



8 november 2017

## Presentie

<b>aanwezig</b>	Gerlof, Joris/Swen, Bart/Wouter, Marten/Han, Qvinny, Patrick
<b>afwezig</b>	Reinier, Monique, Loes

## Opening en mededelingen

- Handtekeningen accreditatie, dit keer geen 2,5 uur maar 3,5uur.
- Patrick Goor, apotheker komt voortaan in plaats van Judith. Qvinny komt kennismaken. Loes is nog met zwangerschapsverlof.
- Mededeling Reinier gaat met Irma Dogterom voortaan samen IJsselmuiden vertegenwoordigen. In het Reglement Redactie Commissie Formularium-FoCie- versie maart 2016 staat nog niets over één stoel delen door leden van de FoCie.
- In de agenda staan nu alleen nog de opmerkingen resp. discussiepunten. Toch wil men de volgende keer weer alles in één document.
- Eindelijk gereed: "Vanaf taxse september bij 70+ met HVZ geen diclofenac keuze meer" in alle formularia. Zie ook nieuwe combinatietherapiegroep.
- Een idee is om een HAWEB discussiegroepje Kennisregels op te starten..De huisartscommissieleden zijn akkoord om hiervoor uitgenodigd te worden..
- In 2018 wordt formularium gericht voorschrijven een prestatie-indicator. Besloten wordt om de helpkaart formulariumgebruik onder de aandacht te brengen op het dashboard van Medicom, onder actuele informatie en in Pluspunten.
- GeBu gaat digitaal, voor ontvangen digitale bulletin: aanmelden op [www.geneesmiddelenbulletin.nl](http://www.geneesmiddelenbulletin.nl)
- Aftreedschema: Reinier staat op 2018, maar dat is 1e termijn. Het excel bestand wordt aangepast en Reinier+Irma krijgen als einddatum 2e termijn 2022..
- De rode actiepunten zullen voor de volgende vergadering uitgevoerd worden.
- Qvinny: kunnen waarnemende huisartsen lid worden van de FoCie. Antwoord: ja, dat kan. Qvinny meldt zich aan als waarnemend huisartslid bij de formulariumcie.
- Patrick: Triamcinolon zalf is al vele jaren alleen als DB verkrijgbaar en is een 'farmacotherapeutische mislukking'. Goed alternatief is klasse 2 Clobetason [Emovate®], en dit kost evenveel en werkt beter. Besloten wordt om alle therapiegroepen met klasse 2 CS zalf/creme Clobetason masker 1 te geven. Overigens Clobetasol = dermovate = klasse 4, en dat scheelt maar 1 letter...

## Actielijst

### Actiepunten voor de formulariumcommissie

Actiepunt	Naam	Status
<b>Document "Wensenlijst Functionaliteit" formularium nieuwe versie.</b>	Allen	<b>1 juni besproken en 16 juni 16 verstuurd naar CAM en CAP namens alle leden van de FoCie.</b>
<b>Najaar 2016: Nieuwe leden zoeken: 1 huisarts, 1 apotheker.</b> Commissie grootte 10 leden is beter vooral ivm het huidige aftreedschema. Ook op andere manieren adverteren dan alleen via pluspunten.	Allen	<b>Eerst werving leden protocollicentie afwachten. Begin 2018 ?</b>

<b>M.b.v. Aftreedschema commissieleden zittingstermijn focie leden en voorzitter bewaken.</b>	<b>voorzitter</b>	9nov17: excel bestand is herzien.
---	-------------------	-----------------------------------

### Actiepunten FoCie voor afdeling huisartsen

8nov17: NHG vragen naar de onderbouwing over 1week doorbehandelen bij orale candidiasis.	<b>Marten</b>	
8nov17: Formularium <b>PrEP_Pre-ExpositieProfylaxe maken</b>	<b>Marten</b>	
8nov17: Clopidogrel heeft de voorkeur boven ASA+dipyridamol en dan vaak ook nog PPI erbij	<b>Marten</b>	Vraag: is dit ook gewenst bij K74, K75 en K92?
8nov17: Formulariumhandleiding op beginscherm Medicom	<b>Marten</b>	
11nov15: standaard antwoord opstellen voor meldingen van fabrikanten.	<b>Marten</b>	
<b>Chronische medicatie hoeveelheid wijzigen van 15 naar hoeveelheid in één doosje (28/30 stuks)</b>	<b>Loes/Marten</b>	<b>14sept16: Loes zoekt uit of het 'gevoel' klopt dat dit actiepunt 'klaar' is.</b>
<b>Nov 2015:</b> Infotekst maximum 400regels. Tooltje nodig in Pharmabase of aanpassen Medicom	<b>Marten / IT SHB / PP</b>	<b>nov16:</b> samen met ict Health Base uitgezocht dat het 800regels moeten worden en dit ook doorgeven aan PP.
<b>Controle:</b> • <b>Formularium Rabies: 1x per jaar telefoon nummers controleren in de LCI richtlijn.</b> • <b>F.Palliatieve zorg; 1x per jaar co op website adressen.</b>	<b>Marten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Laatste Rabies tel.nr. controle: 5okt 2016</b></li> <li>• <b>F.Palliatieve zorg, controle website adres: 17-6-15 aangepast.</b></li> </ul>
• <b>IKNL notificatie richtlijn ('het wekkertje'), in de gaten houden of dit wekkertje wel werkt en er wel mededelingen binnen komen. Co 1x per jaar.</b>	<b>Marten</b>	<b>Laatste controle jan 2016</b>

## Meldingen

### **Nieuwe doseercodes voor malaria profylaxe en noodbehandeling:**

Nieuwe doseercodes voor malaria profylaxe: Het LCR adviseert geen malariaprofylaxe meer voor gebieden met middelmatig risico. Hierdoor wijzigen per 1 juli de gebruiksadviezen en zijn er nieuwe doseercodes van atovaquon/proguanil (Malarone) in Pharmacom. Door deze nieuwe richtlijn verdwijnt het gebruiksadvies dat standaard gekoppeld was aan atovaquon/proguanil (Malarone): 'Start 1 dag voor aankomst in gebied, t/m 7 dagen na vertrek uit gebied'. Dit advies is alleen nog van toepassing bij gebruik van het middel als malariaprofylaxe. Vanaf 1 juli zijn voor atovaquon/proguanil 2 nieuwe doseercodes beschikbaar:

Doseercode **APNOO**: Behandeling malaria: 1dd 4tab, ged. 3 achtereenvolgende dagen.

Doseercode **APPRO**: Profylaxe: 1dd 1tablet, start 1dag voor aankomst in gebied, ga door t/m 7 dagen na vertrek uit gebied.

### **Antwoord:**

1. doseerschema Atovaquon/proguanil, malaria profylaxe, nr. 35441 bestond al werd voorzien van de doseercode APPRO en
2. nieuw gemaakt doseerschema Atovaq/proguan, malariabehandeling, nr.35639 werd voorzien van de doseercode APNOO etc.

Code	Omschrijving		WClA code
APNOO	Noodbehandeling malaria:	1x per dag 4 tabletten	1D4T 3D
APNO3	Noodbehandeling malaria:	1x per dag 3 tabletten	1D3T 3D
APNO2	Noodbehandeling malaria:	1x per dag 2 tabletten	1D2T 3D
APNO1	Noodbehandeling malaria:	1x per dag 1 tablet	1D1T 3D

**Noodbehandeling (NB)**

Reizigers naar gebieden met middelmatige malariatransmissie wordt geadviseerd naast goede antimuggenmaatregelen, een noodbehandeling mee te nemen. Malaria is goed te behandelen mits op tijd adequate behandeling wordt gestart. Als dit niet gebeurt kan dit ernstige consequenties met de dood als gevolg hebben.

Het is van belang dat reizigers aan wie een noodbehandeling wordt meegegeven, duidelijke instructies krijgen over de te nemen maatregelen bij ziekteverschijnselen tijdens de reis. Hier moet tijdens het reizigersconsult voldoende aandacht aan worden besteed. Bij een noodbehandeling moet altijd de folder 'Malaria - noodbehandeling' mee worden gegeven.

**Health Base bepaalt niet wat u voorschrijft, maar houdt zich wel aan de richtlijn.**

**Vraag:** Hoezo bepaalt Medicom wat ik wel en niet voorschrijf? prima dat er een extra pop-up komt om me attent te maken op het feit dat ritalin bij volwassenen off label is maar ik mag zelf beslissen of ik weloverwogen toch voorschrijf. Betuttelen door medicom lijkt mij geen goede zaak!!!!

**Antwoord:** Health Base bepaalt niet wat u voorschrijft. Maar het mag als vanzelf sprekend worden beschouwd, dat het EVS/formularium niet afwijkt van de NHG-standaard of andere richtlijnen waarop een formularium gebaseerd is. Als u afwijkt van de NHG standaard, dan zal u dat buiten het formularium om moeten doen. Zoals ook met andere indicaties het geval is. Als u bijvoorbeeld voorschrijft via doseeradvies of een recept herhaalt, dan zal u die grens van 18+ niet tegen komen.

**Hoe alle lokale masker wissen en hoe kan een oud eigen formularium gewist worden:**

**Vraag:** 1. Wissen oude eigen formularium op cluster Oudbeijerland, In een ver verleden hebben huisartsen met apothekers gekeken wat ze met het formularium konden doen. Ze hebben een eigen (afwijkend) formularium proberen te maken. Schijnbaar was het erg ingewikkeld....Is er een eenvoudige manier (of misschien via Pharmapartners) om alle oude lokaal gemaakte formularium gegevens in 1x te wissen? Het enige dat interessant is om te behouden voor zover mogelijk is de lokale voorkeur binnen het landelijke SHB formularium.

**Hoe Formularium gebaseerd voorschrijven het makkelijkst in de Medicom praktijk doorvoeren:**

2. Tevens vroeg ik me af hoe Formularium gebaseerd voorschrijven het makkelijkst in de Medicom praktijk doorgevoerd zou kunnen worden? Welke stappen moeten ze dan standaard gaan nemen? Ik zie nu nl. nog steeds hoofdzakelijk via memocode gekozen medicatie op de recepten...

**Antwoord:**

**1.** De eenvoudigste en snelste manier om alle lokale formularia en ook alle lokale voorkeuren te wissen is om Pharmapartners service centrum te vragen om een nieuwe FTO-groep in Medicom aan te laten maken en alle praktijken en beheerder daaraan te koppelen. Máár dan bent u dus ook alle lokale voorkeuren kwijt.

Als u alleen de lokale formularia volledig wil verwijderen, zal u deze van onderen af moeten 'leegmaken' in formulariumbeheer. [Met de wisselknop "/" kan u eenvoudig alle lokale formularium filteren uit de lijst.]

U kan ze ook niet verwijderen en de lokale formularia allemaal stuk voor stuk op 'vervallen' zetten en het hierbij laten.

**2.** Formularium gebaseerd voorschrijven begint met het begrijpen hoe in het formularium genavigeerd kan worden naar alternatieven en doseervarianten. Pas als men dit begrijpt en beheerst, dan kan men via het formularium voorschrijven. U zou tijdens een FTO-bijeenkomst de helpkaart Helpkaart-"formulariumgebruik" kunnen bespreken. U kan deze downloaden van onze website, maar ik stuur hem u ook toe als bijlage. Vervolgens kan de kennis getest worden. Ik noem zo-maar even 3 voorbeelden.

1. Maak een recept via formularium Pijn (A01) voor Fentanyl buccal 800mcg [Effentora®]. Hiervoor moet men kunnen omgaan met alternatieven en doseervarianten.
2. Maak een recept aan via Formularium Urineweginfecties, bij vrouw >12 jaar, met nierfunctiestoornis eGFR 20 en kies voor Cotrimoxazol. Hiervoor moet men kunnen omgaan met patientengroepen.
3. Bekijk in het formularium Tetanus post-expositie profylaxe (PEP) de alternatieven van de niet-medicamenteuze adviezen (NMA).
4. Raadpleeg op welke infobron het formularium Lyme-Borreliose gebaseerd is.

NB: In andere formularia kom je NMA's tegen met \* en zonder \*. De NMA met \* zijn specifiek voor de arts. Zonder \* zijn voor de patiënt. De alternatieven voor NMA met en zonder \* worden elk apart via alternatieven geraadpleegd.

Als de huisartsen deze 4 opdrachten kunnen, dan is er voldoende kennis om met het formularium voor te schrijven.

Daarna komt dan nog of men het ook echt wil gebruiken. Het is mogelijk om percentages van EU recepten die via het formularium gemaakt zijn te achterhalen en als u dat dan maandelijks aan de huisartsen laat zien, kan dat wellicht een stimulans zijn. Als u wil weten hoe dit moet dan moet u mij dat maar laten weten.

**Hoe kan ik eenvoudig met de Q-module EU formulariumvoorschrijfcijfers genereren:**

Ik neem aan dat ik een Q-module selectie in Classic kan gebruiken met daarin een selectie van afleveringen medicatie <1 maand voor mijn FTO artsen uitgesplitst naar voorschrijffarts tegen receptbron? Wellicht nog met een extra filter op knmp telrubriek E of B? Ik weet alleen niet wat receptbron [blanco], [E] (elektronisch) en receptbron [X] betekent?

Voor mijn FTO groep als voorschrijffartsen:

Met alle recept krijg ik: 61,63% blanco, 0,27% E, 0,99% F, 28,30% H, 8,80% M en 0,01% X

Met filter op EU krijg ik: 2,43% blanco, 7,83% F, 19,26% H, 70,48% M

Van alles wat niet herhaald wordt (en geen blanco receptbron heeft) gaat dus 90% via memocode en 10% via formularium gebruik. Vraag is: hoe krijg ik ze zover om dit meer te gaan gebruiken ;) Ik heb a.s. maandag een FTO over DOAC's & AF. Ik zal het eens ter sprake brengen... Misschien eens alle voordelen benoemen en een training met doktersassistenten en huisartsen overwegen?

**Antwoord3:**

*Met de Q-module kan ik u helaas niet helpen.* Daar heb ik me nou net nooit in verdiept.

Maar één van de apotheker leden van de formulariumcommissie heeft ooit een korte instructie ooit gemaakt en die stuur ik nu toe (zie de bijlage). Dit schijnt de eenvoudigste manier te zijn met de Q-module om EU formulariumvoorschrijfcijfers te genereren. *Over stimuleren voorschrijven met het formularium:*

Allereerst: zie mijn eerdere schrijven over hoe een FTO hierover eruit kan zien (kader).

Ten tweede als u maandelijks EU cijfers van recepten met een F gaat rondsturen, kan dat wellicht ook werken.

**Weten wat alternatieven en doseervarianten zijn om met formularium te kunnen voorschrijven:**

Voorschrijven medicatie, zoals u weet zijn wij dit jaar verplicht om zoveel mogelijk de medicatie voor te schrijven via het formularium dat in medicom zit. Wij lopen er tegenaan dat onze keuzes er soms niet tussen zitten. Enkele voorbeelden:

1. Bij eczeem kun je enkel kiezen voor minder vette creme zoals cetomacrogol, terwijl wij patiënten een keuzepakket geven met oculentum simplex, koelzalf en vaseline cetomacrogol 20 of 50%.

2. Bij het voorschrijven van pufje komt automatisch een poederinhalatoren terwijl 1 van onze artsen graag de Dosisaerosol zou voorschrijven (met voorzetkamer). Salbutamolpoeder bij een kortademige patient is medisch gezien minder geschikt.

Het is natuurlijk nog steeds mogelijk om de alternatieven voor te schrijven, maar dan stijgt ons aantal voorschriften buiten het formularium om en dat heeft weer financiële gevolgen. Is het mogelijk om opties aan te passen in Medicom?

Mocht u meer voorbeelden willen, dan wil ik gerust enkele dagen bijhouden waar wij als praktijk tegen aan lopen.

**Antwoord:**

Voorschrijven via formularium zal nooit 100% lukken, maar 80% zal wel gaan.

Voor zover ik weet is er op dit moment alleen nog de verplichting om elektronisch voor te schrijven. Maar wellicht loopt uw regio hierop vooruit. Onlangs vernam ik, dat per 1 januari 2018 voorschrijven via een EVS een meer verplichtend karakter gaat krijgen in de vorm van 'formularium gericht' voorschrijven. Trouwens als via het formularium een alternatief voorgeschreven wordt dan geldt dat ook als voorschrijven via het formularium.

**1.** Op dit moment staan er 3 therapiegroepen in formularium eczeem met daarin diverse alternatieven.

Nr. 1 is de basiszalf voor 'normale' huid, nr. 2. voor droge huid en nr.3. voor als de huid niet droog en een crème gewenst is. 1. Indifferent, vetcrème, droog

2. Indifferent, zalf, droger

3. Indifferente therapie, crème

De alternatieven van Indifferent, vetcreme, droog zijn:

Alternatieven	
<input checked="" type="checkbox"/>	Therapieregul
<input type="checkbox"/>	VASELINE CETOMACROGOL CREME 1 - 3x per dag aanbrengen huid vet houden, droge huid
<input type="checkbox"/>	VASELINE LANETTE CREME 1 - 3x per dag aanbrengen huid vet houden, droge huid
<input type="checkbox"/>	LANETTECREME MET 20% VASELINE FAGRON 1 - 3x per dag aanbrengen huid vet houden, droge huid
<input type="checkbox"/>	CETOMACROGOLCREME MET 20% VASELINE FAGRON 1 - 3x per dag aanbrengen huid vet houden, droge huid

De alternatieven van Indifferent, zalf, droger zijn:

Alternatieven	
<input checked="" type="checkbox"/>	Therapieregul
<input type="checkbox"/>	CETOMACROGOL ZALF 1 - 3x per dag aanbrengen bij zeer droge huid
<input type="checkbox"/>	LANETTE ZALF 1 - 3x per dag aanbrengen bij zeer droge huid
<input type="checkbox"/>	LENIENS ZALF (KOELZALF) 1 - 3x per dag aanbrengen bij zeer droge huid
<input type="checkbox"/>	PARAFFINE/VASELINE 50/50 1 - 3x per dag aanbrengen bij zeer droge huid
<input type="checkbox"/>	VASELINUM ALBUM 1 - 3x per dag aanbrengen
<input type="checkbox"/>	SIMPLEX OOGZALF (NIET-STERIEL) 1 - 3x per dag aanbrengen
<input type="checkbox"/>	WATERHOUDENDE ZALF FNA MR 1 - 3x per dag aanbrengen unq. aquosum

De alternatieven van Indifferente therapie, creme zijn:

Alternatieven	
<input checked="" type="checkbox"/>	Therapieregul
<input type="checkbox"/>	CETOMACROGOL CREME 1 - 2x per dag aanbrengen als huid minder droog is (bijv. gelaat)
<input type="checkbox"/>	LANETTE CREME I 1 - 2x per dag aanbrengen als huid minder droog is (bijv. gelaat)

Voor zover ik overzie betekent dit dat alleen de vaseline-cetomacrogol 50% ontbreekt. Ik zal deze toevoegen. Als u nog meer wilt geeft u dat dan even door?

Uw vraag om salbutamol aerosol bovenaan te maskeren, daar kan ik niet direct aan tegemoet komen, omdat een dergelijke wijziging gevolgen heeft voor alle gebruikers en niet iedereen wil bij alle patiënten een aerosol als eerste keus. Op moment staat bij salbutamol tot 7 jaar de aerosol op masker 1 ingesteld en vanaf 7 jaar een diskus poederinhalator.

Hierbij 2 mogelijkheden:

**A)** De novolizer is nieuwer en beter dan de 'verouderde' diskus. De commissie besluit om de poederinhalator te handhaven voor de leeftijd >7jr, maar alle doseerschema's met een novolizer worden voortaan anders gemaskerd. De diskus krijgt masker 2 en de novolizer masker 1 (taxe december). Dit geldt dus voor salbutamol, budesonide en formoterol. Daarnaast worden de therapiegroepmaskers ook gewijzigd. Budesonide wordt masker 1 en fluticason krijgt naar masker 2.

**B)** Ook kan u zelf voor uw FTO-groep de volgorde lokaal wijzigen.

Optie **B** heeft de voorkeur, want het formularium aanpassen aan de lokale voorkeuren van uw FTO-groep zal altijd nodig zijn. Health Base kan immers maar één landelijke zgn. centraal formularium set uitleveren.

Als u informatie wil over hoe u lokaal de masker volgorde kan wijzigen, dan verneem ik dat graag. Dan kan ik dat bijvoorbeeld via teamviewer voordoen.

**Alternatieven en doseervarianten kan alleen na markeren van de terapieregul:**

Wij moeten van zilverenkruis achmea via het formularium medicatie voorschrijven voor de gel-den van doelmatig voorschrijven. Ik zie inderdaad dat u zo alternatieven naar boven krijgt die ik zoek, ik krijg ze niet in beeld. Wij hebben het hier nogmaals geprobeerd, maar wij weten niet hoe we de opties naar voren kunnen krijgen. We wisten ook niet dat we op FTO niveau dingen konden aanpassen. Hoe gaat dat in zijn werk?

**Antwoord2:**

Zonder begrip van alternatieven en doseervarianten is het ondoenlijk om met het formularium van Medicom te gaan voorschrijven. In het verleden zijn hier cursussen door mijzelf en Pharma-partners over gegeven, maar wegens gebrek aan belangstelling al vele jaren niet meer.

Ik raad u aan om de helpkaarten Formulariumgebruik en handleiding Formulariumbeheer te lezen/bestuderen. Deze werden bij die cursussen gebruikt en de ervaring is dat iedereen er dan ook zelf wel uit komt. Deze helpkaarten zijn verder al sinds vele jaren te downloaden van onze website, maar ik stuur ze nu mee met de bijlagen.

Mijn advies zou zijn om de helpkaart formulariumgebruik bespreken tijdens een FTO-bijeenkomst. Formulariumbeheer is alleen nodig voor degene van uw FTO-groep bedoeld die het formularium lokaal gaat beheren.

U kan de alternatieven en doseervarianten in beeld krijgen met het menu van de rechter muis-knop (klik op Acties, klik op Menu, klik op Alternatieven of op Doseervarianten) of met de toets combinatie Alt+A → Enter → Alt+A of Alt+D. [Uiteraard moet u dan wel eerst een regel markeren, anders weet Medicom niet van welk middel u de alternatieven of doseervarianten opvraagt.](#)

**Vraag aan NHG over claritromycine i.p.v. erytromycine bij zwangeren met acne, 8 juni17:**

**Vraag:** Betreft: vraag over NHG standaard acne namens de formulariumcommissie van Health Base.

Volgens de herziene standaard is Erytromycine oraal 3e keus en 1e keus tijdens zwangerschap. Volgens de herziene standaard bacteriële huidinfecties is (als voor een macrolide gekozen wordt) Claritromycine 1e keus bij zwangeren. Waarom wordt Claritromycine niet geadviseerd bij acne?

**Antwoord NHG 19juni17:**

Dr. Wouter de Ruijter, huisarts-epidemioloog, Wetenschappelijk medewerker NHG:

In de NHG standaard Acne wordt al sinds de eerste versie, wanneer tijdens de zwangerschap gekozen wordt voor behandeling van de acne met orale antibiotica, gekozen voor erytromycine in een dosering van 2dd 250-500mg. Tijdens de huidige herziening is hiernaar geen formele zoekactie verricht. Het oorspronkelijke advies is daarom gehandhaafd. De gehandhaafde keuze voor erytromycine bij keuze voor orale antibiotica in de zwangerschap wordt gesteund door beide recente (weliswaar narratieve) reviews in de bijlage.

De werkgroep die de NHG Standaard Bacteriële huidinfecties heeft voorbereid geeft desgevraagd over deze kwestie aan dat zowel claritromycine als erytromycine veilig zijn om te geven in de zwangerschap. Er is geen voorkeur voor claritromycine boven erytromycine in termen van veiligheid. De werkgroep Bacteriële huidinfecties heeft gekozen voor claritromycine en clindamycine om aan te sluiten op de multidisciplinaire richtlijn Erysipelas en cellulitis uit 2013.

**Hoe kan ik als apotheker een bepaald formularium bekijken:**

**Vraag:** Ik loop tegen beperkingen aan die het formularium nu bied via Pharmacom. Een huisarts schrijft via het formularium een recept, onder de zoekterm Spotting. (bij navraag gaat het hier om ICPC A85.02). Hoe kan ik nou als apotheker het formularium inzien betreffende deze klacht? Het formularium in Pharmacom beperkt zicht tot een aantal omschrijvingen, waarin spotting niet is opgenomen. Ook via de zoekfunctie kom ik hier niet, en ook werkt de zoekfunctie op ICPC code niet.

Klopt het dat er adviezen niet inzichtelijk zijn via Pharmacom die wel in het formularium in Medicom zijn opgenomen?

Deze vraag heb ik eerst neergelegd bij Pharma Partners, maar zij wisten mij niet goed te informeren.

Daarnaast wordt het advies gegeven bij spotting om de stopweek te verkorten naar 4 dagen (standaard doseringscode opgegeven), is dat ook het geval als er geswitcht wordt van ethinyl/levo naar ethinyl/desog? Of behoud je dan toch de stopweek van 7 dagen?

**Antwoord:**

De ICPC code A85.02 is rechtstreeks gekoppeld aan het deelformularium "doorbraakbloeding (spotting) bij OAC" van het formularium vaginaal bloedverlies.

Een ICPC code gekoppeld aan een (deel)formularium werkt wel in Medicom nieuw, maar niet in formulariumbeheer van pharmacom of medicom classic.

U kan dit formularium vinden met F (Filter) bloedverlies o.i.d. of met een alternatieve ICPC code die wel gekoppeld is aan het hoofdformularium, bijvoorbeeld X08 (intermenstrueel bloedverlies). Uiteraard is de inzichtelijkheid van formularium hetzelfde in Pharmacom en Medicom, behalve dan dat u in Pharmacom in de oude omgeving van formulariumbeheer zit en dat nu eenmaal niet hetzelfde.

U kan in formulariumbeheer een testrecept aanmaken met knop F10 om echt precies hetzelfde te zien als de arts. Maar dan moet u wel met de cursor op het gewenste hoofdformularium vaginaal bloedverlies staan. Vervolgens na F10 de gesimuleerde praktijk invullen (knop F7) en dan bij geslacht V, leeftijd in jaren en vervolgens knop F8. Het resultaat ziet u hieronder.



```

Beheerder      Onderhoud Formularium      22-06-2017      -s
FTO-groep     : FTO-groep SHB          [Medicom]
Formularium   : Vaginaal bloedverlies, abnormaal      [Centraal]

----- Testrecept: Ingeven patient parameters -----
01 Gesimuleerde praktijk: SH      praktijk SHB      (SH)
02 Geslacht    : ♀              L = Alle parameters wissen
03 Leeftijd in jaren : 033
04 Contra indicatie(s) :

05 ICPC code(s) :

```

```

Beheerder      Onderhoud formularium      22-06-2017      -so
FTO-groep     : FTO-groep SHB          [Medicom]
Formularium   : Vaginaal bloedverlies, abnormaal      [Centraal]
Deelformularium : Doorbraakbloeding (spotting) bij OAC      [Centraal]

----- Test recept formularium -----
Formularium   : Vaginaal bloedverlies, abnormaal
Deelformularium : Doorbraakbloeding (spotting) bij OAC
Patientengroep : vanaf 9 jr tot 60 jr, Vrouw

----- Therapieën -----
1> OAC stipter op dezelfde tijd innemen
2  Stoppen met/minder roken
3  Stopweek van 7 naar 4 dagen inkorten
4  * Overweeg zwanger, Chlamydia, cervix uitstrijk
5  * Geen vaste regel te geven voor keuze andere OAC
6  d ETHINYLESTRADIOL/LEVONORGESTREL DRAG 0,03/0,15MG
   gedurende 21 dagen 1x per dag 1 sub50/30 combinatie prep, 2e generatie
7  d ETHINYLESTRADIOL/LEVONORGESTREL DRAG 0,05/0,125MG
   gedurende 21 dagen 1x per dag 1 tablet,>> '50 pil', 1e generatie

```

Eén van de adviezen bij spotting is om de stopweek tot 4 dagen te verkorten. Dit advies komt uit de infobron van dit formularium de NHG-standaard vaginaalbloedverlies, M28, van aug 2014, Noot34.

Dit advies betreft volgens mij alle combinatie pillen, ook de 3e generatie met desogestrel. Als je verandert van pil kan eerst afgewacht hoe dit gaat en als spotting dan ook hierbij optreedt dan de optie van stopweek met 3 dagen inkorten proberen.

### **Waarom 16 daagse kuur bij ernstige candida vaginalis en geen 14 dagen:**

**Vraag:** Fluor vaginalis, ernstige Candida, In ons formularium staat 16 daagse vaginale kuur. Ik kan dat niet terugvinden in NHG standaard. Kun je me vertellen waar we dat gevonden hebben, ik weet de bron niet (meer?).

#### **Antwoord:**

Die bron is uiteraard de NHG-standaard Fluor-vaginalis\_NHG standaard\_M38\_mei16 samen met FK.

Maar in FK staat: Gyno-Daktarin (nitraat) Janssen-Cilag bv; Crème voor vaginaal gebruik 20 mg/g

Verpakkingsvorm 78 g + 16 applicatoren...

De NHG heeft het over 7-14 dagen en daar hebben wij 12 dagen van gemaakt met Clotrimazol (2 verpakkingen van 6 dagen=70G) en van Gynodaktarin bestond op de markt dus al een 16 daagse kuur, en het lijkt niet aangewezen om dit met 2 dagen te gaan korten?

### **Digitaal formularium afdrukken?:**

**Vraag:** LS, In onze FTO groep willen we samen met de huisartsen meer inzicht krijgen in de opbouw en keuzes van het centrale formularium. Is er een document waarin voor de verschillende formularia de geneesmiddelen en doseerschema's in zijn uitgewerkt? Of hoe kan ik hier een goed overzicht van krijgen vanuit Medicom?

#### **Antwoord:**

Het formularium is nu eenmaal digitaal en dus op het scherm het beste te raadplegen om te zien welke middelen er in staan (klik op alternatieven). Het is mogelijk om elk formularium of deelformularium zelf af te drukken met behulp van het printer icoontje. Vink dan wel alleen de optie doseerschema's en stof aan. Desondanks zal er een grote berg papier met veel herhalingen van de gebruikte geneesmiddelen het resultaat zijn. Helaas niet op te slaan als een bestand.

Zelf kan ik hier op het kantoor elk formularium wel als docx bestand opslaan, maar ook dat zijn vaak grote bestanden en onoverzichtelijk. Als u op een pc-scherm gaat kijken, zal het overzichtelijker zijn...

Mocht u toch zo'n bestand willen, laat maar weten van welke formularia u dit wil hebben, maximaal 10, want anders zijn er kosten mee gemoeid.

### Reactie W.Richards, 30 juni 17:

Bedankt voor de informatie, ik wil graag gebruik maken van uw aanbod om een aantal specifieke formularia als bestand te ontvangen. Dan kan ik kijken of ik er wat mee kan.

1. Acute rhinosinusitis (<12wkn)
2. Bacteriële huidinfecties
3. Maag en Refluxklachten
4. Otitis externa
5. Rosacea
6. Urine-incontinentie bij de vrouw
7. Urineretentie
8. Migraine

### Fout herstelt in Formularium atriumfibrilleren. Bij man tot 75 jaar geen antistolling:

**Vraag:** Bij de bespreking van protocol atriumfibrilleren kwam het formularium AF ter sprake. Het viel ons op dat advies bij "gezonde man 65-75 jaar niet conform de standaard is. Als je toch besluit tot het geven van een antistolling bij deze mannen staat het advies voor ASA boven de cumarine. Dit is volgens commissie niet correct. De ASA wordt alleen geadviseerd bij contra indicatie voor cumarine.

NHG standaard:

- Adviseer orale anticoagulantia aan alle vrouwen van 65 jaar en ouder en aan alle mannen van 75 jaar en ouder (dus aan patiënten met een CHA2DS2-VASc-score van 2 of hoger).<sup>37</sup>)
- Bespreek met mannen van 65 tot 75 jaar zonder cardiovasculaire co-morbiditeit (zij hebben een CHA2DS2-VASc-score van 1) dat het voordeel van antitrombotische medicatie (preventie van een trombo-embolie) niet opweegt tegen het nadeel daarvan (risico op bijwerkingen, zoals bloedingen) en dat om die reden antitrombotische medicatie niet geïndiceerd is.<sup>37</sup>) Geïsoleerd atriumfibrilleren lijkt op deze leeftijd overigens uitzonderlijk, omdat atriumfibrilleren meestal het gevolg is van of samengaat met andere cardiovasculaire morbiditeit.
- Adviseer acetylsalicylzuur bij een contra-indicatie voor orale anticoagulantia. Zie tabel 2.38

### Formularium AF met permanent AF > 7 dg

- Man, leeftijd 65-75 jaar.
- Advies patiënt bij PAF of AF > 48uur
- Advies arts PAF/AF > 65jr, score onbekend
- Betablokker, AF
- Ca-antagonist AF
- Digoxine, boezemfibrilleren, AF
- Comb. TAR+maagprotectie bij AF, CI (D)OAC
- Cumarine
- DOAC, antistolling bij 'non-valvulair' AF
- Advies arts maagbescherming bij AF

### Antwoord FoCie:

In de deelformularia paroxysmale, persisterende en permanent atriumfibrilleren zijn er voor de man van 65-75jr 2 aparte patiëntgroepen gemaakt. Één met comorbiditeiten en één zonder comorbiditeit.

Voor de patiëntgroep man 65-75jr is een NMA (Niet-Medicamenteus Advies) gemaakt: "\* CHAD-VASc-score is  $\geq 2$ , geef dus R/ (D)OAC". Vervolgens staan daaronder de doseerschema's voor Cumarines en DOAC. En daaronder staat ASA met daarbij een opmerkingsregel "Kies ASA alleen bij CI voor (D)OAC's".

Voor de patiëntgroep man 65 jr zonder co-morbiditeit is een NMA gemaakt: " 'CHADS'-score wrsch <2 dus geen indicatie (D)OAC".

De NHG standaard AF van 2009 adviseerde destijds voor deze patiënt zonder co-morbiditeit ASA als antitrombotische behandeling. Ik lees nu met jullie mee en zie nu ook dat de NHG standaard AF van aug 2013 op dit punt gewijzigd is en dit werd idd over het hoofd gezien.

Antitrombotische medicatie is niet nodig bij mannen 65-75 jaar zonder co-morbiditeit....

**De NMA zal ik daarom wijzigen in "\*CHADS-score wrsch <2 en dan (D)OAC/ASA niet nodig".**

Maar doseerschema's voor Cumarines, DOAC en ASA worden niet weggehaald, want:

1. In de NMA gebruik ik expres de term "CHAD-VASc-score wrsch <2", want zijn deze ICPC codes wel 100% garantie dat als deze ICPC codes ontbreken bij de actieve episodes dat deze mannelijke patiënt in het geheel geen co-morbiditeit heeft...
2. De formulariumcommissie wil rekening houden met een EPD dat niet goed bijgehouden is met actieve episode met relevante co-morbiditeiten, waardoor het formularium bij de verkeerde patiëntgroep kan uitkomen.



3. ICPC hoofdcodes K71.00, K90.00 en K92.00 zijn voorbeelden dat het formularium niet met 100% zekerheid de mannelijke patiënt van 65-75jr kan selecteren die een CHAD-VASc-score >2 heeft.

4. Zelf nadenken over de CHADS-VASc-score blijft dus geboden bij gebruik van het formularium. De term "wrsch" is expres bedoeld als waarschuwing daarvoor, omdat de techniek van het formularium als beslisboom niet 100% betrouwbaar is.

#### **Reactie E.de Braal, 18 juli:**

het ging ons eigenlijk om het feit dat ASA boven de (D)OAC stond en mensen hierdoor geneigd zijn om dit eerder voor te schrijven, terwijl daar geen goede indicatie voor is (alleen bij een contra indicatie). De toevoegende zinnen zijn wat mij betreft juist prima. Het denken over de CHADS-VASc score is idd van belang.

#### **Antwoord:**

In 2009 was het logisch om ASA boven de OAC te plaatsen en sinds 2013 inderdaad beter andersom.

En nog bedankt voor deze melding. Met de taxen van begin augustus is deze aanpassing van dit formularium beschikbaar.

NB: de volgorde in het formularium van boven naar beneden is niet persé altijd de volgorde van medicatie keuze. Al probeer ik deze volgorde als het even kan wel zo praktijkgericht mogelijk te houden.

Als ik in de opmerkingsregels keuze 1,2 etc. of stap1,2 etc. vermeld...alleen dan is het wel de volgorde van medicatiekeuze.

**Opmerkingen FoCie:** Als CHADS-score wrsch <2 dan is het fraaier om het NMA advies over "Uitleg belang antitrombotische medicatie" onder de NMA "\*CHADS-score wrsch <2 en dan (D)OAC/ASA niet nodig" te plaatsen.

Tevens is de afkorting "(D)OAC" wat ongelukkig (liever vit.K antagonist of DOAC), maar wgs gebrek aan tekstruimte kan dat niet anders.

#### **Hoeveelheid Nystatine verhoogt naar 12 dagen:**

**Vraag:** Volgens mij hebben we het al eens over gehad, maar in de praktijk zijn de verpakkingsgroottes van Nystatine en Daktarin vaak te klein vooral als er doorbehandeld wordt na verdwijnen van de klachten bij volwassenen. Een oplossing kan zijn om een standaard herhaalrecept of verdubbeling van de afleverhoeveelheid in het formularium op te nemen. Maar dan zit je weer met spillage. Ik ben benieuwd of de andere commissieleden hier een idee bij hebben en wellicht al in de praktijk hebben opgelost.

**Antwoord:** Op dit moment (zie onderstaande) zijn dit de ingestelde hoeveelheden van deze doseerschema's.

Zoals je ziet meestal 2 tot 4 stuks. Toch nog niet genoeg?

Doseerschema Miconazol, bij orofaryngeale candida, nr.208; Verpakking 40 of 80G

Mas-ker	Mnd.	Omschrijving	Tabel 25 Dosering	Duur	Hoeveel.
1	11988	BP7347 MICONAZOL ORALE GEL 20MG/G	4 per dag 5 milliliter	8	160 G
2	11988	BP7347 MICONAZOL ORALE GEL 20MG/G	4 per dag 2.5 milliliter	8	80 G
1	24	BP7347 MICONAZOL ORALE GEL 20MG/G	4 per dag 1.25 milliliter	16	80 G

Nystatine, lokaal, orofaryngeale candida, nr. 207; Verpakking 24 en 120ml

Mas-ker	Mnd.	Omschrijving	Tabel 25 Dosering	Duur	Hoeveel.
1	11988	BP3688 NYSTATINE SUSPENSIE 100.000 <sup>E</sup> /ML	4 per dag 5 milliliter	6	120 ML
1	12	BP3688 NYSTATINE SUSPENSIE 100.000 <sup>E</sup> /ML	6 per dag 1 milliliter	8	48 ML
1	12	BP3688 NYSTATINE SUSPENSIE 100.000 <sup>E</sup> /ML	4 per dag 1 milliliter	6	24 ML
2	12	BP3688 NYSTATINE SUSPENSIE 100.000 <sup>E</sup> /ML	4 per dag 1 milliliter	12	48 ML
3	12	BP3688 NYSTATINE SUSPENSIE 100.000 <sup>E</sup> /ML	4 per dag 2 milliliter	7	56 ML

#### **Reinier van Lang2:**

Moet volgens fabrikant week worden doorgezet na verdwijnen klachten. Met een gebruik van 4x5 en 2 tubes van 80 ben je na 8 dagen er doorheen. Je kunt je wel afvragen of een week nabehandelen niet wat lang is. Voorbeeld 2 de Nystatine met gebruiksduur van 6 dagen en 4x1. Volgens NHG bij spruw tot 1 week na verdwijnen vlekjes. Daar ga je al.

Door die week nabehandelen denk ik dat nystatine voor 6 dagen nooit genoeg is. En daktarin voor 8 dagen ook bijna nooit.

**Antwoord FoCie:**

1. Nystatine hoeveelheden/gebruiksduur verhogen naar 12 dagen.
2. NHG vragen naar de onderbouwing over 1week doorbehandelen.

**Terughoudend zijn met behandeling SA-dragerschap (geen MRSA) bij gezonde personen buiten het ziekenhuis:**

**Vraag:** In het kader van bacteriële "huid" infecties loop ik regelmatig aan tegen de vraag wat te doen met recidiverende stafylococceninfecties in de neus (geen MRSA). Daar zou ik graag meer ondersteuning in willen hebben. Ook mbt de vraag of je hele gezinnen en mgl anderen in de omgeving moet betrekken. Dat gaat wat verder dan een behandelprotocol begrijp ik. Helaas zijn de RIVM richtlijnen uitsluitend gericht op MRSA problematiek.. Misschien dat jullie je nog eens kunnen buigen over deze vraag.

**Antwoord:**

Met de vergadering van de formulariumcommissie in juni was alleen nog de herziening van het deelformularium Cellulitis gereed. Toch is toen wel al besproken of er behoefte was aan een deelformularium SA-dragerschap, waarbij voor de behandeling de NHG standaard alleen maar verwijst naar de SWAB richtlijn en die is notabene van 2012. De formulariumcommissie was van mening om hiervoor geen deelformularium te gaan maken, maar wel informatie hierover in de infoteksten.

Het formularium bacteriële huidinfecties is nu inmiddels wel herzien. In de deelformularia "Cellulitis, recidiverend", "Furunculose, recidiverend" en het nieuwe deelformularium "Impetigo, frequente recidieven" staan een aantal "artsen NMA's" (=Niet-medicamenteuze adviezen), die dus met een "\*".

Deze NMA's gaan over SA-dragerschap en MRSA:

- \* Overweeg screening dragerschap SA, zie infotxt
- \* Bij SA-dragerschap therapie vlg SWAB richtlijn
- \* MRSA(+): Overleg met infectioloog over therapie

In de infoteksten staat een samenvatting van SWAB-richtlijn MRSA drager (zie grijze kader). Hierbij wordt onderscheid gemaakt in ongecompliceerde en gecompliceerde MRSA dragerschap. De NHG-standaard is onduidelijk over het verschil tussen SA-dragerschap en MRSA-dragerschap.

Op basis kweek uitslag vaststellen:

- \* DRAGERSCHAP Staphylococcus aureus: bij positieve neuskweek.
- \* DRAGERSCHAP MRSA en/of huidinfectie door MRSA: bij positieve keel-, neus-, perineum- of huidlaesiekweek.

De SWAB-richtlijn heeft het daarentegen over **ongecompliceerde** en **gecompliceerde MRSA-dragerschap**.

Bij de ongecompliceerde MRSA-dragerschap is de stafylokok in vitro gevoelig voor de "toe te passen AB". Is dat niet in tegenspraak met de term "multi Resistente SA"? Of wordt hier dan toch de "gewone "SA-dragerschap" mee bedoeld?

Als je dit leest, dan blijkt de behandeling van gecompliceerde MRSA dragerschap complex en tijdrovend. Dus de formulariumcommissie gaat er van uit dat de huisarts de behandeling hiervan overlaat aan internist-infectioloog of microbioloog.

Maar voor de **behandeling van ongecompliceerde MRSA-dragerschap** zijn de geneesmiddelen Mupirocine neuszalf en desinfecterende zeepoplossingen opgenomen in de **deelformularia "Furunculose, recidiverend" en "Impetigo, frequente recidieven"**.

NB: Vooraf aan eerste behandeling thuissituatie in evaluatie betrekken (d.m.v. kweken neus, keel, perineum en zn huidlesies van huisgenoten). Dus ook de ongecompliceerde MRSA-dragerschap behandeling is nog een hele klus voor de huisarts.

**Antwoord Focie:** Geen deelformularium "Behandeling SA-dragerschap" maken, want dit is te afhankelijk van de lokale richtlijnen, de arts kan beter hierover overleggen met internist infectieziekten of bacterioloog.

**Reactie J. de Kanter, 21juli17:**

Is het niet een goed idee om ook de auteurs van de NHG Standaard aan te schrijven omdat het vooralsnog niet duidelijk is wat je zou moeten doen. Moet je het SA (niet-MRSA) dragerschap wel bestrijden? Een geraadpleegde dermatoloog was er nogal laconiek over. Toch is het in de dagelijkse praktijk nog wel eens een flinke hoofdbreker! Praktisch is het idd lastig om alle gezinsleden te kweken en ze daartoe te motiveren; er zitten ook nogal forse kosten aan deze diagnostiek. Dan is er nog de vraag bij wie is het nou van extra belang. Ik had onlangs meerdere gezinnen waarin deze problematiek speelde. In het ene gezin was een wijkverpleegkundige draagster, in het andere een neonatologie verpleegkundige. Ik heb de laatste verwezen naar de bedrijfsarts. De eerste naar de dermatoloog. Onbevredigend eigenlijk. De vragen zijn dus:

- in welke gevallen is het bestrijden van SA (niet-MRSA) dragerschap aangewezen
- wat is in dat geval de juiste behandeling
- wanneer moeten alle gezinsleden getest worden
- is dit eigenlijk nog wel iets voor de huisarts

**Antwoord:** Zelf heb ik ook nogal mijn bedenkingen om SA-dragerschap altijd te gaan behandelen.

Uiteindelijk gaat dit per slot van rekening vanzelf over, als de personen niet meer blootgesteld worden aan antibiotica. Maarrr...De indicatie om er naar te gaan zoeken is overigens alleen als er sprake is van recidiverende cellulitis, furunkels, impetigo en bezoek ziekenhuis of operatie...De meerderheid van de commissie was tijdens de vorige vergadering ook de mening toegedaan om hiervoor te verwijzen naar de internist-infectioloog. Of de GGD?

1. in welke gevallen is het bestrijden van SA (niet-MRSA) dragerschap aangewezen: [bij frequente recidieven, in eerste instantie hier aan denken om, onderzoek hiernaar te doen..](#)
2. wat is in dat geval de juiste behandeling: [SA-dragerschap is ongecompliceerd en zie hiervoor het kader hieronder "eradicatie ongecompliceerd dragerschap", in het rood.](#)
3. wanneer moeten alle gezinsleden getest worden: [Ja, alle huisgenoten..](#)
4. is dit eigenlijk nog wel iets voor de huisarts: [daar is een mooi woord voor, volgens is het facultatief, net als isotretinoïne oraal bij acne en behandeling hyperthyreoïdie door huisarts.](#)

**Reactie J. de Kanter, 31juli17:**

Heeft de categorie werkers in de gezondheidszorg niet een specifieke benadering nodig?

**Antwoord:**

Als ik in de Swab richtlijn pdf zoek met 'geavanceerd zoeken heb ik 12 treffers. Drie daarvan zijn 'lezenswaardig'...een mooie aanvulling op de eerste vraag "- in welke gevallen is het bestrijden van SA (niet-MRSA) dragerschap aangewezen". Terughoudend zijn met gezonde individuen buiten het ziekenhuis sluit ook aan op wat ik eerder hierover schreef.

1. Deze SWAB richtlijn is bedoeld voor de behandeling van MRSA-dragerschap van zowel patiënten als medewerkers in gezondheidszorginstellingen.
2. Medewerkers die gekoloniseerd zijn met MRSA mogen geen patiëntgebonden werkzaamheden doen. De motivatie hiervoor is dat zij patiënten en collegae kunnen besmetten. Dit is vastgelegd in de richtlijnen van de WIP ([www.wip.nl](http://www.wip.nl)).
3. Bij medewerkers van instellingen voor gezondheidszorg wordt een actief beleid gevoerd om dragschap te eradiceren. Een belangrijke reden hiervoor is dat de betreffende persoon vanwege het risico van verspreiding niet mag werken zolang MRSA dragerschap aanwezig is (zie WIP richtlijn). Tevens is bij gezonde individuen (ongecompliceerde MRSA drager, zie verder) de kans op een succesvolle behandeling met relatief veilige middelen groot.

[Bij gezonde individuen buiten het ziekenhuis is terughoudendheid aangewezen](#) met het instellen van dragerschapbehandeling. Indien risico op infecties met MRSA aanwezig is, is dragerschapbehandeling geïndiceerd. Een andere indicatie kan zijn indien een (gezins-)contact van de drager een werknemer is in een instelling voor de gezondheidszorg of een patiënt. Indien de MRSA drager in een omgeving verkeert waarbij de kans op rekolonisatie vanuit externe bronnen groot is dan is dragerschapbehandeling zelden of nooit geïndiceerd. Een voorbeeld hiervoor is een varkenshouder die besmet is vanuit zijn veestapel.

**Reactie J. de Kanter, 2aug17:** Bedankt voor dit laatste antwoord.

**Ciproxin eenmalig versus tweemaal bij Shigella bacillaire dysenterie:**

**Vraag:** Ciproxin eenmalig bij Shigella bacillaire dysenterie? Volgens FK 2dd 500mg voor 1 dag...

**Antwoord:** De formulariumcommissie vindt de infobron van een NHG standaard leidend, pas als er in een NHG standaard geen advies is voor de behandeling nemen we het advies over van andere infobronnen zoals het farmacotherapeutisch kompas. In de NHG standaard Acute diarree, M34 van sept 2014 staat in de tabel eenmalig 500mg.

De omschrijving van dit doseerschema "Ciprofloxacine, Shig/E.Coli enteritis; 1x" is niet meer helemaal correct, want voor E.Coli enteritis wordt deze therapie niet meer geadviseerd. Dus ik wijzig de omschrijving in "Ciprofloxacine, Shigella enteritis; 1x".

**Geen herhaal recepten via medicatiestatus of historie bij kinderen:**

**Vraag:** wij kregen van de apotheek een melding dat kinderen die 12 jaar worden en een antihistaminicum gebruiken; soms nog bij herhaalrecepten de oude, <12 jaar dosering krijgen. Weet jij of medicom (of het gekoppelde EVS) de mogelijkheid heeft om ons hiervoor te waarschuwen/signaleren?

**Antwoord:**

In de doseerschema's wordt het advies "tot 12 jaar" verwerkt als "tot en met 11 jaar".

De DC signaleert bij antihistaminica niet wanneer een kindje een hogere dosering nodig omdat het kind daaraan toe is omdat de DC een dosering lager dan de ingevulde norm niet detecteert. Dus als een kind vorig jaar 11 jaar is en een daarbij passende dosering kreeg, een jaar later het recept wordt herhaald en eigenlijk obv leeftijd een hogere dosering mag hebben dan wordt dat niet gesignaleerd.

Het is absoluut af te raden om herhaal recepten bij kinderen te maken via medicatiestatus of historie.

Herhalen betekent simpelweg een kopie van wat eerder voorgeschreven is en dus **geen doseeringscontrole**.

**Miconazol vaginaal mag niet onder 18 jaar, maar wel oraal:**

**Vraag:** In het formularium X72 vag candidiasis kunnen we onder de 18 jaar geen miconazol vag ovules voorschrijven. Ik zie in de in het pharmacotherapeutisch kompas dat er geen onderzoeken bij mensen < 18 jaar zijn. Maar ik heb hier wel veel moeite mee. Wat is er op tegen om dit te verlagen naar zeg 15/16(ter discussie) met de opmerking inzake kennis hierover er bij?

**Antwoord:** De dosering van de miconazol ovules is gebaseerd op de SPC. De SPC geeft aan dat kinderen tot 18 jaar niet onderzocht zijn en om deze reden zijn de ovules geregistreerd voor volwassenen vanaf 18 jaar. Theoretisch gezien is er hoogstwaarschijnlijk geen bezwaar tegen het gebruik van miconazol bij 15/16 jarigen, echter wordt de doseringscontrole gebaseerd op wat de SPC aangeeft. De SPC van clotrimoxazol benoemt geen leeftijdsbeperking en kan daarom ook gebruikt worden bij kinderen.

Best wel mal, omdat miconazol orale gel en creme wel mag...en als je via de memo voorschrijft kan je op doorgaan klikken...het alternatief is clotrimoxazol..

**Verschil tussen basisprodukt Furosemide ampul en handelsprodukt is de ampulgrootte:**

**Vraag:** Klopt het dat in het formularium acuut hartfalen bij de lisdiuretica furosemide alleen als 2ml ampul wordt vermeld? We doen toch meestal de 4ml ampul, zal een ander prescriptieproduct zijn? Staat me iets van bij dat dit ter sprake is gekomen ooit, maar misschien kun je even nakijken.

**Antwoord:** In het deelformularium Acuut hartfalen staat alleen het BP nr. 1401 van Furosemide. Als je vervolgens naar het prescriptieproductenschermbaan gaat (kies geneesmiddelenamen in het rechtermuisknop menu) dan kan je pas de verschillende ampul groottes kiezen. Deze vallen namelijk allemaal onder ditzelfde BP nummer.

In het formularium Spoedgeneesmiddelen voor de ampullen etui (ICPC A50) kan je wel het HP product nr. 38239 Furosemide 4ml ampul, 10mg/ml vinden

**Dosering amoxicilline 40mg/kg/dag is nog hetzelfde sinds 2013:**

**Vraag:** Ik begrijp van een van mijn collega's dat de dosering van amoxicilline is aangepast naar 50 mg/kg/dag. Was jou dit ook ter oren gekomen? Ik begreep van de collega's dat medicatiebewaking dit al had doorgevoerd de 50 mg/kg/dag. Het was inderdaad 40-90.

**Antwoord:** In Huisarts en wetenschap van febr, 2013 kwam destijds met de mededeling: "Dosering amoxicilline bij kinderen in standaarden Otitis media acuta, Rhinosinusitis en Acuut hoesten aangepast".

Bij H&W 2 ontvangt u deze maand drie herziene samenvattingskaarten van de standaarden Otitis media acuta, Rhinosinusitis en Acuut hoesten. De minimale adviesdosering voor amoxicilline bij kinderen bij niet ernstige infecties is hierin aangepast.

Wat is er gewijzigd?

De minimale adviesdosering voor amoxicilline bij kinderen bij niet ernstige infecties is, op grond van een gewijzigde Europese procedure voor kinderregistratie, verhoogd van 30 naar 40 mg/kg/dag, bij voorkeur in 3 giften. Daaruit volgt dat kinderen van 9 jaar en ouder de volwassen dosering van 3 keer per dag 500 mg kunnen krijgen. Naar aanleiding van deze wijziging adviseert het NHG voortaan hogere doseringen bij kinderen indien bij otitis media, sinusitis of gecompliceerde luchtweginfecties, amoxicilline geïndiceerd is.

De betreffende richtlijnen, samenvattingskaartjes en het elektronisch voorschrijfsysteem zijn daarom gewijzigd.

Vooruit lopend hierop hadden wij in het formularium de amoxicilline dosering juli 2012 al aangepast o.b.v het kinderformularium naar 40-90mg/kg in 3dd. Maar daarna is de dosering weer wat verlaagd naar 40-50mg/kg o.b.v. deze NHG publicatie en wijziging van 3 standaarden.

Na deze publicatie van het NHG van februari 2013 heeft de NHG de dosering van amoxicilline niet meer gewijzigd. Het kinderformularium geeft ook doseeradviezen voor intraveneuze amoxicilline en voor de 2<sup>e</sup> lijn. Ik kan nu op de website geen orale dosering vinden met amoxicilline 100mg/kg voor de 1<sup>e</sup> lijn, alleen 50mg/kg..

Onze huidige schema's zitten op minstens 40mg/kg en vaak wat hoger (soms 60mg/kg). Volgens mij is er nu nog geen reden om de amoxicilline doseerschema's opnieuw aan te passen, zolang het NHG daar nog niet mee komt, zoals februari 2013. En er is ook nog geen reden om 2<sup>e</sup> lijns orale doseringen van 100mg/kg of hoger te maken. Want voor welke indicatie zou dat dan zijn? De NHG standaard blijven ons 1<sup>e</sup> uitgangspunt voor doseringen, tenzij de NHG standaarden geen doseringen vermelden, dan gebruiken we kinderformularium en FK etc als infobron.

**Dosering Augmentin bij UWI en comorbiditeit U99.01 is 2dd 825 en niet 2dd 625mg:**

**Vraag:** Wij hebben een klant die aangeeft dat er een fout in het formularium staat. Zouden jullie willen kijken of dat klopt? Het gaat om het volgende melding: In het formularium staat een onjuiste dosering. Bij U71 , met weefselinvasie, bij GFR van 10-30 , staat als dosering van de amoxi-clavulaan: 2dd 875/125. De juiste dosering is 2dd 500/125. In de bijlage stuur ik nog een schermafbeelding mee van de klant.

**Antwoord:** De verwachting dat de dosering van amoxicilline/clavulaanzuur bij volwassenen bij een nierfunctiestoornis met eGFR 10-30ml/min van 3dd 500/125mg veranderd moet worden naar 2dd 500/125mg, is niet juist. De bron die wij hiervoor gebruikt hebben is de KNMP Kennisbank en PW 20mrt15.

[https://kennisbank.knmp.nl/article/verminderde\\_nierfunctie/274.html](https://kennisbank.knmp.nl/article/verminderde_nierfunctie/274.html)

**Apothekertekst**

*Bij verminderde nierfunctie is de halfwaardetijd van clavulaanzuur verlengd. Hierdoor is het risico op bijwerkingen verhoogd. Ook de halfwaardetijd van amoxicilline is verlengd, maar dit is gezien de therapeutische breedte van amoxicilline klinisch niet relevant.*

- bij creatinineklaring 10-30 ml/min
  - in geval van amoxicilline/clavulaanzuur 500/125 mg 3x per dag pas de dosering aan naar amoxicilline/clavulaanzuur 875/125 mg 2x per dag

Dus de amoxicilline dosering moet wegens de nierfunctiestoornis niet aangepast worden, maar de clavulaanzuur dosering wel. De amoxicilline dosering blijft met 875/125mg dus met deze 'truc' wel op tenminste 1500mg/dag (1750mg om precies te zijn). PM: klanten kunnen voor medisch inhoudelijke vragen beter hun melding direct insturen naar [huisartsen@healthbase.nl](mailto:huisartsen@healthbase.nl) of nog beter [formularium@healthbase.nl](mailto:formularium@healthbase.nl)

**Cutivate contact toegevoegd aan therapiegroep 'Gaas met siliconlaag':**

**Vraag:** graag toevoegen in ons onvolprezen formularium onder S19 wondverband rode wond droog en nat/vochtig Cuticell contact. Dit is een nieuw siliconen verband van BSN. Staat nu nog niet in het formularium en wordt veel gebruikt. Indien mogelijk met de toevoeging " kan een week blijven zitten "

**Antwoord:** Cuticell contact zijn vier groottes van en ik heb ze zo juist toegevoegd aan therapiegroep 'Gaas met siliconenlaag'. Jouw gebruikadvies van 1 week heb ik overgenomen, maar op de website staat zelfs 14 dagen...?

Dat is de enige thg waar ik ze in kwijt kon.

- Verband rode wond (granulatie) + droog
  - leeftijd tot 999 jaar.
    - Wondverband Rood ulcus, droog, infectie-
      - Wondverband Rood ulcus, droog, infectie-
        - Gaas met siliconenlaag
        - Paraffine gazen
        - Hydrogel op waterbasis
        - Hydrocolloid wondverband

**Vraag 4 sept:** Bij verwerken recept Rosacea krijgt arts keus Tetra 250 mg 2x1 of 2x2.

Volgens mij is er bij acne wel deze doseermogelijkheid maar bij rosacea alleen 2 x 1

**Antwoord:** Een aparte kopie van dit DS Tetracycline maken voor rosacea.

**Neocon en Trinovum per 31 augustus uit de handel:**

**Vraag:** In het formularium anticonceptie staan nog de pillen Neocon en Trinovum, maar deze zijn door de fabrikant uit de handel gehaald. Kunt u het formularium aanpassen?

**Antwoord:** 1e week van elke maand controleer ik het formularium op UDH middelen. De middelen die u noemt zijn per 31 augustus 2017 door de fabrikant afgemeld. Dus ik kom ze nu (6sept) ook tegen in mijn bestanden. Met de taxatie van oktober is het formularium opgeschoond.

**2e antwoord:** Neocon en Trinovum zijn nu net verwijderd uit de doseerschema's [het is nu immers de 1e week van een nieuwe maand]. Trinovum was al sinds 2012 niet meer via het formularium voor te schrijven, kon nog wel via doseeradvice. Neocon was tot nu toe nog wel voor te schrijven vanuit het formularium. Maar dus na de taxatie van oktober ook niet meer. Hebben de artsen Trinovum wellicht als herhaal recept voorgeschreven? Of heeft u een eigen lokaal formularium?

**Hoe kan ik een doseervariant van Salbutamol diskus voorschrijven.**

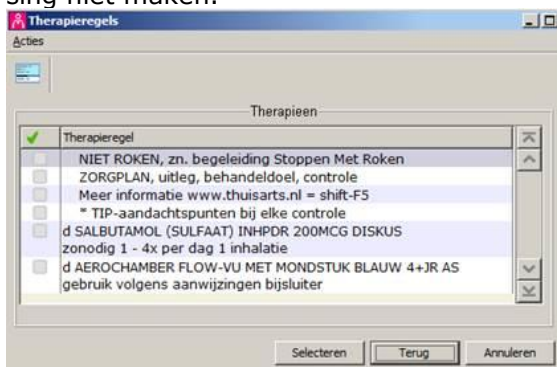
**Waarom is er een doseerschema met alleen inhalatiekamers.**

**Vraag:** Bij het voorschrijven via formularium R96 Astma wordt de Salbutamol diskus in Aerochamber voorgesteld. Een andere keus is er niet. Het moet zijn de Salbutamol aerosol. Graag uw aanpassing en reactie.

**Antwoord:** Elk check boxje staat voor een therapie-regel, waaruit u kan kiezen. De therapie-regel Salbutamol diskus staat voor het doseerschema met verschillende toedieningsvormen (doseervarianten) van één type SABA, dus ook aerosolen.

De therapie-regel hieronder staat voor het doseerschema met allerlei verschillende inhalatiekamers.

Voorheen stonden de inhalatiekamer in hetzelfde doseerschema Salbutamol als doseervarianten onderaan, maar dat was ten eerste niet logisch en ten tweede zijn er tegenwoordig zoveel verschillende inhalatiekamers, dat besloten is om hier een apart 'doseerschema' voor te maken, dat beter te onderhouden valt. Er staat hier dus niet een combinatie van salbutamol diskus met inhalatiekamer, maar als u bij de therapie-regel Salbutamol een aerosol kiest, dan zal u bij de therapie-regel Aerochamber een inhalatiekamer kunnen aanklikken (dus ook hier doseervarianten). Dus u beslist zelf of een inhalatiekamer erbij moet of niet. Het formularium kan voor u die beslissing niet maken.



PM: als het begrip doseervarianten nadere uitleg behoeft, dan graag uw bericht.

**Naamgeving doseerschema's van alle DOAC's nu duidelijker:**

**Vraag:** Ik kreeg een telefonische melding over het ontbreken van een doseerschema bij Rivaroxaban voor: Preventie van een cerebrovasculair accident (CVA) en systemische embolie bij volwassen patiënten met non-valvulair atriumfibrilleren met minimaal één risicofactor. Deze indicatie en dosering zijn wel beschreven in de infotab van DS 36673 (genaamd rivaroxaban, preventie VTE bij nvAF). Ik heb de naam ter verduidelijking iets aangepast naar Rivaroxaban, preventie CVA/SE bij nvAF en de infotab ook aangepast zodat deze weer matcht met de omschrijving:

**Antwoord:** VTE is inderdaad niet helemaal zuiver, het gaat om preventie arteriële embolie bij nvAF en om behandeling DVT of LE. Ik heb nu van **alle** 12 DOAC's de doseerschema omschrijvingen aangepast, dat lijkt me eenduidiger.

Dabigatran, nvAF+preventie/DVT, eGFR 30-50

Rivaroxaban, nvAF+ preventie, eGFR 30-50

Apixaban, nvAF+ preventie, eGFR 15-50

Edoxaban, nvAF+preventie/DVT, eGFR 15-50

Dabigatran, nvAF+preventie of DVT/LE

Rivaroxaban, nvAF+preventie CVA/SE, embolie

Apixaban, nvAF+ preventie CVA/SE, embolie

Edoxaban, nvAF+preventie of DVT/LE

Rivaroxaban, behandeling DVT en LE



Apixaban, behandeling DVT en LE, eGFR>30  
Rivaroxaban, behandeling DVT en LE  
Apixaban, behandeling DVT en LE, eGFR>30

**Prednisolondrank: ook bij de lagere leeftijden de 5mg/ml?**

**Vraag:** Prednisolon bij pseudokroep, kan in het formularium pseudokroep bij de behandeling met corticosteroiden in het doseerschema van prednisolondrank ook bij de lagere leeftijden de 5mg/ml? Nu staat tot 4 jaar de 1mg/ml en daarna de 5 mg/ml. Terwijl alle doseringen met de 5mg/ml ook prima te doen zijn.

**Antwoord:** Geen idee, waarom pas vanaf 4 jaar de 5ml/ml ingevuld staat. Ik heb de 5mg/ml en de 1mg/ml nu overal erbij gezet. Moet het masker nog anders?

**Waarom staat er bij salbutamol diskus ook een inhalatiekamer?:**

**Vraag:** Aangezien er in 2018 toch echt gewerkt gaat worden met het formularium wil ik nog een keer iets aankaarten: Als een patiënte diagnose astma heeft, intermitterende klachten.

Ik ga naar formularium, dan is de 1e medicatie keus salbutamol diskus of salbutamol aerosol. De keuze voor alleen een diskus is m.i. niet juist, hier zou er keuze moeten zijn voor vele toedieningsvormen salbutamol, niet persé een diskus. Als ik dan doorklik op diskus, krijg ik nog de keuze uit 2 soorten novolizers. Maar niet bijv. voor cyclocaps. Ik denk dat dit aangepast moet worden.

**Antwoord:** Voor het 'echte' gebruik van het formularium is het noodzakelijk dat u kennis heeft van de menu mogelijkheden van het formularium. U moet met name in staat zijn om te navigeren tussen doseervarianten en alternatieven.

Gezien uw vraag, vermoed ik dat u daar niet van op de hoogte bent en dat is jammer en u zal zien dat er veel meer in het formularium zit dan u nu denkt. Ik raad u aan om de helpkaart formulariumgebruik te bestuderen en alle menu's te gaan verkennen. Deze helpkaart is altijd al te downloaden van onze website, maar zit ook bij de bijlage van dit bericht.

Antwoord op uw vraag:

Vraag de doseervarianten op van salbutamol diskus en u ziet vervolgens (zie 2e plaatje), dat alles in orde is met uw keuzemogelijkheden in het formularium Astma.

NB: de aerochamber regel eronder is geen aerosol keuze, dit is een apart doseerschema voor alle verschillende inhalatiekamers. Op dezelfde manier met doseervarianten uit te klappen. Maar een inhalatiekamer klikt u dus alleen extra aan als u bij de salbutamol een aerosol gekozen heeft.

Als u doorklikt op ventolin diskus, dan kan u daarna soms op basis van het preferentiebeleid nog een andere ventolin keuze krijgen, zoals in uw voorbeeld de novolizers. In dit scherm van de novolizers heeft u het formularium al verlaten.

**DOAC 's in het formularium sinds juni al beschikbaar in het formularium:**

**Vraag:** er zijn inmiddels een aantal NOAC's beschikbaar die voorgeschreven mogen worden bij AF/ DVT

**Antwoord:** Hoe kan dat u nog niet bemerkt heeft dat de DOAC's sinds juni al opgenomen zijn in de formularia voor atriumfibrilleren en diepe veneuze trombose tot 80 jaar?

In november bespreekt de formulariumcommissie of de DOAC's ook boven de 80 jaar opgenomen worden in deze formularia. Het probleem daarbij is dat DOAC's afgeraden worden voor kwetsbare patiënten door de NHG, maar dat is maar deels leeftijdsafhankelijk.

**RE: Rogier Gerritsen:** Ik zal het aan dr Sernee doorgeven! (ik kreeg dit alleen maar door van de huisarts ☺, wij als apotheek werken niet met dit formularium)

**RE MNiessink:** u kan als apotheker via formulariumbeheer van Pharmacom classic ook zien wat er in het formularium staat.

**RE Rogier Gerritsen:** Ik heb me nog niet in het Formularium verdiept.., maar huisarts Sernee deze mail nog even laten lezen: Hij zegt dat het klopt dat jullie de DOACS hebben opgenomen, maar alleen Pradaxa, en niet de andere 3, terwijl daar ook veel voor te zeggen is.

**RE MNiessink:** Die staan er wel in, maar bij de alternatieven.

Het 1<sup>e</sup> formulariumscherm wordt compact gehouden, door van elke therapiegroep ("gelijkwaardige middelen") slechts één middel te tonen. Dus van bijna elke regel kan u alternatieven en doseervarianten opvragen.

Als men niet weet hoe te zoeken naar alternatieven en doseervarianten is het formularium onbruikbaar.

Markeer Pradaxa, klik daarna op menu en klik op alternatieven.

**Bij diastolisch en systolisch hartfalen geen ander voorschrijf beleid:**

**Vraag:** Betreft meldingsnummer: 2281493 Onderscheid K77 in systolisch en diastolisch  
In het diagnostisch dossier kunt u wel een onderscheid maken met het volgende element: type hartfalen:

**Nieuwe klantvraag:**

Ik begrijp dat de ICPC code hetzelfde blijft. Maar het medicamenteuze advies moet gesplitst worden in diastolisch of systolisch hartfalen. Deze keus moet gemaakt kunnen worden in medicom, anders worden verkeerde keuzes gemaakt tav starten medicatie. Bij DM krijg je ook verschillende keuzes als je medicatie wil voorschrijven, het zou dus moeten kunnen.

**Antwoord:** In de NHG standaard Hartfalen van Hartfalen, M51, juli10 staat, onderstaande [is ook te vinden in de infotxt van dit formularium]:

*MEDICAMENTEUZE BEHANDELING systolische of gecombineerde systolische+diastolische disfunctie. Voor diastolisch hartfalen is van geen enkele behandeling aangetoond dat deze de morbiditeit of mortaliteit vermindert.*

*DIASTOLISCH HARTFALEN wordt in principe op dezelfde manier behandeld als systolisch hartfalen. Alleen dient de introductie van diuretica voorzichtiger te gebeuren in verband met het risico van hypotensie en een te geringe vullingsdruk in de linkerventrikel. Er is nog geen onderzoek naar de effecten van B-blokkers bij diastolisch hartfalen bekend. B-Blokkers en non-dihydropyridine calciumantagonisten, bijvoorbeeld verapamil, kunnen echter bij diastolische disfunctie de verhoogde hartfrequentie verlagen en zo de diastolische fase verlengen en lokale ischemie voorkomen. Digoxine wordt niet van voordeel geacht bij diastolisch hartfalen.*

Op grond hiervan hebben we in 2010 in de vergadering van de formulariumcommissie besloten geen aparte deelformularia systolisch en diastolisch hartfalen te maken, zeker ook omdat er ook nog een mengtype bestaat en ook omdat zelfs cardiologen deze indeling maar bij een minderheid van de patiënten gebruiken.

We zijn nu 7 jaar verder, in mijn regio heb ik nog geen apart medicamenteus beleid voor de verschillende types hartfalen kunnen ontdekken.

**Nitrofurantoïne bij vrouw 7 dagen i.p.v. 5 dagen bij relevante comorbiditeit:**

**Vraag:** Onjuist voorschrift via formularium. Voor een jonge vrouw met urineweginfectie zonder weefselinvasie en geen andere risicogroepen wordt bij voorschrijven via formularium furabid voor 7 dagen ingevoerd. Dit hebben wij niet eerder gezien, het moet 5 dagen zijn. Hoe kan dit?

**Antwoord:** Het formularium houdt ook rekening met onderstaande co-morbiditeiten en contra-indicaties.

ICPC	Omschrijving	ICPC	Omschrijving	ICPC	Omschrijving
T99.01	Immuundeficiëntie	W78.00	Zwangerschap: bevestigd	T90.00	Diabetes mellitus
U05.02	Urineretentie	W81.00	Toxicose/(pre-)eclampsie	T90.01	Diabetes mellitus type 1
U85.01	Polycystische nieren	W81.02	Toxicose/preeclampsie	T90.02	Diabetes mellitus type 2
U88.00	Glomerulonephritis/nefrose	W81.03	HELLP-syndroom		
U95.00	Urolithiasis (alle vormen/lokalisaties)	W84.00	Zwangerschap met verhoogd risico		
U99.03	Obstructieve en reflux-uropathie/hydronefrose				

Dus bij het Niet-medicamenteuze advies voor de arts (met een \* er voor) staat bij deze patient: "Risico patient?"

Bij de andere staat Diabetes=Risico of Zwanger=Risico...

Bij de Risico patiënt ? met vraagteken zal u zelf moeten beslissen of er inderdaad echt sprake is van risico-patiënt, zoals niersteen, cyste nieren, immuundeficiëntie etc.

Zo ja, dan een kuur van 7 dagen, zo nee, dan 1x toets F8 (of klik op knop Terug) en kies handmatig de juiste patiëntgroep zonder co-morbiditeit en u kan dan wel een 5-daagse kuur voorschrijven.

Het formularium kan bij deze co-morbiditeiten dus wel waarschuwen wel/niet 7 daagse kuur, maar kan niet 100% beslissen wat de goede kuurlengte is. Zelf ook nog even nadenken dus. Naar aanleiding van uw melding heb ik het formularium gewijzigd bij een UWI bij een patiëntgroep met vraagteken. Vanaf taxen november zal u (net als bij nierinsufficiëntie) niet meer de knop terug hoeven te gebruiken, maar staan de therapieën met de kortere kuren inclusief Fosfomycine er ook bij [voor als er bij nader inzien de co-morbiditeit niet 'zo zwaar weegt'].

**Neusspoeler voor zoutwater:**

**Vraag:** kan misschien de rhino-horn in het formularium. Ik adviseer die altijd en met succes, mn bij sinusitis.

**Antwoord:** Antwoord Focie. De formulariumcommissie heeft na wikken en wegen besloten om de rhino-horn toe te voegen, maar uitsluitend als alternatief in de therapiegroep Fysiologisch zout, nasaal.

PM: De Rhino Horn Junior is een neusdouche voor kinderen van 4 t/m 12 jaar. Daarnaast is er een Rhino Horn neusdouche voor volwassenen. Er is een doseerschema voor gemaakt. Dus < 4jaar kan er geen neusspoeler voorgeschreven worden. Bij kno-winkel.nl vond ik nog NasoFree met nasaalspoelzout, hier zie ik geen leeftijd beperkingen. Deze zou evt. toegevoegd kunnen worden aan dit doseerschema, maar nog niet gedaan.

Wat ik verder uit deze tabel moet opmaken, laat zich raden ;-)

Criteria voor effectief neusspoelen	Spooien met volume (150-250ml)	Opwaarts gerichte irrigatie-stroom	Inspuiten met licht positieve druk	Irrigatie in hoek van 45°	Makkelijk reinigen
Physiomer 	X	X	✓	X	✓
Rhinohorn 	✓	X	X	X	✓
Rhnicur 	✓	✓	✓	✓	X
Nasopure 	✓	X	✓	X	✓
NasuClear 	✓	✓	✓	✓	✓
NasoFree 	✓	✓	✓	✓	✓

## Formularium o.b.v. NHG standaard

### Atriumfibrilleren en Veneuze Trombo-Embolie (VTE)

**Infobron:** 1. Diepe veneuze trombose en longembolie NHG-Standaard (2e partiële herziening)\_HW60, blz.515

2. Atriumfibrilleren NHG-Standaard\_(3e partiële herziening)\_HW60, blz.489

3. Advies DOAC's in geactualiseerde NHG-standaarden Af en DVT, H&W60, sept17, blz.460.

Nogmaals de DOAC's: in de geactualiseerde NHG standaarden AF en DVT (alleen te vinden op de website H&W...?) Hierbij zijn de aandachtspunten bij voorschrijven DOAC gewijzigd.

**OD:** Nieuw Oraal Anticoagulans NOAC: apixaban, dabigatran, rivaroxaban.

ALLEEN indien aan alle volgende voorwaarden wordt voldaan:

- leeftijd <80jr (arbitrair);
- relatief weinig comorbiditeit;
- goede nierfunctie (eGFR > 50ml/min);
- goede therapietrouw.

NOAC's ABSOLUUT GECONTRA-INDICEERD bij:

- mechanische kunsthartklep;
- reumatische mitraalklepstenose.

**NIEUW:** Wees terughoudend met het gebruik van een DOAC bij:

- patiënten met een verminderde nierfunctie (eGFR < 50 ml/min). Verwijs patiënten met een eGFR < 30 ml/min die toch met een DOAC wensen te starten, naar de tweede lijn;
- kwetsbare ouderen vanwege de kans op gastro-intestinale bloedingen, met name bij degenen met een dergelijke bloeding in de voorgeschiedenis;
- mogelijk slechte therapietrouw; omdat bij gebruik van een DOAC INR-controles niet nodig zijn, dient de huisarts er zeker van te zijn dat de patient therapietrouw is. Een strikte inname op vaste tijdstippen is noodzakelijk. De patient moet het belang van therapietrouw kennen en over voldoende motivatie en cognitieve vermogens beschikken om de tabletten volgens voorschrift in te nemen, zo nodig ondersteund door een medicijnrol of medicijndoos.

**Besluit formulariumcommissie:** Op dit moment kan vanaf 80jaar geen DOAC voorgeschreven worden. Kwetsbare patient is niet hetzelfde als 80 plus. Dit is laatste is een beslissing die aan de voorschrijver over gelaten moet worden. Dus de leeftijd begrenzing van 80 jaar wordt opgeheven. Een NMA 'Cave: terughoudend met DOAC bij kwetsbare patient' wordt toegevoegd.

### Bacteriële huidinfecties, herzien.

**Infobron:** herziene NHG standaard bacteriële huidinfecties, M68, mei17

- Diverse deelformularia zijn herzien.
- Erythema migrans, hidradenitis suppurativa en traumatische (bijt)wonden en wondinfecties worden niet meer besproken in deze standaard, maar in de gelijknamige NHG- Behandelrichtlijnen.
- Omwille de uniformiteit wordt azitromycine niet meer als macrolide geadviseerd bij penicilline allergie.

[Noot27: Omwille van uniformiteit in de NHG-Standaard kiest de werkgroep voor claritromycine of clindamycine bij penicilline-overgevoeligheid.]. In de therapiegroep Macrolide zijn derhalve de doseerschema's Azitromycine

en Erytromycine verwijderd en therapiegroepen Lincomycine met doseerschema Clindamycine overal toegevoegd.

- Geen aparte therapiegroep macrolide voor zwangere meer nodig, omdat Claritromycine niet meer gecontra-indiceerd is tijdens de zwangerschap.
- In de vergadering van 7juni17 werd Deelformularium Cellulitis besproken. Hier werd beweerd dat Clindamycine gecontra-indiceerd is tijdens de zwangerschap, maar dat blijkt niet zo te zijn. Volgens FK alleen op strikte indicatie, vlgc CM Clindamycine geen 1<sup>e</sup> keus, alleen gebruiken bij falen penicillines en macroliden.  
Op basis hiervan zijn ook bij veel andere deelformularia van bacteriële huidinfectie de aparte patiëntengroepen zwangerschap verwijderd en bij Clindamycine werd de opmerkingregel gewijzigd in "Bij o.a. pen.allergie en 3e keus" (3<sup>e</sup> keus na Flucloxacil en Claritromycine). NB: De NHG standaard noemt Clindamycine in adem met Claritromycine als alternatief bij pen.allergie, maar o.b.v. CM beter voorstellen als 3<sup>e</sup> keus.
- Ook het besluit van juni17 om een **niet** NHG advies Claritromycine toe te voegen als zelfbehandeling bij recidiverende cellulitis komt te vervallen. Dat wordt dan Clindamycine als 2<sup>e</sup> keus.
- Bij diepe bact.huidinfecties 7 of 10-14daagse kuren en bij oppervlakkige bact.huidinfecties 7-daagse kuren.
- In NHG standaard eczeem wordt bij impetiginisatie verwezen voor AB keuze naar de NHG standaard bacteriële huidinfecties, dus ook DF Geïmpetiginiseerd eczeem aangepast. Hier is sprake van een oppervlakkige huidinfectie, dus 7 daagse kuren. Clindamycine optie toegevoegd.
- In NHG standaard niet-traumatische knieklachten (noot27) wordt voor de behandeling van een infectieuze bursitis verwezen naar de NHG standaard bacteriële huidinfecties, dus ook DF Infectieuze bursitis aangepast.  
Hier is sprake van een diepe huidinfectie, hier de 10-daagse kuren gekoppeld en de 7-daagse kuren verwijderd. Clindamycine optie toegevoegd. Volgens de FoCie is een Bursitis te vergelijken met diepe infectie, zoals cellulitis (10dgn).
- Nieuwe DF zijn:
  1. Abces, incisie bij risicogroep. NB: hier bestaat geen ICPC voor (S10 of S11?)
  2. Impetigo, frequente recidieven (wat frequente recidieven zijn wordt niet omschreven)
  3. Karbunkel
  4. Panaritium, met directe toegang via ICPC S09.02
  5. Perianaal abces, met directe toegang via ICPC D95.03
  6. Sinus pilonidalis abces, met directe toegang via ICPC S85.00
- Geen DF gemaakt voor Necrotiserende wekedeleninfectie (voorheen: fasciitis necroticans) en SSSS = Staphylococcal scalded skin syndroom, omdat deze aandoeningen wel beschreven worden, maar er wordt geen behandeladvies voor gegeven.
- DF Profylaxe bij ingreep +gewrichtprothese, is niet nieuw, maar nu wel NHG standaard als infobron, plus nieuwe indicatie omschrijving
- SA en/of MRSA-dragerschap, geen apart DF Stafylococcus dragerschap behandeling ongecompliceerd/gecompliceerd MRSA-dragerschap gemaakt, zoals besproken in de vergadering van juni17. Wel in de NMA's en in de infotekst van "Cellulitis-recidiverend, Furunculose-recidiverend en Impetigo-frequente recidieven" in de infotekst informatie opgenomen over behandeling hiervan vlgc de SWAB richtlijn 2012 Behandeling MRSA dragers.
- Alle NMA's en infoteksten herzien.

## Diagnostiek Huidplek: huidkleurig en niet-huidkleurig, nieuw

**Infobron:** NHG standaard Verdachte huidafwijkingen, M108, juni17

- NMA's met adviezen voor de nadere diagnostiek nadat 1 van de 4 groepen gekozen is, tevens welke tabel geraadpleegd kan worden voor de plaatjes en of een stansbiopt of excisie biopt is aangewezen en met welke marge.
- Behandeling door de huisarts is mogelijk bij actinische keratose, basaalcelcarcinoom zonder hoogrisicokenmerken en ziekte van Bowen zonder hoogrisicokenmerken. Voor deze 3 aandoeningen zijn aparte formularia gemaakt, maar dat is dus pas **na** de diagnose!

## Actinische keratose, herzien

**Infobron:** NHG standaard Verdachte huidafwijkingen, M108, juni17

- De NMA voor arts herzien (nu duidelijker omschreven "doe geen excisie")
- nu ook NMA's voor de patiënt.
- In therapiegroep Cutaan cytostaticum staat ook nog Imiquimod, Farmacotherapeutisch kompas noemt beide middelen wel in één adem.....
- Het advies over nabehandelen van de erosie met fusidinezuur staat niet in de standaard. In de standaard staat notabene dat de patient evt. eerder moet stoppen met die 4 wkn efudix behandeling: "*bij actinische keratose evt. korter als de huid eerder erosief is*".

**Besluit formulariumcommissie:**

- Fusidinezuur creme wordt verwijderd maar deelformularium Impetigo wordt erbij gezet, zodat Fusidine via deze diagnose evt. een nabehandeling kan zijn.
- Volgens FK een corticosteroid creme overwegen bij heftige irritatie...maar dit advies wordt niet toegevoegd.
- Imiquimod wordt verwijderd, omdat de NHG standaard dit niet vermeldt als therapiekeuze.
- Voor bescherming/nabehandeling wordt een indifferente creme toegevoegd.

## Basaalcelcarcinoom zonder hoogrisico vlg PA, nieuw

**Infobron:** NHG standaard Verdachte huidafwijkingen, M108, juni17

- NMA voor patiënt zelfde als bij BSC en actinische keratose.
- Ook hier wordt Imiquimod verwijderd uit de therapiegroep Cutaan cytostaticum.
- Voor bescherming/nabehandeling wordt een indifferente creme toegevoegd.

## Ziekte van Bowen zonder hoogrisico, nieuw

**Infobron:** NHG standaard Verdachte huidafwijkingen, M108, juni17

- NMA voor patiënt zelfde als bij BSC en actinische keratose.
- Ook hier wordt Imiquimod verwijderd uit de therapiegroep Cutaan cytostaticum.
- Voor bescherming/nabehandeling wordt een indifferente creme toegevoegd.

## Duizeligheid, herziening.

**Infobron:** Herziene NHG standaard Duizeligheid, M75, juli17

Zie ook: [www.kenniscentrumduizeligheid.nl](http://www.kenniscentrumduizeligheid.nl)

DF Draaiduizeligheid direct gekoppeld aan H82.03

DF Z.v.Menièr direct gekoppeld aan H82.01

DF Vasovagale klachten direct gekoppeld aan A06.00

DF Orthostatische klachten direct gekoppeld aan K88.00

- NMA Brandt-Daroff oefeningen staan nog bij de alternatieven, maarr nergens meer vermelding hierover in deze herziene richtlijn.  
<> PM: H&W nr.9, blz 436 ev. "Waarom wordt draaiduizeligheid niet vaker behandeld": Hier worden de Brandt-Daroff oefeningen 5dd wel beschreven en ook naar thuisarts.nl hiervoor verwezen. De Epley is echter wel effectiever.  
12okt17: Thuisarts.nl heeft Brandt-Daroff oefeningen verwijderd en heeft nu een filmpje met Epley door arts , maar ook door patiënt zelf.  
Het NMA over Brandt-Daroff oefen advies wordt verwijderd.
- Betahistidine medicatie werd verwijderd bij Z.v.Menièr
- Artikel "Bètahistine bij draaiduizeligheid" H&W juni2017, blz. 307 vermeldt: "voor een kleine groep, met name oudere patiënten met ernstige klachten die niet reageren op bewegingsoefeningen of deze oefeningen niet kunnen uitvoeren, zou bètahistine voorgeschreven kunnen worden en mogelijk effectief kunnen zijn. Dit zou in de laagste dosering die het Farmacotherapeutisch Kompas voorschrijft, namelijk 3 dd 8 mg, gegeven kunnen worden, voor de duur van ten hoogste drie maanden".  
Maar omdat de NHG standaard dit niet vermeld, wordt de Betahistidine (nog) niet voor de oudere patiënt hierbij gezet.

## Formularia o.b.v. NHG behandelrichtlijn

### 4x Nieuw DF voor Formularium Wond (specifiek - farmacotherapie)

**Infobron:** NHG-Behandelrichtlijn Traumatische wonden en bijtwonden, april 2017

- **Bijt-wond**
- **Bijt-wondinfectie**
- **Traumatische (schaaf)-wond**
- **Traumatische (schaaf)-wondinfectie**

Vervallen deelformularia: Profylaxe infectie (bijt)wond en Schaafwondinfectie.

- Net als NHG standaard 1<sup>e</sup> keus Flucloxacilline of Augmentin en pas bij pen.allergie keuze Macrolide of Doxycycline en 3<sup>e</sup> keus Clindamycine (2<sup>e</sup> keus als CI voor Doxy zoals <12jr of zwanger).
- Indien behorend tot de risicogroep, dan altijd tetanusvaccinatie onafhankelijk van vaccinatie status.
- Indicatie voor AB-profylaxe bij traumatische wond en bijtwond is verschillend. Ook bij wondinfectie en bijtwondinfectie is het AB beleid verschillend.
- Alle infoteksten en NMA herzien

### Lyme-Borreliose, herziening.

**Infobron:** Behandelrichtlijn\_tekenbeet\_en\_erythema\_migrans\_2017

1. Azitromycine als alternatief toegevoegd bij AB-profylaxe na tekenbeet pat.groep 9-999jr.
2. NMA's herzien.
3. Omschrijving DF Profylaxe Lymeziekte/Preventie Tekenbeet gewijzigd in "Preventie na tekenbeet (AB-profylaxe?)".
4. DF Preventie tegen tekenbeet preventie toegevoegd. DEET kan nl. ook helpen tekenbeet te voorkomen. DEET verwijderd uit DF Preventie na tekenbeet (dan ben je al gebeten ;-))
5. Tot 9 jaar komt overeen met =<8jaar, dit is ivm doxycycline....

### Chalazion / Hordeolum, herzien

**Infobron:** NHG-Behandelrichtlijn Chalazion en hordeolum, juli 2017

**ICPC:** F72.00 gekoppeld aan hoofdformularium en F72.03 aan DF Chalazion en F72.02 aan DF Hordeolum.

- Chalazion: NMA herzien en uitgebreider en de ampul met water voor injectie verwijderd, want verdunnen kenacort is niet de bedoeling.
- Infoteksten chalazion: uitleg intralesionale injectie en incisie&curettage en hoe de verdoving gedaan moet worden.
- Hordeolum: NMA's en infoteksten herzien. Nieuw is het advies verbod op lokale AB tot 2wkn en na 2wkn evt. wel lokale AB te overwegen, maar dan wel in hoge dosering, 1druppel elke 2-3uur. Maar omdat 8-12dd druppelen wel erg lastig is in de nacht, wordt er nog een combinatietherapiegroep gemaakt met zalf voor de nacht.

### Deelformularium Reisziekte/Kinetose (misselijk/braken), herzien

**Infobron:** NHG behandelrichtlijn Reisziekte, mei2017

- Medicatie alleen bij ernstige klachten.
- Niet-sederende antihistaminica zijn niet werkzaam bij reisziekte.
- Cinnarizine heeft lichte voorkeur, dus deze masker 1 gegeven (dat was 3)
- Patientgroep zwanger toegevoegd en dan alleen meclozine.
- Cinnarizine is gecontra-indiceerd bij Parkinson.
- Infoteksten en NMA's herzien
- Scopolamine pleister alleen bij langdurige preventie.

### Hyperhidrose, herziening.

**Infobron:** NHG-Behandelrichtlijn Hyperhidrose, mei 2017

ICPC:

A09 gekoppeld aan hoofdformularium Hyperhidrose

A09.01:Gelocaliseerd overmatig zweten aan DF primaire/lokale Hyperhidrose

A09.02: Nachtzweten gekoppeld aan DF secundaire/gegeneraliseerde Hyperhidrose.



- Formularium Transpiratie, overmatig zweten komt te vervallen, ook de deelformularia Hyperhidrosis en Zweetvoeten.
- Geen Clonidine meer als orale behandel keuze (behalve opvlieger zweten), hiervoor in de plaats Oxybutynine. Dit Doseerschema is nieuw en off-label, ondanks dat alleen orale doseringen worden beschreven, aanvankelijk toch ook de pleister toegevoegd aan dit doseerschema. De Focie besluit om de pleister te verwijderen uit dit doseerschema, omdat de richtlijn alleen de orale toediening vermeldt.
- Nieuw hoofdformularium Hyperhidrose en nieuwe deelformularia primaire/lokale hyperhidrose en secundaire/gegeneraliseerde Hyperhidrose.
- De huid moet goed droog zijn bij aanbrengen aluminiumzouten, anders ontstaat irritatie, deze irritatie kan verzacht worden met indifferente zalven of zelfs kortdurend hydrocortison crème. Er is ook een NG Aluminiumchloride product: Odaban®, maar de commissie vindt dat dit product verwijderd moet worden.

## Haaruitval / Alopecia, herziening.

**Infobron:** NHG Behandelrichtlijn Alopecia, juli 2017

- Deelformularium Alopecia diffusa tgv telegeen effluvium is nieuw.
- Medicamenteuze mogelijkheden alleen bij alopecia androgenetica in bescheiden mate en bij de vrouw is minoxidil 'off-label'.
- Alle NMA's en infoteksten zijn herzien. NB: Veel infotext en weinig formularium...
- Finasteride is getest bij mannen tussen 18 en 40 jaar, daarom is dit doseerschema vanaf 45 jaar geblokkeerd. In de bijsluiter staat dit overigens niet. Wordt niet vergoed, kost 40 euro/maand.

## Formularia o.b.v. andere bron

### Scoliose, nieuw.

### Tarsale tunnel syndroom, nieuw.

### Metatarsalgie van Morton, nieuw

---

## Doseerschema / therapiegroep.

### FLUCLOXACILLINE, nieuw

Infobron: Op basis herziene NHG standaard Bacteriële huidinfecties  
500mg 4dd en bij kind 40mg/kg/dag in 3dd (max. 1500mg/dag), 7 en 10dagen.

### Clindamycine, nieuw

Infobron: Op basis herziene NHG standaard Bacteriële huidinfecties.  
600mg 3dd en bij kind 20mg/kg/dag in 3dd (max. 1800mg/dag), 10-14 dagen.  
KF: Oraal, 1 maand tot 18 jaar: 8-25 mg/kg/dag in 3 - 4 doses, max: 1,8g/dag

### Comb.NSAID+maagprot, koliek bij HVZ, nieuw

Voor patientgroep 70+ met co-morbiditeit HVZ in formularium Koliek en Urinesteenlijden.  
Hierbij eenmalige DICOFENAC injectie en tbv voortzetten NSAID pijnstilling hierna verder gaan met oraal/rectaal NAPROXEN of IBUPROFEN.

PM: alle andere formularia hebben in de patientgroep 70+ met HVZ de therapiegroep Comb. NSAID+ maagprotectie bij HVZ.

---

## Diversen / Literatuur

### September:

#### PrEP\_Pre-ExpositieProfylaxe tegen HIV\_HW\_juni17

Pre-expositieprofylaxe tegen hiv (PrEP) met Emtricitabine/tenofovir. PrEP mag door de huisarts voorgeschreven worden, kost 550/mnd bij contin gebruik en wordt niet vergoed.

De Nederlandse PrEP-richtlijn stelt dat PrEP al additionele preventie een optie is voor mensen met een 'ubstantieel risico'. Dat zijn met name de volgende groepen:

- MSM en transgenders die de laatste zes maanden anale eks zonder condoom hebben gehad met een partner van wie de hiv-status onbekend was of die een detecteerbare *vira/load* had;
- MSM en transgender die de laatste zes maanden een anale soa hadden;
- MSM en transgender die de laatste zes maanden postexpositieprofylaxe (PEP) kregen.

#### Besloten wordt om hiervoor een formularium voor te gaan maken.

2 inname chema's, een voor dagelijks en een voor intermitterend gebruik. Intermitterend gebruik is geschikt voor mensen die incidenteel een hoger risico lopen, bijvoorbeeld op een partyweekend waar ze verwachten meerdere keren eks te zullen hebben. Bij intermitterend gebruik neemt de gebruiker 2 tot 24 uur voor de mogelijke blootstelling aan hiv 2 tabletten in, vervolgens zolang de seks duurt elke 24 uur 1 tablet en daarna 24 en 48uur na afloop nogmaals 1 tablet.

### November

#### Clopidogrel verdient voorkeur bij CVA-TIA\_PW aug17.blz16.pdf

De behandelingen met acetylsalicylzuur plus dipyridamol [ASA+DP] en met clopidogrel blijken even effectief bij het voorkómen van een tweede cerebrovasculair accident of transient ischemic attack. Wel bestaat bij ASA+DP een groter risico op intracranieële bloedingen en hoofdpijn en maagdarmklachten als bijwerkingen. Clopidogrel verdient daarom de voorkeur.

**De formulariumcommissie wil de Formularia hierop aanpassen.**

#### Palliatieve Sedatie bij kinderen\_HW juli17.pdf

Dit artikel zou gebruikt kunnen worden als infobron basis voor een formularium voor 'Palliatieve sedatie bij kinderen'...

De FoCue besluit echter dat er nog geen formularium voor gemaakt hoeft te worden.

## Verslag vorige vergadering en Actiepunten: aparte bijlage

Commentaar: Graag <2wkn na ontvangst e-mail bericht.

## Vergaderdata 2018

2018	2018 schoolvakanties
<b>Woe 7febr</b>	<b>Herfst</b> Regio midden en zuid: 14 t/m 22 okt 2017 Regio noord: 21 t/m 29 okt 2017
<b>Woe 4apr</b>	<b>Kerst</b> 23 dec 2017 t/m 7 jan 2018 <b>Voorjaar:</b> Regio zuid: 17 t/m 25 febr 2018 Regio midden en noord: 24 febr t/m 4 mrt 2018
<b>Woe 6juni</b>	<b>Mei</b> 28 april t/m 6 mei
<b>Woe 5sept</b>	<b>Zomer</b> Regio noord: 21 juli t/m 2 september 2018 Regio midden: 14 juli t/m 26 augustus 2018
<b>Woe 7nov</b>	Regio zuid: 7 juli t/m 19 augustus 2018