

Zorginstituut Nederland  
drs. P.I. Polman  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
per email: [bestuurzinl@zinl.nl](mailto:bestuurzinl@zinl.nl)

Onderwerp: Herhaald verzoek taperingstrips, melding ACM en NZA  
*n.a.v. uw brief van 1 nov, referentie 2016126209*

Geachte mevrouw Polman,

Zorginstituut Nederland (ZiNL) heeft minister Schippers en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (SKGZ) onjuist geïnformeerd over taperingstrips. SKGZ heeft daarna een advies uitgebracht dat nu door sommige zorgverzekeraars wordt gebruikt om vergoeding van taperingstrips te weigeren. Patiënten die taperingstrips willen gebruiken om medicijnen zoals antidepressiva en antipsychotica op een verantwoorde manier af te bouwen worden hierdoor ernstig benadeeld. ZiNL weigert om het advies van de SKGZ te laten vernietigen omdat de verstreekte informatie volgens haar wel juist zou zijn. Wob-documenten van ZiNL vertellen echter een ander verhaal, waarin zorgverzekeraars, samen met ZiNL, de ontwikkeling en de implementatie van deze innovatieve nieuwe interventie bewust en actief proberen tegen te werken.

Wij zijn onderzoekers en geen juristen. Tot onze grote frustratie en boosheid moeten we steeds meer tijd besteden aan procedures en regels. Tijd die we niet kunnen besteden aan het verder ontwikkelen van de taperingstrips of aan onderzoek. We voelen ons machteloos en willen ontsnappen uit het juridische moeras waar we steeds verder in getrokken worden. Moeten we meegaan in dit juridische spel door aan de rechter te vragen of die ZiNL wil opdragen om verantwoordelijkheid te nemen door het advies van de SKGZ te laten vernietigen? Of gaat ZiNL dat, na het lezen van deze brief, alsnog uit eigen beweging doen?

We leggen deze zaak voor aan de Autoriteit Consument en Markt (ACM) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), met de vraag om te onderzoeken of er mogelijk sprake is (geweest) van het overtreden van de geldende regels. We informeren de tweede Kamercommissie van VWS en minister Schippers, omdat haar beleid, dat gericht is op minder en beter gebruik van medicijnen, volgens ons actief en welbewust is tegenwerkt. Omdat het ons niet meer lukt om aan patiënten uit te leggen wat er rond de taperingstrips allemaal gebeurt, maken we deze brief ook openbaar op de website van het User Research Center van de Universiteit van Maastricht. En ook omdat we grote vragen hebben bij de moeizame manier waarop nieuwe interventies in ons huidige onderzoekstelsel tot stand moeten komen.

We zetten in deze brief alle zaken op een rijtje en leggen uit hoe we zover gekomen zijn. We beginnen met een chronologische reconstructie op basis van feiten die we kennen, onder verwijzing naar de bronnen die we hebben, met onze interpretatie van die feiten. Daarna gaan we in op de vraag hoe we in deze situatie terecht hebben kunnen komen en hoe zoets in de toekomst hopelijk kan worden voorkomen. We eindigen met een hernieuwd verzoek aan ZiNL.

Datum  
16-11-2016

Uw kenmerk  
rationaliteit taperingstrip

Ons kenmerk  
PCG/JvO/2016.11.16

Behandeld door  
J. van Os

Telefoon  
043 387 54 43

[j.vanos@maastrichtuniversity.nl](mailto:j.vanos@maastrichtuniversity.nl)

## **Psychiatrie & Psychologie**

**Hoofd Psychiatrie**  
Prof. dr. J.J. van Os  
secr. 043-387 54 43

**Hoofd Medische Psychologie**  
Prof. dr. R.W.H.M. Ponds  
secr. 043-387 41 75

**Neuropsychiatrie**  
Prof. dr. F.R.J. Verhey  
secr. 043-387 41 75

**Stemmingsstoornissen**  
Prof. dr. F.P.M.L. Peeters  
secr. 043-387 41 30

**Transitiepsychiatrie**  
Prof. dr. T.A.M.J. van Amelsvoort  
secr. 043-388 39 28

**Zorginnovaties in de GGZ**  
Prof. dr. P.A.E.G. Delespaul  
secr. 088-506 92 55

## Reconstructie

Het initiatief voor de ontwikkeling van taperingstrips werd in 2010 genomen door Prof. Dick van Bakkum, als voorzitter van de Stichting Cinderella, op basis van een idee uit 2004<sup>1</sup>. Het doel was om taperingstrips te ontwikkelen waarmee mensen antidepressiva zoals paroxetine en venlafaxine op een verantwoorde manier kunnen afbouwen<sup>2</sup>. Tot nu toe is het afbouwen van deze middelen namelijk een groot probleem, waar men in de klinische praktijk niet goed raad mee weet. Het lukt veel mensen niet om deze middelen op een goede manier af te bouwen omdat ze last krijgen van onttrekkingsverschijnselen. Sommige mensen worden daar echt ziek van, zo ziek dat het niet lukt om met deze middelen te stoppen. Het gevolg hiervan is onnodig medicijngebruik. Meer dan een miljoen mensen gebruiken antidepressiva en het lukt al jaren niet om dat aantal te verminderen.

Om aan deze problemen iets te doen is onderzoek gedaan waarin werd geprobeerd om interventies te ontwikkelen om stoppen makkelijker maken. Door extra gesprekken, een begeleidende brief, psychotherapie, etc. Voor de praktijk heeft dit vrijwel niets opgeleverd. Artsen beschikken nog steeds niet over goede hulpmiddelen waarmee ze hun patiënten beter kunnen helpen om verantwoord te stoppen. De reden dat deze onderzoeken 'mislukt' zijn is dat daarin aan het belangrijkste onderliggende probleem nooit aandacht werd besteed: het ontbreken van de juiste medicatie.

In ons huidige zorg- en onderzoeksysteem wordt gewerkt met (geregistreerde) standaarddoseringen. Een apotheker kan medicatie leveren in een zeer beperkt aantal doseringen, bijvoorbeeld 10, 20 en 40 mg. Patiënten, artsen en onderzoekers worden hierdoor gedwongen om zich te voegen naar het systeem en niet andersom. Hoe merkwaardig dat is beseffen we pas als we een vergelijking maken met schoenen, kleren, of het dragen van een bril. In al die gevallen vinden we het normaal dat we kunnen beschikken over maatwerk. Als we schoenmaat 43 hebben nemen we geen genoegen met schoenmaat 45. Bij het voorschrijven van medicijnen gebeurt dat wel. Een patiënt die aan 30 mg genoeg heeft krijgt daardoor bijvoorbeeld 40 mg en dus teveel. Twee patiënten die depressief worden krijgen bij het doseren van medicijnen dezelfde behandeling, ook als de één een man is van 120 kg en de ander een vrouw van 50 kg. In de depressiestandaard van het Nederlands Huisartsengenootschap speelt gewicht bij het voorschrijven van antidepressiva geen enkel rol. Dat vrouwen 60% meer last van bijwerkingen hebben dan mannen (minister Schippers stelde onlangs 10 miljoen euro beschikbaar om hier onderzoek naar te doen) heeft hier mee te maken. Dat geringe aantal standaarddoseringen zorgt ook voor problemen bij kinderen. Uit recent onderzoek bleek dat adolescenten die antidepressiva gebruiken vaak volwassen – en dus te hoge – doseringen krijgen<sup>3</sup>. Dierenartsen doen het beter: grote honden krijgen meer medicijn dan kleine.

Taperingstrips lossen het probleem van die ontbrekende doseringen op en maken het mogelijk om medicatie in kleine stapjes af te bouwen. In overeenstemming met de aanbeveling om medicatie geleidelijk af te bouwen die in vele handboeken, richtlijnen, wetenschappelijk artikelen en bijsluiters is terug te vinden. Geleidelijk afbouwen met behulp van taperingstrips kan onttrekkingsverschijnselen, rebound en (voortijdige) terugval veel beter voorkomen dan met standaardmedicatie mogelijk is. Dat taperingstrips afbouwen makkelijker maken blijkt uit de ervaringen van patiënten die de taperingstrips inmiddels hebben gebruikt<sup>4(biz 9-13)</sup>.

De eerste publicatie over taperingstrips verscheen in oktober 2013 en daarin spreken 22 hoogleraren psychiatrie zich uit voor de ontwikkeling en de toepassing van taperingstrips<sup>1</sup>. De eerste taperingstrip, voor het antidepressivum paroxetine, kwam aan het eind van datzelfde jaar beschikbaar. Inmiddels zijn er taperingstrips voor een aantal antidepressiva, een aantal slaap- en kalmeringsmiddelen en een aantal antipsychotica<sup>5</sup>. Ze worden ontwikkeld omdat patiënten en artsen er om vragen.

Met de eerste taperingstrips hadden zorgverzekeraars geen problemen. Ze werden gewoon vergoed. Terecht, omdat ze voldoen aan de voorwaarden om vanuit het basispakket voor vergoeding in aanmerking te komen. Maar toen zorgverzekeraars ontdekten dat ze steeds vaker werden voorgeschreven gebeurde er iets merkwaardigs. Men had zich op dat moment kunnen afvragen waarom dat gebeurde. Werden patiënten daardoor misschien beter geholpen? Hoe werkten die strips precies? Het was niet moeilijk geweest om antwoorden op die vragen te krijgen. Alle informatie stond op de

website van Cinderella (en inmiddels op de website van het User Research Centrum van de Universiteit Maastricht: [www.taperingstrip.nl](http://www.taperingstrip.nl)). Eén muisklik was voldoende om de eerste publicaties over taperingstrips<sup>2,6</sup>, te kunnen lezen. Eén telefoontje of email was voldoende geweest om ons te vragen om toelichting. Maar dat gebeurde allemaal niet.

Wat wel gebeurde was dat vergoeding van de taperingstrips door sommige zorgverzekeraars werd geweigerd. Aan patiënten die lieten weten dat ze in de loop van 20 jaar meerdere malen tevergeefs hadden geprobeerd om met hun medicijn te stoppen – ze werden tijdens het stoppen te ziek –, waarna het ze met behulp van de taperingstrips nu eindelijk wel lukte. De reactie van de zorgverzekeraar: dat kan wel zijn, maar dat is geen bewijs dat de strips werken en dus vergoeden we niet.

Die weigering stelde ons voor problemen. Wij waren (en zijn) ervan overtuigd dat de strips werken en dat er voor die werking overtuigend bewijs bestaat. Maar we kregen geen enkele ruimte om hierover een inhoudelijk gesprek te voeren. Dat betekende niet dat zorgverzekeraars niet met de taperingstrips bezig waren. Want uit de wob-stukken blijkt dat er achter de schermen wel degelijk hard werd gewerkt, in nauwe samenwerking met Zorginstituut Nederland.

Die samenwerking krijgt voor het eerst gestalte op 11 mei, de dag waarop wij de zorgverzekeraars door middel van een persbericht<sup>7</sup> uitnodigden om met ons te overleggen, en om het inhoudelijke conflict waarvan inmiddels sprake was niet langer over de rug van patiënten uit te vechten. Die uitnodiging resulteerde in een interview met van Os op BNR Nieuwsradio<sup>8</sup> en een discussie in het Radio 1 programma 'Dit is de Dag'<sup>9</sup> tussen Groot en een vertegenwoordiger van zorgverzekeraar DSW, de enige zorgverzekeraar die hiertoe bereid was. De zorgverzekeraars die de strips weigerden te vergoeden waren als eerste uitgenodigd maar wilden (of durfden?) die uitnodiging niet aan te nemen. DSW vergoedt de taperingstrips wel.

Verder gebeurde er van de kant van de zorgverzekeraars niets. In ons persbericht werd verwezen naar de brief waarin we onjuiste argumenten van zorgverzekeraars hebben weerlegd<sup>10</sup>, maar tot op de dag van vandaag heeft, met uitzondering dus van DSW, geen enkele zorgverzekeraar de moeite genomen om inhoudelijk op onze argumenten in te gaan. Niet door ze op basis van inhoudelijke argumenten te weerleggen en ook niet door ons te laten weten dat onze argumenten wel juist waren en dat ze dus niet hadden mogen worden gebruikt. We hoorden niets. Stilte betrachten en niet antwoorden op inhoudelijke vragen, het lijkt een vast onderdeel te zijn van de werkwijze van sommige zorgverzekeraars tegenover ons.

Geantwoord werd er overigens wel, maar indirect, via patiënten aan wie vergoeding van de taperingstrips opnieuw werd geweigerd. In de afwijzingsbrieven die patiënten ontvingen werden de argumenten waar we inhoudelijk op hadden gereageerd niet meer genoemd (waaruit we concluderen dat de zorgverzekeraars erkennen dat die onjuist waren). Maar in plaats daarvan werden nieuwe argumenten opgevoerd, die ook onjuist waren.

Opnieuw deden we een poging om op basis van inhoudelijke argumenten verder te komen, door een nieuwe brief te schrijven en openbaar te maken<sup>11</sup>. Een maand later deden we dat, na nieuwe en vruchteloze pogingen om tot een inhoudelijk gesprek te komen, opnieuw<sup>12</sup>. Het resultaat was steeds hetzelfde. Er volgde geen enkele inhoudelijke reactie. Stilte. Dat achter de schermen des te meer gebeurde blijkt uit de wob-documenten. Daaruit valt op te maken dat Achmea/Zilveren Kruis (hierna: ZK) vanaf het begin als doelstelling had om vergoeding van taperingstrips tegen te houden, of, als dat niet lukte, in ieder geval zo veel mogelijk te beperken. Uit niets blijkt dat aan de belangen van patiënten op enig moment serieus aandacht werd besteed.

Op 11 mei, de dag waarop ons persbericht uitging, meldt Alexandra Buijze, Senior Bedrijfsjurist van ZK, aan ZiNL 'dat ZK graag wil dat het Zorginstituut een uitspraak doet of taperingstrips tot het vanuit het basispakket verzekerde pakket behoren'. Een SKGZ-zaak wil ZK niet, want 'dan vraagt de SKGZ vanzelf wel om advies aan ZiNL. Dat willen wij nu juist niet. Is er een mogelijkheid dat het Zorginstituut een oordeel geeft of taperingstrips nu wel of geen verzekerde zorg zijn?'

ZK wil dus een uitspraak van ZiNL, maar geen officiële uitspraak. Dat het er niet om te doen is om erachter te komen of taperingstrips goede zorg zijn maar alleen om argumenten te vinden waarmee vergoeding kan worden afgewezen blijkt uit de email die Sefan Faas, adviserend apotheker van ZK, op 31 mei aan ZiNL stuurt: *'Let wel: het gaat er niet om dat wij het afbouwen van antidepressiva in algemene zin ter discussie stellen, maar aangeven dat er geen evidence is dat afbouwen van (kostbare) taperingstrips effectiever is dan afbouwen op conventionele wijze*'. Het doel is hiermee duidelijk: we moeten argumenten vinden die we kunnen gebruiken om de taperingstrips af te kunnen wijzen. Wat goed is voor patiënten en voor de zorg in Nederland, is niet belangrijk.

Ambtenaren van ZiNL gaan enthousiast aan de slag met het verzoek van ZK. Het doel is om een uitspraak te ontlocken aan de medicatiecommissie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). De eenvoudigste manier om dat te bereiken is om daarvoor een officieel verzoek te doen. Maar dat is dus niet de bedoeling. Uit (deels zwartgelakte) emails en gespreksnotities blijkt hoe wordt geprobeerd om toch een uitspraak van de NVvP te krijgen. Dat lukt uiteindelijk niet, omdat de NVvP zo'n uitspraak alleen wil doen als ZiNL een officieel verzoek doet. In een email van 28 juni delen ambtenaren van ZiNL hun irritatie hierover: *'Ik heb in het telefoongesprek met haar [een lid van de medicatiecommissie van de NVvP] enkele keren heel duidelijk gezegd dat we vanuit het ZiN niet met een dergelijk verzoek gaan komen, maar op de een of andere manier komt dat bericht steeds niet goed over*'.

Er komt geen standpunt van de NVvP. Maar wel een 'uitspraak', die ZiNL in een brief aan ons als volgt formuleert: *'dat de NVvP . . . . liet weten dat afbouwen van psychofarmaca voornamelijk een kwestie is van goed overleggen met de patiënt om samen tot een programma voor afbouwen te komen. Het Zorginstituut concludeert hieruit dat de NVvP geen problemen ervaart bij het afbouwen van psychofarmaca en dat de specifieke behandelrichtlijnen van psychiatrische aandoeningen voor het afbouwen van psychofarmaca, waar de taperingstrips op dit moment geen onderdeel van uitmaken, toereikend zouden moeten zijn*'.

In goed Nederlands staat hier dat de NVvP heeft laten weten dat er geen behoefte is aan taperingstrips. Daarmee zijn de taperingstrips niet rationeel en kan (of moet?) vergoeding ervan worden geweigerd. Maar is wat ZiNL aan de SKGZ (en ook aan minister Schippers) heeft gemeld juist? Heeft 'de NVvP' daadwerkelijk zo'n uitspraak gedaan? Uit de wob-stukken valt op te maken hoe die uitspraak tot stand gekomen is.

Op 24 juni meldt Stefan Faas (ZK) aan ZiNL *'dat de psychiaters van de werkgroep Medicatiebeleid niet direct fan zijn van de taperingstrips*'. En op 5 juli: *'dat zij beslist niet enthousiast zijn over de taperingstrips en de meerwaarde hiervan niet zien*'. Dat dit geen juiste weergave is van wat gezegd is blijkt uit de woorden onderin dezelfde mail (niet duidelijk is van wie, want een deel van de mail is zwartgelakt): *'Ik heb alleen gezegd dat de commissie medicatiebeleid niet direct enthousiast is van de taperingstrips. Het woordje "beslist" en "de meerwaarde hiervan niet inzien" heb ik nooit gezegd. Moet ik hier nog achteraan?'* Faas lijkt er moeite mee te hebben om correct te rapporteren. Dat is problematisch omdat de uitspraken die leden van de medicatiecommissie *zouden hebben gedaan* indirect tot ons komen, op basis van notities van telefonische gesprekken waaruit niet valt op te maken wat er werkelijk is gezegd, omdat die grotendeels zijn zwartgelakt.

De NVvP liet ons op 23 september weten dat ze zich uitsluitend heeft uitgesproken over een handreiking (wat hiermee precies bedoeld wordt is ons nog steeds niet helemaal duidelijk) over afbouw van psychofarmaca en dat ze geen formeel standpunt heeft ingenomen over de taperingstrips. Uitspraken tegenover ZiNL door leden van de NVvP, ook al zijn die lid van de Medicatiecommissie, moeten daarom worden beschouwd als uitspraken die op persoonlijke titel zijn gedaan. Ze mogen niet, zoals ZiNL wel heeft gedaan, worden opgevoerd als uitspraken die de NVvP zou hebben gedaan. De NVvP heeft zich namelijk niet over de taperingstrips uitgesproken. En zolang ZiNL, ondanks haar pogingen om toch zo'n uitspraak aan de NVvP te ontlocken, blijft weigeren om officieel zo'n verzoek te doen, lijkt dat zo te blijven. Daarom was het, is het, en blijft het onjuist dat ZiNL aan zowel de SKGZ als aan de minister van VWS heeft laten weten dat de NVvP zich negatief over de taperingstrips heeft uitgesproken.

Dat ZiNL bij dit alles niet beseft heeft waar het Zilveren Kruis om te doen was lijkt ons uitgesloten. Op 28 juni schrijven ambtenaren van ZiNL aan elkaar: *'En om te checken of de vraag die je mailde (of we de NVvP nog duidelijker moeten meegeven dat zij aan zet zijn om zich tegen taperingstrips te verweren) wat jou betreft voldoende beantwoord wordt . . . .'*; Anderhalf uur later volgt het antwoord: *'Ik denk dat we de goede weg zijn ingeslagen, maar dan moet de NVvP zijn verantwoordelijkheid wel nemen'*. Op 4 juli: *'we hadden een plan bedacht'*. Het woord 'verweren' kan volgens ons maar één ding betekenen: dat de NVvP zich moet uitspreken tegen de taperingstrips.

Uit de wob-stukken blijkt nergens dat de ambtenaren van ZiNL ook maar één moment bezig zijn geweest met de betekenis die taperingstrips voor patiënten zouden kunnen hebben. Hebben ze enig besef van wat het voor patiënten betekent als ze tijdens het afbouwen ziek worden? Of opnieuw depressief worden? En wat de betekenis ervan is voor het terugdringen van het onnodig gebruiken van antidepressiva, voor het tegengaan van het gebruik van antipsychotica in te hoge doseringen (in de praktijk een groot probleem), en daarmee voor verbetering van de zorg in het algemeen? Er lijkt geen sprake te zijn van enig ethisch besef.

Er lijkt ook geen sprake te zijn van onafhankelijkheid. Niet tussen sommige zorgverzekeraars onderling en niet tussen deze zorgverzekeraars en ZiNL. ZiNL kreeg een verzoek van ZK en heeft daaraan enthousiast en met overtuiging meegewerkt. Van de transparantie waarover op de website van ZiNL mooie woorden zijn te vinden geen spoor. Op 16 augustus liet ZiNL ons weten dat ze *'bij haar beoordeling fabrikanten (ontwikkelaars), wetenschappelijke verenigingen en patiëntenverenigingen van meet af aan betreft'*. Ook daarvan hebben we niets gemerkt.

Alles draait nu om het negatieve advies dat de SKGZ inmiddels heeft uitgebracht. Door dat advies mag (of moet?) vergoeding van taperingstrips nu worden geweigerd voor een medicijn (venlafaxine) waarmee met behulp van de huidige medicatie onmogelijk op verantwoorde wijze kan worden afgebouwd. Interessant is dat uit de wob-stukken blijkt dat de zorgverzekeraars dit zelf ook toegeven. In een telefoonnotitie van ZiNL van 5 juli lezen we: *'dat . . . . een clinicus, maar ook wetenschapper alleen een mogelijk probleem ziet bij venlafaxine. Daar is het lastig om tot de laagst geregistreerde dosis af te bouwen. Eigenlijk zou daar nog een extra lagere dosis nodig zijn van 5 mg'*. Die lagere doseringen zijn er niet, 37.5 mg is de laagste dosis die de apotheek kan leveren. Het gaat daarbij om capsules die niet kunnen worden gebroken. Lagere doseringen met behulp van standaardmedicatie zijn daardoor niet mogelijk.

ZK vergoedt de taperingstrips voorsnog uit coulance en hoeft daarom geen SKGZ procedures – die ze blijkens de email van Buijze op 11 mei ook niet wil – te vrezen. De SKGZ procedure werd aangespannen door een cliënt van zorgverzekeraar Ohra (hierna: CZ, omdat Ohra met Delta Lloyd onderdeel is CZ). CZ mag daarom het vuile werk opknappen. En CZ heeft geluk, omdat de patiënt die de SKGZ procedure aanspande geen gebruik maakt van de mogelijkheid om tijdens een eventuele hoorzitting aanwezig te zijn, waardoor CZ vrij spel heeft. De advocaat van CZ voert alle argumenten op die CZ eerder heeft gebruikt, ook de argumenten die door ons eerder waren weerlegd en die door geen enkele zorgverzekeraar zijn weersproken. De SKGZ commissie kon daarvan wel kennis nemen omdat het persbericht, waarin naar onze brief wordt verwezen, in de klacht wordt genoemd, Maar de commissie kijkt niet verder dan haar neus lang is en negeert het persbericht en onze brief. Het advies van ZiNL, waarin onjuist wordt geïnformeerd over *'het standpunt van de NVvP'* doet de rest. Het bezwaar wordt afgewezen. Zonder bijstand van een goede en ter zake deskundige advocaat heeft deze patiënt geen schijn van kans. Wat bij ons de vraag oproept hoe zorgvuldig de *'onafhankelijke'* SKGZ omgaat met het enorme verschil in macht en kennis tussen patiënten en zorgverzekeraars.

Hoe belangrijk het negatieve SKGZ advies is blijkt uit het vervolg. De Regenboog Apotheek, die de strips maakt, krijgt, onder verwijzing naar die uitspraak, van zorgverzekeraar Menzis te horen dat die de taperingstrips definitief niet wil vergoeden. CZ maakt het nog bonter. Nadat we op 2 augustus een in onze ogen positief gesprek met CZ hadden gevoerd, stuurden we op 16 augustus een brief naar Rens van Oosterhout, manager farmacie & GGZ van CZ, waarin we onze visie op de problemen rondom de taperingstrips uiteen hebben gezet en de hoop uitspraken snel tot een oplossing te komen. Op een reactie – het wordt eentonig – wachten we nog steeds. Dat betekent niet dat CZ stilzat, want

op 2 november ontving de Regenboog Apotheek een brief van de advocaten van CZ waarin wordt gemeld dat CZ van een aantal verzekerden volmachten heeft gekregen die CZ in staat stellen om hen in gerechtelijke procedures tegen de Regenboog Apotheek te vertegenwoordigen. Verbijsterend vinden we de beschuldiging in die brief dat de Regenboog Apotheek niet zou handelen '*in overeenstemming met regels van fatsoen en gebruiken in de branche*'.

Daarmee is de cirkel rond. Wat ZK in haar eerste verzoek aan ZiNL op 11 mei aan ZiNL voor ogen stond is dankzij CZ, ZiNL en de SKGZ gelukt. Er is een negatief advies over de vergoeding van taperingstrips. De handschoenen kunnen uit. De messen zijn geslepen. Een aantal zorgverzekeraars voelen zich nu sterk genoeg om een juridische strijd met patiënten aan te gaan.

## **Ontluisterend**

Wat we hierboven beschrijven vinden we ontluisterend. We hebben vanaf het begin geprobeerd om onze kennis te delen maar we zijn gestuit op een muur van onwil bij partijen die niet inhoudelijk willen communiceren. Die het normaal vinden om brieven niet te beantwoorden. Om vriendelijke gesprekken met ons te voeren en tegelijkertijd achter onze rug om bezig te zijn met het zoeken naar juridische en procedurele middelen om de taperingstrips tegen te kunnen houden. Partijen die allemaal bang lijken te zijn om zelf verantwoordelijkheid te nemen en die daarom naar anderen wijzen. De zorgverzekeraars wijzen naar ZiNL, ZiNL wijst naar de zorgverzekeraars en naar de NVvP, en de NVvP wijst weer terug. Ook het ministerie van VWS wil afzijdig blijven. Nadat we gemeld hadden dat volgens ons het beleid van minister Schippers door ZiNL en de zorgverzekeraars wordt tegengewerkt kregen we per ommegaande te horen dat ZiNL had laten weten '*zich niet in dit beeld te herkennen*' en dat daarom nader onderzoek of verdere actie niet nodig was. We vinden dit onbegrijpelijk.

## **Willen we geen interventies die *bottom-up* tot stand komen?**

Taperingstrips zijn *bottom-up* ontwikkeld. Het idee erachter is meerdere malen geopperd door patiënten<sup>1,13</sup>. Er waren en zijn nog steeds veel patiënten die door te *doe het zelve*n proberen te bereiken wat taperingstrips daadwerkelijk mogelijk maken (en wat lang niet altijd lukt): geleidelijke dosisverlaging in kleine stappen. De initiator van de ontwikkeling van de taperingstrips was een stichting zonder winstoogmerk (Cinderella), met een charismatische voorzitter<sup>14</sup> die niets van psychiatrie of psychofarmaca wist, maar die wel begreep waar patiënten al zo lang op zaten te wachten. En die er van overtuigd was dat de oplossing binnen handbereik lag. Zonder dat daarvoor aanvullend onderzoek voor nodig was om extra *bewijs voor de werkzaamheid* te leveren. De uitwerking tenslotte kwam voor het grootste deel voor rekening van een patiënt/ervaringsdeskundige (Groot), met een achtergrond als wetenschappelijk (moleculair genetisch) onderzoeker. Aanvankelijk als vrijwilliger – en dus onbetaald – bij Cinderella. Inmiddels, dankzij belangrijke financiële steun van Fonds Psychische Gezondheid, als parttime medewerker van het User Research Center van de Universiteit van Maastricht. Zonder financiële belangen bij de ontwikkeling of verstrekking van taperingstrips (wat sommige zorgverzekeraars niet lijken te willen geloven), omdat we hebben gezien hoe zo'n direct belang in de praktijk kan leiden tot het alleen nog maar willen verkopen van zoveel mogelijk medicijnen voor zo hoog mogelijke prijzen, ook als dat niet het belang is van patiënten. Daar willen we niet aan meedoen.

Deze werkwijze staat in schril contrast met de *top-down* werkwijze volgens het '*ZonMW-model*' waar we in Nederland aan gewend zijn. In dat model moet eerst een plan worden gemaakt, een voorstel worden geschreven, een pilot onderzoek worden gedaan en een kosteneffectiviteitsonderzoek worden uitgevoerd, waarna een uitgebreider onderzoek volgt enzoverder. Net zo lang tot er voldoende '*bewijs*' is verzameld om een interventie zoals de taperingstrip in de praktijk te kunnen en mogen toepassen. En alles moet als het even kan *evidence based*. Dat op dit model gegronde en terechte kritiek mogelijk is dringt helaas slechts langzaam door<sup>15,16</sup>.

In de praktijk blijkt de ontwikkeling van nieuwe interventies volgens dit model, ondanks vele mooie woorden en beloften, heel erg langzaam te gaan. Als de taperingstrips op deze wijze zouden moeten

worden ontwikkeld, dan zouden we nog jaren bezig zijn geweest voordat we waren uitgekomen waar we nu zijn. Want dan zou voor iedere gemaakte stap *bewijs* moeten worden geleverd in de vorm van een of meer klinische studies, gevolgd door een of meerdere publicaties. Daarin staat dan dat het resultaat veelbelovend is, maar ook dat er nog vragen beantwoord moeten worden. En dat als dat lukt in de toekomst de zorg kan worden verbeterd. Maar daarvoor is wel altijd eerst nog meer onderzoek nodig. De precieze formulering is per artikel anders, maar in essentie komen de resultaten van veel klinische studies hier helaas wel op neer. Iedereen werkt ongelooflijk hard en met de allerbeste bedoelingen, maar in de dagelijkse praktijk, in de spreekkamer van de dokter en voor patiënten verandert er helaas maar weinig. Te weinig wat ons betreft.

Wat we hier beschrijven is geen fantasie van ons. We illustreren dat aan de hand van een door ZoNMW gesubsidieerd onderzoek om het stoppen met antidepressiva in de huisartsenpraktijk te verbeteren<sup>17</sup>. Deze studie resulteerde wel in een kosteneffectiviteitsonderzoek<sup>18</sup>, maar hielp patiënten niet bij het stoppen. Integendeel, in de resultatensectie lezen we zelfs dat '*A significantly higher relapse rate was found in the intervention group*'. Hoe zinvol is dan zo'n kosteneffectiviteitsonderzoek?

Opmerkelijk is dat deze studie wel kon worden gesubsidieerd omdat kennelijk aan alle *evidence based* zorgvuldigheidseisen kon worden voldaan. De twee onderzoeksvoorstellen die wij tot nu hebben ingediend (maanden werk) doen dat minder omdat ze afwijken van het 'standaard model'. We willen namelijk geen *groepsonderzoek* doen maar n=1 studies gaan uitvoeren. Beide onderzoeken werden niet gehonoreerd. In de afwijzingsbrieven lezen we dat de beoordelingscommissie er '*onvoldoende van overtuigd is dat de resultaten van ons onderzoek direct zullen leiden tot een verandering van de klinische praktijk*'. Met andere woorden: het voorgestelde onderzoek is niet relevant genoeg en te risicovol. Inmiddels hebben al meer dan 1000 patiënten gebruik gemaakt van de taperingstrips.

Daarom vinden we patiënten participatie belangrijk. ZoNMW vindt dat, net als VWS, de NZa en ZiNL, zelf ook. Op de website [www.zorgvoorinnovieren.nl](http://www.zorgvoorinnovieren.nl) lezen we '*dat een zorginnovatie pas écht succesvol wordt opgenomen in de markt als de patiënt bij de ontwikkeling ervan betrokken is*'.

Welnu, de taperingstrips zijn dankzij patiënten tot stand gekomen. Op basis van een idee dat in 2004 prominent (met een nominatie voor '*het idee van het jaar*') in NRC Handelsblad stond<sup>1</sup> en om een probleem op te lossen dat al heel lang bekend is. Zeker ook bij de fabrikanten van de geneesmiddelen die bij het afbouwen al zo lang voor problemen zorgen. Die fabrikanten wisten dat heel goed, maar hebben nooit iets aan die problemen gedaan (of niet willen doen). Wel hebben ze alles in het werk gesteld om deze medicijnen aan zoveel mogelijk mensen te verkopen en daar zijn ze zeer goed in geslaagd: meer dan een miljoen antidepressivagebruikers in Nederland. Maar toen er problemen ontstonden gaven ze niet thuis en werden alle problemen over de schutting van onze samenleving gegooid. Die problemen werden vervolgens niet opgelost. Niet door apothekers, niet door artsen en niet door onderzoekers. Dat het nu wel lijkt te lukken is te danken aan partijen die geen deel uitmaakten van het systeem (ervaringsdeskundige patiënten, Cinderella).

Het kan dus wel en wat VWS, NZa, ZiNL en ZoNMW hierboven bepleiten is volkomen terecht. Er zijn vast nog meer ideeën die op een (veel) snellere en betere manier kunnen worden opgelost dan nu gebeurt. Maar dan moet er meer ruimte zijn om risico te nemen. Dan moeten mensen met concrete en uitvoerbare ideeën meer ruimte krijgen dan nu. Zonder dat ze ingeperkt worden omdat ze eindeloos moeten rapporteren en overleggen en bezig moeten zijn met zaken waar ze geen verstand van (hoeven) te hebben, zoals het uitvoeren van een kosteneffectiviteitsonderzoek. Die zijn *zinvol nadat* praktische problemen, zoals de ontwikkeling van de taperingstrips, zijn opgelost, maar *zinloos als dat vooraf moet gebeuren*, als nog zoveel dingen onduidelijk zijn.

De term *evidence based* wekt bij velen de indruk dat onderzoek dat op die manier wordt uitgevoerd automatisch zal leiden tot het vinden van '*de beste*' behandeling. Bij de zorgverzekeraars leidt dat tot de misvatting dat je op basis van resultaten van *evidence based* onderzoek artsen mag dwingen om een bepaalde behandeling aan alle patiënten voor te schrijven of te onthouden. Op dit *evidence based* denken is in de afgelopen jaren terecht veel kritiek geleverd<sup>15,16</sup>. De huidige onderzoekspraktijk verandert, zoals we nu bij de taperingstrips ervaren, echter jammer genoeg maar heel langzaam.

Dit alles brengt ons tot de vraag die we naar aanleiding van wat we bij de taperingstrips hebben meegemaakt willen stellen aan alle partijen die zich zeggen in te zetten voor zorg-innovatie: kan de tegenwerking die we ondervinden voor een deel ook verklaard worden uit het feit taperingstrips niet *top-down*, maar *bottum-up* (en veel sneller) zijn ontwikkeld? Vinden we patiënten participatie wel echt zo belangrijk als we zeggen?

### **Waarom vinden we open en inhoudelijke overleg zo belangrijk?**

In onze reconstructie beklagen we ons herhaaldelijk over het feit dat zorgverzekeraars geen open en inhoudelijk gesprek met ons wilden voeren. Alle communicatie was vooral 'juridisch' en niet of nauwelijks inhoudelijk. Steeds opnieuw kregen we brieven waarin werd verwezen naar artikel zus en artikel zo en waarin op onze argumenten vaak helemaal niet werd gereageerd. In alle brieven en emails die we gezien hebben, zowel aan onszelf als aan patiënten, werden wetenschap en regelgeving steeds opnieuw ingezet om iets *niet* te hoeven doen. Wat goed is voor patiënten en voor de zorg leek hierbij van geen enkel belang.

Deze instrumentele en sterk juridisch bepaalde wijze van communiceren (ook door ZiNL) leidt tot misverstanden die volgens ons gemakkelijk voorkomen kunnen worden door een meer open en inhoudelijke wijze van communiceren, waarin verschillende partijen kunnen werken op basis van onderling vertrouwen. Dat vertrouwen hebben we helaas niet meer. We geven drie voorbeelden van misverstanden (er zijn er meer) waar we bij de taperingstrips tegenaan gelopen zijn die volgens ons gemakkelijk hadden kunnen worden voorkomen.

#### **1) Welk bewijs?**

Vanaf het begin hebben zorgverzekeraars om 'bewijs' gevraagd. De implicatie was: als wij dat bewijs niet konden leveren dan waren de taperingstrips niet rationeel en hoefden ze niet te worden vergoed. Het probleem voor ons was dat niet goed duidelijk werd gemaakt op welk bewijs men nu eigenlijk doelde. Aanvankelijk werd gezegd dat er geen bewijs was uit 'gerandomiseerd' onderzoek en dat dat daarom eerst zou moeten plaatsvinden: '*Hiervoor is echt een gerandomiseerd dubbel-blind onderzoek nodig*'. Nadat we hadden uitgelegd dat dit door Zorginstituut Nederland helemaal niet wordt geëist<sup>19</sup> verdween deze eis van tafel en kwam er een nieuwe eis.

CZ liet aan de SKGZ weten '*dat nog moet worden gezien of zeer lage doseringen nog werkzaam en effectief zijn, zoals vereist in de verzekeringsvoorwaarden*'. In afwijzingsbrieven van andere zorgverzekeraars wordt dit argument ook gebruikt. Het is duidelijk dat hier wordt bedoeld op de werkzaamheid van de in taperingstrips gebruikte afwijkende (en soms zeer lage) doseringen tegen de klachten waarvoor een middel oorspronkelijk werd voorgeschreven (depressie, psychose, slapeloosheid, pijn etc.). De zorgverzekeraars verwijzen hierbij naar de regels die gelden voor de registratie van een (nieuw) geneesmiddel. Waarom doen ze dat? Volgens ons omdat dat dit ze een juridisch handvat biedt om de vergoeding van taperingstrips af te kunnen wijzen.

Hier is echter sprake van een groot – en voor ons onbegrijpelijk – misverstand. Het gebruik van taperingstrips heeft als preventief doel om onttrekkingsverschijnselen, rebound en (vroegtijdige) terugval zoveel mogelijk te voorkomen. Afwijkende en (zeer) lage doseringen zijn daarvoor noodzakelijk<sup>6</sup>. Dat die lage doseringen niet effectief zijn tegen klachten waarvoor een middel oorspronkelijk werd voorgeschreven is evident, maar is voor de beoordeling van de werkzaamheid van taperingstrips niet van belang.

#### **2) Omgekeerde logica: valhelmen en taperingstrips.**

In het verkeer maken een heleboel mensen gebruik van een valhelm, ook al weten we dat de meeste mensen die nooit nodig zullen hebben. Toch wordt, om redenen van preventie, het gebruik van valhelmen niet alleen aangemoedigd, maar in een aantal gevallen zelfs verplicht gesteld, omdat dat uiteindelijk zowel levens-, ziekte- als kostenbesparend is. Preventie is belangrijk.



Taperingstrips voor het afbouwen van medicatie dienen ter preventie van onttrekkingsverschijnselen, rebound en (vroegtijdige) terugval. Maar het is duidelijk dat er patiënten zijn die ook zonder taperingstrips het medicijn dat ze gebruiken op een goede manier kunnen afbouwen. Niet iedere patiënt heeft voor het afbouwen dus taperingstrips nodig. In de eerste publicatie over taperingstrips hebben we dat ook uitgebreid besproken<sup>2</sup>. Dat niet iedereen taperingstrips nodig heeft, blijkt voor sommige zorgverzekeraars een argument te zijn om vergoeding aan iedere patiënt te weigeren. En dat, terwijl tegelijkertijd wordt erkend dat er patiënten zijn die beter wel met behulp van taperingstrips kunnen afbouwen: *'Uit wetenschappelijke literatuur kan worden afgeleid dat patiënten die antidepressiva gebruiken, baat kunnen hebben bij een gereguleerde afbouw van hun medicatie.'*

Twee vormen van logica. Aan de ene kant de overheid die valhelmen en veiligheidsgordels voor iedereen verplicht stelt om de gevolgen van ongelukken voor enkele mensen (we weten alleen niet wie) zo veel mogelijk te beperken: minder doden, zieken en gehandicapten. Aan de andere kant sommige zorgverzekeraars die taperingstrips voor geen enkele patiënt willen vergoeden omdat niet iedere patiënt die niet nodig heeft. De meeste patiënten die tot dusver taperingstrips hebben gebruikt hadden langdurig antidepressiva gebruikt en vaak meerdere, en soms dramatisch verlopen- de of mislukte afbouw pogingen gedaan. Ze hadden dus zeer goede redenen om de taperingstrips te willen gebruiken en ze werden daarin gesteund door hun arts, die een recept voor ze uitschreef.

### 3) **Te duur?**

In de wob-stukken spreekt ZK over 'kostbare' taperingstrips. Onder verwijzing naar de regels van ZiNL wordt daarmee gesuggereerd dat de volgens ZK (te) hoge kosten een argument zijn waarom taperingstrips niet rationeel zouden zijn, en dus niet zouden hoeven te worden vergoed. Dit is om twee redenen onjuist.

De eerste reden is dat zo'n kostenvergelijking pas relevant is als er een vergelijkbare interventie bestaat die goedkoper is. Zo'n interventie bestaat echter niet. En als zo'n vergelijkbare interventie in de toekomst ontwikkeld wordt achten we het zeer onwaarschijnlijk dat die goedkoper zal kunnen zijn dan de taperingstrips nu zijn.

De tweede reden is dat taperingstrips volgens ons helemaal niet (te) duur zijn. De kosten ervan komen tot stand op basis van de geldende regels, waar de Regenboog Apotheek helemaal geen invloed in op heeft en waar ontwikkelingskosten niet in verdisconteerd kunnen worden (in tegenstelling tot dure kankermedicijn, waar op grond van patenten absurd hoge prijzen voor kunnen worden gevraagd). In de praktijk is de prijs van de meeste taperingstrips minder dan 100 euro (venlafaxine taperingstrips zijn duurder, omdat de bereiding van de langzame afgifte medicatie daarin ingewikkelder is). Dat ZK dit (te) duur vindt komt niet omdat dat ook werkelijk zo is, maar doordat vrijwel alle psychofarmaca inmiddels heel goedkoop zijn. Doordat ze uit patent zijn en dankzij het zeer succesvolle preferentiebeleid van minister Schippers. Tien jaar geleden kostte venlafaxine (Efexor, dat toen nog niet uit patent was) meer dan 700 euro per jaar. Inmiddels tien keer zo weinig. De meeste psychofarmaca zijn zo goedkoop, dat iedere interventie om mensen te helpen om met deze medicijnen te stoppen (antidepressiva) of om de dosis daarvan te verlagen (antipsychotica) al snel (veel) duurder is dan het gebruik van deze middelen zelf. We hebben dit aan de zorgverzekeraars ook al eerder uitgelegd<sup>10(punt 2)</sup>.

Kosteneffectiviteitsonderzoeken die louter op de huidige zeer lage prijzen gebaseerd zijn en waarin alleen naar de korte termijn wordt gekeken zullen altijd als uitkomst hebben dat het voordeliger is (voor de zorgverzekeraar) om mensen te laten doorgebruiken dan om ze te helpen met een medicijn te stoppen. Sommige zorgverzekeraars lijken zo te redeneren. Het eigen korte termijn belang lijkt belangrijker te zijn dan het welzijn van haar cliënten.

We denken dat we deze misverstanden in een open en inhoudelijk gesprek waarin partijen elkaar vertrouwen gemakkelijk uit de weg hadden kunnen ruim. Maar zoals het nu gaat lukt dat dus niet. De Zorgverzekeraars hebben in Nederland enorme verantwoordelijkheden gekregen en daarmee enorme

macht. We zouden graag willen dat ze met die verantwoordelijkheid en met die macht op een betere manier zouden omgaan dan we bij de taperingstrips tot nu toe hebben gezien.

### **Zorgverzekeraars streven naar maximale controle**

We zien bij de taperingstrips gebeuren wat we ook op andere terreinen binnen de zorg zien. De zorgverzekeraars streven naar maximale controle over wat professionals wel en niet mogen voorschrijven. Door bijvoorbeeld psychotherapie of fysiotherapie alleen voor een exact bepaald maximum aantal sessie te vergoeden, omdat uit de gegevens van de zorgverzekeraar blijkt dat de *gemiddelde* patiënt daar voldoende aan zou moeten hebben. Zorgverzekeraar VGZ wilde dit zelfs bij stervensbegeleiding doen<sup>20</sup>. Wel vergoeden, maar tot een maximum. De stervende wordt geadviseerd om dood te gaan voordat dat maximum is bereikt. Merkwaardig in dit geval was dat VGZ tegelijkertijd meldde dat het aantal gevallen waarin dat maximum wordt overschreden '*op de vingers van één hand is te tellen*'. Als dat zo is, waarom dan zo moeilijk doen? En wat betekent die weigering voor die *enkele gevallen*? Ook hier werd naar een andere partij – in dit geval de NZa – gewezen<sup>20</sup>.

Bij taperingstrips wil men precies hetzelfde. Het is niet de bedoeling dat de arts zelf bepaalt of die voor een patiënt geïndiceerd zijn. Wat de patiënt zelf wil, lijkt al helemaal niet belangrijk. Iedere vrijheid voor een arts om zelf te kunnen bepalen wat een patiënt nodig heeft, iedere vrijheid voor een patiënt om zelf mee te beslissen over de eigen behandeling – waarvan het belang in iedere richtlijn wordt benadrukt – moet als het even kan zoveel mogelijk worden ingeperkt. Zorgverzekeraars willen kunnen beslissen op basis van *groepsresultaten* die voor *individuele* patiënten niets hoeven te betekenen.

Bepalen wat mag en wat mag niet mag worden voorgeschreven is zinnig als betrouwbaar kan worden voorspeld wat voor een bepaalde patiënt het beste is. Het grote probleem is dat dat bij het afbouwen van medicatie al jarenlang niet lukt. Dan is het veel beter om de patiënt, in samenspraak met de arts, vertrouwen te geven. Samen beslissen werkt beter. De patiënt wordt meer verantwoordelijk en zal daardoor beter begrijpen waar het bij het afbouwen van medicatie om gaat. De ervaringen van de eerste gebruikers van de taperingstrips laten dit ook zien<sup>4(biz 9-13)</sup>.

### **Gescheiden werkelijkheden**

Wat we in deze zaak zien is een wereld waarin sprake lijkt te zijn van twee gescheiden, parallelle werkelijkheden. Aan de ene kant de theoretische en abstracte werkelijkheid van onderzoekers en regelgevers waarin het wenselijk en mogelijk wordt geacht om op basis van modellen, regels en vinkjes te kunnen voorschrijven wat een bepaalde patiënt wel of niet nodig heeft. Waar aan professionals steeds meer vrijheid mag worden ontnomen om zelf (in overleg met de patiënt) te kunnen beslissen. Aan de andere kant is er de veel minder duidelijke dagelijkse werkelijkheid waarin artsen steeds opnieuw te maken krijgen met patiënten die niet gemiddeld blijken te zijn en die niet goed geholpen (kunnen) worden als beslissingen alleen nog maar op deze manier mogen worden genomen.

Het model dat we voor de taperingstrips hebben ontwikkeld gaat uit van patiënten die zo veel mogelijk zelf moeten kunnen beslissen, in goed overleg met hun arts, die hen tijdens de behandeling dient bij te staan om die te kunnen aanpassen als dat nodig is. Volgens ons is dat voor alle partijen de beste manier om farmacotherapie in de praktijk te verbeteren. De juiste dosis voor iedere patiënt. Dat doel kan alleen bereikt worden als patiënten zelf zeggenschap krijgen.

### **Tot slot**

Onze brief is langer geworden dan juridisch gezien nodig was. We hebben concrete zaken aan de orde gesteld die we belangrijk vinden om de huidige zorg te kunnen verbeteren. Op een overkoepelende manier, omdat voor de verbetering van de zorg samenwerking nodig is tussen een groot aantal verschillende partijen. De problemen bij de taperingstrips laten zien dat grote verbeteringen mogelijk zijn, en dat dat niet persé eindeloos lang hoeft te duren. Maar dat daarvoor dan wel de mogelijkheden moeten worden geboden. We hopen dat deze brief daar op een positieve aan zal bijdragen.

We hopen ook dat ZiNL na het lezen van deze brief zelf tot de conclusie komt dat een officieel verzoek aan de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie op zijn plaats is. Evenals een verzoek aan de SKGZ om het advies te vernietigen dat ze op basis van onjuiste informatie van ZINL heeft uitgebracht. En om dit aan alle zorgverzekeraars te laten weten.

De problemen bij het afbouwen van medicijnen zoals antidepressiva en antipsychotica zijn al heel lang bekend. Taperingstrips kunnen daar (eindelijk) iets aan doen. Patiënten hebben al veel te lang moeten wachten.

met vriendelijke groet,

Peter Groot  
Jim van Os

Dr. P.C. Groot  
Onderzoeker/ervaringsdeskundige  
User Research Centre MUMC  
Postbus 616 (locatie DRT10)  
6200 MD MAASTRICHT  
<https://urc.mumc.maastrichtuniversity.nl/>  
E-mail: [p.c.groot@maastrichtuniversity.nl](mailto:p.c.groot@maastrichtuniversity.nl)  
Tel: 06-22290233  
Projectleider Tapering  
Cinderella Therapeutics ([www.cinderella-tx.org](http://www.cinderella-tx.org))

Prof. dr. J. van Os  
Hoofd afdeling Psychiatrie & Psychologie

## Referenties

1. Leurink H. De medicijnontwenningstrip. NRC Handelsblad, 31 dec 2004. <http://bit.ly/2ekZLg9>
2. Groot PC. Taperingstrips voor paroxetine en venlafaxine. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2013;55(10):789-794. <http://bit.ly/729IS788fN> (eng version: <http://bit.ly/729PaY787F>).
3. de Vries YA, de Jonge P, Kalverdijk L, Bos HJ, Schuiling-Veninga CC, Hak E. Antidepressivarijchten slecht nageleefd bij jeugd. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*. 2016;160(0):D627.
4. Open brief aan alle zorgverzekeraars in Nederland: Conflict vergoeding taperingstrips. 21 juni 2016. <http://bit.ly/28KiiA7> [press release].
5. Project Tapering. User Research Centre, Maastricht University, Netherlands. [www.taperingstrip.nl](http://www.taperingstrip.nl).
6. Groot PC. Onttrekkingsverschijnselen voorkomen bij de afbouw van antidepressiva: het nut van taperingstrips. *Psyfar*. 2014;9(3):18-26. <http://bit.ly/29UjNh16>.
7. Groot PC, van Os J. Ontwikkelaars taperingstrip voor afbouw psychofarmaca gaan conflict aan met zorgverzekeraars. Persbericht 11 mei 2016. <http://bit.ly/28Iz170>.
8. Interview met Jim van Os: 'Dit onderzoek is gewoon absurd'. BNR-radio 11 mei 2016. <http://bit.ly/29S2TSb>.
9. Antidepressiva afbouwen problematisch. Discussie in het Radio 1 programma 'Dit is de Dag' 12 mei 2016. <http://bit.ly/29FckEX>.
10. Groot PC, van Os J. Rationaliteit taperingstrips: reactie Groot/van Os. Brief aan Zilveren Kruis van 21 maart 2016, kenmerk PCG/JvO/2016.03.21. <http://bit.ly/29DabV0>.
11. Groot P, van Os J. Conflict vergoeding taperingstrips: Open brief aan alle zorgverzekeraars in Nederland. 21 juni 2016. <http://bit.ly/28KiiA7>.
12. Groot P, van Os J. Brief 'rationaliteit taperingstrip (2)' van 21 juli 2016 aan zorgverzekeraar CZ. <http://bit.ly/2awSebY>.
13. Groot PC. Antidepressiva afbouwen. Tijd voor een andere benadering. *Silhouet* 2011; herfst:26-27. <http://bit.ly/22aYskle>
14. Dick van Bekkum (1925-2015). [https://nl.wikipedia.org/wiki/Dick\\_van\\_Bekkum](https://nl.wikipedia.org/wiki/Dick_van_Bekkum).
15. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *British Medical Journal*. 2014;348:g3725.
16. Ioannidis JP. Why most published research findings are false. *PLoS Med*. 2005;2(8):e124.
17. PANDA-studie. *Eindverslag ZonMW project 170992906: Inappropriate long term antidepressant prescription in general practice; cost effectiveness of discontinuation of antidepressant prescribing and patient tailored treatment advice*. <http://bit.ly/2eP2DmY>.
18. Eveleigh R, Grutters J, Muskens E, et al. Cost-utility analysis of a treatment advice to discontinue inappropriate long-term antidepressant use in primary care. *Fam Pract*. 2014;31(5):578-584.
19. *Zorginstituut Nederland: Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk*. 2015. <http://bit.ly/2b3RXhl>
20. Follow the money, 10 december 2015: VGZ beperkt stervensbegeleiding door de huisarts. <http://bit.ly/2fDpbWU>.