



7 juni 2016

1. Uitgiftebegeleiding

Naar aanleiding van een vraag vanuit het Pharmapartners Service Centrum wordt de RCPI gevraagd naar inbreng en discussie op de volgende vragen:

- Op welke momenten zou er ondersteuning voor uitgiftebegeleiding getoond moeten worden?
- Welke ondersteuning is er op die momenten gewenst?

Vanuit een aantal concrete situaties wordt daarom de RCPI gevraagd naar de behoefte om informatie te geven/te ontvangen. En ook of de huidige beschikbare uitgiftebegeleiding daar op dat moment aan voldoet/kan voldoen.

Situatie 1: Wisselen farmaceutische vorm (bijvoorbeeld capsule naar tablet)

De apothekers in de RCPI geven in eerste instantie aan dat de noodzaak voor uitgiftebegeleiding bij een vormwisseling niet groot is. Door de regelmatige wisselingen in het preferentiebeleid is dit orde van de dag.

Bij de cliënten daarentegen blijkt de behoefte om een bevestiging te krijgen dat het gaat om een middel met dezelfde werkzame stof juist heel groot te zijn. Zo roept een verandering van uiterlijk of vorm altijd vragen op als dit niet werd benoemd. Andere vragen die opkomen zijn van meer individuele aard zoals hulpstoffen of praktisch gebruik zoals het mogen openen van een capsule.

Algemene conclusie is dat er hiervoor een was/wordt signaal beschikbaar is en dat er geen specifieke inhoudelijke uitgiftebegeleiding nodig is. De essentiële boodschap is dat genoemd wordt dat het gaat om dezelfde werkzame stof. Daarna kan in het individuele gesprek vanzelf gefilterd worden op het verstrekken van informatie vanuit behoefte van de patiënt.

Situatie 2: Wisselen van sterkte van een medicijn

Dit is altijd reden voor een vraag naar bevestiging van de sterktewisseling en ook naar de reden daarvan. Dit wordt ook altijd vastgelegd. Het daarbij volledig opnieuw een EU verstrekken wordt niet gezien als zinvol. Het is de soort medicatie die bepaalt waar de richting van de informatie naar toe gaat. Zo vraagt een verandering van simvastatine 40 mg naar 20 mg vanwege spierpijn minder informatie dan een lage dosering/onderhoudsdosering prednison die wordt omgezet naar een stootkuur of een ACE-remmer waarbij de dosering wordt opgehoogd. Dan is er soms wel behoefte om de bijwerkingen opnieuw te bespreken. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor verandering van invloed op het reactievermogen. In de praktijk blijkt de doseringsverandering meestal al in gang te zijn gezet (tot de medicatie op was) en is het relevante moment van het verstrekken van deze informatie vaak al verstreken. Algemene conclusie is dat informatievoorziening/-behoefte bij het wisselen van een sterkte moeilijk is te vatten in standaardwerk. Het is sterk middelafhankelijk en is maatwerk.

Situatie 3: Wisselen van toedieningsweg (bijvoorbeeld tablet naar injectie)

De reden waarom van toedieningsweg gewisseld is, is de ingang die de richting geeft aan de informatie die verstrekt wordt in het vervolgpad. Belangrijk is de vraag of het oude middel nog moet worden gebruikt of dat dit is gestopt. In de EU kan en wordt geen rekening gehouden met eventuele voorgeschiedenis/medicatie. Dat is maatwerk en niet te ondervangen. Er wordt dan ook een GIP verstrekt waarin praktische informatie is opgenomen.

Situatie 4: Herhaling van middel dat half jaar geleden tijdelijk is gebruikt

In praktijk betreft dit heel veel middelen waar je niets mee doet. Denk aan pijnstillers, antibiotica of een corticosteroïd zalfje. Vanuit de cliënten wordt benoemd dat bekendheid met het middel toch wel vaak vanuit de apotheek wordt verondersteld omdat het middel al eerder is afgeleverd. Dat hoeft echter lang niet altijd het geval te zijn. De vraag of er misschien toch nog vragen zijn over de medicatie is dan een makkelijke opening om informatie op maat te verstrekken. De behoefte om hierbij opnieuw standaard EU te verstrekken is er niet. Het komt dan toch op maatwerk neer.

Situatie 5: Pseudodubbelmedicatie

De cliënten geven aan dat zij (meestal) geen weet hebben van geneesmiddelgroepen en dat deze middelen gezien worden als verschillende middelen.

De vraag of het middel in de plaats komt van of dat het beide gebruikt moet worden wordt door de apothekers regelmatig gesteld. Vooral psychiatrische medicatie is soms complex en wijzigingen daarin zijn soms lastig uit te vragen of niet bij de voorschrijver te achterhalen. Een positieve ontwikkeling is dat er gelukkig steeds meer stopmedicatie op recepten wordt aangegeven, maar dit wordt regionaal/lokaal erg verschillend ingevuld.

Als de cliënt zelf wel weet dat het gaat om vergelijkbare middelen wordt er eigenlijk wel een signalering verwacht. Ook als het gaat om specialistische medicatie van eenzelfde voorschrijver. Als die vraag niet komt vanuit de apotheek wordt dit eigenlijk als gemis ervaren. Een bevestiging/of vraag daarover is gelijk een handige ingang om over te gaan voor het verstrekken van een EU.

Overig

Genoemd wordt de wens om beter te kunnen inspelen op een verandering/wijziging in de situatie van de patiënt, bijvoorbeeld een zwangerschap of geven van borstvoeding. Waarbij er dan opnieuw signalering plaatsvindt op wat nog in gebruik is, ook in de nieuwe gewijzigde situatie. Dit vraagt een heel andere aanpak dan de huidige afleveringsgerichte werkwijze. Ook genoemd wordt de (meestal beperkte) privacy in de apotheek die voor de client een belemmering vormt als er wordt uitgevraagd naar de redenen van wijzigen of wisselingen in de medicatie. Dit heeft invloed op de behoefte aan maatwerk informatie.

Conclusie

Algehele conclusie is dat juist vanuit wisselingen er aanleiding is voor patiëntgerichte en maatwerkinformatie. De behoefte aan een stuk basale informatie zoals in de EU is minder sterk, maar doet op de achtergrond zeker mee. De vraag is in hoeverre je dat met de huidige begeleiding zou kunnen en willen inrichten. Dit vraagt om het kunnen

selecteren van delen van de informatie en het ook kunnen vastleggen van de informatie die op dat moment wordt verstrekt.

2. Dermatica - combinatie corticosteroid en penetratie bevorderaar

Bij de herziening in 2007 werd afgesproken om cortico's die gecombineerd worden met een penetratiebevorderend middel (bijv. salicylzuur) te behandelen als een klasse hoger. Vanwege de nieuwe herziening van deze groep middelen wordt deze eerdere afspraak opnieuw getoetst.

Aannemelijk is dat de effectiviteit en de kans op bijwerkingen groter zijn, omdat deze wordt bepaald door de som van de penetratie in de huid en de intrinsieke werking. Maar wat de precieze effecten en bijwerkingen zijn van de toevoeging van een penetratiebevorderend middel, zijn niet goed onderzocht.

Voor wat betreft betamethasondipropionaat in propyleenglycol heeft het IM dit product een klasse hoger ingedeeld dan betamethasondipropionaat zonder propyleenglycol.

Omdat de effecten niet precies bekend zijn (geen goede onderzoeken naar effecten en bijwerkingen van cortico's in combinatie met penetratiebevorderende middelen), lijkt het beter iets strenger/voorzichtiger te zijn. Voorstel van Health Base is daarom om de huidige afspraak te handhaven. Dat betekent dat deze combipreparaten de teksten krijgen van een klasse hoger. Dus bijvoorbeeld triamcinolon met salicylzuur krijgt de tekst die hoort bij een klasse 3 middel. De RCPI is het hier mee eens. Het is minder risicovol om in de adviezen van deze combinatiemiddelen een voorzichtiger advies aan te houden en de adviezen zo nodig op maat te nuanceren voor de individuele patiënt. Dat is in de praktijk ook het meest praktisch uitvoerbaar.

3. Project GIP-z online

Health Base informeert de RCPI over de stand van zaken m.b.t. de ontwikkelingen van GIP-z online. Vorig jaar is een onderzoek uitgevoerd naar het draagvlak voor ontsluiting van de GIP via GIP-online naar instellingen. De uitkomsten van dit onderzoek werden al eerder gepresenteerd in de vergadering van december 2015. Grote wensen voor de doorontwikkeling zijn rechtstreekse integratie met het ziekenhuissysteem, een verbeterde implementatie in de praktijk en het beter kunnen inspelen op initiatieven/ontwikkelingen waarbij de patiënt in het ziekenhuis zelf rechtstreeks toegang heeft tot geneesmiddelinformatie.

Voor de aankomende pilot is nu gerealiseerd dat andere ziekenhuissystemen via een generiek (op ZI-index nummer gebaseerd) URL-bericht rechtstreeks kunnen communiceren met de webservice van GIP-online. Drie ziekenhuizen met verschillende systemen die deelnemen aan de pilot gaan volgende maand van start om dit te testen. Daarnaast is er een klankbordgroep van ziekenhuisapothekers opgericht waarin de pilot wordt gemonitord. De RCPI ziet deze nieuwe ontwikkelingen en de pilot met belangstelling tegemoet.

4. Datum volgende vergadering

Dinsdag 6 september, 10.30-12.30 uur te Houten