



# Verslag Redactiecommissie Formularium

Woensdag 19 september 2018

## Presentie

**Aanwezig:** Gerlof/Irma/, Wouter/Bart, Marten, Qvinny

**Afwezig:** Reinier, Han, Monique/Patrick, Joris/Swen

## Opening en mededelingen

- Handtekeningen accreditatie.  
afzeggingen: Patrick, Han, Joris en Swen en Monique.
- Besluit is gevallen: de "lokale centrale formularia" tellen niet mee bij formulariumgericht voorschrijven.
- Herziening verkeersdeel name categorie informatie in formularium = gereed. Er is veel veranderd sinds de eerste keer in 2008, dat deze informatie in het formularium geïmplementeerd werd.
- ICPC1, versie 6, 2018 nieuwe ICPC koppelingen aan formularia zijn gereed.
- Enquête FoCie? komt via e-mail.
- Formularium heeft nog steeds niet de gevraagde 2 knoppen en ook de dubbele schuiver bestaat nog en de 400-regel limiet.
- Reglement Redactie commissie Formularium-FoCie, versie juli18 ivm de AVG.
- Aktiepunt: Graag de informatie van de patroonpennen controleren.

## Aktiepunten

### Aktiepunten voor de formulariumcommissie

Actiepunt	Naam	Status
Document "Wensenlijst Functionaliteit" formularium nieuwe versie.	Allen	1 juni besproken en 16 juni 16 verstuurd naar CAM en CAP namens alle leden van de FoCie.
<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.	<b>Allen</b>	Eerst werving leden protocollencie afwachten. Begin 2018 ?
M.b.v. Aftreedschema commissieleden zittingstermijn focie leden en voorzitter bewaken.	<b>voorzitter</b>	9nov17: excel bestand is herzien.
De informatie tekst van de patroonpennen controleren	<b>allen</b>	19sept 2018

### Aktiepunten FoCie voor afdeling huisartsen

18apr18: DF Eosinofiele oesophagitis maken in F. Therapie na diagnose met gastroscopie.	<b>Marten</b>	
8nov17: NHG vragen naar de onderbouwing over 1week doorbehandelen bij orale candidiasis.	<b>Marten</b>	
11nov15: standaard antwoord opstellen voor meldingen van fabrikanten.	<b>Marten</b>	
Chronische medicatie hoeveelheid wijzigen van 15 naar hoeveelheid in één doosje (28/30 stuks)	<b>Loes/Marten</b>	14sept16: Loes zoekt uit of het 'gevoel' klopt dat dit aktiepunt 'klaar' is.

Nov 2015: Infotekst maximum 400regels. Tooltje nodig in Pharmabase of aanpassen Medicom	<b>Marten / IT SHB / PP</b>	nov16: samen met ict Health Base uitgezocht dat het 800regels moeten worden en dit ook doorgeven aan PP. <b>Is nu onderhanden bij PP....</b>
<b>Controle:</b> • Formularium Rabies: 1x per jaar telefoon nummers controleren in de LCI richtlijn. • F.Palliatieve zorg; 1x per jaar co op website adressen.	<b>Marten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laatste Rabies tel.nr. controle: 14febr18 en besteltekst herzien.</li> <li>• F.Palliatieve zorg, controle website adres: 14febr18 aangepast.</li> </ul>
• 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>Marten</b>	Laatste controle jan 2016

## Meldingen

### **Isotretinoïne orale dosering aangepast**

**Vraag:** De casus: Een huisarts heeft bij een jongen van 67kg volgens formularium Ernstige acne, vervolgbehandeling isotretinoïne voorgeschreven. Bij keuze tot 80kg stond op masker 1 2dd20mg en dit is dus voorgeschreven. De jongen kreeg erge bloedneuzen, kwam bij een dermatoloog terecht en die liet de huisarts weten dat deze dosering véél te hoog is.

Zijn verzoek (eis): De lagere doseringen landelijk op masker 1 en de hogere doseringen op masker 2 en 3. Ik heb even met hem meegekeken in Medicom en Kompas, het Kompas geeft 0,5mg/kg/dg, dus deze dosering klopt wel voor de bovengrens van het gewichtscohort.

**Antwoord:** start dosering is vlg. NHG standaard 0,5mg/kg en onderhoudsdosering 0,1-1mg/kg. In dit geval was start dosering dus 0,6mg/kg. Ik heb telefonisch contact gehad met de heer Andeweg en de startdoseringen iets verlaagd. Dus 40-60kg start met 20mg en 60-80kg start met 30mg en 80-100mg start met 40mg. Dus onderin het gewichtscohort is de start dosering dan nu precies 0,5mg/kg, maar bovenin lager dan 0,5mg/kg. Overigens kunnen ook met deze doseringen bijwerkingen optreden. Zoals trombopenie en neusbloeding.

### **Zinkoxide smeersel 1<sup>e</sup> keus bij intertrigo:**

**Vraag:** Onderwerp: formularium: zinksulfaatvaselinecreme bij intertrigo?

Ik kreeg zojuist een vraag van een medicom-arts die als voorkeur (enige optie) zinksulfaatvaseline creme kreeg bij intertrigo via zijn "F4" (ik neem aan dat hij het formularium bedoelt) . Ik zou daar tenminste (ook) zinkoxide smeersel verwachten. Ik kan niet helemaal nagaan of de arts alles helemaal goed gedaan heeft of dat we misschien lokaal iets afwijkend ingevoerd hebben (voor zover ik weet onderhouden we geen lokaal formularium), maar als we dat niet hebben zou ik zeker zinkoxide smeersel als eerste keus willen laten zien.

**Antwoord:** Bedankt voor de melding. Ik heb vorige maand wijzigen aangebracht in Luiereczeem (mycotisch), Luiereczeem (eczeem) en Intertrigo en daarbij was de volgorde van de zinksmeersels voor één van deze formularia wel goed, maar voor de andere per ongeluk niet. Ik heb het aangepast. Overigens stond bij de alternatieven de zinkoxide smeersel wel en kon dus gewoon voorgeschreven worden.

Ik adviseer u dan ook om na te vragen en te bespreken in uw eerstvolgende FTO overleg of de voorschrijvende artsen weten wat doseervarianten en alternatieven zijn in het formularium. Zie de helpkaart (bijlage).

### **Nitrofurantoin 7 dagen kuur kan soms verkeerd zijn door CI 005 of actieve zwangerschaps episode:**

**Vraag:** In Medicom bij het voorschrijven van medicatie via formularium bij ongecompliceerde UWI bij vrouwen: wordt het volgende voorgesteld door het formularium:

UWI zonder weefselinvasie, geen risicopatient; 1e keus nitrofurantoin 100mg en 50 mg gedurende 7 dagen. Dit is volgens de NHG-standaard gedurende 5 dagen. Kan dit gewijzigd worden?

**Antwoord:** Het formularium hoeft niet aangepast te worden, maar prima dat u in de gaten houdt of het advies wel klopt. Het formularium houdt rekening met co-morbiditeiten en denkt dat uw patiënte in verwachting is. Kijk eens of er nog een actieve episode zwangerschap in het epd staat (W78, W81, W84) of dat de Contra-Indicatie 005 Zwangerschap nog aan staat. Als u het epd hierop aanpast. Dus de zwangerschap episode op niet actief zetten en de CI 005 verwijderen, dan zal het formularium wel de 5-daagse kuur voorstellen.

***De diskus staat bij de alternatieven, novolizer heeft nu masker 1:***

**Vraag:** Als ik een nieuwe astma na overleg met de huisarts een inhalatiecorticosteroid wil voorschrijven via het formularium kom ik uit bij beclometason novolizer. Wij hebben altijd als eerste keus fluticason dosisaerosol of discuss gehad. Is dit veranderd? Heb ik een wijziging in de standaard gemist? Graag hoor ik van u.

**Antwoord:** De NHG standaard is niet veranderd, maar wel de voorkeur van de formulariumcommissie. De novolizer is moderner dan de discuss en het inhaleren verloopt makkelijker. Wijzigingen in het formularium worden beschreven in de verslagen van de formulariumcommissie, die uw huisarts per e-mail ontvangt.

In het verslag van de Formulariumcommissie van november 2017 kan u op blz.5 lezen

[De novolizer is nieuwer en beter dan de 'verouderde' discuss. De commissie besluit om de poederinhalator te handhaven voor de leeftijd >7jr, maar alle doseerschema's met een novolizer worden voortaan anders gemaskerd. De discuss 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.](#)

U bent niet gedwongen onze voorkeur voor de novolizer te volgen. U kan nog steeds de discuss voorschrijven, die staat bij de doseervarianten, net als voorheen de novolizer bij de doseervarianten stond.

***Doelmatig voorschrijven en formulariumgericht voorschrijven:***

**Vraag:** Onderwerp: Doelmatig voorschrijven 2018\_uitvraag formularium. Kan u ons laten weten wat we moeten antwoorden op onderstaande email van de zorgverzekeraar. Wij werken met Medicom als HIS, soms schrijf je uit je hoofd voor uit het NHG formularium, soms via Healthbase (omdat je in Medicom via het formularium voorschrijft). Healthbase komt grotendeels overeen met NHG voorschriften, maar niet altijd...

Wat dien je nu op te geven? Voor jezelf besluiten hoe je het meeste voorschrijft, uit je hoofd of via de toets in Medicom, en dus HealthBase? Bepaalt het HIS wat er wordt doorgestuurd of dit gebaseerd is op de NHG richtlijnen of op de Healthbase Medicom? Of bepaalt Nivel hoe ze er naar gaan kijken: of dat via de NHG richtlijnen gaat of via Health Base van Medicom? Bij de zorgverzekeraar wordt de vraag niet begrepen lijkt...het zal waarschijnlijk niet heel veel verschillen, maar hoor graag jullie reactie.

\*\*\*\*\*

Beste relatie, Vanaf 2018 beoordeeld Zilveren Kruis het doelmatig voorschrijven op basis van "Formularium gericht voorschrijven". Dit is het aantal eerste voorschriften van een medicijn binnen het formularium, gedeeld door het totaal aantal eerste voorschriften. Onlangs heeft de LHV een Q&A Doelmatig Voorschrijven 2018 gepubliceerd op haar website. Wij adviseren u om deze goed te lezen. De link naar de Q&A vind u hier: <https://www.lhv.nl/veelgestelde-vragen>  
Gebruikt u een ander formularium dan het NHG formularium meldt dit dan voor 3 augustus 2018 aan [naleving.dzg@zilverenkruis.nl](mailto:naleving.dzg@zilverenkruis.nl)

Wij gaan standaard uit van een berekening op basis van het NHG formularium omdat de meeste huisartsen hiermee werken. Alleen wanneer u met een ander formularium werkt vragen wij u dit te melden. Vermeld naast het formularium van keuze ook de AGB en naam van uw praktijk in de mail. U kunt kiezen uit een aantal formularia die volgens het Nivel geschikt zijn voor beoordeling:

- NHG

- Health Base (Medicom)
- Nijmegen
- FTO Asten
- Mijnstreek
- Groningen
- SOFA

Heeft u nog vragen? Meer informatie over doelmatig voorschrijven vindt u op onze website. U kunt ons daarnaast ook altijd bereiken via [naleving.dzg@zilverenkruis.nl](mailto:naleving.dzg@zilverenkruis.nl)

\*\*\*\*\*

**Antwoord:** Met het NHG formularium wordt vreemd genoeg (vind ik) het Prescriptor/Digitalis formularium bedoeld...zoals dat aan Promedico en andere HIS'sen gekoppeld is.

Het antwoord dat u kan geven is dus: "het Health Base formularium".

Formulariumgericht voorschrijven betekent alleen maar dat de medicatie ergens in een formularium moet staan. Dus zelfs amoxicilline bij PDS is goed, terwijl amoxicilline uiteraard niet in formularium PDS staat, maar wel bij acuut hoesten !.

Een stap verder is formulariumconform voorschrijven = juiste middel voor de indicatie....maar zover is het nog niet! PharmaPartners is nu nog maar net begonnen met het maken van een tooltje, die kan uitrekenen welk percentage van uw voorschriften met de eerste uitgifte t.o.v. het totaal aantal eerste voorschriften in het formularium staan.

PP denkt dit tooltje in november gereed te hebben en dan kan u hiermee met terugwerkende kracht per kwartaal van 2018 de cijfers aanleveren bij de zorgverzekeraar.

Leest u de LHV nieuwbrief bijlage maar, dan ziet u dat het allemaal niet zo spannend is , maar wel ingewikkelder dan de LHV eerst dacht ;-)

<p>Vanaf 1-1-2018 hanteren CZ, VGZ, Menzis en Zilveren Kruis één indicator voor doelmatig voorschrijven: <i>het aantal eerste voorschriften van een medicijn (op ATC-code niveau) binnen het formularium / (gedeeld door) het totaal aantal eerste voorschriften.</i></p>
---

Nogmaals. Als een medicijn in het Health Base formularium staat en niet in Prescriptor, dan heeft u toch formulariumgericht voorgeschreven, als u maar opgegeven heeft, dat u gebruik maakt van het Health Base formularium. Het Health Base formularium bevat meer keuzes dan Prescriptor, want wij willen een NHG-plus formularium aanleveren (dus dat er vaker voor de desbetreffende ICPC code een formularium beschikbaar is). Desalniettemin als u wat tegen komt, waar u het niet mee eens bent, dan graag aan mij doorgeven [formularium@healthbase.nl](mailto:formularium@healthbase.nl) , door interactie met de gebruikers kan het formularium alleen maar beter en vollediger worden.

**PS:** het is wel bijzonder dat ZilverenKruis "doelmatig voorschrijven" uitlegt als "formulariumgericht voorschrijven", want eigenlijk zijn dit twee verschillende prestatie-indicatoren.

### ***Nitrofurantoin 7 dagen kuur kan soms verkeerd zijn door CI 005 of actieve zwangerschaps episode::***

**Vraag:** In ons systeem, Medicom, geeft het formularium bij voorschrijven medicatie bij ongecompliceerde UWI het voorschrift nitrofurantoin 50 mg, 4d1t, 21 st(=7 dgn), terwijl dit vlg de NHG standaard 5 dgn moet zijn. Zou u dit aan kunnen passen?. Ik heb reeds gemaïld met de NHG, zij geven echter aan dat dit via Pharmapartners aangepast dient te worden.

**Antwoord:** Het formularium hoeft niet aangepast te worden, maar prima dat u in de gaten houdt of het advies wel klopt, want zo moet het ook. Het formularium kan nl. niet 100% foutloos werken en het therapie voorstel moet toch nog even door u zelf beoordeeld worden voordat u een akkoord geeft. Het formularium houdt rekening met de co-morbiditeiten en denkt dat aan de hand van actieve episodes of contra-indicaties dat uw patiënt(e) in verwachting is, of diabetes mellitus heeft of dat er sprake is van een afwijking aan de urinewegen of dat er sprake is van een immuunstoornis. Want volgens de NHG standaard moet de kuur dan wel 7 dagen zijn.

Controleer u dus de probleemlijst en ingestelde contra-indicaties en pas zo nodig aan, dan zal het formularium wel de 5-daagse kuur voorstellen en als daar geen aanpassing nodig is, dan is het dus

juist goed dat het formularium u er op wijst dat de kuur 2 dagen langer moet, zoals de NHG in die gevallen in de standaard adviseert.

***Miconazol creme wordt niet vergoed, maar is toch 1<sup>e</sup> keus:***

**Vraag:** Vanmorgen kreeg ik de vraag van een huisarts waarom miconazolcreme niet werd vergoed. Volgens het Medicom-formularium is dit eerste keus bij dermatomycose. Medicom zou aangeven dat dit middel zou worden vergoed door de zorgverzekering. Echter, kunnen wij miconazolcreme niet indienen bij de zorgverzekering. Mijn vraag is op het klopt dat medicom aangeeft dat de miconazolcreme wordt vergoed?

**Antwoord:** In het EVS / formularium van Health Base staat vrijwel nooit vermeld of een geneesmiddel vergoed wordt. Van miconazol is al heel lang bekend, dat het niet vergoed wordt, dus dat wordt als algemeen bekend verondersteld. Maar desondanks is het toch eerste keus, omdat het volgens de NHG standaard beter werkt dan ketoconazol. De richtlijn bepaalt de keuze van een geneesmiddel en of het wel of niet vergoed heeft daar geen invloed op. Het gaat dan om het beste middel voor de desbetreffende aandoening. Als buiten het formularium om voorgeschreven wordt via de geneesmiddelen tabel, dan is er wel informatie over vergoeding te raadplegen.

***Sinecatechinszalf blijft 4<sup>e</sup> keus bij condylomata accuminata:***

**Vraag:** Ik kwam in de H&W van augustus een artikel tegen over groene thee extract en genitale wratten, zie bijlage. In het formularium hebben wij de Sinecatechinszalf als advies 4 staan, misschien moeten we dit in de formularium commissie nog eens herevalueren nav dit artikel.

**Antwoord:** In de praktijk blijkt, dat het niet vergoed wordt en erg duur is.

Kun je informatie over vergoeding en huidige prijs meenemen naar de vergadering?

[Diverse bronnen\Genitale wratten en groen thee extract\\_HW-aug18.pdf](#)

Dit onderzoek is gedaan door de fabrikant zelf en wordt als niet overtuigend beoordeeld.

Overigens is geen herziening van de infobron SOA consult, M82 (sept13) hierover, blijft dus nog steeds de laatste keuze optie.

***Mono en trichloorazijnzuur bij wratten wordt afgeraden volgens behandelrichtlijn NHG:***

**Vraag1:** het valt me al een tijd op dat in het formularium wratten nog steeds monochloorazijnzuur op de eerste plaats staat voor de behandeling van voetwratten ondanks het advies van het NHG Behandelrichtlijn wratten, 2016. Kan dat aangepast worden conform de behandelrichtlijn?

**Antwoord:** Behalve de behandelrichtlijn zijn er in Huisarts&Wetenschap na het verschijnen van deze behandelrichtlijn ook artikelen verschenen waarin juist de voorkeur gegeven wordt aan monochloorazijnzuur. Zie hiervoor vooral de bijlage "Wratten\_kleine kwaal\_dec16". Om hieraan tegemoet te komen en ook omdat TCA en MCA niet overal even goed verkrijgbaar is, werd besloten om beide middelen in het formularium te vermelden.

Iedere arts kent wel de hardnekkige wrat, waarbij een alternatief geprobeerd wordt, daarom is de keuze in het formularium groter dan wat de behandelrichtlijn adviseert. Overigens staat de keuze trichloorazijnzuur bij de alternatieven en dat zal ik veranderen, zodat MCA en TCA beide in het eerste scherm in beeld komen.

**Vraag 2.** ik heb destijds deze discussie met veel interesse gevolgd, omdat onze praktijk net in dat najaar juist het gebruik van MCA wilden gaan implementeren. Inderdaad erg moeilijk verkrijgbaar, dat was hobbel 1, en daarna in H&W tegenstrijdige berichten (tegelijkertijd in 1 H & W!) waarna uiteindelijk het NHG-advies gebleven is om zowel MCA als TCA niet te gebruiken. (zie ook jouw tweede bijlage, waarin het advies van het NHG anders is dan het advies van de auteurs van jouw eerste bijlage).

<https://www.nhg.org/actueel/nieuws/herziene-behandelrichtlijn-wratten-mca-niet-meer-aanbevolen>

Daarom verbaast het me, dat als ik via het formularium salicylzuurzalf wil voorschrijven, dat dat MCA en als alternatief TCA als eerste keus vermeld staan. Ik snap dat je ze er niet helemaal uit laat, omdat in een hardnekkig geval je iets anders wil kunnen vinden in het formularium, maar eerste keus lijkt me niet meer op zijn plaats.

Ik ben al jaren een groot fan van het gebruik van het formularium in Medicom, en ik ben blij dat ik via het formularium ook alternatieven kan kiezen.

Maar omdat de module Doelmatig Voorschrijven dit jaar berekend wordt op het voorschrijven via een formularium en dat daarbij gemeten wordt hoeveel eerste voorschriften overeenkomen met de NHG-richtlijnen, vind ik het bezwaarlijk als in het formularium andere middelen als eerste keus staan aangegeven, dan de NHG richtlijnen beschrijven: het gemak van het gebruik van het formularium is nou juist dat ik niet steeds tijdens het spreekuur in standaarden of richtlijnen hoeft te kijken wat de eerste keus is, ik ga er namelijk van uit dat het formularium klopt. (gelukkig is dat praktisch altijd ook zo: soms zie ik iets onverwachts en dan blijkt inderdaad een richtlijn al aangepast te zijn zonder dat ik dat al had gelezen, of een gelijkwaardig eerste keus middel toch net weer goedkoper te zijn!)

**Antwoord2:** Het was overigens ook in de huidige versie niet de bedoeling om de indruk te geven dat MCA/TCA eerste keus is. Afwachten op natuurlijke genezing en cryotherapie staan bovenaan.

Ook al geeft de volgorde van boven naar beneden vaak de indruk dat hier sprake is van 1e en 2e en 3e keus, dan is dat hier en ook in andere formularia niet de bedoeling. Gelijkwaardige keuzes kunnen met de huidige software niet naast elkaar gezet worden zoals in die beslisboom, dus zal er altijd een soort praktijkgerichte van boven-naar beneden indeling ontstaan, maar dit is (nogmaals) niet hetzelfde als keuze volgorde (tenzij dit vermeld wordt).

Het Health Base formularium is geen één op één kopie van het NHG-formularium. We willen op basis van andere infobronnen ook alternatieven toevoegen (Zelfs een promovendus vond in 2014 MCA ook effectiever dan Cryo+Salicyl. Zie bijlage). Ik heb MCA en TCA nu onderaan gezet en in de opmerkingsregel vermeldt "Geen NHG".

Verder hoeft u zich geen zorgen te maken over het doelmatig voorschrijven, omdat afwachtend beleid en cryotherapie meestal afdoende zijn. TCA en MCA wordt gereserveerd voor de hardnekkige wratten met veel klachten en dat komt maar weinig voor en zal getalsmatig uw cijfers niet beïnvloeden.

En voor formulariumgericht voorschrijven hoeft u zich nog minder zorgen te maken, want het Health Base formularium is een door de LHV erkend formularium (zie LHV nieuwsbrief juni18).

Gisteren werd uw melding besproken in de vergadering van de formulariumcommissie.

De commissie wil toch beide meningen van zowel de behandelrichtlijn als het boek Kleine kwalen (2016) in dit wratten formularium handhaven.

Hieronder in het kader kan u zien, wat er gewijzigd is om aan zowel de mening van u als van de commissie tegemoet te komen.

De infotekst werd gewijzigd naar;  
MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Gewone en handwratten: Volgens NHG behandelrichtlijn N2 of SALICYLZUURZALF 40% of een combinatie hiervan als monotherapie niet voldoende effectief is. Volgens boek kleine kwalen (2016) is MCA een alternatief.

Voetzoolwratten: Volgens NHG behandelrichtlijn N2 of SALICYLZUURZALF 40% of een combinatie hiervan als monotherapie niet voldoende effectief is. Volgens boek kleine kwalen (2016) is MCA eerste keus indien beschikbaar.

En de niet-medicamenteuze adviezen werden ook gewijzigd, zodat duidelijk wordt welk advies van de NHG Behandelrichtlijn komt en welke van het boek Kleine kwalen.

Advies arts bij gewone wrat/handwrat

- \* Cryotherapie of Salicyl 40% zalf volgens NHG
- \* Als onvoldoende effect>Combi N2+Salicyl vlg's NHG
- \* MCA is een alternatief vlg's boek 'Kleine kwalen'
- \* Behandelduur max 3mnd elke 1-2wk

Advies arts bij voetwrat

- \* Cryotherapie of Salicyl 40% zalf volgens NHG
- \* Als onvoldoende effect>Combi N2+Salicyl vlg's NHG
- \* MCA heeft de voorkeur vlg's boek 'Kleine kwalen'
- \* Behandelduur max 3mnd combi N2+ASA of MCA

En verder staat de therapiegroep Mono- en Trichloorazijnzuur nu onder de Salicylzuur zalf.

## Formularium o.b.v. NHG standaarden

### Pijn, M106, juni 2018

Infobron: NHG standaard Pijn, M106, juni18

Beetje stiekem blijkt een herziening te zijn verschenen van de NHG standaard Pijn, M106, juni18: dit keer ontbreekt helaas het kader "wijzigingen". Geen publikatie in H&W hiervan in juni.

Wel 2 artikelen in H&W juni: "Voorkom onnodig gebruik van cannabis en opioïden, Herziening NHG-Standaard Pijn" en "NHG-standpunt cannabis".

1. Wijziging NHG standaard Pijn betreft vooral "Opioïden effectief bij pijn door kanker, maar minder effectief bij andere vormen van chronische pijn", Gebruikmaken van de SCEGS-dimensies en elke 2 wkn behandeling evalueren om zo de gebruikperiode te beperken. Opioïden bij voorkeur alleen herhalen na een consult of een behandelplan met controlemomenten".

2. NHG-standpunt Cannabis: Deelformularium Cannabis gemaakt "behandeling met cannabis alleen bij patiënten met pijn in de palliatieve fase bij wie gangbare behandeling niet voldoende helpt of te veel bijwerkingen geeft". "Ook in de palliatieve fase is er onvoldoende bewijs voor pijnreductie, maar patiënten kunnen in deze fase ook baat hebben van de bijwerkingen, zoals euforie, sufheid en tegengaan van misselijkheid".

### Plastic A5 formaat kaartje

#### Nieuw:

Schrijf zo kort mogelijk voor om het risico op bijwerkingen en overmatig gebruik door gewenning en afhankelijkheid te beperken; zie praktische adviezen in hoofdtekst.

Overige behandelingen: Overweeg (proef)behandeling met cannabis alleen bij patiënt in palliatieve fase (na overleg met regionaal palliatief team) als gangbare behandeling ontoereikend is.

#### Oud:

Bij voorkeur niet gebruiken bij chronische pijn door benigne of onbekende oorzaak vanwege risico op verslaving, gewenning en dosisescalatie.

#### Nieuw in hoofdtekst:

\* Schrijf zo kort mogelijk opioïden voor. Vanwege de bijwerkingen en het verhoogde risico op overmatig gebruik door gewenning en afhankelijkheid is terughoudendheid gewenst.

\* Geef geen ibuprofen bij waterpokken of gordelroos, omdat dit ernstige huidcomplicaties kan geven.

#### Oud:

Overweeg opiaten in lage dosering bij contra-indicatie voor NSAID's en onvoldoende effect van paracetamol.

Wijzigingen betreffen vooral adviezen over opioïden gebruik:

Schrijf om het risico op afhankelijkheid van opioïden te beperken alleen bij uitzondering en bij voorkeur kortdurend voor bij chronische, niet aan kanker gerelateerde pijn en dan alleen aan patiënten zonder gevoeligheid voor middelenafhankelijkheid.

Wees terughoudend bij patiënten met psychische aandoeningen. Zie daarvoor de praktische adviezen. Uitgangspunt is het patiëntenperspectief, gebruikmakend van de SCEGS-dimensies.

Opioïden worden gedoseerd op geleide van het analgetische effect. Verhoog bij het ontbreken van een pijnstillend effect niet de dosering, maar stop en probeer een ander opioïd (zie opioïdrotatie) of verwijs. Als de patiënt goed reageert op het opioïd, kan bij gewenning de dosering geleidelijk worden opgehoogd om de gewenste pijnstilling te behouden. Houd om overmatig gebruik van opioïden te voorkomen de dosering bij chronische, niet aan kanker gerelateerde pijn zo laag mogelijk, bij voorkeur onder de **90mg morfine-equivalent per dag**. Bouw zo snel mogelijk weer af.

**Aangebrachte wijzigingen naar aanleiding van deze herziening van de NHG standaard Pijn:**

1. Ibuprofen verwijderd als pijnstiller bij gordelroos (en waterpokken, hiervoor aparte therapiegroep gemaakt "NSAID, pijn, koorts >16jr, geen Ibuprofen" en "Comb.NSAID+maagprotectie,>16jr,-brufen-").
2. Nieuwe NMA's opioïd gebruik voor arts gemaakt:
  - a) NIET dosis verhogen bij geen effect, maar rotatie
  - b) Opioïden minder effectief bij andere chron.pijn dan kanker
  - c) Gebruik SCEG en evalueer elke 2wkn
  - d) Opioïden bij voorkeur alleen herhalen via een consult
  - e) Herhaalrecept opioïd alleen bij behandelplan
  - f) Bij 'niet kankerpijn' max. 90mg morfine equivalent /dag
  - g) Cannabis alleen in palliatieve fase of onvold. effect opioïd

- ⊖ Advies arts bij opiaatagonist, sterkwerk
  - ⊕ \* Bij onvold.effect morfine/byw.->"opioïd-rotatie"
  - ⊕ \* OPIATEN ALTIJD COMBINEREN MET EEN LAXEERMIDDEL
  - ⊕ \* Bij 'niet-kankerpijn' max 90mg equiv.morfine/dag
  - ⊕ \* Verhoog basisdosis 50% als >3x/dag rescue dosis
  - ⊕ \* Rescue dosis opioïd altijd 1/6 dagdosis
  - ⊕ \* NIET dosis verhogen bij geen effect, maar rotatie
  - ⊕ \* Opioïd minder effect by chron.pijn dan bij kanker
  - ⊕ \* Gebruik SCEG en evalueer elke 2wk
  - ⊕ \* Opioïd bij voorkeur alleen herhalen via consult
  - ⊕ \* Opioïd herhaalrecept alleen obv behandelplan
  - ⊕ \* Cannabis alleen als onvoldoende effect opioïd

3. Nieuw Deelformularium Cannabis gemaakt voor F.Pijn bij maligniteiten.  
Hierbij in alle doseerschema's alleen de startdosis ingevuld met verwijzing naar het opbouwschema in de infotekst van het doseerschema.  
Besloten wordt om de cannabis thee therapiegroep masker 1 te geven. Volgens de NHG is de olie sublinguaal makkelijker te doseren, maar de thee is beter verkrijgbaar en makkelijker te begeleiden met de dosering. Verder wordt nog een NMA met masker 1 toegevoegd: "Alleen als gangbare medicatie onvoldoende helpt".
4. De omschrijving Pijn bij maligniteiten hoofdformularium gewijzigd in "Pijn in palliatieve fase / maligniteit".
5. Herziening infotekst stap 4 en 5.

**Diabetes mellitus type2**

Infobron: NHG standaard DM2, M01, juli18, partiele herziening.

1. De paragraaf Bloedglucoseverlagende middelen en de wetenschappelijke verantwoording zijn geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie [Huisarts Wet 2013;56[10]:512-25].
2. Er zijn nu 4 stappen i.p.v. 3, waarbij er in stap 3 en 4 elk twee opties zijn.  
Stap3: continueer MF en SU en voeg 1dd middellangwerkend insuline toe **of** voeg DPP4 of GLP1 toe i.p.v. insuline.  
Stap4: Insuline behandeling 2dd of 4dd **of** Alternatief Stap4: 1dd Insulin+DPP4/GLP1  
Waarbij het overzichtelijker is een apart deelformularium te maken voor Alternatief Stap4: 1dd Insulin+DPP4/GLP1. Deze staat onder Stap4: Insuline behandeling, omdat insuline behandeling bij stap4 de voorkeur heeft.
3. DPP4 en GLP1 zijn alleen een optie voor toevoegen als HbA1C<15 boven de streefwaarde is en staken als HbA1C minder dan 5 daalt. Dan alsnog insuline starten bij stap3.



4. DPP4 en GLP1 mogen niet tegelijk voorgeschreven worden bij stap3 en 4.
5. DPP4 Saxagliptine wordt niet aanbevolen wgs verhoogde kans op hartfalen. Deze werd daarom verwijderd uit deze therapiegroep (THG).
6. GLP-1-receptoragonisten worden vergoed als toevoeging aan 1dd insuline bij BMI>30, maar als geen insuline pas bij een BMI>35. Anno 27 aug 2018 geen verwijzing internist meer nodig voor eerste voorschrift. Huisarts mag nu zelf de artsenverklaring invullen ;-( Zie pdf hiervan in de map Diverse bronnen. Er zijn 2 aparte GLP1-artsenverklaringsformulieren, nl. voor **zonder** insuline en voor **met** insuline.
7. DPP4-remmer: anno 2018 niet vergoed in combinatie met insuline. Dit is een arts \*NMA bij stap4.
8. GLP1 Lixisenatide wordt nog toegevoegd. Liraglutide krijgt masker 1 en Exenatide langwerkend (1x/wk injectie) masker 2.
9. De NHG standaard vermeldt: "Van Dulaglutide en Exenatide (dagelijkse toediening) zijn nog geen CVR gegevens bekend. Er is nog enige onzekerheid over optreden van bijw. op lange termijn (galstenen, retinopathie, schildklier- en pancreascarcinoom). "
10. De Metformine doseerschema's zijn t.o.v. de vorige vergadering toch nog opnieuw iets gewijzigd.  
er zijn 3 verschillende doseeradviezen. Hiermee rekening houdend heeft tot 4 schema's geleid.  
**Metformine, eGFR>50: max.dosis 3G/dag voor eGFR >60**  
**Metformine, eGFR 45-60: max. dosis 2G/dag voor eGFR 45-60**  
**Metformine, eGFR 30-50: max dosis 1,5G/dag voor eGFR 30-45**  
**Metformine, eGFR 10-30: max. dosis 500mg/dag voor eGFR 10-30**  
**KNMP:**  
eGFR: tot 1dd 500mg; eGFR 30-50: 2dd 500mg tot standaard dosering evt. ophogen tot 3dd 1000mg; eGFR >50: standaard dosering evt. ophogen tot 3dd 1000mg  
**NHG:**  
eGFR 10-30: max. 500mg 1dd; eGFR 30-50: 500mg 2 dd# ; eGFR 50-60: 500mg 2-3 dd#  
# = evt. in individuele gevallen op te hogen in overleg met nefroloog.  
**FK 2018:**  
Bij eGFR < 30: geen Metformine. eGFR 30-45: max. 1G in 2-3dd; eGFR 45-60: max. 2G in 2-3dd en eGFR 60-90: max. 3G in 2-3dd.
11. THG Insuline secretagogen werd nu toch weer opgesplitst in een aparte therapiegroep SU-derivaten en een therapiegroep Insuline secretagoog Repaglinide.
12. DF Bij bezwaren/IT/CI voor stap 1-3 werd gewijzigd in een DF **Overige glucoseverlagend middelen** en de toevoeging stap1+2 wordt uit de omschrijving wegegelaten. Dit deelformularium stond direct onder deelformularium Stap 1+2, maar wordt verplaatst onder stap4. Verder werden hierin alle MF,SU, DPP4 en GLP1 verwijderd, want die staan nu al in deelformularium stap 1 en 2 of deelformularium stap3 en 4. In deelformularium "Overige" staan dus nu alleen nog Repaglinide, Acarbose, SGLT2, Pioglitazon.
13. Voor het eerst zijn nu ook de SGL-2-remmers opgenomen in het formularium. Hiervoor nieuwe therapiegroep SGLT2 eGFR>60 en eGFR45-6- gemaakt, met de diverse doseerschema's Empagliflozine en Canagliflozine.
14. SGLT2-remmers: anno 2018 niet vergoed als MF+SU tegelijk in gebruik of in combinatie met insuline. Dit vermeldt in de opmerkingsregel.
15. Alle patroonpennen herzien + naalden + infoteksten welke insuline voor welke patroonpen.
16. DF stap 1 + 2, stap3 , stap4 voorzien van NMA met streefwaarden HbA1C en glucose.
17. Alle infoteksten herzien.

## Formularia o.b.v. NHG behandelrichtlijn

Perniones, wintertenen, winterhanden

Infobron: NHG Behandelrichtlijn Perniones, 2018

- Nu uitsluitend NMA's, die herzien en nu uitgebreider zijn.
- De NMA "Geen effectieve medicamenteuze behandeling bekend" komt bovenaan.
- Therapiegroepen: Medicatie bij Raynaud-Wintertenen (Nifedipine en Losartan) verwijderd en ook THG Smeermiddelen bij wintertenen/perniones (capsaicine cremes).
- Infoteksten herzien.

## Diversen / Literatuur

### [Diverse bronnen\alcoholmedicatie Amethist\\_email 16juni18.docx](#)

Verslavingsarts Amethist, Almere, geeft een opsomming van medicatie bij alcoholafhankelijkheid. Lijkt me nog geen reden voor aanpassingen van het DF Medicamenteuze alcohol terugvalpreventie

### [Diverse bronnen\Antidepressiva SSRI tijdens de zwangerschap\\_HW-juli18.pdf](#)

Acuut stoppen SSRI wordt over het algemeen niet aangeraden. Huisartsen zijn onvoldoende op de hoogte van de multidisciplinaire richtlijn SSRI-gebruik tijdens de zwangerschap.

➔ **Toegevoegde NMA:** \* Als al SSRI gebruikt dan meestal NIET staken

### [Diverse bronnen\Artsenverklaring GLP1 met insuline en apothekerinstructie\\_ZN-30-08-2018.pdf](#)

### [Diverse bronnen\Artsenverklaring GLP1 zonder insuline en apothekerinstructie\\_ZN-30-08-2018.pdf](#)

### [Diverse bronnen\Vergoeding GLP-1-agonist niet meer via specialist\\_27aug18.pdf](#)

Helaas is de artsverklaring nu verplaatst naar de huisarts, maar nog niet opgeheven.

### [Diverse bronnen\Cannabis Bijsluiter-olie-Transvaal apotheek-Den Haag\\_aug18.pdf](#)

Hiervan de startdoseringen overgenomen in de diverse cannabis doseerschema's

### [Diverse bronnen\CHADs-VASc score 0-1 jaarlijks herzien\\_HW-juli18.pdf](#)

Jaarlijks de CHA2DS2-VASc herzien als deze 0 of 1 was bij Atriumfibrilleren ivm antistollings beleid. Lastig om te interpreteren in de dagelijkse praktijk, maar hoofdbehandelaar is wrsch de specialist?

### [Diverse bronnen\Diarree behandeling\\_HW-juli18.pdf](#)

Probiotica laten een gunstig effect zien....

### [Diverse bronnen\Diverticulitis behandeling kan zonder AB\\_HW-juli18.pdf](#)

Het formularium hoeft niet gewijzigd te worden ;-)

### [Diverse bronnen\DM2 Binnen 1 maand van de insuline af\\_HW-juli18.pdf](#)

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

Geen pillendieet, maar een leefstijl op recept! Dat is de toekomst van onze gezondheidszorg.

patiënten met chronische klachten naar de groenteboer en sportschool te verwijzen in plaats van naar de apotheek.

### [Diverse bronnen\E-health vergroot kans op ongelijkheid\\_MC-juli18.pdf](#)

Omdat een grote groep burgers niet digitaal vaardig zijn....

### [Diverse bronnen\Generieke pillen met dezelfde kleur en vorm zijn beter\\_HW-juli18.pdf](#)

Het succes van het generieke huismerk komt omdat deze pillen tenminste wel nog dezelfde kleur, dezelfde vorm en merk hebben. De bekende voorkeur voor oude wijn in oude zakken. Reden waarom het preferentiebeleid zoveel problemen veroorzaakt.

### [Diverse bronnen\Koolmonoxide vergiftiging\\_CO\\_HW-juli18.pdf](#)

Niet eenvoudig om daar aan te denken, symptomen: Hoofdpijn, duizeligheid, vermoeidheid, misselijkheid, overgeven, pijn op de borst, kortademigheid en verlaagd bewustzijn.

[Diverse bronnen\Nieuwe ICPC1 versie 6, versie 2018 codes.docx](#)

Hier een overzicht van de nieuwe ICPC codes. De oude, vervallen codes van versie 5 zijn echter ook nog in gebruik en de conversie moet ook nog gebeuren.

[Diverse bronnen\Onvoldoende melkproductie stappenplan en domperidon HW-mei18.pdf](#)

Domperidon wordt toch weer toegevoegd aan DF Weinig melk; Stimulatie toeschietreflex. Daar staat nu alleen de oxytocine neusspray.

[Diverse bronnen\PGO persoonlijk GezondheidsOmgeving MC aug18.pdf](#)

Per 2020 moet elke patient via pgo kunnen beschikken over zijn/haar eigen gezondheidsgegevens. Er is al heel veel geld in gepompt. Het pgo is idee is de vrucht van de mislukking van het landelijk epd.

Men baseert een besparing van 2 miljard op de aanname dat het massaal online in de gaten houden van de eigen gezondheid zou leiden tot minder arbeidsongeschiktheidsuitkeringen. Deze inschatting is veel te positief.

[Diverse bronnen\Pijnladder-baanbrekend en obsoleet tegelijk Pijncentrum juli18.pdf](#)

In plaats van de 3-traps ladder te volgen moet pijn behandeld worden door direct het geëigende middel te kiezen.

[Diverse bronnen\Slangebeet in NL Costa-Rica hoekje HW-juli18.pdf](#)

Twee puntvormige wondjes zijn een belangrijke aanwijzing. Hoe feller de kleur en hoe opvallender de tekening hoe giftiger de slang is en ook meestal brede kop met die spits toeloopt.

Eerst pinstilling en immobiliseren en vervolgens soort en giftigheid vd slang achterhalen en evt. verwijzen naar de SEH. Het formularium behoeft dus geen wijziging.

[Diverse bronnen\Spurlingtest bij cervicale radiculopathie-nekhermia HW-juli18.pdf](#)

Spurlingtest (hoge specificiteit) helpt bij diagnosticeren cervicale radiculopathie, want de MRI of CT-scan is niet betrouwbaar door de vele fout-positieve uitslagen bij asymptotische mensen. De Upper Limb Neural tests wordt ook beschreven.

[Diverse bronnen\Wondbedekkers nieuwe FTO module FTO.nu-mrt18.pdf](#)

[Diverse bronnen\Wratten NHG-behandelrichtlijn 2016.pdf](#)

[Diverse bronnen\Wratten-kleine kwaal HW59-blz.568 dec2016.pdf](#)

Zie de melding van S. van Haren, 4 september.

## Verslag vorige vergadering en Actiepunten: aparte bijlage

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

### Vergaderdata

<b>2018</b>	<b>2018 schoolvakanties</b>
<del>Woe 7febr</del>	<b>Herfst</b> Noord en Midden: 20 t/m 28 okt 2018
<del>Woe 18apr</del>	Zuid: 13 t/m 21 okt 2018
<del>Woe 20juni</del>	<b>Kerst</b> 22 dec t/m 6 jan 2019
<del>Woe 5sept</del>	
<b>Woe 7nov</b>	

<b>2019</b>	<b>2019 schoolvakanties</b>
<b>Woe 6febr</b>	<b>Voorjaar</b> Noord: 16 t/m 24febr 2019
<b>Woe 10apr</b>	Midden: 23febr t/m 3maart 2019
<b>Woe 19juni</b>	Zuid: 23febr t/m 3maart 2019
<b>Woe 4sept</b>	<b>Mei</b> 27april t/m 5mei 2019
<b>Woe 20nov</b>	<b>Zomer</b> Noord: 13juli t/m 25aug 2019
	Midden: 20juli t/m 1sept 2019
	Zuid: 6juli t/m 18aug 2019
	<b>Herfst</b> Noord en Midden: 19 t/m 27 okt 2019
	Zuid: 12 t/m 20 okt 2019
	<b>Kerst</b> 21dec t/m 5jan 2020