

Opinie: Stoppen met antidepressiva is té goedkoop

Mensen slikken vaak lang, soms zelfs levenslang antidepressiva, terwijl dat niet hoeft. Maar niemand heeft er belang bij dat ze stoppen, schrijven **economen** Jessika Kersting en Jan-Maarten van Sonsbeek.

Dit artikel is geschreven door [Jan-Maarten van Sonsbeek](#) en [Jessika Kersting](#) Gepubliceerd op 15 mei 2026, 08:01

Dit is een ingezonden opiniestuk. Het standpunt in dit artikel is niet per definitie ook het standpunt van Trouw.

In Alfred Hitchcocks klassieker *Psycho* is het Bates Motel een plek waar inchecken eenvoudig is, maar uitchecken heel moeilijk blijkt. Een treffende metafoor voor de psychofarmacologie. In Nederland slikken ruim 1,2 miljoen mensen antidepressiva en 350.000 mensen antipsychotica. Minstens 400.000 van hen doen dit langer dan twee jaar, en een deel levenslang. Niet altijd omdat dat klinisch noodzakelijk is, maar ook omdat stoppen moeilijk is zonder de juiste begeleiding en afbouwmedicatie. In de huidige praktijk is doorslikken de onuitgesproken norm en afbouwen de riskante uitzondering.

Dat ligt niet aan wilskracht. Bij schoksgewijze afbouw – de enige methode die nu beschikbaar is via de reguliere apotheek – zijn onttrekkingsverschijnselen nauwelijks te onderscheiden van een terugval. Duizeligheid, angst, slaapproblemen: is dit de depressie die terugkomt, of het lichaam dat reageert op het wegvallen van de medicatie? Zowel de patiënt als de arts weet het niet. De veiligste keuze lijkt doorslikken. En dus slikt men door, hoewel lang niet bij iedereen de oorspronkelijke indicatie nog geldt.

In kleine stappen afbouwen

Het goede nieuws is dat er een oplossing bestaat. Sinds 2013 zijn er afbouwstrips beschikbaar: op maat gemaakte medicatie waarbij de dosering in zulke kleine stappen wordt afgebouwd dat het lichaam de tijd krijgt zich aan te passen. De onttrekkingsverschijnselen verdwijnen grotendeels, en het succespercentage ligt volgens de medisch-wetenschappelijke literatuur op 55 tot 80 procent. De innovatie kwam niet van de farmaceutische industrie of een universiteit, maar van patiënten zelf, die uitvonden wat werkte en dat documenteerden.

Quote van .

De innovatie kwam niet van farmabedrijven maar van patiënten zelf

De kosten: circa 750 euro per patiënt. De vergoeding: nul euro. Wie het zich kan veroorloven, betaalt zelf. Wie dat niet kan, slikt door. Dat is sociaal onrechtvaardig én economisch irrationeel. De maatschappelijke baten van stoppen zijn namelijk groot: minder bijkomende ziektes door langdurige bijwerkingen, minder verzuim, minder uitkeringen, minder schuldenproblematiek. Wij berekenden in een recente analyse voor economenplatform *Me Judice* dat de maatschappelijke besparing twee tot vier miljard euro per jaar kan bedragen.

Tegenstrijdige belangen en verkeerde prikkels

Maar als de baten zo groot zijn, waarom worden die afbouwstrips dan niet vergoed? Dat komt door tegenstrijdige belangen en verkeerde prikkels. Farmaceuten hebben geen belang bij het afbouwen van medicatie waar ze langdurig aan kunnen verdienen. Verzekeraars moeten eerst de kosten van de afbouwstrips betalen en dan maar hopen dat ze die later kunnen compenseren. De kortetermijnkosten zijn immers zeker, maar de langetermijnbaten niet, want klanten kunnen elk jaar wisselen van zorgverzekeraar. De meeste baten landen bovendien niet bij de zorgverzekeraar die de afbouwstrip zou moeten vergoeden. Ze landen bij gemeenten, werkgevers en het UWV. Vanuit de verzekeraar is niet-vergoeden rationeel. Vanuit de maatschappij bezien is het dom.

Een goede kosten-batenanalyse zou dit kunnen aantonen, maar die vindt niet plaats. Zo'n uitgebreide analyse is alleen verplicht voor medicijnen die heel duur zijn of waarvan de totale kosten per jaar hoog oplopen. De afbouwstrips zijn te goedkoop om te moeten onderzoeken. Maar het aantal mensen dat er wat aan zou hebben, is groot.

Wie 750 euro heeft, kan meteen afbouwen

De analyse is complex, de conclusie niet. Wie 750 euro heeft, kan vandaag nog beginnen met afbouwen. Veel mensen slikken echter door, omdat de uitweg te duur of niet bekend is. Dat is niet alleen wrang voor de patiënten, maar ook nog eens kostbaar voor de maatschappij.

Er zijn meerdere routes naar een oplossing. Onderzoek ook de kosten en baten van goedkope medicijnen die voor veel mensen van belang zijn. Kijk daarbij niet alleen naar de korte termijn, waar de kosten zitten, maar ook naar de verdere toekomst. En kijk niet alleen naar het eigen domein, maar naar de effecten voor de maatschappij als geheel. Maar begin hier: vergoed deze medicatie, in ieder geval voor mensen die haar niet zelf kunnen betalen. Het Bates Motel heeft een uitgang. We hoeven die alleen maar te openen.

Dit stuk is gebaseerd op een analyse van de auteurs op Me Judice.

Jessika Kersting is econoom en ervaringsdeskundige

Jan-Maarten van Sonsbeek is econoom bij het CPB (op persoonlijke titel)