

Prof. dr. Damiaan Denys  
Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie

Datum  
2 september 2016

Uw kenmerk

Onderwerp: NVvP standpunt taperingstrips

Ons kenmerk  
PCG/JvO/2016.09.02

Behandeld door  
J. van Os

Geachte Prof. Denys, beste Damiaan,

Telefoon  
043 387 54 43

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

Zorginstituut Nederland liet weten dat er volgens de NVvP geen behoefte is aan taperingstrips. Wij begrijpen dit niet en zetten vraagtekens bij de manier waarop dit oordeel tot stand is gekomen. We hebben aanwijzingen dat de NVvP Commissie Medicatiebeleid zich door de Zorgverzekeraars en Zorginstituut Nederland heeft laten 'gebruiken' om vergoeding van taperingstrips vanuit het basispakket te voorkomen.

**Psychiatrie & Psychologie**

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

Wij vinden dit een ernstige zaak en vragen de NVvP om het volgende te doen:

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

- 1) ZinNL zo spoedig mogelijk laten weten dat ze zich ten onrechte op het oordeel van de NVvP beroept en haar vragen om aan alle zorgverzekeraars te laten weten dat ze dit oordeel niet (meer) als argument mogen gebruiken om vergoeding van de taperingstrips vanuit het basispakket te weigeren.
- 2) Onderzoeken hoe de Commissie Medicatiebeleid tot haar 'oordeel' is gekomen.
- 3) Onderzoeken wat de rol van de Zorgverzekeraars en ZiNL in deze zaak is geweest en zich daarover publiekelijk uitspreken.
- 4) Het NVvP standpunt over de taperingstrips (opnieuw) bepalen en publiek maken.

**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

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

In bijlage 1 geven we achtergrondinformatie die we nodig achten om deze kwestie goed te kunnen begrijpen, waaronder informatie uit een wob-procedure bij ZiNL t.a.v. de taperingstrips, en stellen we vragen over de rol van de Zorgverzekeraars, van ZiNL en de commissie Medicatiebeleid.

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

Omdat het hier gaat om een 'conflict' dat voor een groot aantal mensen belangrijk is verzoeken wij de NVvP om haast te maken met de afhandeling van deze zaak.

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  
[p.c.groot@maastrichtuniversity.nl](mailto:p.c.groot@maastrichtuniversity.nl)  
<https://urc.mumc.maastrichtuniversity.nl/>

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

Projectleider Tapering  
Cinderella Therapeutics ([www.cinderella-tx.org](http://www.cinderella-tx.org))

Bijlages:

1. Achtergrondinformatie en vragen over de rol van de Commissie Medicatiebeleid, de zorgverzekeraars en ZiNL.
2. Brief ZiNL aan Groot en van Os, 16 aug 2016, onderwerp 'Taperingstrips'.
3. Email Groot en van Os aan ZiNL, 21 juli aug 2016, onderwerp: Rationaliteit taperingstrip(2);  
Brief Groot en van Os aan ZiNL, 1 augustus 2016, onderwerp: Standpunt ZIN taperingstrips.
4. Wob-stukken ZiNL t.a.v. taperingstrips
5. Wob-stukken ZiNL t.a.v. taperingstrips (bewerkt)

Bijlage bij de brief van Peter Groot en Jim van Os aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie van 2 september 2016, met als onderwerp '*NVvP standpunt taperingstrips*'.

In deze bijlage stellen we vragen over de rol die de NVvP commissie Medicatiebeleid, de Zorgverzekeraars en Zorginstituut Nederland hebben gespeeld bij de beoordeling van de rationaliteit van taperingstrips. Om die vragen goed te kunnen beantwoorden, geven we eerst een toelichting op het ontstaan van de taperingstrips zelf en de partijen die daarbij betrokken zijn.

Peter Groot, Jim van Os  
2 september 2016

Dr. P.C. Groot  
Onderzoeker/ervaringsdeskundige  
[p.c.groot@maastrichtuniversity.nl](mailto:p.c.groot@maastrichtuniversity.nl)

Prof. dr. J. van Os  
Hoofd afdeling Psychiatrie & Psychologie  
[j.vanos@maastrichtuniversity.nl](mailto:j.vanos@maastrichtuniversity.nl)

User Research Centre MUMC  
Postbus 616 (locatie DRT10)  
6200 MD MAASTRICHT

#### Inhoudsopgave

1. Ontstaansgeschiedenis van de taperingstrip en de rol van Cinderella Therapeutics en het User Research Centrum van de Universiteit Maastricht.
2. Taperingstrips: een modulair systeem dat shared decision making mogelijk maakt.
3. Misverstanden over de taperingstrip
4. Ervaringen van patiënten
5. Professionals
6. Toelichting op de rol van de Regenboog Apotheek
7. Toelichting op de rol van de zorgverzekeraars
8. Toelichting op de rol van Zorginstituut Nederland
9. Toelichting op de rol van de Commissie Medicatiebeleid van de NVvP
10. Informatie uit de wob-procedure t.a.v. de taperingstrip
11. Toelichting op de gestelde vragen
12. Vragen over de rol van de zorgverzekeraars
13. Vragen over de rol van Zorginstituut Nederland
14. Vragen over de rol van de NVvP commissie medicatiebeleid

## 1. Ontstaansgeschiedenis van taperingstrips en de rol van Cinderella Therapeutics en het User Research Centrum van de Universiteit Maastricht.

Het idee achter de taperingstrip, geleidelijke dosisreductie in kleine stappen, is al oud<sup>1-3</sup> en in lijn met aanbevelingen in richtlijnen. Al jarenlang proberen soms wanhopige patiënten om dit idee zo goed mogelijk in de praktijk te brengen<sup>4</sup>. Die patiënten wisten al heel lang waar ze behoefte aan hadden maar kregen dat tot nu toe nooit. Dat dit nu, door de komst van de taperingstrip, verandert, is in belangrijke mate te danken aan Prof. Dick van Bakkum<sup>5</sup>, oprichter en voorzitter van Cinderella<sup>6</sup>, een stichting die als doel heeft om stiefkindgeneesmiddelen en behandelingen voor patiënten beschikbaar te maken voor een maatschappelijk aanvaardbare (= zo laag mogelijke) prijs. Van Bakkum was een zeer vooraanstaand onderzoeker en lid van de KNAW, die zijn sporen onder meer verdiende als leider van het onderzoek dat tot de eerste geslaagde beenmergtransplantaties ter wereld leidde.

Cinderella startte 'project Tapering'<sup>7</sup> op basis van een idee uit 2004<sup>3</sup>. Het zeer concrete doel was een taperingstrip voor paroxetine. Opmerkelijk was dat van Bakkum, na een jarenlange en zeer succesvolle carrière als onderzoeker, zich zeer beslist uitsprak tegen het uitvoeren van verder *voorafgaand* onderzoek. Niet omdat hij tegen onderzoek was, maar omdat hij er van overtuigd was dat zulk onderzoek niet nodig was en alleen maar zou leiden tot nog veel meer vertraging. Patiënten hadden in zijn ogen al veel te lang gewacht. Bovendien had al het eerder uitgevoerde onderzoek voor patiënten niets opgeleverd, omdat het onderliggende probleem, het ontbreken van de juiste medicatie, nooit was opgelost. Daarom moest dat probleem, door het ontwikkelen van een taperingstrip, *eerst worden opgelost*. Pas daarna kon *vervolgonderzoek* zinvol zijn.

Dat het praktisch mogelijk was om een taperingstrip te maken was duidelijk. Alle benodigde technologie was beschikbaar. Niet duidelijk was hoe een taperingstrip eruit zou kunnen gaan zien, wat de ontwikkelkosten zouden zijn en hoeveel zo'n strip uiteindelijk zou gaan kosten.

Van enig financieel belang bij de ontwikkeling van de taperingstrips was, en is, voor Cinderella, en ook voor ons, nooit sprake geweest. Al het werk van Dr. Groot (al snel een dagtaak) werd heel lang volledig als vrijwilliger uitgevoerd, dus zonder dat daar een vergoeding tegenover stond. Dat veranderde toen Fonds Psychische Gezondheid in 2015 de totstandkoming van de taperingstrips ging steunen en een deeltijdaanstelling bij het User Research Centre mogelijk maakte.

Project Tapering zal binnenkort door Cinderella worden afgesloten om verder te worden voortgezet door het User Research Centrum van de Universiteit van Maastricht. De reden hiervoor is dat aan de oorspronkelijke doelstelling, het beschikbaar maken van taperingstrips voor paroxetine en venlafaxine, volledig is voldaan. Het User Research Centrum is een goede plaats om 1) de taperingstrips verder te ontwikkelen. 2) onderzoek te doen naar het gebruik van de taperingstrips in de dagelijkse praktijk, en 3) om voorlichting te geven aan voorschrijvers en gebruikers van de taperingstrips.

De betrokkenheid van het User Research Centre bij de taperingstrip is een gevolg van de dubbelrol van dr. Groot als vrijwilliger bij Cinderella, en als onderzoeker en ervaringsdeskundige bij het User Research Research Centre. Die vrijwilligersrol kwam tot stand op verzoek van van Bakkum, die had gelezen over '*stoppakketten voor antidepressiva*'<sup>2,4</sup>.

## 2. Taperingstrips: een modulair systeem dat shared decision making mogelijk maakt.

Bij de ontwikkeling van de eerste taperingstrip werd gekozen voor één strip waarmee paroxetine in 28 dagen van 20 mg naar nul kan worden afgebouwd. Hierop kwam direct kritiek. Afbouwen zou daarmee nog steeds veel te snel gaan. Die kritiek was terecht en maakte ons ervan bewust dat we hadden gekozen voor een '*one-size-fits-all*' oplossing. Dat kan werken voor een deel van de patiënten, maar lost voor alle anderen de problemen niet op.

Bij het zoeken naar een oplossing ontwikkelde zich, tot onze eigen verbazing, min of meer vanzelf het systeem waar we inmiddels op uitgekomen zijn. Een modulair systeem met een aantal verschillende strips, waarmee de dagelijkse dosis vanaf verschillende startdoseringen in 28 dagen geleidelijk en zo

lineair mogelijk wordt verlaagd. Door verschillende taperingstrips te combineren beschikken we nu over een systematiek waarin *shared decision making* zit 'ingebakken'. Waarin een patiënt, geadviseerd en bijgestaan door de arts die het recept uitschrijft, zelf kan kiezen voor een afbouwtraject op maat.

Die eigen keuze vinden we heel belangrijk, omdat die de patiënt met de neus op de feiten drukt en medeverantwoordelijk maakt voor de eigen behandeling. Onzekerheid, die er altijd is, wordt expliciet gemaakt. De behandelend arts weet niet wat voor een individuele patiënt het juiste afbouwtraject zal zijn en de patiënt weet dat zelf ook niet. Taperingstrips bieden een (beperkt) aantal concrete oplossingen, waardoor het mogelijk wordt om de consequenties van verschillende keuzes (waaronder de keuze om *zonder* taperingstrip af te bouwen) goed met de patiënt te bespreken zodat die zelf een verantwoorde keuze kan maken. Dat de taperingstrips in de praktijk zo goed blijken te voldoen, zonder dat bij de introductie sprake was van uitgebreide extra begeleiding van artsen en patiënten, heeft hiermee te maken.

### 3. Misverstanden over de taperingstrip

De begrippen '*werkzaamheid en effectiviteit*' hebben bij de taperingstrips tot verwarring geleid. Zo werd ons door verschillende zorgverzekeraars gevraagd om aan te tonen dat lage doseringen in de taperingstrip werkzaam en effectief zijn. In ons antwoord hebben we uitgelegd dat het bij de taperingstrip niet gaat om de werkzaamheid van het medicijn in die lage doseringen, maar om het voorkomen van onttrekkingsverschijnselen en rebound, waarvoor die lage doseringen onontbeerlijk zijn<sup>8</sup>. Om mogelijke andere misverstanden in de toekomst zoveel mogelijk te voorkomen zetten we de belangrijkste kenmerken van het door ons ontwikkelde systeem van de taperingstrips op een rijtje:

- Taperingstrips maken verantwoord afbouwen door geleidelijke dosisreductie mogelijk.
- Taperingstrips zijn een hulpmiddel dat door een arts kan worden voorgeschreven als daar behoefte aan is.
- De modulariteit van het systeem maakt voorschrijven mogelijk *op maat van de patiënt* in een proces van *shared-decision-making*.
- Indien nodig is ingrijpen tijdens, en aanpassen van, het afbouwtraject goed mogelijk. Van belang is dat de arts tijdens het afbouwen, en in overleg met de patiënt, een vinger aan de pols houdt.
- De taperingstrip bevordert foutloos gebruik door de patiënt. Die hoeft dankzij de taperingstrip niet langer per dag (of per innamemoment) te kijken hoeveel pilletjes er vandaag nodig zijn en hoeveel morgen, en uit welke verschillende doosjes. Er hoeven ook geen pillen meer te worden gebroken. Allemaal potentiële foutbronnen waardoor afbouwen makkelijk kan mislukken en therapietrouw wordt aangetast.
- Het ontwikkelde voorschrijfsysteem bevordert foutloos voorschrijven. De arts weet precies wat de patiënt krijgt. Bij voorschrijven zoals dat tot nu toe op basis van bestaande richtlijnen en met behulp van de beschikbare standaardmedicatie moest gebeuren (zie hiervoor) is dat niet goed mogelijk.
- Verpakking in een baxterstrip bevordert therapietrouw<sup>9</sup>.
- Voor de medicatie in de taperingstrips is gekozen voor tabletten omdat 1) deze vorm de grootste doserings nauwkeurigheid geeft; 2) dit zorgt voor de grootste stabiliteit van de werkzame stof; 3) zorgt voor de afwezigheid van microbiële contaminatie (i.i.t. medicatie in vloeibare vorm).

### 4. Ervaringen van patiënten

Uit de reacties die wij in de loop van de tijd van patiënten en artsen hebben gekregen concluderen wij dat er een grote behoefte bestaat aan deze nieuwe interventie. Dat de zorgverzekeraars nu met ons 'in conflict' zijn omdat die strips steeds vaker worden voorgeschreven is daarvan een illustratie<sup>10</sup>. Dat

die strips steeds vaker worden voorgeschreven is niet uit luxe, maar gebeurt omdat patiënten daardoor echt geholpen worden. In een eerdere brief<sup>11</sup> (blz 9-13) lieten we zien dat patiënten over de taperingstrips zeer tevreden zijn omdat het ze eindelijk lukt om op een verantwoorde manier (zonder of met veel minder onttrekkingsverschijnselen) af te bouwen, waar ze dat vroeger niet lukte. Klachten kreeg Cinderella alleen over de problemen met betrekking tot de vergoeding, maar niet over de taperingstrips zelf.

Consultatie van patiënten(verenigingen) over de taperingstrip heeft voor zover wij weten nog niet plaatsgevonden. Sterker nog, het lijkt er zelfs op dat zorgverzekeraars hun eigen polishouders niet willen geloven. Patiënten die jarenlang antidepressiva hadden gebruikt, en meerdere wanhopige en mislukte afbouw pogingen hadden gedaan voordat het ze wel lukte om met behulp van de taperingstrips af te bouwen, kregen doodleuk te horen dat er onvoldoende bewijs was. Dat luisteren naar de eigen cliënten ('*zachte hand werkt beter*', zie slotalinea punt 4) meer oplevert, lijkt men bij de taperingstrips (nog) niet te willen geloven. Wij vinden dat tragisch omdat hierdoor langdurig onnodig medicijngebruik, en gebruik in te hoge doseringen, wordt bevorderd.

## 5. Professionals

Het idee achter de taperingstrip wordt door de top van de Nederlandse psychiatrie gesteund<sup>12</sup>. We zien dat die steun, naarmate de taperingstrips meer bekendheid krijgen en vaker worden voorgeschreven, alleen maar verder toeneemt. Dat blijkt uit de vragen die artsen en psychiaters ons stellen en de verzoeken die ze doen.

## 6. Toelichting op de rol van de Regenboog Apotheek

Op verzoek van Cinderella maakt en verstrekt Regenboog Apotheek de taperingstrips. Het idee om dit te gaan doen is dus niet afkomstig van de Regenboog Apotheek zelf, maar van Cinderella. Toen project Tapering startte was niet duidelijk hoe een taperingstrip gemaakt zou worden, wie dat zou kunnen doen, en tegen welke kosten. Het vinden van een apotheker die in staat en bereid was om dit te doen was daardoor niet eenvoudig. Het idee was dat Cinderella ontwikkelingskosten op de een andere manier zou voorfinancieren. Eén van de apothekers die werd benaderd was drs. Paul Harder van de Regenboog Apotheek. Harder bleek zeer goede praktische ideeën te hebben over de manier waarop een taperingstrip kon worden gerealiseerd en bleek bovendien bereid te zijn om daarvoor zelf alle risico's te dragen. Voor de ontwikkeling van de taperingstrip bracht dit een enorme mate van flexibiliteit met zich mee. De grote betrokkenheid en inzet van Harder heeft de ontwikkeling van de taperingstrip sterk versneld, waarschijnlijk met jaren.

In de houding van de zorgverzekeraars tegenover de Regenboog Apotheek vinden we hiervoor weinig waardering terug. De communicatie met hun polishouders, en ook met ons, wekt soms de indruk van een bijna persoonlijke strijd tegen de Regenboog Apotheek. We begrijpen dat dat iets te maken heeft met een conflict tussen Regenboog Apotheek en de zorgverzekeraars over de vergoeding van ADHD medicatie. We zien hier een opmerkelijke parallel met de taperingstrip omdat ook het idee voor het maken van die ADHD medicatie niet afkomstig was van Regenboog Apotheek zelf, maar van Dr. Sandra Kooij, psychiater bij PsyQ in den Haag, op wiens uitdrukkelijke verzoek Regenboog Apotheek die ADHD medicatie is gaan maken, en net als bij de taperingstrips zien we dat hierdoor de zorg waar patiënten over kunnen beschikken is verbeterd.

Al met al lijkt dit 'ADHD-conflict' een negatief effect te hebben op de manier waarop een aantal zorgverzekeraars tot nu bij de taperingstrips opereren. Het lijkt hen niet altijd te lukken om beide zaken op een professionele manier uit elkaar te houden. We zijn bang dat dit het vinden van een oplossing bij de taperingstrips tot nu toe in de weg staat. We zouden het daarom toejuichen als de zorgverzekeraars nog een keer, en op basis van wat wij hierboven schreven met andere ogen, naar de rol van Regenboog Apotheek zouden willen kijken. Of dat ook zinvol is met betrekking tot dat

'ADHD-conflict' kunnen we niet beoordelen omdat we daarvan te weinig weten. We zijn daarin geen partij en willen dat ook niet zijn.

We wijzen er hier expliciet op dat de beslissing van Regenboog Apotheek om alle kosten en risico's voor het ontwikkelen en maken van de taperingstrips op zich te nemen, bepaald niet vanzelfsprekend was. Ons huidige marktsysteem is gebaseerd op het idee dat de ontwikkelaar van een nieuw medicijn of een nieuwe interventie daarvoor een beloning krijgt in de vorm van een tijdelijk monopolie. Waar dat systeem inmiddels toe leidt kunnen we bijna dagelijks in de krant lezen: ethisch niet verdedigbare excessief hoge prijzen voor nieuwe medicijnen die een grote bedreiging vormen voor de instandhouding van ons huidige zorgsysteem.

De mogelijkheid om een taperingstrip te octrooieren is wel eens genoemd. Of dat in de praktijk mogelijk zou zijn geweest is nooit onderzocht omdat mogelijke octrooiëring door Cinderella, en ook door ons, altijd is afgewezen. Het basisidee is zo vaak geopperd dat het ons onredelijk lijkt om daar, zelfs als dat had gekund, bescherming voor te vragen. Bij de recente ophef over dure dexamfetamine<sup>13</sup> zagen we waar zoiets toe kan leiden: slechtere en duurdere zorg. Wij willen niet meewerken aan verdere uitholling van de zorg, op de wijze waarop dat nu bijvoorbeeld bij nieuwe medicijnen gebeurt. Op taperingstrips kunnen geen excessieve winsten worden gemaakt zoals dat bij dure nieuwe medicijnen op dit moment wel gebeurt. Aan het uitgangspunt van Cinderella – een maatschappelijke aanvaardbare prijs – wordt zo voldaan. Voor de beperking van de kosten van de zorg vinden we dat een goede zaak. Dit alles betekent wel dat Regenboog Apotheek alle financiële risico's die ze tot nu toe nam – en nog steeds neemt – moet terugverdienen uit de normale vergoeding voor medicijnen, zoals die op basis van geldende regels dient te worden vastgesteld.

In het licht van het bovenstaande zouden we willen dat de zorgverzekeraars meer oog voor de belangen van de Regenboog Apotheek zouden hebben dan we nu zien. We wezen er al op dat de ongebruikelijke snelle realisering van de taperingstrips in hoge mate te danken is aan de durf en de actieve medewerking van de Regenboog Apotheek. Het belang hiervan voor verbetering van onze zorg kan in onze ogen nauwelijks overschat worden.

We kunnen ons overigens wel voorstellen dat Regenboog Apotheek door de Zorgverzekeraars als een lastige zorgverlener wordt beschouwd. Maar zijn de conflicten rondom de ADHD medicatie (waarvan wij de achtergrond niet kennen) en de taperingstrips (alleen) de schuld van Regenboog Apotheek, of is er (ook) sprake van schuld bij de zorgverzekeraars ('*waar er twee vechten . . .*')? We durven die vraag te stellen omdat we gemerkt hebben dat er ook in onze houding ten opzichte van de zorgverzekeraars sprake is van frustratie en polarisatie, omdat tot nu toe niet rechtstreeks en constructief met ons werd gesproken, maar alleen indirect en alleen op basis van details en regels. Het resultaat hiervan zijn uitwisselingen die steeds meer het karakter krijgen van welles-nietes discussies. Het risico daarvan is vertraging en escalatie, die uiteindelijk kan uitmonden in een heleboel werk voor dure advocaten. Ten koste van ons zorgstelsel. Niemand wordt daar beter van.

Dat zo'n 'regelgerichte' harde aanpak contraproductief is bleek uit een mooi stuk over zorgverzekeraar CZ op de voorpagina van de Volkskrant op 3 augustus ('*Zachte hand werkt beter bij schulden dan harde aanpak*')<sup>14</sup>. Een dag later werd CZ voor die zachte hand in een hoofdredactioneel commentaar zeer terecht geprezen: rechtstreeks met elkaar praten levert meer op dan indirecte communicatie op basis van 'keiharde' regels. Dat Zorginstituut Nederland '*deze innovatie*', waarmee CZ '*langs het randje van de wet scheert*', gedooft, en '*zelfs met enige gretigheid*', stemt ons hoopvol.

## 7. Toelichting op de rol van de zorgverzekeraars.

De eerste taperingstrips die werden voorgeschreven werden gewoon vergoed. Dit veranderde toen de zorgverzekeraars ontdekten dat de taperingstrips steeds vaker werden voorgeschreven. Dat was niet uit luxe, maar gebeurde omdat patiënten door de strips echt werden geholpen. We lieten eerder zien<sup>11</sup> (blz 9-13) dat patiënten over de taperingstrips zeer tevreden zijn omdat het ze eindelijk lukt om op een

verantwoorde manier (zonder of met veel minder onttrekkingsverschijnselen) af te bouwen, waar ze dat vroeger niet lukte.

De zorgverzekeraars hadden zichzelf de vraag kunnen stellen waarom de taperingstrips vaker werden voorgeschreven. Om antwoorden te krijgen hadden ze eenvoudig met Cinderella (alle informatie stond vanaf dag één op haar website) of met ons contact op kunnen nemen. Dat gebeurde echter niet. Wat wel gebeurde was dat patiënten te horen kregen dat de strips niet werden vergoed. Daarbij werden argumenten genoemd die niet juist bleken en die door ons zijn weerlegd in brieven die we openbaar hebben gemaakt<sup>8,11,15</sup>.

We hadden in onze naïviteit verwacht dat een zorgverzekeraar, nadat was gebleken dat een door haar gebruikt argument niet juist was, aan de desbetreffende cliënt zou laten weten dat ze zich vergist had en de strips daarom alsnog zou vergoeden. We hadden ook verwacht dat de zorgverzekeraars zouden ingaan op onze uitnodiging<sup>10</sup> om de discussie over de rationaliteit en vergoeding van de taperingstrips niet langer over de rug van in dit opzicht tamelijk machteloze cliënten zou voeren, maar met ons, en op basis van inhoudelijke argumenten.

Maar ook dat gebeurde niet. Over onjuiste argumenten werd verder gezwegen en in plaats daarvan werden tegenover polishouders nieuwe argumenten genoemd die opnieuw niet juist bleken te zijn en die opnieuw door ons werden weerlegd. Ons werd gevraagd bewijs uit de wetenschappelijke literatuur te leveren. Nadat we dat deden werd ons meegedeeld dat dit onvoldoende was en werd gevraagd om nog meer bewijs, nog meer literatuur. De vragen die bij die verzoeken werden gesteld lieten echter zien dat de eerder aangeleverde literatuur niet was begrepen of - erger – niet was bestudeerd<sup>11 (punt 2)</sup>, want de antwoorden op die vragen waren daarin gemakkelijk te vinden. Het resultaat van dit alles is een welles-nietes spel dat helaas nog steeds niet is afgelopen en dat, als dit zo door gaat, alleen maar kan leiden tot meer frustratie, escalatie en uiteindelijk tot klachten en procedures. Dat kan heel lang zo door gaan en zal werk bieden aan dure juristen, maar verder schiet niemand hier iets mee op en uiteindelijk zullen er alleen verliezers zijn, de patiënten voorop.

We zijn in deze zaak meermalen onaangenaam getroffen door onjuiste adviezen en beslissingen van sommige adviserende apothekers en adviseurs van de zorgverzekeraars. Dit wekt bij ons de indruk dat zij zich bij het nemen van beslissingen en het geven van adviezen (te) afhankelijk opstellen, dat ze zich te veel laten leiden door de vermeende belangen van de Zorgverzekeraar, en niet proberen om zich inhoudelijk goed in een zaak te verdiepen om tot een meer onafhankelijk en beter oordeel te komen. In deze zaak heeft dat verschillende keren geleid tot het nemen van minder gelukkige beslissingen en tot het geven van minder goede adviezen die uiteindelijk ook het belang van de zorgverzekeraar zelf alleen maar schaden.

Als concreet voorbeeld beschrijven we het gedrag van een adviseur tijdens een gesprek met ZK/Achmea over de rationaliteit van de taperingstrip. Deze adviseur liet ons weten dat hij de door ons aangeleverde literatuur had 'doorgekeken' en dat hij daarin geen bewijs zag voor de rationaliteit van taperingstrips. De eerste resultaten van ons onderzoek naar het gebruik van de taperingstrips<sup>11 (blz 9-13)</sup> werden door hem afgedaan als een 'maar een enquête'. Op basis van literatuur die hij zelf had opgezocht (hij vermeldde niet welke) was hij zelf tot de conclusie gekomen er bij het afbouwen van anti-depressiva eigenlijk nauwelijks problemen waren. Daarmee ontkende hij zo ongeveer het bestaan van onttrekkingsverschijnselen. Aan wat patiënten die gebruik hadden gemaakt van de taperingstrips daarover aan hun zorgverzekeraar hadden gemeld, namelijk dat ze er mét taperingstrips wel in slaagden om op een goede manier af te bouwen waar ze dat eerder niet lukte, daaraan had hij geen boodschap: er was in zijn ogen simpelweg geen bewijs. Op de vraag of patiënten zelf iets te zeggen mochten hebben over de manier waarop ze wilden afbouwen, zonder of met taperingstrip(s), reageerde hij zeer afwijzend: patiënten die zelf mogen bepalen of ze taperingstrips willen gaan gebruiken, nee zeg, stel je voor. Als alternatief voor het gebruik van taperingstrips stelde hij voor om cognitieve gedragstherapie (CGT) in te zetten als alternatief voor het gebruik van taperingstrips. Een onbegrijpelijk voorstel omdat 1) CGT onttrekkingsverschijnselen niet voorkomt; 2) alle eerdere pogingen om door middel van een of andere vorm van begeleiding de problemen bij het afbouwen te



verminderen hebben gefaald; 3) CGT duurder is dan de taperingstrips die de zorgverzekeraar te duur vindt.

De houding van deze deskundige werd één van ons (JvO was bij dit gesprek niet aanwezig) als buitengewoon denigrerend ervaren. We kunnen ons niet aan de indruk onttrekken dat hier een deskundige instrumenteel werd gebruikt om indruk te maken en af te bluffen en niet om daadwerkelijk inhoudelijk en onafhankelijk te oordelen. We begrijpen ook niet goed waarom een zorgverzekeraar zich in deze zaak laat adviseren door een gepensioneerd chirurg die duidelijk niet thuis is in de psychiatrie en die niet bereid blijkt te zijn om de moeite te nemen om aangeleverde literatuur en informatie daadwerkelijk te bestuderen.

Dat de argumenten bij de zorgverzekeraars op beginnen te raken bleek tijdens een tweetal gesprekken die we inmiddels met vertegenwoordigers van ZK/Achmea en CZ hebben gevoerd, waarin werd gezegd dat de taperingstrips in ieder geval voor een aantal patiënten geïndiceerd zijn, maar dat moet worden vastgelegd hoe *vooraf* kan worden bepaald voor wie en onder welke voorwaarden. Verder werd, om louter financiële redenen, voorgesteld om de samenstelling van een aantal strips te veranderen door daarin meer gebruik te maken van standaardmedicatie en minder van magistraal bereide medicatie. Dat hierdoor de strips voor patiënten nooit beter maar wel slechter kunnen worden was verder geen argument. Dit verzoek is daarmee een poging van de zorgverzekeraar om zich inhoudelijk met een interventie te bemoeien zonder zich over de kwaliteit daarvan te bekommeren. En vooral: zonder na te denken over de vraag of de louter financiële motieven voor die bemoeienis niet kunnen worden weggenomen. Wij denken dat dat mogelijk moet zijn.

Samenvattend komen wij tot de conclusie dat de zorgverzekeraars tot nu toe maar één doel lijken te hebben gehad, namelijk om alles te doen om de taperingstrips niet vanuit het basispakket te hoeven vergoeden, zonder daarbij inhoudelijk te kijken naar de betekenis van die strips voor patiënten en zonder daarbij de betrokkenen inhoudelijk te consulteren. De wob-documenten die door ZiNL zijn aangeleverd (zie punt 10) sterken ons in deze conclusie en hebben ons geholpen om concrete hierover vragen te stellen (zie punt 12).

## 8. Toelichting op de rol van Zorginstituut Nederland

Zorginstituut Nederland is actief betrokken bij de discussie over de rationaliteit van de taperingstrips. Op 16 augustus schreef zij ons: *'De NVvP liet het Zorginstituut 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 daaruit 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. Deze informatie heeft het Zorginstituut gedeeld met de zorgverzekeraar.'* (bijlage 2)

Vrij vertaald staat hier dat ZiNL aan de zorgverzekeraars heeft laten weten dat de NVvP taperingstrips niet nodig vindt. De zorgverzekeraars gebruiken deze informatie om vergoeding van de taperingstrips aan hun cliënten te weigeren. In onze ogen is hier sprake van het verlenen van *'hand-en-span-diensten'* aan de zorgverzekeraars. We worden in deze indruk gesterkt door wat we aantreffen in de door ZiNL in het kader van een wob-procedure t.a.v. de taperingstrip aangeleverde documenten (zie punt 10).

Opmerkelijk is wat ZiNL verder nog aan ons schrijft, namelijk *'dat het Zorginstituut bij haar beoordelingen fabrikanten (ontwikkelaars), wetenschappelijke verenigingen en patiëntenverenigingen van meet af aan betreft'*. Dat geldt in ieder geval niet voor ons, terwijl we hier in op 21 juli, en opnieuw op 1 augustus zelfs expliciet om hadden gevraagd: *'mogen wij ervan uitgaan dat wij hierbij, als ontwikkelaars van de taperingstrips, door Zorginstituut Nederland ook zullen worden geconsulteerd?'* (bijlage 3). Waarom werd de NVvP commissie Medicatiebeleid wél geconsulteerd, en gebeurde dat bij andere partijen zoals de ontwikkelaars van de taperingstrips (wij, Cinderella) en patiëntenverenigingen niet?

Deze belangrijke vragen zijn lastig te beantwoorden zolang niet goed duidelijk is hoe beslissingen tot stand zijn gekomen. Transparantie is echter jammer genoeg geen sterk punt van ZiNL en de Zorgverzekeraars. De documenten die ZiNL in het kader van een wob-verzoek heeft aangeleverd (zie punt 10) hebben ons geholpen om hierover concrete vragen te formuleren (zie punt 13).

## 9. Toelichting op de rol van de Commissie Medicatiebeleid van de NVvP

Uit de brief van ZiNL blijkt dat NVvP commissie Medicatiebeleid ook een rol speelt, of heeft gespeeld, in de discussie over de beoordeling van de rationaliteit van de taperingstrips (zie punt 8). Wat die rol precies is geweest is ons niet helemaal duidelijk. Ook hier hielpen de wob-stukken (zie punt 10) ons om concrete vragen over het handelen van de commissie te formuleren (zie punt 14).

## 10. Informatie uit de wob-procedure t.a.v. de taperingstrip

We ontvingen van ZiNL 'alle stukken *ten aanzien van taperingstrips*' waarom haar met een beroep op de Wet Openbaarheid van Bestuur (een zogenaamde wob-procedure) was gevraagd. Deze documentatie (bijlage 4) omvat meer dan 110 pagina's met emails, notities en brieven, afkomstig uit verschillende bronnen, min of meer lukraak achter elkaar geplakt. De meeste namen en sommige teksten zijn zwart gelakt. Om overzicht te krijgen hebben we alle informatie door middel van OCR leesbaar gemaakt, alle 'doublures' verwijderd en alle emails, notities etc. chronologisch achter elkaar gezet en genummerd (bijlage 5). Aan de hand van dit document kan het verloop van de communicatie tussen verschillende partijen in de tijd worden gevolgd.

In de begeleidende brief bij de wob-stukken schrijft ZiNL dat daarin namen zijn zwartgelakt om de 'persoonlijke levenssfeer' te beschermen. We hebben in deze zaak grote moeite dit argument omdat personen door dat zwartlakken minder makkelijk of helemaal niet op hun beslissingen kunnen worden aangesproken. Dat is in onze ogen precies het ongemak waar mensen die met grote organisaties en officiële instanties te maken hebben zo vaak last van hebben: niemans is (lijkt) persoonlijk verantwoordelijk. Als iets moet, of niet mag, of niet kan, dan wordt naar regels en wetten verwezen alsof die van bovenaf komen en onaantastbaar zijn. In de praktijk worden beslissingen echter wel degelijk door mensen genomen. We zien niet in waarom die mensen, in deze zaak allemaal verantwoordelijke professionals, daarop niet zouden mogen worden aangesproken. Wij verschuilen ons niet, de apotheker van de Regenboog Apotheek verschuilt zich niet en de leden van de NVvP commissie Medicatiebeleid kunnen zich niet verschuilen. Waarom zouden de verantwoordelijke personen in deze zaak, werkzaam bij een Zorgverzekeraar of bij ZiNL, dat dan wel doen?

Op basis van deze overwegingen hebben wij besloten om daar waar mogelijk de door ZiNL zwartgelakte namen opnieuw zelf in te vullen. Dat was niet al te moeilijk omdat 1) een deel van de aangeleverde documenten van onszelf afkomstig was en eerder al door onszelf openbaar was gemaakt; 2) omdat uit de inhoud van de verschillende emails en notities vaak kan worden afgeleid of geraden welke naam of welke partij op welke plaats hoort te staan en 3) omdat in een aantal gevallen ZiNL zelf achterwege had gelaten om namen zwart te lakken.

Waar we ook zeer veel moeite mee hebben is het zwartlakken van (soms grote) stukken tekst. Volgens ZiNL is dat gebeurd omdat het hierbij zou gaan om '*persoonlijke beleidsopvattingen*' of '*omdat de feitelijke informatie zodanig is verweven met de persoonlijke beleidsopvattingen dat die daar niet los van kan worden gezien*'. We begrijpen eerlijk gezegd niet zo goed wat hier precies mee wordt bedoeld. En ook niet waarom het openbaar worden van die '*persoonlijke beleidsopvattingen*' schadelijk zou zijn. Problematisch vinden we verder dat ZiNL zelf degene is die beslist wat onder deze noemers valt. De slager keurt hier haar eigen vlees. We zouden niets liever doen dan werken op basis van onbepert vertrouwen in onze medemens, maar als we de vele ten onrechte zwartgelakte pagina's in de door minister van der Steur in de zaak van de patholoog George Maat in herinnering roepen, dan valt ons dat erg moeilijk. We begrijpen eerlijk gezegd ook niet waar die enorme angst voor openbaarmaking vandaan komt.

## 11. Toelichting op de vragen die we stellen

Op basis van alle hiervoor verstrekte achtergrondinformatie en de informatie die tot ons kwam door middel van de wob-documenten komen wij tot de vragen die we in punt 12-14 stellen.

Het doel van deze vragen is om duidelijkheid te krijgen in deze kwestie. Duidelijkheid die moet helpen om in deze zaak tot een oplossing te komen die recht doet aan ieders belangen, die van patiënten voorop. Ons doel is niet om individuele mensen aan de schandpaal te nagelen of om juridische acties af te roepen. Dat kan misschien soms nodig zijn maar levert meestal vooral alleen maar verliezers op. We zien liever dat alle betrokkenen over hun eigen rol gaan nadenken en de vraag proberen te beantwoorden of in dit soort zaken in de toekomst niet beter op een andere manier kan worden gehandeld. Niet louter op basis van regels en macht (die de Zorgverzekeraars en ZiNL veel meer hebben dan individuele patiënten en zorgverleners), maar veel meer op basis van inhoud en met meer oog voor de belangen voor andere partijen dan we nu zien. Zorgverzekeraar CZ liet onlangs zien dat dat zo'n aanpak profijtelijk kan zijn (zie punt 6, laatste alinea).

In punt 12, 13 en 14 stellen we een aantal vragen over de handelswijze van de NVvP commissie Medicatiebeleid, de Zorgverzekeraars en Zorginstituut Nederland. We doen dat om het NVvP bestuur in staat te stellen om op basis van de door ons aangeleverde informatie en aan de hand van deze vragen en de antwoorden daarop tot een oordeel in deze kwestie te kunnen komen, dat haar in staat stelt om aan de verzoeken die wij onze brief hebben gedaan te voldoen.

## 12. Vragen over de rol van de Zorgverzekeraars.

1. Waarom hebben de Zorgverzekeraars, nadat ze ontdekten dat de taperingstrips steeds vaker werden voorgeschreven, voor inhoudelijk overleg geen contact opgenomen met Cinderella, met een van ons of met één van de 22 psychiaters (waaronder 21 hoogleraren psychiatrie) die in de eerste publicatie over de taperingstrips<sup>11</sup> hun steun voor de taperingstrips hadden uitgesproken? Ook niet nadat ze daartoe door ons waren uitgenodigd<sup>10</sup>?
2. Wat wordt precies bedoeld met '*een handreiking*'?  
(bijlage 5, nrs. 20, 21, 25, 31, 34, 35, 36, 38, 40, 41, 42, 50, 51, 52, 59, 60, 62, 63)
3. Wie heeft de NVvP commissie Medicatiebeleid als eerste benaderd voor het '*schrijven van een handreiking*'?  
(bijlage 5, nrs. 20, 21, 25, 31, 34, 35, 36, 38, 40, 41, 42, 50, 51, 52, 59, 60, 62, 63)
4. Hoe is dat verzoek om '*een handreiking*' gedaan, schriftelijk of mondeling?
5. Wat is hierbij precies aan de commissie gevraagd?
6. Hoe moet de volgende zin gedeut worden: '*het gaat er niet om dat wij het afbouwen van anti-depressiva in algemene zin ter discussie stellen, maar aangeven dat er geen evidence is ..*' (bijlage 5, nrs 27, 54; zie ook nr 47: '*of we de NVvP nog duidelijker moeten meegeven dat zij aan zet zijn om zich tegen de taperingstrips te verweren*').
7. Waarom geloven de zorgverzekeraars hun eigen cliënten niet als die melden dat ze er met behulp van taperingstrips wél in slagen om de medicatie die ze al jarenlang slikken goed af te bouwen waar ze dat bij eerdere pogingen steeds opnieuw niet lukte?
8. Waarom laat Zilveren Kruis zich in deze zaak adviseren door een clinicus die zich niet deskundig toont op het terrein van psychiatrie en die niet bereid blijkt te zijn om aangeleverde informatie goed te bestuderen?  
(zie punt 10, blz 9).

9. Waarom doen adviserende apothekers, juristen en adviseurs van zorgverzekeraars zo veel moeite om argumenten, regels en voorschriften te vinden waarmee de rationaliteit van de taperingstrip kan worden aangevochten en zo weinig moeite om zich echt te verdiepen in de inhoud van deze nieuwe interventie?

### 13. Vragen over de rol van Zorginstituut Nederland.

1. Waarom heeft ZiNL, nadat haar door de Zorgverzekeraars gevraagd was om een standpunt in te nemen over de rationaliteit van de taperingstrips, voor inhoudelijk overleg geen contact opgenomen met Cinderella, met een van ons of met één van de 22 psychiaters (waaronder 21 hoogleraren psychiatrie) die in de eerste publicatie over de taperingstrips hun steun voor de taperingstrips hadden uitgesproken? Ook niet nadat wij tot twee maal toe expliciet hadden gevraagd (bijlage 3) om te worden geconsulteerd.
2. Wat wordt precies bedoeld met '*een handreiking*'?  
(bijlage 5, nrs. 20, 21, 25, 31, 34, 35, 36, 38, 40, 41, 42, 50, 51, 52, 59, 60, 62, 63)
3. Wie heeft de NVvP commissie Medicatiebeleid als eerste benaderd voor het '*schrijven van een handreiking*'?  
(bijlage 5, nrs. 20, 21, 25, 31, 34, 35, 36, 38, 40, 41, 42, 50, 51, 52, 59, 60, 62, 63)
4. Hoe is dat verzoek om '*een handreiking*' gedaan, schriftelijk of mondeling?
5. Wat is hierbij precies aan de commissie gevraagd?
6. Hoe is ZiNL tot de conclusie gekomen '*dat de NVvP geen problemen ervaart bij het afbouwen van psychofarmaca*'?  
(bijlage 2, 3<sup>e</sup> alinea)
7. Waarom heeft ZiNL '*deze conclusie gedeeld met de zorgverzekeraars*'?  
(bijlage 2, 3<sup>e</sup> alinea)
8. Waarom heeft ZiNL, nadat ze aan de zorgverzekeraar had laten weten dat ze geen standpunt zou innemen met betrekking tot de rationaliteit van de taperingstrip, toch in gezamenlijk overleg met de zorgverzekeraars geprobeerd om de commissie Medicatiebeleid '*een handreiking*' te laten schrijven?  
(bijlage 5, nrs. 20, 21, 25, 30, 31, 34, 35, 38, 40, 41, 42, 50, 51, 52, 59, 60, 62, 63)
9. Wat wordt bedoeld met '*zich verweren*'?  
(bijlage 5, nrs 47; '*of we de NVvP nog duidelijker moeten meegeven dat zij aan zet zijn om zich tegen taperingstrips te verweren*'; zie ook nr 54: '*. . . aangeven dat er geen evidence is*').
10. Wat wordt bedoeld met '*de goede weg*'?  
(bijlage 5, nr. 48: '*ik denk dat we de goede weg zijn ingeslagen*').
11. Wat wordt bedoeld met '*dan moet de NVvP zijn verantwoordelijkheid wel nemen*'?  
(bijlage 5, nr. 48).
12. Wat wordt bedoeld met '*we hadden een plan bedacht*'?  
(bijlage 5, nr. 53)

#### 14. Vragen over de rol van NVvP commissie medicatiebeleid.

1. Waarom heeft de commissie, nadat ze het verzoek kreeg om 'een handreiking' te schrijven, geen contact opgenomen met Cinderella, met een van ons of met één van de 22 psychiaters (allemaal NVvP-lid, waaronder 21 hoogleraren psychiatrie (Baer Arts, Ton van Balkom, Aartjan Beekman, Marc Blom, Tom Birkenhäger, Bert van Hemert, Witte Hoogendijk, René Kahn, Ralph Kupka, Roos van der Mast, Willem Nolen, Jim van Os, Frenk Peeters, Eric Ruhé, Aart Schene, Floor Scheepers, Robert Schoevers, Anne Speckens, Jan Spijker, Jan Swinkels, Ton Vergouwen en Frank Verhulst) die in de eerste publicatie over de taperingstrips<sup>12</sup> hun steun voor de taperingstrips hadden uitgesproken?
2. Wat wordt precies bedoeld met 'een handreiking'?  
(bijlage 5, nrs. 20, 21, 25, 31, 34, 35, 36, 38, 40, 41, 42, 50, 51, 52, 59, 60, 62, 63)
3. Wie heeft de NVvP commissie Medicatiebeleid als eerste benaderd voor het 'schrijven van een handreiking'?  
(bijlage 5, nrs. 20, 21, 25, 31, 34, 35, 36, 38, 40, 41, 42, 50, 51, 52, 59, 60, 62, 63)
4. Hoe is dat verzoek om 'een handreiking' gedaan, schriftelijk of mondeling?
5. Wat is hierbij precies aan de commissie gevraagd?
6. Wat heeft de commissie Medicatiebeleid precies aan ZK en ZINL gemeld en hoe heeft ze dat gedaan, mondeling of schriftelijk?  
(bijlage 2, paragraaf 3; bijlage 5, nrs 20, 25, 31, 34, 38, 42, 50, 52, 59, 60, 62 en 63)
7. Hoe is de commissie tot de conclusie gekomen dat er geen behoefte is aan taperingstrips?  
(bijlage 2, paragraaf 3; bijlage 5, nrs )
8. Waarom is de commissie van mening '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'?  
(bijlage 2, paragraaf 3; bijlage 5, nrs 34, 41, )
9. Hoe is de commissie tot deze conclusies gekomen?
10. Hoe vallen deze standpunten van de commissie te rijmen met de steun die 22 NVvP-leden, waaronder 21 hoogleraren Psychiatrie in het Tijdschrift voor Psychiatrie voor de taperingstrips hebben uitgesproken<sup>12</sup>, of met het standpunt van de Depressie Vereniging, die 'reductie en stoppen van antidepressiva' als een top 10 prioriteit beschouwt, of met de uitspraak van de voorzitter van de Nederlandse Huisartsen Vereniging, die in het NOS journaal de taperingstrips 'een goed idee' noemde, 'dat mogelijk breed zou kunnen worden toegepast'?<sup>16</sup>
11. Is de commissie van mening dat de conclusies in de nota 'Antidepressiva beter afbouwen. Pleidooi voor een richtlijn'<sup>4</sup> onjuist zijn?

Toelichting: deze nota lag mede aan de basis van de ontwikkeling van de taperingstrips en maakte deel uit van de literatuur die we aan de Zorgverzekeraars hebben verstrekt. We nemen daarom aan de commissie hiervan kennis heeft genomen. In de nota wordt, onder verwijzing naar wetenschappelijke literatuur, uitgebreid ingegaan op de problemen bij het afbouwen en op de problemen waar (huis)artsen in de dagelijkse klinische praktijk tegenop lopen bij het begeleiden van patiënten die hun medicatie willen afbouwen. De conclusies in de nota staan haaks op de conclusies die de commissie volgens ZINL heeft getrokken.

**Referenties:**

1. Mitchell KM. Graded dosage calendar packs for psychiatric medication. *British Journal of Psychiatry*. 1997;170:288.
2. Groot PC. Antidepressiva afbouwen. Tijd voor een andere benadering. *Silhouet* 2011;herfst:26-27. <http://bit.ly/22aYskle>
3. Leurink H. De medicijnontwenningstrip. NRC Handelsblad, 31 dec 2004. <http://zoeken.nrc.nl/?q=De+medicijnontwenningstrip>.
4. Groot PC, van Ingen Schenau J. Antidepressiva beter afbouwen. Pleidooi voor een richtlijn 'afbouwen van antidepressiva'. Een knelpuntenanalyse. <http://bit.ly/2b1LJko>. 2013.
5. Dick van Bekkum (1925-2015). [https://nl.wikipedia.org/wiki/Dick\\_van\\_Bekkum](https://nl.wikipedia.org/wiki/Dick_van_Bekkum).
6. Cinderella Therapeutics: [www.cinderella-tx.org](http://www.cinderella-tx.org).
7. Project Tapering: [www.cinderella-tx.org/nl/tapering/](http://www.cinderella-tx.org/nl/tapering/).
8. Groot P, van Os J. Brief 'rationaliteit taperingstrip (2)' van 21 juli 2016 aan zorgverzekeraar CZ. <http://bit.ly/2awSebY>.
9. Kwint H-F, Faber A, Gussekloo J, Bouvy M. Optimaliseren geneesmiddelengebruik door ouderen. *Huisarts en Wetenschap*. 2015;58(3):134-138.
10. Groot PC, van Os J. Ontwikkelaars taperingstrip voor afbouw psychofarmaca gaan conflict aan met zorgverzekeraars. Persbericht 11 mei 2016. <http://bit.ly/28lz170>.
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 PC. Taperingstrips voor paroxetine en venlafaxine. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 2013;55(10):789-794. <http://bit.ly/729IS788fN>
13. DURE D€X? NIET ZO FLEX! Petite tegen dure dexamfetamine. [www.dexamfetamine.nl](http://www.dexamfetamine.nl).
14. Zachte hand werkt beter bij schulden dan harde aanpak. Volkskrant 3 aug 2016: <http://bit.ly/2aHFINw>. Overheid is gebaat bij coulance wanbetaler. Volkskrant 4 aug 2016: <http://bit.ly/2bbRNnJ>.
15. 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>.
16. Drs. Rob Dijkstra in het NOSjournaal van 25 januari 2016. Uitzending terugkijken: <http://bit.ly/29GxrDP>; Het item over het afbouwen van antidepressiva begint na 16'44".25 januari.