

## **Tweede inhoudelijke reactie op de notitie 'Onderzoek naar effectiviteit taperingstrips bij afbouw antidepressiva'.**

### **Peter C. Groot en Jim van Os**

Dr. Peter C. Groot is onderzoeker/ervaringsdeskundige bij User Research Center, Universiteit Maastricht, en vrijwilliger bij de Stichting Cinderella Therapeutics. Prof.dr. Jim van Os is hoofd van de Vakgroep Psychiatrie en Psychologie in Maastricht. Contact: [p.c.groot@maastrichtuniversity.nl](mailto:p.c.groot@maastrichtuniversity.nl).

Verwijzingen naar bladzijdes en hoofdstukken betreffen het rapport 'Ontwikkeling en rationaliteit van taperingstrips'.

Deze notitie is onze reactie op de email van mevrouw Polman van 11 mei. Daarin laat zij weten dat het haar niet meer helemaal duidelijk is wat partijen tijdens de bijeenkomst van 29 maart nu precies hebben afgesproken. Wij kunnen ons die verwarring voorstellen, want die begint helaas steeds groter te worden. Dat dat gebeurt is echter een direct gevolg van de manier waarop mevrouw Polman zelf communiceert.

### **Toenemende verwarring**

We beginnen bij de email van mevr. Polman van 26 april. Ze verstuurde die niet via mevrouw Hilhorst van de NVvP, die tot dan toe alle communicatie aan de deelnemers had verzorgd, maar rechtstreeks aan de deelnemers, maar niet aan allemaal. Mevrouw Polman liet weten geen behoefte te hebben aan het doorgeven van correcties maar stuurde in plaats daarvan een notitie met vragen aan ons. Omdat in die notitie onjuistheden stonden en omdat die bij (de meeste) deelnemers al terecht was gekomen voelden wij ons gedwongen om hierop een reactie te schrijven die mevrouw Hilhorst op 9 mei aan alle deelnemers heeft gestuurd. Op 10 mei volgde een reactie van de heer Dupon en op 11 mei de email van mevrouw Polman, die nog dezelfde dag werd gevolgd door een tweede reactie van de heer Dupon.

De bedoeling van de bijeenkomst over de taperingstrips was volgens ons om serieus met elkaar in gesprek te gaan om in deze kwestie verder te komen. Het gespreksverslag is daarvan een onderdeel. In plaats van één gespreksverslag is er nu sprake van een gespreksverslag met e-mails en notities. Al die verschillende documenten en reacties op reacties zijn bedoeld om te verduidelijken, maar blijken in de praktijk helaas niet altijd dat effect te hebben.

### **Toenemende frustratie**

We hebben in onze notitie van 7 mei (opnieuw) duidelijk gemaakt hoe gefrustreerd wij inmiddels zijn over de manier waarop zorgverzekeraars en ZiN tot nu toe met ons communiceren. De reactie van mevrouw Polman brengt hierin geen verandering. Opnieuw en voor de zoveelste keer wordt op inhoudelijke argumenten en antwoorden van ons niet ingegaan. Wat heeft het nog voor zin voor ons om vragen te beantwoorden van Zorgverzekeraars of van ZiN als op die antwoorden niet wordt ingegaan? We hebben soms het gevoel dat we net zo goed tegen een muur kunnen praten. Maar zolang we geen inhoudelijke reacties krijgen op antwoorden die we geven en argumenten die we inbrengen, blijven we doorgaan met het geven of herhalen van antwoorden en het inbrengen of herhalen van argumenten. Niet omdat we dat zo graag willen, maar omdat we wel moeten, want als het blijft gaan zoals het nu al zo lang gaat, dan zullen we uiteindelijk eindigen met (juridische) procedures waarin we ons moeten kunnen verantwoorden. Hoe belangrijk dat is bleek in een eerdere SKGZ procedure over de vergoeding van venlafaxine taperingstrips waarin wij niet werden geraadpleegd<sup>1</sup> (Reconstructie, blz. 232-238). Er loopt alweer een nieuw SKGZ procedure, die is aangehouden in afwachting van een advies van ZiN.

### **Terughoudend voorschrijven**

In haar laatste mail herhaalt mevrouw Polman wat ze schreef op 26 april, namelijk dat middelen waar veel klachten over gerapporteerd worden bij afbouw terughoudend zouden moeten worden voorgeschreven. Ze laat na te vermelden dat we in onze notitie van 7 mei uitgebreid op haar vraag hebben

geantwoord (punt 13: *'Moeten antidepressiva zoals paroxetine nog wel worden voorgeschreven?'*) Het lijkt ons niet zinvol om dit antwoord hier nog een keer te herhalen. We stellen wel de vraag: waarom gaat mevrouw Polman niet op ons antwoord in?

### **'Omdat deze zaak al zo lang voortsleept'**

Mevrouw Polman schrijft dat Zorginstituut Nederland, *'omdat deze zaak al zo lang voortsleept'*, het initiatief zal nemen om vast te stellen of de afbouw van (*specifieke*) antidepressiva met behulp van de taperingstrip rationele farmacotherapie kan zijn en dat ZiN daar over een maand aan wil beginnen, *tenzij* ZiN voor die tijd verneemt dat partijen in lijn met de gemaakte afspraken aan de slag zullen gaan.

Deze formulering klinkt ons, door het gebruik van de woorden *'tenzij'* en *'specifieke'* als een verkapt dreigement in de oren. We zijn hier verbaasd over en ook verontwaardigd. Dat deze zaak al zo lang voortsleept is namelijk een direct gevolg van de handelwijze van ZiN zelf:

1. Op 26 juli 2016 liet ZiN weten dat het innemen van een standpunt een zaak is van de beroepsgroep en niet van Zorginstituut Nederland (blz. 189, 1<sup>e</sup> alinea). We vroegen op 1 augustus expliciet<sup>2</sup> of wij, en patiëntenverenigingen, over de taperingstrips ook geconsulteerd zouden worden (blz. 189, punt 5). Op 16 augustus<sup>3</sup> wijst mevrouw Polman naar de zorgverzekeraars die het Zorginstituut kunnen raadplegen als ze dat nodig vinden, waarna het Zorginstituut dan weer de NVvP en de NHG kan raadplegen. De laatste zin van haar brief luidt: *'Wel kan ik bevestigen dat het Zorginstituut bij haar beoordelingen fabrikanten (ontwikkelaars), wetenschappelijke verenigingen en patiëntenverenigingen van meet af aan betreft'* (blz. 200).

We stellen vast dat wij ook na een tweede expliciet verzoek van onze kant<sup>4</sup> (blz. 225, punt 3) tot nu toe niet zijn geraadpleegd. Officieel geldt dat ook voor de NVvP. Officieus en achter de schermen zijn leden van de medicatiecommissie van de NVvP door ZiN echter wel degelijk geraadpleegd<sup>1</sup> (Reconstructie, blz. 232-238). Dat leidde tot een negatief advies aan de SKGZ en het ministerie van VWS over de taperingstrips. Toen ZiN hierop door ons werd aangesproken bleek dat advies plotseling geen advies te zijn, ook al leidde dat wel tot negatief advies van de SKGZ over de vergoeding van venlafaxine taperingstrips en tot de onjuiste informatie die zorgverzekeraars tot op de dag van vandaag aan patiënten blijven geven om weigering van vergoeding van taperingstrips te rechtvaardigen<sup>1</sup> (Reconstructie, blz. 232-238; onze notitie van 7 mei, punt 8.4).

2. Op 18 oktober 2016 vroegen we ZiN om een officieel verzoek aan de NVvP te doen om een standpunt over de taperingstrips te bepalen<sup>4</sup> (blz. 225, punt 2). In haar antwoord van 1 november draait mevrouw Polman om de zaken heen door te suggereren dat 'de NVvP' al een oordeel heeft uitgesproken<sup>5</sup> (blz. 228). Ze verwijst opnieuw naar de Zorgverzekeraars die het Zorginstituut kunnen vragen om een standpunt in te nemen, maar *'het Zorginstituut is niet verplicht alle verzoeken om een standpunt in te nemen te behandelen.'* Uit dit antwoord blijkt dat ZiN geen enkele behoefte voelt om zelf initiatief te tonen (blz. 227). Althans niet officieel, want uit de eerder genoemde Reconstructie<sup>1</sup> blijkt dus iets anders (blz. 232-238).
3. Op 16 november deden we in een lange brief opnieuw het verzoek om aan de NVvP te vragen om een standpunt te bepalen<sup>6</sup> (blz. 241). Die brief was voor ZiN de reden om ons voor het gesprek uit te nodigen dat leidde tot de bijeenkomst van 29 maart. In dit gesprek werd ons andermaal gezegd dat ZiN niet uit zichzelf een standpunt zal gaan bepalen maar dat het initiatief hiervoor vanuit de beroepsgroep of de zorgverzekeraars moet komen. Op 29 maart zei mevrouw Polman hierover: *'Het uitgangspunt van ZIN is dat de zorgverleners en cliënten als eerste aan zet zijn om te definiëren wat goede zorg is'*. Met andere woorden: zolang anderen niets doen, doen wij ook niets.

4. Kort geleden werden we gewezen op het rapport '*Paketscan depressie*'<sup>7</sup> dat in 2012 door ZiN, dat toen nog College van Zorgverzekeringen heette, aan de minister van VWS is uitgebracht. In dit rapport wordt uitgebreid aandacht besteed aan de problemen bij het afbouwen van antidepressiva. De citaten uit het rapport in de Tabel op blz 6 van deze notitie zouden zo kunnen zijn overgenomen uit de verschillende stukken die wij in de afgelopen jaren over afbouwen van taperingstrips hebben geschreven<sup>8-12</sup>, ware het niet dat het CVS rapport ouder is dan deze stukken. Het rapport beschrijft niet alleen heel goed wat de problemen zijn maar ook wat de schade is die wordt aangericht: onttrekkingsverschijnselen, mislukte stoppogingen, onnodig en onnodig langdurig antidepressivagebruik, artsen die niet goed weten hoe ze hun patiënten het beste kunnen begeleiden, patiënten die niet aan de juiste doseringen kunnen komen en zelf met medicatie moeten prutsen, et cetera. Alles staat erin. Het rapport laat zien dat ZiN al heel lang een heel goed inzicht heeft in deze problematiek. We noemen bijvoorbeeld het feit dat de duur van de afbouwperiode bij antidepressiva per persoon verschilt (citaat nr. 6: '*van vier weken tot wel een heel jaar*'), wat een aantal zorgverzekeraars maar niet lijken te willen geloven.

Op basis van dit rapport zouden we verwachten dat ZiN vanaf het allereerste begin enthousiast over in ieder geval het idee achter de taperingstrips zou zijn geweest. Maar dat is duidelijk niet zo. Het rapport lijkt in de problemen rondom en de communicatie over de taperingstrips tot nu toe zelfs geen enkele rol te hebben gespeeld. We begrijpen niet goed waarom. Is het normaal om een eerder binnen de eigen organisatie uitgebracht rapport dat licht op een zaak werpt buiten beschouwing te laten? Of wordt het rapport bewust genegeerd?

Al met al lijkt de houding van ZiN tot nu toe volledig te worden bepaald door het streven om het gebruik van taperingstrips zoveel mogelijk tegen te gaan, of in ieder geval te beperken tot een zo klein mogelijke groep patiënten. Het gebruik van het woord 'specifieke' door mevrouw Polman wijst daarop. Door taperingstrips voor slechts enkele antidepressiva toe te laten, wordt bereikt dat vergoeding voor alle andere antidepressiva aan alle patiënten kan worden geweigerd. Ook aan die patiënten die bij het afbouwen van die middelen problemen ondervinden. Dat zou niet terecht zijn want voor alle antidepressiva zijn wel problemen bij het afbouwen gemeld. Of dat vaak gebeurt of niet is voor de betreffende patiënten niet van belang. Zij hebben er allemaal recht op om op een verantwoorde wijze te kunnen afbouwen. We zien hier bij ZiN heel duidelijk '*de eenduidige focus op kosten*' die door de Raad voor de Samenleving terecht als problematisch wordt beschouwd<sup>13</sup>. Alle aandacht lijkt te zijn gericht op kostenbeperking voor de zorgverzekeraar op korte termijn. Van het door de RVS bepleitte '*opbrengstperspectief*' lijkt bij ZiN helemaal geen sprake te zijn. Op alle onze vragen en opmerkingen hierover werd door ZiN niet gereageerd.

Het bovenstaande laat zien dat ZiN al heel lang geen enkele bereidheid toont om zelf actie te ondernemen, ook al weet ze al heel lang en heel goed hoe groot de problematiek is. En nu opeens horen we dat binnen een maand zal worden bepaald of taperingstrips rationele farmacotherapie zijn. Wat volgens ZiN al die tijd onmogelijk was blijkt nu dus opeens allemaal wel te kunnen. We vinden dit volstrekt ongeloofwaardig.

Hoe wil ZiN een standpunt gaan bepalen? Doet ze dat zelf, zonder daarbij wetenschappelijke verenigingen te raadplegen? Kunnen we erop vertrouwen dat ZiN dit objectief zal en kan doen, na alles wat inmiddels is gepasseerd? Of gaat ZiN alsnog een officieel verzoek doen aan de NVvP? Als dat laatste de bedoeling is, waarom werd dat dan niet al veel eerder gedaan? Waarom werd op onze herhaalde expliciete verzoeken dan niet ingegaan?

De eerste taperingstrip kwam in december 2013 beschikbaar voor patiënten. Het rapport '*Paketscan depressie*' stamt uit 2012. Waarom heeft ZiN, als ze er zoveel moeite mee heeft '*dat deze zaak al zo lang voortsleept*', niet al veel eerder actie ondernomen? Dat had in 2014 al gekund.

## Hoe denkt ZiN echt over de rationaliteit van taperingstrips?

Alles draait om de vraag of taperingstrips vallen onder de definitie van 'rationele farmacotherapie'. Hoe denkt ZiN hier zelf echt over? In de bijlage bij de mail van de heer Dupon van 11 mei staat een email van 16 mei om 12:35, afkomstig uit WOB-stukken van ZiN in een andere zaak, die hier licht op werpt. Daarin lezen we:

*'M.b.t. taperingstrips: als in richtlijnen afbouwen wordt aanbevolen is dat waarschijnlijk wél onderbouwd, dus rationele farmacotherapie. . . . . probeer het vraagstuk van werkzaamheid/effectiviteit te ontlopen en gooi het over de boeg van doelmatigheid van afleveringsvorm'.*

Wat hier staat is dat men binnen ZiN van mening is dat taperingstrips rationele farmacotherapie zijn als in de richtlijnen staat dat (langzaam) afbouwen wordt aanbevolen. Dat dat zo is hebben we uitgebreid beschreven in hoofdstuk 3: 'Overtuigend 'bewijs' voor de rationaliteit van taperingstrips'. De tekst in het ZiN-rapport Pakketscan Depressie uit 2012<sup>7</sup> sluit hier volledig bij aan.

We concluderen 1) dat ZiN zelf vindt dat taperingstrips aan de definitie van rationele farmacotherapie voldoen; 2) dat ZiN met dit standpunt niet uit de voeten kon; 3) dat de taperingstrips daarom op een andere manier moesten worden tegengehouden, namelijk door zo weinig mogelijk en liefst helemaal niet over langzamer afbouwen te praten, maar zoveel mogelijk over doelmatigheid van afleveringsvorm (zie bijvoorbeeld hoofdstuk 7: 'Medicatie in druppelvorm'). ZiN vindt op dit moment al dat taperingstrips rationele farmacotherapie zijn. Dat is de opvatting die Cinderella vanaf het allereerste begin heeft gehuldigd. Is verdere duiding door beroepsverenigingen dan eigenlijk nog wel nodig? Het lijkt voor ZiN niet mogelijk te zijn om dit te erkennen. Van transparantie en openheid is tot nu toe geen sprake. We denken dat een te eenzijdige focus op de kosten (voor de zorgverzekeraar) en het ontbreken van een opbrengstperspectief (geen oog voor de baten voor patiënt en samenleving) hiervoor een verklaring is.

## Afspraken

De afspraken die tijdens de bijeenkomst van de 29<sup>e</sup> zijn gemaakt waren wat ons betreft duidelijk, ook al hadden ze beter kunnen worden geformuleerd. We formuleren ze daarom hieronder opnieuw en hopelijk deze keer eenduidig, maar leggen eerst uit waarom het tweede punt dat mevrouw Polman in haar email noemt, dat middelen waarover veel klachten gerapporteerd worden bij afbouw terughoudend zouden moeten worden voorgeschreven, van die afspraken geen deel hoort uit te maken.

De wijze waarop antidepressiva op dit moment worden voorgeschreven is voor een oordeel over de rationaliteit van taperingstrips niet relevant. Het is te simpel om te stellen dat medicijnen waarover veel klachten zijn niet meer, of zo weinig mogelijk, zouden moeten worden voorgeschreven. Als dat zo was, dan zouden we bijvoorbeeld het gebruik van chemotherapie waar mensen veel klachten over hebben onmiddellijk moeten verbieden. Dat we dat niet doen is omdat we vinden dat de baten op kunnen wegen tegen de lasten die patiënten ondervinden. Bij antidepressiva is dat niet anders. De keuze voor een bepaald antidepressivum zal altijd (moeten) gaan over de balans tussen kosten en baten. Een belangrijk element daarbij is de wijze waarop antidepressiva door een patiënt worden gebruikt. Voor mensen die paroxetine of venlafaxine verantwoord opbouwen, gebruiken, en afbouwen, kunnen dit goede middelen zijn. De problemen bij deze 'moeilijke' middelen worden in de praktijk vooral veroorzaakt omdat dat in de praktijk vaak niet gebeurt of, met name bij het afbouwen, niet lukt omdat de juiste medicatie hiervoor niet beschikbaar is. Dit alles wil niet zeggen dat het niet heel belangrijk is om aan de manier waarop antidepressiva nu worden voorgeschreven aandacht te besteden, en volgens gebeurt dat ook al, maar voor een oordeel over de rationaliteit van de taperingstrips is dit niet relevant. Als ZiN zich over het voorschrijven van antidepressiva — in onze ogen terecht — zorgen maakt, dan dient ze daarover in gesprek te gaan met de beroepsverenigingen.

#### Afspraken:

1. Wij zullen ons onderzoek naar de effectiviteit van de taperingstrips op basis van door gebruikers ingevulde vragenformulieren<sup>14</sup> (blz. 36-41) zo snel mogelijk in de vorm van een wetenschappelijke publicatie uitwerken. Dat zal waarschijnlijk nog een aantal maanden duren. De eerste resultaten waren gebaseerd op de reacties van minder dan 200 respondenten. Inmiddels is dat aantal gegroeid tot meer dan 700. De verwerking daarvan kost tijd. Door de tijd die het schrijven van notities zoals deze ons iedere keer weer kost, loopt ons werk steeds opnieuw vertraging op.
2. Wij zullen een voorstel doen voor onderzoek naar de effectiviteit van de taperingstrip van de taperingstrip. In dat onderzoek willen we het gebruik van de taperingstrips combineren met zelfmonitoring door middel van Experience Sampling Methodology m.b.v. de PsyMate in zogenaamde n=1 experimenten. Wat zo'n experiment kan opleveren hebben we al laten zien<sup>15</sup>. Dit onderzoek zal binnen twee tot drie jaar data opleveren uit de dagelijkse klinische praktijk van minimaal 100 gebruikers van de taperingstrips.
3. Mind heeft, bij monde van de heer Gorter, aangeboden om in overleg met NVVP en NHG tot een gezamenlijke verklaring of standpunt over de taperingstrips te komen. Waarna ZiN tot een definitieve uitspraak over de rationaliteit en de daaruit voortvloeiende vergoeding van taperingstrips uit het basispakket kan komen.

#### Hoe verder?

We hebben in deze notitie en ook al veel eerder gewezen op de problemen die we bij onze communicatie met zorgverzekeraars en ZiN ondervinden. Het belangrijkste en meest frustrerende is daarbij het feit dat tot nu toe niet over de inhoud kan worden gepraat omdat op antwoorden en argumenten niet inhoudelijk wordt gereageerd. We roepen zowel de zorgverzekeraars en nu vooral ook mevrouw Polman (nogmaals) op om dat in haar volgende reactie wel te doen, en om op alle argumenten die we noemen en op alle antwoorden die we geven serieus in te gaan. Als we tot een serieus gesprek kunnen komen moet het mogelijk zijn om gezamenlijke oplossingen te vinden.

Met vriendelijke groet,

Peter Groot, Jim van Os  
16 mei 2017

**Tabel: Citaten uit het CVS-rapport 'Paketscan depressie'<sup>7</sup>**

1. worden patiënten tijdens het gebruik van antidepressiva onvoldoende begeleid: zorgverleners hebben onvoldoende aandacht voor therapietrouw en voor het afbouwen van antidepressiva. (p58)
2. "Waarom zijn er geen tabletten meer verkrijgbaar met een breuklijn, gemakkelijk met afbouwen. Apotheek wil geen capsules halveren, waardoor je het maar zelf gaat doen en je geen nauwkeurige dosering krijgt." (p110)
3. van groot belang dat het gebruik van antidepressiva langzaam wordt afgebouwd. Zorgverleners blijken echter niet altijd voldoende aandacht te hebben voor dit afbouwen van antidepressiva. (p121)
4. hebben patiënten veel vragen over de afbouw van antidepressiva in het algemeen en specifiek per middel (p122)
5. In documenten worden bovendien verschillende periodes genoemd voor het afbouwen van het gebruik van antidepressiva (p122)
6. wijst het IVM erop dat de duur van de afbouwperiode bij antidepressiva per persoon verschilt: "Van vier weken tot wel een heel jaar." (p122)
7. Patiënten willen wel eerder stoppen en doen daar regelmatig ook pogingen toe. Deze pogingen zijn echter zelden een succes, doordat patiënten veel last krijgen van onttrekkingsverschijnselen. (p143)
8. Het lijkt erop dat artsen in deze mislukte stoppogingen vooral een aanleiding zien om door te gaan met voorschrijven, in plaats van patiënten te begeleiden bij het afbouwen. (p143)
9. komt het langdurige voorschrijven doordat de arts niet zo gefocust is op stoppen van medicatie. (p177)
10. dat er relatief weinig onderzoek wordt gedaan naar de gevolgen van het staken van geneesmiddelen. En dit zorgt er weer voor dat de richtlijnen geen concrete adviezen kunnen geven over het afbouwen. (p177)
11. Deze abrupte stoppogingen zijn echter zelden een succes. (p177)
12. Bij het stoppen met antidepressiva kunnen bijvoorbeeld irritatie, duizeligheid, verwardheid, hoofdpijn, slaapstoornissen, misselijkheid en zweten optreden. Deze leiden er vaak toe dat de patiënt toch maar weer teruggrijpt naar de antidepressiva (p178)
13. Het lijkt erop dat artsen in de mislukte stoppogingen een aanleiding zien om vooral door te gaan met voorschrijven, in plaats van deze patiënten te begeleiden bij het afbouwen (zie paragraaf 4.e.5 over onvoldoende aandacht voor het afbouwen). Dit werkt onterecht langdurig gebruik van antidepressiva in de hand. "Onterecht langdurig gebruik kan onder andere ontstaan door het niet of inadequaaf afbouwen van de medicatie", stelt het IVM. (p178)
14. De informatie over de werking en bijwerkingen van antidepressiva, en over het gebruik van antidepressiva tijdens de zwangerschap, schiet tekort. Bovendien worden patiënten tijdens het gebruik van antidepressiva onvoldoende begeleid: zorgverleners hebben onvoldoende aandacht voor therapietrouw en voor het afbouwen van antidepressiva (p256)
15. Overbehandeling met antidepressiva komt ook voor doordat artsen bij onvoldoende werking van SSRI's, de dosering daarvan verhogen, terwijl de effectiviteit daarvan niet bewezen is. Patiënten die SSRI's gebruiken, ondervinden slechts nadelen van een dosisverhoging: de bijwerkingen nemen toe, maar het effect op hun depressieve klachten is nihil. (p257)
16. Patiënten willen wel eerder stoppen en doen daar regelmatig ook pogingen toe. Deze pogingen zijn echter zelden een succes, doordat patiënten veel last krijgen van onttrekkingsverschijnselen. Het lijkt erop dat artsen in deze mislukte stoppogingen vooral een aanleiding zien om door te gaan met voorschrijven, in plaats van patiënten te begeleiden bij het afbouwen. (p257)

## Referenties

1. Groot PC, van Os J. Brief aan Zorginstituut Nederland: 'Herhaald verzoek taperingstrips, melding ACM en NZA'. 16 november 2016. <http://bit.ly/2f09iI0>.
2. Brief Groot/van Os aan ZiNL van 1 aug 2016: Onderwerp: Standpunt ZIN taperingstrips.
3. Brief ZiN aan Groot/van Os van 16 augustus 2016; Betreft: Taperingstrips.
4. Brief Groot/van Os aan ZiNL van 18 oktober 2016: Onderwerp: ZiNL informeert onjuist over taperingstrip.
5. Brief ZiNL aan Groot/van Os van 1 november 2016: Betreft Taperingstrips. Referentie 2016126209.
6. Brief Groot/van Os aan ZiNL van 16 november 2016: Onderwerp: Herhaald verzoek taperingstrips, melding ACM en NZA n.a.v. uw brief van 1 nov, referentie 2016126209.
7. Mullenders P, van Vlaardingen F. College voor zorgverzekeringen: Pakketscan depressie. Gevraagde, aangeboden en verzekerde zorg vergeleken. 12 april. [www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2012/04/12/pakketscan-depressie](http://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2012/04/12/pakketscan-depressie). 2012.
8. Groot PC. Onttrekkingsverschijnselen voorkomen bij de afbouw van antidepressiva: het nut van taperingstrips. <http://bit.ly/29UjNh6>. *Psyfar*. 2014;9(3):18-26. .
9. Groot PC. Taperingstrips for paroxetine and venlafaxine. <http://bit.ly/29PaY7F>. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2013;55(10):789-794
10. Groot PC, van Ingen Schenau J. Afbouw antidepressiva kan veel beter. <http://bit.ly/2enmbMU>. *Medisch Contact*. 2012;67(50):2844-2845. .
11. Groot PC. Antidepressiva afbouwen. Tijd voor een andere benadering. <http://bit.ly/2aYskle> *Silhouet* 2011; herfst:26-27. .
12. Groot PC, van Ingen Schenau J. Antidepressiva beter afbouwen. Pleidooi voor een richtlijn 'afbouwen van antidepressiva'. Een knelpuntenanalyse. <http://bit.ly/2dqiDNk> 2013.
13. RVS. De zorgagenda voor een gezonde samenleving. 21 april. [www.raadrvs.nl/publicaties/item/de-zorgagenda-voor-een-gezonde-samenleving](http://www.raadrvs.nl/publicaties/item/de-zorgagenda-voor-een-gezonde-samenleving). 2017.
14. Groot PC, van Os J. Open brief aan alle zorgverzekeraars in Nederland: Conflict vergoeding taperingstrips. 21 juni 2016. <http://bit.ly/28KiiA7>.
15. Wichers M, Groot PC, Psychosystems., Group. E, Group. E. Critical Slowing Down as a Personalized Early Warning Signal for Depression (<http://bit.ly/2dJEfkz>). *Psychother Psychosom*. 2016;85(2):114-116.