



Redactiecommissie Medicatiebewaking

Notulen vergadering 11 april 2018

1. Opening & mededelingen

- LvG loopt stage bij SHB en neemt eenmalig deel aan de vergaderingen; de vergaderstukken inleidende teksten CYP3A4/CYP1A2 komen van haar hand.

2. Verslag vorige vergadering + Actielijst

- Naar aanleiding van de interactie omeprazol – clozapine staat nog de vraag open of een risicofactor uitsluitend opgenomen wordt als deze beslissend is voor de afhandeling. Naschrift: Er is in 2012 een herziening geweest met betrekking tot het opnemen van risicofactoren en andere BOS-IA-tekst gerelateerde zaken. Voor deze herziening is een aantal criteria toegepast voor het opnemen van risicofactoren. Een criterium voor opname van een risicofactor was inderdaad dat deze moet kunnen beïnvloeden welke afhandeling er gekozen wordt. Dit criterium is later niet heel strikt opgevolgd omdat er meer factoren mee kunnen spelen bij het kiezen van een afhandeling en omdat er in sommige gevallen interpretatieverschillen bestonden. Vraag blijft hoe we risicofactoren willen gebruiken, beslissend voor de keuze van afhandeling en/of ter informatie voor de prognose, etc.? Hier zal bij Signaal op maat veel meer aandacht voor komen.
- Bij het voorleggen van de nieuwe structuur van hoofdstuk CI 106/107 bleek er tevens vraag te zijn naar informatie over niet-beoordeelde geneesmiddelen. In het dialyse-project zijn alleen geneesmiddelen beoordeeld die bewaakt worden bij de contra-indicatie nierfunctiestoornis. De KNMP heeft aangegeven dat er niet verwacht wordt dat dialyse een klinisch relevant effect heeft op de klaring van geneesmiddelen die slechts beperkt renaal geklaard worden. Dit betekent niet direct dat deze middelen veilig gebruikt kunnen worden. Eventueel kunnen de adviezen uit handboeken zoals The Renal Drug Handbook overgenomen worden. Hier wordt echter vaak een slag om de arm genomen, zoals "use with caution". Aan de deskundigen wordt daarom voorgelegd hoe we hier praktisch mee om kunnen gaan.

3. PharmaPartners

- a. OBS/Digitale signaallijst
EA meldt dat de nieuwe signaallijst momenteel als pilot bij een aantal testapotheken gebruikt wordt. De BOS-MBJ koppeling en filtering zitten hierin verwerkt. Dit najaar wordt de lijst waarschijnlijk uitgerold.
PharmaPartners is ook bezig met het opnemen van BOS-MBJ in de online receptcontrole. Signalen die daar nagekeken zijn zouden dan verdwijnen uit de signaallijst, zodat er geen dubbel werk verricht hoeft te worden.
- b. PharmacomSmart
JB licht PharmacomSmart toe: nieuwe medicatiebewaking volgens Signaal op maat van Health Base gecombineerd met procesoptimalisatie stappen. De huidige medicatiebewaking wordt vervangen in de eerste twee delen en wordt verder geoptimaliseerd met case finding, realtime triggers en de aflevercoach. Een signaalreductie van 90% wordt beoogd. Veel ideeën zullen nader uitgewerkt worden met een special interest group (SIG). Zodra er

voldoende commitment is, word in mei de beslissing genomen of het ingepland wordt voor dit jaar.

4. G-update

- a. Januari
 - Geen opmerkingen
- b. Februari
 - Geen opmerkingen
- c. Maart
 - JT vraagt in hoeverre er actie wordt ondernomen bij CI 33: cumarines. RCMB: dit kan een relevant signaal zijn bij een EU, omdat huisartsen het ook nog wel eens voorschrijven. Conclusie: signaal handhaven, maar bij voorkeur alleen bij EU cumarine.

5. Memo voorstel aanpassing BOS-tekst IA 277

- De afhandeling is goed zoals voorgesteld. Beleid dient verder te worden afgestemd met de voorschrijver en/of allergoloog.
- Het is wenselijk om – indien mogelijk – meer informatie opnemen in de aanvullende tekst over wanneer het signaal relevant is: verschil non-selectieve vs selectieve betablokkers, dosering bij selectieve betablokkers, etc.

6. Memo propyleenglycol bewaking kinderen

- Het vrije info veld wordt waarschijnlijk over het hoofd gezien. Het wordt alleen getoond bij het kiezen van het product en verschijnt bijvoorbeeld ook niet op de signaallijst. Andere bewakingsvormen zijn niet specifiek genoeg.
- Er wordt nog toegelicht dat er twee vormen van bewaking van geneesmiddelen op leeftijd/dosis zijn: de minimale leeftijd en de doseringscontrole. De minimale leeftijd is geen "harde" blokkade maar kan doorgeënterd worden. Als er naast de minimale leeftijd ook een doseringscontrole is ingevuld, wordt deze echter niet getoond.
- Het is niet mogelijk om in de doseringscontrole rekening te houden met de werkzame stof én de hoeveelheid propyleenglycol. Daarnaast zijn de twee bewakingsvormen leeftijd/dosis niet specifiek genoeg; de standaard tekst kan niet worden gespecificeerd met informatie over propyleenglycol.
- Hoewel er bij rondvraag wisselende aandacht voor is (geen aandacht versus controle via FPZ-etiketten) zijn er geen signalen dat er veel overdoseringen van propyleenglycol worden gemist. Apothekers die nu controleren verrichten zelden interventies. Tevens geeft RB aan dat kinderartsen zich sterk bewust zijn van de totale hoeveelheid propyleenglycol bij kinderen, zeker bij combinatie van verschillende dranken.
- Conclusie: vooralsnog geen bewaking opnemen.

7. Memo inleidende teksten farmacogenetica

- De materie is complex. Ter ondersteuning is er een inleidend hoofdstuk farmacogenetica beschikbaar in Commentaren Medicatiebewaking.
- Bij CYP3A4 is er veel aandacht voor andere factoren (waaronder interacties) die vaak zwaarder wegen dan het CYP3A polymorfisme. Dit geldt ook voor de polymorfismen van andere CYP-enzymen. Er wordt daarom verzocht om meer informatie over CYP-polymorfismen bij bijvoorbeeld interacties op te nemen. Dergelijke clustering van signalen zal bij Signaal op maat een rol kunnen krijgen.

8. Memo IA clozapine – omeprazol

- Bij de vorige vergadering werd gevraagd naar andere CYP1A2-inductoren die mogelijk een interactie kunnen hebben met clozapine en substraten van CYP1A2 waarmee omeprazol een interactie zou kunnen hebben. Clozapine wordt al bewaakt met inductoren (die niet per se specifiek zijn voor CYP1A2) in IA 206. De Flockheart tabel noemt nog meer CYP1A2-inductoren, gebaseerd op preklinisch onderzoek. Hoewel de Flockheart tabel hierdoor geen primaire bron is, is er alsnog gezocht naar klinisch bewijs voor een eventuele interactie met

clozapine. Er is geen literatuur hierover beschikbaar. Er is ook geen literatuur beschikbaar voor een interactie tussen omeprazol als CYP1A2 inductor en CYP1A2 substraten. Er is hierover een korte paragraaf opgenomen in de interactie.

- Hoewel het juist is, blijft de risicofactor niet-roken lastig te begrijpen. Er wordt hier al uitleg over gegeven in de tekst, meer lijkt op dit moment niet haalbaar.

9. Memo afhandeling IA 136

- De RCMB geeft aan dat simvastatine lang niet altijd vervangen wordt door een andere statine. Patiënten zijn gewend aan hun geneesmiddel en het gaat goed met monitoren. Deze optie zal daarom weer opgenomen worden.
- De RCMB mist een splitsing bij de afhandeling "Bij start simvastatine" waarbij simvastatine wel gemakkelijk vervangen kan worden. Dit wordt opgenomen.

10. Memo complexe doseerinstructies

- De RCMB geeft aan dat het wenselijker is om wél een etikettekst op te nemen met een uitgebreid (complex) gebruik dan het niet opnemen van een etikettekst vanwege een kans op beperkte begrijpelijkheid. Bij het ontbreken van een doseercode voor bijvoorbeeld Emesafene gaan assistentes zelf etiketteksten typen. Dit brengt als risico met zich mee dat dit foutgevoelig en niet consistent is en dat bij herhalen van het recept niet alles mee wordt gekopieerd.
- Middelen met meerdere indicaties maar waarvan één de meest gebruikelijk is, zouden wel in aanmerking moeten komen voor een gestandaardiseerde doseercode bijvoorbeeld Emesafene: wordt in de praktijk uitsluitend gebruikt voor misselijkheid tijdens de zwangerschap, anders worden andere anti-emetica toegepast. Dit is belangrijker dan criterium 2.
- Criteria vóór het opnemen van doseercodes worden gemist.
- Het missen van informatie bij complexe doseerinstructies wordt niet als 'belemmerend' ervaren. Bij het zelf typen van etiketteksten gebeurt dit ook. De voorkeur gaat dan uit naar een uniforme doseercodes.
- De RCMB zal daarom moeten oordelen over het opnemen van complexe doseercodes.

11. Nieuw IA urologische anticholinergica – enzyminductoren

- Spasmolytica zijn in principe gemakkelijk onderling uitwisselbaar, waardoor dit middel ook bij het starten van een enzyminductor vervangen kan worden.
- De RCMB geeft aan dat het prettig is als de alternatieven genoemd worden in de BOS-tekst. Als dit past wordt het opgenomen.

12. Nieuw IA guanfacine – enzyminductoren

- De RCMB geeft aan dat het prettig is als de aanbevelingen omtrent het verhogen van de dosering van guanfacine opgenomen worden in de BOS-tekst ipv alleen de aanvullende tekst. Vraag is wel of dit te specifiek is, aangezien dit alleen berust op aanbevelingen van de fabrikant. Er wordt besloten om het specifieke advies op te nemen als er ruimte voor is, anders wordt er verwezen naar CM/de aanvullende tekst.
- KT stelt een vraag over de term "klinisch effect" in het algemeen (niet specifiek voor deze interactie): wordt dit voldoende begrepen of moet dit nader gespecificeerd worden? De RCMB geeft aan dat de term goed geïnterpreteerd kan worden.

13. Nieuw IA guanfacine – enzymremmers

-

14. Prioritering IA's

- In het algemeen wordt er opgemerkt dat het wenselijk is om veelgebruikte eerstelijnsmiddelen hoger te prioriteren. Prioriteit A krijgen daarom simvastatine/lovastatine+dabigatran, letrozol+diltiazem, desmopressine+paroxetine, diltiazem+tamsulosine. Sitagliptine + ACE-remmers krijgt ook prioriteit A, hierover heeft in februari 2017 een artikel in NPFO (in PW) gestaan.

- In het algemeen wordt ook aanbevolen om de interacties met status niet-beoordeeld van de KNMP hoger te prioriteren dan Nee/Nee.

15. Rondvraag en sluiting

- (Ingekorte) verslagen van de RCMB kunnen nagelezen worden op de website van Health Base <https://www.healthbase.nl/over-health-base/redactiecommissies/>
- JT vraagt of de taxebrief wordt gelezen. Dit gebeurt wisselend, terwijl de RCMB vindt dat er wel relevante informatie instaat (bijv. nieuwe doseercodes, wijzigingen in bewaking/BOS-tekst). De huidige communicatieroutes zijn daarvoor niet geschikt. De RCMB wil daarom de taxebrief per e-mail ontvangen.
- LB vraagt of er bezwaar is tegen het aanpassen van huidige benaming van CI 71 'CVA (TIA/herseneninfarct)' naar 'TIA/herseneninfarct. Dit is dan in lijn met CI 71 'hersenenbloeding' (waar ook geen CVA wordt genoemd). De RCMB vindt dit een goed idee en heeft geen bezwaar.

Presentie

Aanwezig	Rogier Larik René Dull Ron Bartels Mark van der Steen Guus Jaspar Kim Loan Pham Marijn Zeemeijer Marlou van Gils Marya Verwegen Véronique Staal-Tapper Kayan Tsoi Justine van Tongeren Leonie Bogaard Linda van Gool Jorrit Bezaan (PP) Edwin van Aalten (PP)
Afwezig	Vesna Eimermann Sander Borgsteede Marleen Olthoff Anneleen Janssen