningen of tussen verschillende ernstgraden van klachten (Smeets, de Wit, & Hoes, 2011). Dit beperkt de mogelijkheid om te analyseren in welke mate langdurig antidepressivagebruik verschilt volgens onderliggende diagnose of klinische indicatie.

Ten tweede bevat de dataset informatie over afgeleverde medicatie, maar niet over voorgeschreven doseringen of therapietrouw. Er kunnen evenwel verschillen zijn tussen afgeleverde medicatie en effectieve inname, wat de nauwkeurigheid van de berekening van de gebruiksduur op basis van gedefinieerde dagdosissen (DDD) kan beïnvloeden. Hoewel deze aanpak gangbaar is in onderzoek op basis van administratieve gegevens, blijft dit een benadering van het werkelijke gebruik.

Ten derde is het VT-statuut gebruikt als indicator voor sociaaleconomische kwetsbaarheid. Hoewel dit statuut een betrouwbare maat is voor financiële kwetsbaarheid (Avalosse, et al., 2019), dekt het andere relevante dimensies van sociaaleconomische positie niet, zoals opleidingsniveau of gezondheidsvaardigheden. Bovendien is het VT-statuut een binaire maat, terwijl financiële kwetsbaarheid graduëel is. Personen die zich net boven de inkomensdrempel bevinden maar wel kwetsbaar zijn, worden daardoor niet als zodanig geïdentificeerd.

Daarnaast maakt de studie gebruik van een binaire indeling tussen langdurig en niet-langdurig antidepressivagebruik, gebaseerd op een drempelwaarde van vijftien maanden. Hoewel deze grens aansluit bij gangbare klinische richtlijnen, blijft dit een vereenvoudiging van de klinische realiteit. Sommige patiënten hebben langdurige behandeling nodig bij ernstige, chronische of recidiverende klachten. Tegelijkertijd worden binnen deze binaire indeling zeer uiteenlopende gebruiksduren samengebracht, terwijl het om klinisch en sociaal fundamenteel verschillende situaties kan gaan. De gehanteerde definitie laat bijgevolg geen onderscheid toe tussen klinisch 'aangewezen' langdurig gebruik en langdurig gebruik dat mogelijk samenhangt met behandelinerie, noch tussen verschillende gradaties van langdurig gebruik.

Een sensitiviteitsanalyse met een alternatieve drempel van twaalf maanden leverde vergelijkbare resultaten op (zie Bijlage 2), maar kon deze nuances evenmin volledig vatten. De gekozen benadering sluit wel aan bij eerder onderzoek waarin doorgaans drempels van twaalf of vijftien maanden worden gehanteerd om langdurig gebruik te definiëren (Andersen, Thielen, Nygaard, & Diderichsen, 2009; Huijbregts, Hoogendoorn, Slottje, van Balkom, & Bataalaan, 2017; Van Leeuwen, et al., 2021b).

Tot slot is de dataset afkomstig van één ziekenfonds. CM is het grootste ziekenfonds in België en vertegenwoordigt ongeveer 40% van de bevolking, met regionale variatie in aandeel (51% in Vlaanderen, 26% in Wallonië en 15% in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest; situatie december 2023, (RIZIV, 2025)). Hierdoor biedt het databestand een breed en grotendeels representatief beeld van antidepressiva-gebruik in België. Tegelijk kunnen kleine verschillen in populatiesamenstelling tussen regio's en ziekenfondsen niet volledig worden uitgesloten.

Ondanks deze beperkingen is de dataset bijzonder robuust, met minimale ontbrekende waarden en volledige afleveringsgegevens over meerdere jaren. Bovendien maakt deze studie als eerste een systematische analyse mogelijk van antidepressivagebruik in België dat zich voorbij vijftien maanden voortzet en van de kenmerken van deze patiënten. Hoewel administratieve gegevens bepaalde beperkingen kennen, vormen zij een waardevolle en betrouwbare bron voor gezondheidsonderzoek, zeker wanneer zij op grote schaal en over langere tijd worden ingezet (McGuckin, et al., 2022; Smeets, de Wit, & Hoes, 2011).

## 5. Aanbevelingen

De studie toont aan dat, ondanks een daling van het aantal nieuwe antidepressivagebruikers tussen 2013 en 2022, het totale volume aan gebruikte antidepressiva verder toenam. Deze tegengestelde tendensen zijn het gevolg van een stijging van het aantal langdurige gebruikers, ondanks de klinische richtlijnen dat in veel situaties langdurig gebruik (=langer dan 15 maanden) niet aangewezen is. De resultaten suggereren verder dat dit patroon samenhangt met bredere dynamieken in voorschrijfpraktijken, zorgorganisatie, mate van toegankelijkheid van alternatieven en sociaaleconomische ongelijkheden. Met het oog op rationeel

gebruik van antidepressiva, pleit CM voor een beleid uitgaande van een systeemgerichte en meervoudige aanpak, met aandacht voor verschillende niveaus van zorg.

### 5.1. Versterk de zorgverleners

#### 5.1.1. Vorming en ondersteuning van huisartsen

Uit de studie blijkt dat huisartsen – voor mensen vaak het eerste aanspreekpunt voor een hulpvraag (Verniest, Luypaert, & Bracke, 2020) – als belangrijkste voorschrijvers een belangrijke rol opnemen in behandelingen met antidepressiva. Verder vertonen patiënten die voornamelijk onder huisartsenzorg staan, door een samenspel van uiteenlopende factoren, een verhoogd risico op langdurig gebruik, waarbij frequenter contact met de huisarts dit risico verder vergroot.

Het is bijgevolg **belangrijk om zowel binnen de opleiding en permanente vorming als in richtlijnen voor een goede medische praktijkvoering en tijdens intervisiemomenten gericht hun kennis rond het gebruik van antidepressiva verder te versterken**. Bijzondere aandachtspunten hierbij zijn onder meer de diagnosestelling, de meerwaarde van (de combinatie met) andere, niet-medicamenteuze behandelstrategieën, het belang van vooraf geplande periodieke evaluatiemomenten, het toepassen van *evidence based* afbouwstrategieën, het voeren van gestructureerde communicatie rond afbouw en het herkennen van onttrekkingsverschijnselen (Horowitz & Taylor, 2022; Van Leeuwen, et al., 2021b; Declercq, et al., 2017). Dit kan, samen met systematische interventies zoals waarschuwingen bij langdurig voorschrijven, en een aangehouden monitoring van voorschrijfpraktijken in combinatie met *benchmarking* en intervisie, bijdragen aan meer rationeel en transparant gebruik van antidepressiva en aan het beperken van de behandelinerie bij sommige voorschrijvers.

Binnen deze context is het essentieel **de beschikbare informatie regelmatig te actualiseren op basis van nieuwe inzichten en het veranderend aanbod op het terrein**. Waar nodig moet de informatie aangevuld of verder verfijnd worden, bijvoorbeeld wat betreft de duurtijd van een behandeling. Zo pleit CM voor de organisatie van een nieuwe consensusvergadering op het niveau van het RIZIV ter actualisering en aanvulling van een eerdere consensusvergadering van 2006 over het doelmatig gebruik van antidepressiva bij de behandeling van depressie die concludeerde dat er onvoldoende gegevens waren om zich uit te spreken over de optimale behandelduur (RIZIV, 2006).

### 5.1.2. Bevordering van multidisciplinaire samenwerking

---

We zien dat heel wat patiënten contacten hebben met zowel huisartsen als psychiaters. Dit onderstreept het belang van **interdisciplinaire samenwerking van de huisarts met actoren uit de tweede en derde lijn met meerwaarde op vlak van diagnosestelling en gepaste behandeling, evenals het belang van gestructureerde overdracht bij zorgtransities**. Verder kunnen structurele overlegmomenten, gedeelde behandel- en afbouwplannen en interdisciplinaire afstemming helpen voorkomen dat patiënten langdurig in medicamenteuze trajecten blijven zonder systematische herziening (Declercq, et al., 2017). Ook samenwerking met apothekers en eerstelijnspsychologen is nuttig, dit in lijn met het *collaborative care-model* (Richards, et al., 2013).

## 5.2. Verbeter verder de toegankelijkheid van eerstelijnspsychologische zorg (ELP)

Richtlijnen over de behandeling van depressie onderstrepen het belang van psychotherapie, al dan niet in combinatie met antidepressiva (Declercq, et al., 2017). Bovendien kan psychotherapeutische ondersteuning bijdragen aan een succesvolle afbouw van antidepressiva (Van Leeuwen, et al., 2021b). Sinds de invoering van de ELP zijn de mogelijkheden hiertoe toegenomen en worden, onder meer door de aanpassing van de conventie in 2024, meer mensen bereikt, waaronder ook kwetsbare groepen (Noirhomme, 2025). Niettemin blijven substantiële drempels bestaan in de toegankelijkheid van eerstelijnspsychologische zorg (Gerkens, et al., 2024b; Noirhomme, 2025). Het **verder verbeteren van de toegankelijkheid** van deze zorg is voor CM bijgevolg **essentieel**. Dit kan gerealiseerd worden **door aangehouden structurele investeringen door de overheden, voor onder meer de optimalisering van het aanbod, verruimde terugbetalingsregelingen en actieve communicatie over het beschikbare aanbod** (Noirhomme, 2025). Er is ook een belangrijke rol weggelegd voor huisartsen die als eerste aanspreekpunt patiënten actief kunnen informeren over en oriënteren naar passende psychologische ondersteuning, waarbij ook rekening wordt gehouden met de voorkeur van de patiënten.

## 5.3. Verminder de sociaaleconomische ongelijkheden in toegang tot zorg

Het is een gekend gegeven dat bepaalde groepen in de samenleving kwetsbaarder zijn voor geestelijke gezondheidsproblemen en dus een grotere zorgnood hebben, waaronder mensen in armoede, jongeren, vrouwen, personen in werkloosheid of arbeidsongeschiktheid, enz. Daarentegen zoeken zij minder vaak hulp. Wie wel hulp zoekt, neemt, onder meer om financiële redenen, vaker zijn toevlucht tot een medicamenteuze behandeling (Noirhomme, 2025). Deze studie toont bovendien een samenhang tussen VT-statuuut en risico op langdurig gebruik van antidepressiva wanneer personen met dit statuut hoofdzakelijk binnen de huisartsenzorg worden opgevolgd, terwijl dit binnen psychiatrische zorg minder het geval is.

CM pleit dan ook voor **verdere gerichte beleidsmaatregelen die, in de geest van het principe van proportioneel universalisme, expliciet inzetten op het versterken van een rechtvaardige toegang tot herbeoordelings- en afbouwgerichte zorg ook voor kwetsbare groepen**. Dit kan gerealiseerd worden, niet alleen door het versterken van de kennis van huisartsen, maar ook door financieel toegankelijke psychologische ondersteuning, actieve opvolging en afgestemde patiëntinformatie.

## Conclusie

Deze studie brengt belangrijke evoluties in kaart in het gebruik van antidepressiva in België tussen 2013 en 2023. Hoewel het aantal nieuwe gebruikers in deze periode met 51% daalt, blijft de prevalentie hoog en neemt het aandeel langdurige gebruikers toe. Uiteindelijk is bijna één op drie patiënten geclassificeerd als langdurige gebruiker. Deze combinatie van dalende incidentie en aanhoudend gebruik wijst op een structurele opstapeling van langdurige behandeltrajecten.

Tegelijk tonen de resultaten dat personen die in recentere jaren een behandeling met antidepressiva startten minder vaak langdurig blijven gebruiken. Dit suggereert een voorzichtige verschuiving richting meer richtlijnconforme voorschrijfpraktijken en meer aandacht voor afbouw. Deze positieve evolutie neemt echter niet weg dat langdurig gebruik een substantieel en persistent fenomeen blijft binnen de Belgische geestelijke gezondheidszorg.

De analyses benadrukken de centrale rol van huisartsen in dit proces. Bij het merendeel van de gebruikers zijn zij de voornaamste voorschrijvers, en patiënten hoofdzakelijk opgevolgd binnen huisartsenzorg, gebruiken vaker langdurig antidepressiva, vooral bij frequenter contact.

Daarnaast blijkt sociaaleconomische kwetsbaarheid een structurerende rol te spelen. Personen met VT-sta-

tuut gebruiken vaker langdurig antidepressiva wanneer zij voornamelijk door een huisarts worden opgevolgd, terwijl zij binnen psychiatrische zorg juist minder vaak langdurig gebruik vertonen. Dit suggereert dat langdurig gebruik mede wordt gevormd door verschillen in toegang tot en continuïteit van zorgtrajecten.

Samen tonen deze bevindingen aan dat langdurig antidepressivagebruik ingebed is in structurele patronen van voorschrijfpraktijken, zorgorganisatie en sociaaleconomische ongelijkheden. Beleid dat onnodig langdurig gebruik wil terugdringen, vraagt daarom om een geïntegreerde aanpak die inzet op ondersteuning van zorgverleners, toegankelijke alternatieven voor medicatie, interprofessionele samenwerking en expliciete aandacht voor sociaaleconomische ongelijkheden in toegang tot zorg.

## Bibliografie

- Abraham, J. (2010). Pharmaceuticalization of the society in context: theoretical, empirical and health dimensions. *Sociology*, 44(4), 603-622.
- Andersen, I., Thielen, K., Nygaard, E., & Diderichsen, F. (2009). Social inequality in the prevalence of depressive disorders. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(7), 575-581.
- Avalosse, H., Maron, L., Lona, M., Guillaume, J., Allaoui, E., & Di Zinno, T. (2019). *Ongelijkheid in gezondheid*. Brussel: IMA.
- Belgium.be. (2024). *Billijkheid en ongelijkheid*. Opgehaald van <https://www.gezondbelgie.be/nl/performantie-van-het-belgische-gezondheidssysteem/billijkheid-en-ongelijkheden>.
- Ben-Sheetrit, J., Hermon, Y., Birkenfeld, S., Gutman, Y., Csoka, A., & Toren, P. (2023). Estimating the risk of irreversible post-SSRI sexual dysfunction (PSSD) due to serotonergic antidepressants. *Annals of General Psychiatry*, 22(1), 1-9.
- Bet, P., Hugtenburg, J., Penninx, B., & Hoogendijk, W. (2013). Side effects of antidepressants during long-term use in a naturalistic setting. *European Neuropsychopharmacology*, 23(11), 1443-1451.
- Boehlen, F., Herzog, W., Quinzler, R., Haefeli, W., Maatouk, I., Niehoff, D., . . . Wild, B. (2015). Loneliness in the elderly is associated with the use of psychotropic drugs. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(9), 957-964.
- Brett, J., Karanges, E., Daniels, B., Buckley, N., Schneider, C., Nassir, A., . . . Pearson, S. (2017). Psychotropic medication use in Australia 2007 to 2015: changes in annual incidence, prevalence and treatment exposure. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(10), 990-999.
- Brisnik, V., Vukas, J., Jung-Sievers, C., Lukaschek, K., Alexander, G., Thiem, U., . . . Baum, E. (2024). Deprescribing of antidepressants: development of indicators of high-risk and overprescribing using in the RAND/UCLA Appropriateness Method. *BMC Medicine*, 22(1), 193.
- Busfield, J. (2010). 'A pill for every ill': explaining the expansion in medicine use. *Social Science & Medicine*, 70(6), 934-941.
- Ceuterick, M., Van Ngoc, P., Bracke, P., & Scholtes, B. (2023). From prescribing dilemma to knowledge in practice: the ontological politics of benzodiazepines and Z-drugs. *Social Science & Medicine*, 339, 116358.
- Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 3-14.
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C., Cipriani, A., & Furukawa, T. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World psychiatry*, 19(1), 92-107.
- Davies, R., & Read, J. (2019). A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: are guidelines evidence-based? *Addictive Behaviors*, 97, 111-121.
- De Maeseneer, W. (2023). *4 op 10 Belgen die antidepressiva nemen, gebruiken ze langer dan 3 jaar: "Idee om te stoppen, is angst-aanjagend"*. Opgehaald van <https://www.vrt.be/vrtnws/nl/2023/10/20/langdurig-gebruik-antidepressiva-getuigenissen/>.
- Declercq, T., Habraken, H., Van den Aemele, H., Callens, J., De Lepeleire, J., & Cloetens, H. (2017). *Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: depressie bij volwassenen*. Brussel: Domus Medica.
- Derroitte, E., Janssens, H., Morissons, A., Noirhomme, C., & Verniest, R. (2024). Geestelijke gezondheid: kruispunt van ongelijkheden. *Gezondheid & Samenleving*, 8, 44-67.
- Donald, M., Partanen, R., Sharman, L., Lynch, J., Dingle, G., Haslam, C., & van Driel, M. (2021). Long-term antidepressant use in general practice: a qualitative study of GP's view on discontinuation. *British Journal of General Practice*, 71(708), e508-e516.
- Elwadi, D., & Cohen, A. (2020). Social inequalities in antidepressant treatment outcomes: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 985-999.
- Epping, J., Muschik, D., & Geyer, S. (2017). Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance. *International Journal for Equity in Health*, 16, 147.
- Fava, G., Gatti, A., Belaise, C., Guidi, J., & Offidani, E. (2015). Withdrawal symptoms after selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: a systematic review. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(2), 72-81.
- FOD Volksgezondheid. (2023). *Blikvanger gezondheidszorg: geestelijke gezondheidszorg*. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024a). *Performance of the Belgian health system: report 2024. Supplement: technical sheets for indicators - domains*. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).
- Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., . . . Meeus, P. (2024b). *Performantie van het Belgische gezondheidssysteem: rapport 2024. KCE Reports 376As*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).
- Hardeveld, F., Spijker, J., de Graaf, R., Nolen, W., & Beekman, A. (2010). Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(3), 184-191.

- Horowitz, A. M., & Taylor, D. (2022). Distinguishing relapse from antidepressant withdrawal: clinical practice and antidepressant discontinuation studies. *BJPsych Advances*, 28(5), 297-311.
- Huijbregts, K., Hoogendoorn, A., Slottje, P., van Balkom, A., & Batelaan, N. (2017). Long-term and short-term antidepressant use in general practice: data from a large cohort in the Netherlands. *Psychotherapy and psychosomatics*, 86(6), 362-369.
- Hyde, J., Calnan, M., Prior, L., Lewis, G., Kessler, D., & Sharp, D. (2005). A qualitative study exploring how GPs decide to prescribe antidepressants. *British Journal of General Practice*, 55(519), 755-762.
- IMA. (2025). *Antidepressiva*. Opgehaald van <https://atlas.ima-aim.be/mosaic/nl-nl/ima-atlas/geneesmiddelengebruik/antidepressiva>.
- Ji, N.-J., & Hong, Y.-P. (2020). Effect of income level on adherence to antidepressant treatment in first onset depression outpatients. *PLOS ONE*, 15(9), e0238623.
- Johnson, C., Williams, B., MacGillivray, S., Dougall, N., & Maxwell, M. (2017). 'Doing the right thing': Factors influencing GP prescribing of antidepressants and prescribed doses. *BMC Family*, 18(1), 1-13.
- Kelly, D., Graffi, J., Noonan, M., Green, P., McFarland, J., Hayes, P., & Glynn, L. (2021). Exploration of GP perspectives on deprescribing antidepressants: a qualitative study. *BMJ Open*, 11(4), e046054.
- Kendrick, T., Pilling, S., Mavranouzouli, I., Megnin-Viggars, O., Ruane, C., Eadon, H., & Kapur, N. (2022). Management of depression in adults: summary of updated NICE guidance. *BMJ*, 378, e070104.
- Kjosavik, S., Gillam, M., & Roughead, E. (2016). Average duration of treatment with antidepressants among concession card holders in Australia. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(12), 1180-1185.
- Kotwal, A., Steinman, M., Cenzer, I., & Smith, A. (2021). Use of high-risk medications among lonely older adults: results from a nationally representative sample. *JAMA Internal Medicine*, 181(11), 1528-1530.
- Lam, J., & Vuolo, M. (2013). Longitudinal associations between loneliness and prescription medication use. *The Journal of Gerontology: Series B*, 78(4), 730-735.
- Lueckmann, S., Hoebel, J., Roick, J., Market, J., Spallek, J., von dem Knesebeck, O., & Richter, M. (2021). Socioeconomic inequalities in primary-care and specialist physician visits: a systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 20(58), 1-19.
- Mars, B., Heron, J., Kessler, D., Davies, N., Martin, R., Thomas, K., & Gunnell, D. (2017). Influences on antidepressant prescribing trends in the UK: 1995-2011. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(2), 193-200.
- Maund, D., Dewar-Haggart, R., Williams, S., Bowers, H., Geraghty, A., Leydon, G., . . . Kendrick, T. (2019). Barriers and facilitators to discontinuing antidepressant use: a systematic review and thematic synthesis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 38-62.
- McGuckin, T., Crick, K., Myroniuk, T., Setchell, B., Yeung, R., & Campbell-Scherer, D. (2022). Understanding challenges of using routinely collected health data to address clinical care gaps: a case study in Alberta, Canada. *BMJ Open Quality*, 11(1), e001491.
- Meijer, W., Heerdink, E., Leufkens, H., Herings, R., Egberts, A., & Nolen, W. (2004). Incidence and determinants of long-term use of antidepressants. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 60(1), 57-61.
- Mojtabai, R., & Olfson, M. (2011). Proportion of antidepressants prescribed without a psychiatric diagnosis is growing. *Health Affairs*, 30(8), 1434-1442.
- Moore, M., Yuen, H., Dunn, N., Mullee, M., Maskell, J., & Kendrick, T. (2009). Explaining the rise in antidepressant prescribing: a descriptive study using the general practice research database. *BMJ*, 339, b3999.
- Moynihan, R., Heath, I., & Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*, 324(7342), 886-891.
- Murphy, M., & Salisbury, C. (2020). Relational continuity and patients' perception of GP trust and respect: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 70(698), e676-e683.
- NICE. (2022). *Depression in adults: treatment and management*. Opgehaald van <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>.
- Noirhomme, C. (2025). Overeenkomst eerstelijns psychologische zorg: balans 2019-2024. *Gezondheid & Samenleving*, 15, 28-59.
- Petty, D., House, A., Knapp, P., Raynor, T., & Zermansky, A. (2006). Prevalence, duration and indications for prescribing of antidepressants in primary care. *Age and Ageing*, 35(5), 523-526.
- Richards, D., Hill, J., Gask, L., Lovell, K., Chew-Graham, C., Bower, P., . . . Barkham, M. (2013). Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 347, f4913.
- RIZIV. (2006). *Het doelmatig gebruik van antidepressiva bij de behandeling van depressie - juryrapport consensuvergadering*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2024). *Geneesmiddelengebruik in openbare officina's: antidepressiva. Analyse van de verdeling en van de evolutie van het verbruik in volumes en in uitgaven per verzekerde in België (analyses en tendensen per gewest, provincie en arrondissement) voor 2022*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV. (2025). *Statistieken over personen aangesloten bij een ziekenfonds*. Opgehaald van <https://www.riziv.fgov.be/nl/webtoepassingen/statistieken-over-personen-aangesloten-bij-een-ziekenfonds>.
- Seys, B., Houben, P., Marchal, J.-L., Spago, B., & Vansnick, L. (2001). Qu'est-ce que la DDD ? *Revue de la médecine générale*, 24(188), pp. 457-458.

Smeets, H., de Wit, N., & Hoes, A. (2011). Routine health insurance data for scientific research: potential and limitations of the Agis Health Database. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 424-430.

Stokx, J., Van haecht, K., & Ntahonganyira, R.-M. (2025). Trends in het geneesmiddelengebruik bij kinderen jonger dan 18 jaar. *Gezondheid & Samenleving*, 12, 58-83.

Takayanagi, Y., Spira, A., Bienvenu, O., Hock, R., Carras, M., Eaton, W., & Mojtabai, R. (2014). Antidepressant use and lifetime history of mental disorders in a community sample. Results from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(1), 40-44.

Tardieu, S., Bottero, A., Blin, P., Bohbot, M., Goni, S., Gerard, A., & Gasquet, I. (2006). Roles and practices of general practitioners and psychiatrists in management of depression in the community. *BMC Family Practice*, 7(5), 1-10.

Van Leeuwen, E., Anthierens, S., van Driel, M., De Sutter, A., Van den Branden, E., & Christiaens, T. (2021a). 'Never change a winning team': GP's perspectives on discontinuation of long-term antidepressants. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 39(4), 444-453.

Van Leeuwen, E., van Driel, M., Horowitz, M., Kendrick, T., Donald, M., De Sutter, A., . . . Christiaens, T. (2021b). Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(4), CD01349.

Verniest, R., Luybaert, C., & Bracke, P. (2020). Hoe gaat het met u? Een onderzoek bij CM-leden naar de prevalentie van psychisch lijden en hulpzoekend gedrag. *CM-Informatie*, 280, 19-31.

Von Soest, T., Bramness, J., Pedersen, W., & Wichstrom, L. (2012). The relationship between socio-economic status and antidepressant prescription: a longitudinal survey and register study of young adults. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 21(1), 87-95.

Vyas, M., Watt, J., Yu, A., Straus, S., & Kapral, M. (2021). The association between loneliness and medication use in older adults. *Age and Ageing*, 50(2), 587-591.

Williams, S., Martin, P., & Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness*, 33(5), 710-725.

### Bijlage 1: Data cleaning

Deze studie gebruikt drie databestanden van CM: demografische kenmerken, zorggebruiksgegevens en medicatieafleveringen. CM-leden zijn geïnccludeerd tot en met 30 september 2022 en opgevolgd gedurende 15 maanden. De studieperiode eindigde op 31 december 2023.

Het demografische en zorggebruikbestand omvatten samen initieel 762.151 CM-leden. Na samenvoeging en uitsluiting van ontbrekende waarden blijven 757.551 leden over. Het bestand is omgezet naar 'lang formaat' en gefilterd op leeftijd (18-85 jaar bij inclusie), wat resulteert in 7.720.383 observaties voor de periode 2013-2023.

Het medicatiebestand bevat 16.174.522 afleveringen. Voor elke aflevering is het aantal gebruiksdagen berekend op basis van de verpakkingseenheid en dosis per verpakking. Afleveringen met minder dan 180 dagen tussenruimte zijn gegroepeerd als één episode. Episodes van vijftien maanden of langer zijn geclassificeerd als langdurig gebruik. Voor CM-leden met meerdere episodes is enkel de eerste episode geanalyseerd.

De dataset is vervolgens geaggregeerd naar lid-niveau en samengevoegd met de demografische en zorggebruiksgegevens van het startjaar van de episode. De uiteindelijke dataset omvat 701.409 CM-leden.

### Bijlage 2: Sensitiviteitsanalyses

#### Sensitiviteitsanalyse met een alternatieve drempel van twaalf maanden voor langdurig gebruik

Om de robuustheid van de resultaten te toetsen, is een sensitiviteitsanalyse uitgevoerd met een drempel van twaalf maanden ( $\geq 365$  dagen) in plaats van vijftien maanden ( $\geq 456$  dagen) voor langdurig gebruik. Dezelfde statistische modellen zijn toegepast. De resultaten blijken robuust: het verlagen van de drempel leidt niet tot betekenisvolle verschillen in de uitkomsten.

#### Sensitiviteitsanalyse met uitsluiting van uitschieters

Een tweede sensitiviteitsanalyse onderzoekt de impact van de uitsluiting van uitschieters, gedefinieerd als CM-leden met uitzonderlijk lange gebruiksduur of zeer hoge medicatieconsumptie ( $N=151.271$ ), geïdentificeerd met behulp van de  $1,5 \times$  IQR-methode.

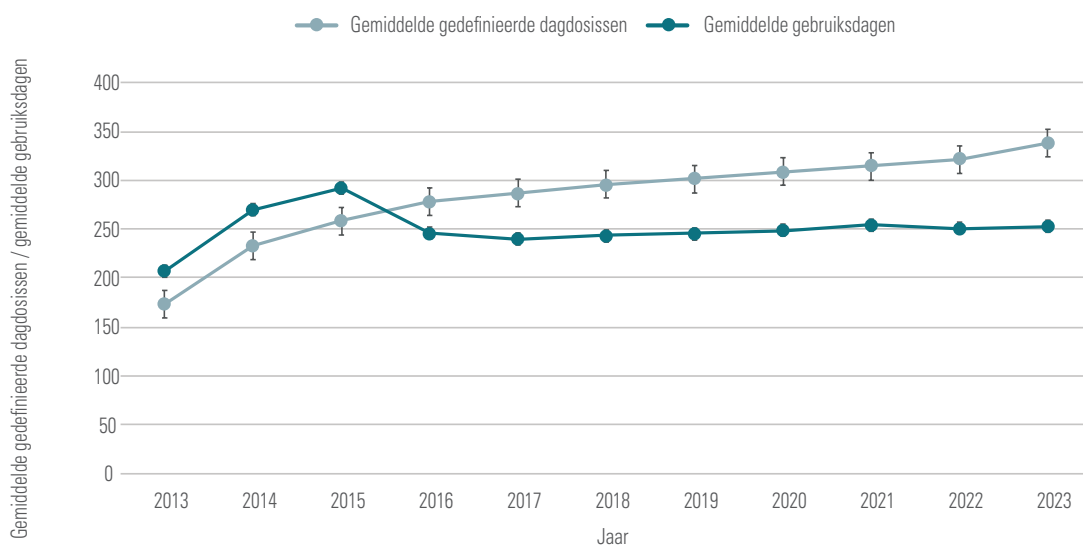
In de hoofdanalyses is het recht op verhoogde tegemoetkoming (VT-statuu) positief geassocieerd met langdurig antidepressivagebruik. Na uitsluiting van uitschieters keert dit verband om en is VT-statuu negatief geassocieerd met langdurig gebruik. Deze omkering suggereert dat uitschieters, voornamelijk CM-leden met VT-statuu en een uitzonderlijk lange gebruiksduur, een substantiële invloed uitoefenen op de geschatte verbanden.

Aangezien deze studie expliciet focust op langdurig antidepressivagebruik, vormen deze uitschieters een relevante subgroep en zijn zij opgenomen in de hoofdanalyses. Tegelijkertijd biedt hun uitsluiting waardevolle inzichten in de gevoeligheid van de modellen voor extreme waarden.

### Bijlage 3: Gemiddeld aantal gedefinieerde dagdosissen (DDD) en gebruiksdagen per jaar na uitsluiting van uitschieters

In figuur 9 zijn uitschieters verwijderd op basis van de 1,5 × interkwartielafstandsmethode (IQR) (N=2.435). De resulterende studiepopulatie, zonder uitschieters op de variabelen 'gemiddeld aantal DDD per jaar' en 'gemiddeld aantal gebruiksdagen per jaar', omvat 698.974 CM-leden.

**Figuur 9: Gemiddeld aantal gedefinieerde dagdosissen en gebruiksdagen per jaar na uitsluiting van uitschieters, 2013-2023 (N=698.974; Bron: CM)**



## Bijlage 4: Resultaten van logistische regressiemodellen met interactietermen

Hierna worden de resultaten weergegeven van de interactiemodellen die in de hoofdtekst zijn besproken. De tabellen rapporteren de *odds ratio's* (OR) voor de interacties tussen voorschrijver en zorggebruik (zie Tabel 4) en tussen

VT-statuut, voorschrijver en zorggebruik (zie Tabel 5). Deze gedetailleerde output vormt de basis voor de visualisaties in figuur 4 tot en met figuur 8 en ondersteunt de interpretatie van de interactie-effecten in de resultatensectie.

**Tabel 4: Odds ratio's (OR) uit de logistische regressieanalyse met interactietermen tussen voorschrijver en zorggebruik, 2013-2023 (N=701.409; Bron: CM)**

	<b>Model 5 OR (95% BI)</b>	<b>Model 6 OR (95% BI)</b>	<b>Model 7 OR (95% BI)</b>
<b>Voorschrijver (referentie = huisarts)</b>			
Specialist-e	1,05 (1,03-1,08)	0,69 (0,68-0,70)	0,54 (0,53-0,55)
<b>Huisartscontact (referentie = geen of minimaal)</b>			
Laag	1,29 (1,27-1,31)	-	-
Gemiddeld	1,53 (1,50-1,55)	-	-
Hoog	1,81 (1,78-1,84)	-	-
<b>Psychiatercontact (referentie = nee)</b>			
	-	2,93 (2,83-3,03)	-
<b>Psychotherapiecontact bij psychiater (referentie = nee)</b>			
	-	-	3,11 (3,03-3,19)
<b>Voorschrijver x huisartscontact</b>			
Specialist-e x laag	0,80 (0,77-0,83)	-	-
Specialist-e x gemiddeld	0,67 (0,65-0,70)	-	-
Specialist-e x hoog	0,54 (0,52-0,56)	-	-
<b>Voorschrijver x psychiatercontact</b>			
Specialist-e x ja	-	0,86 (0,82-0,90)	-
<b>Voorschrijver x psychotherapiecontact bij psychiater</b>			
Specialist-e x ja	-	-	1,22 (1,18-1,27)

*Model 5: interactie tussen voorschrijver en huisartscontact; Model 6: interactie tussen voorschrijver en psychiatercontact; Model 7: interactie tussen voorschrijver en psychotherapiecontact bij psychiater. Alle interactie-effecten zijn significant bij  $p < 0,01$ . Resultaten zijn gevisualiseerd in figuur 4 en figuur 5.*

Tabel 5: Odds ratio's (OR) uit de logistische regressieanalyse met interactietermen tussen VT-statuut, voorschrijver en zorggebruik, 2013-2023 (N=701.409; Bron: CM)

	Model 8 OR (95% BI)	Model 9 OR (95% BI)	Model 10 OR (95% BI)	Model 11 OR (95% BI)
<b>VT-statuut</b>	1,08 (1,06-1,10)	1,17 (1,14-1,20)	1,01 (1,00-1,02)	1,02 (1,01-1,04)
<b>Voorschrijver (referentie = huisarts)</b>				
Specialist-e	0,80 (0,76-0,82)	0,81 (0,80-0,83)	0,68 (0,67-0,69)	0,56 (0,55-0,57)
<b>Huisartscontact (referentie = een of minimaal)</b>				
Laag	-	1,23 (1,21-1,25)	-	-
Gemiddeld	-	1,43 (1,40-1,45)	-	-
Hoog	-	1,68 (1,65-1,71)	-	-
<b>Psychiatercontact (referentie = nee)</b>				
Psychiatercontact bij psychiater (referentie = nee)	-	-	2,78 (2,71-2,85)	-
<b>VT × voorschrijver</b>				
Ja × specialist-e	0,79 (0,76-0,81)	-	-	-
<b>VT × huisartscontact</b>				
Ja × laag	-	0,87 (0,83-0,90)	-	-
Ja × gemiddeld	-	0,81 (0,78-0,84)	-	-
Ja × hoog	-	0,76 (0,73-0,79)	-	-
<b>VT × psychiatercontact</b>				
VT × psychotherapiecontact bij psychiater	-	-	0,88 (0,84-0,93)	-
<b>VT × psychotherapiecontact bij psychiater</b>				
	-	-	-	0,85 (0,81-0,89)

Model 8: interactie tussen VT-statuut en voorschrijver; Model 9: interactie tussen VT-statuut en huisartscontact; Model 10: interactie tussen VT-statuut en psychiatercontact; Model 11: interactie tussen VT-statuut en psychotherapiecontact bij psychiater. Alle interactie-effecten zijn significant bij  $p < 0,01$ . Resultaten zijn gevisualiseerd in figuur 6, figuur 7 en figuur 8.

