



Verslag Redactiecommissie Formularium

Woensdag 10 april 2019

Presentie

Aanwezig: Bart, Gerlof/Irma, Joris/Swen, Patrick/Monique, Sophie Strumphler, Marten.

Afwezig: Wouter, (Reinier), Han, Qvinny (zw.verlof).

Opening en mededelingen

- Onze nieuwe voorzitter is Bart. Het heeft de voorkeur dat een huisartsvoorzitter is. Er valt wat voor te zeggen om vaker van voorzitter te rouleren, zodat bijvoorbeeld ieder lid in zijn laatste 1-2jaar van zittingstermijn voorzitter is.
- 2 ex-leden zijn benaderd van de RC protocollen, maar heeft geen nieuw lid opgeleverd.
- Ledenwerving advertentie staat nu in pluspunten en moet nog op website komen.
- 'Handdruk' voor vertrekkende leden was tot nu toe altijd een etentje...is dat nog steeds zo?
- Melding SGE over Abasaglar insuline die preferent is bij CZ, Menzis, VGZ, Zorg&Zekerheid en Eno. Voor CZ, menzis en VGZ geldt dit ook voor DM-patienten die reeds zijn ingesteld op een andere insuline Glargine. Omdat het geen landelijke situatie is kan dit door het formularium niet opgelost worden. De enige oplossing voor SGE is lokale afspraken dat abasaglar wordt afgeleverd als en een recept met lantus is of in het doseerschema lokaal Abasaglar bovenaan maskeren.
- NSAID volgorde wijziging van taxe maart met Ibuprofen nu 1^e keus NSAID, behalve bij HVZ dan Naproxen en dit blijkt in de praktijk 'probleemloos' te verlopen.
- Feneticilline (Broxil[®]) suspensie en caps zijn nu ook weer beschikbaar, Feneticilline suspensie kan ook aan de kleintjes voorgeschreven worden (van Fenoxymethylpenicilline=Acipen[®] bestaat geen suspensie), Feneticilline staat nu weer nr.1 in de therapiegroep, maar Fenoxymethylpenicilline staat met masker 1 daaronder. Beide op masker 1 laten we zo omdat Broxil een bijbetaling kent.
- Bij Health Base kwam een NIVEL enquête binnen over toetsing FGV = formularium Gericht Voorschrijven.
- Disclaimer maatwerkformularia: komt eerst nog in de SIE vergadering. De FoCie wil hier tzt toch een gesprek over met Health Base en adviseert dat maatwerk formularia een andere naam moeten krijgen, zoiets als EVS of Voorschrijfadvis voor een beter onderscheid tussen de health Base formularia en de maatwerk formularia, tevens wil men dat de uren die hieraan besteed worden niet ten koste mogen gaan van de ontwikkeling van de Health Base formularia. De cie gaat een brief opstellen hierover.
- Risico-informatie Chinolonen; EMA_CBG-IGJ_BAYER risico-informatiebrief 19mrt19 besproken. Een inventarisatie waar chinolonen 1^e keus zijn in het Health Base formularium is al gemaakt. Maar besloten wordt om het NHG standpunt hierover af te wachten, voordat er wijzigingen worden doorgevoerd.
- Beate Balkestein zal namens de SIE de vergadering van 19juni bijwonen.

Aktiepunten

Actiepunten 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.

2019: Nieuwe leden zoeken: 1 huisarts, 1 apotheker. Commissie grootte 8 leden is voldoende. Ook op andere manieren adverteren dan alleen via pluspunten.	Allen	Actief.
M.b.v. Aftreedschema commissieleden zittingstermijn focie leden en voorzitter bewaken.	voorzitter	13febr19: excel bestand is herzien.
10apr19: De FoCie schrijft een brief aan Health Base met haar bedenkingen over de maatwerkformularen.	Allen	

Actiepunten FoCie voor afdeling huisartsen

Nov18: Nieuwe leden zoeken: 1 huisarts, 1 apotheker. Commissie grootte 10 leden is beter vooral ivm het huidige aftreedschema. Ook op andere manieren adverteren dan alleen via pluspunten.	Marten	begin 2019 met ledenwerving starten en beginnen bij de actieve melders, Pluspunten en ex-leden RCZP.
13febr19: CI Dabigatran en Edoxaban bij morbide obesitas of na bariatrische chirurgie	Marten	14febr19: 1. MB: is nog bezig met achtergrondtekst, nog niet met bewaking CI 116 en 117. 2. niet-medicamenteuze advies "CI Dabigatran/Edoxaban by morbide obees/maagbypass" is gemaakt.
Nov 2015: Infotekst maximum 400regels. Tooltje nodig in Pharmabase of aanpassen Medicom	Marten / IT SHB / PP	nov16: samen met ict Health Base uitgezocht dat het 800regels moeten worden en dit ook doorgeven aan PP. Is onderhanden bij PP....
Controle: • Formularium Rabies: 1x per jaar telefoon nummers controleren in de LCI richtlijn. • F.Palliatieve zorg; 1x per jaar co op website adressen.	Marten	<ul style="list-style-type: none"> • Laatste Rabies tel.nr. controle: 14febr18 en besteltekst herzien. • F.Palliatieve zorg, controle website adres: 14febr18 aangepast.
• IKNL notificatie richtlijn ('het wekkertje'), in de gaten houden of dit wekkertje wel werkt en er wel mededelingen binnen komen. Co 1x per jaar.	Marten	Laatste controle jan 2016

Meldingen

Problemen als beginnende EVS-gebruiker met doseervarianten en alternatieven:

Vraag: We merken in de praktijk dat we vaak niet uitkomen met voorschrijven volgens formularium. Hieronder noem ik een paar dingen waar we tegen aan lopen. Graag zou ik onderstaande voorbeelden aangepast zien. We zijn van uw organisatie afhankelijk voor de prestatie van ZK.

1. Gebruikt iemand antistolling en heeft iemand een vorm van een dermatomycose, bv tinea pedis kan je nu alleen kiezen voor miconazol terwijl dat bij orale antistolling gecontraïndiceerd is.
2. Patiënten met hart en vaatziekten en een indicatie voor een NSAID geef je bij voorkeur geen diclofenac, maar naproxen. Naproxen staat niet bij de NSAID, alleen diclofenac.
3. Perindopril is een ACE remmer met een goede 24 uren dekking en staat niet bij de voorkeuren van uw systeem

4. Bij een indicatie voor verlaging van het cholesterol staat terecht de simvastatine, echter er zou ook een optie moeten zijn; is het LDL met simva 40mg niet

5. Otits externa reageert niet op lokale zure oordruppels met triamcinolon, volgende stap volgens uw formularium is een AB, terwijl een lokaal middels nog steeds te prefereren is, echter staat niet bij de opties.

6. Vit B12 deficiëntie; er staat alleen een optie voor tabletten i.p.v. de vit B12 injectie.

Ik hoor graag van u. Ik heb Zilverenkruis en pharmapartners in de cc gezet, zodat ook zij weten dat we helaas niet altijd uit kunnen komen met uw voorschrijfsysteem.

Antwoord: Ik ben blij dat u deze vragen stelt, omdat uit uw vragen blijkt dat u niet weet hoe u het EVS van Health Base werkt. En dat is erg jammer, want u kan er zoveel gemak van hebben tijdens uw spreekuur, als u dat wel weet. U moet kennis hebben van alternatieven en doseervarianten in het EVS en zonder dat... is het EVS van Health Base inderdaad onbruikbaar.

Met alternatieven wordt bedoeld andere middelen uit de dezelfde therapiegroep met gelijkwaardige werkingsmechanisme.

Met doseervarianten wordt bedoeld de verschillende doseringen van hetzelfde middel.

De reden dat er alternatieven en doseervarianten zijn, komt omdat het formularium schermje klein is en dat hiermee het eerste scherm van een formularium onoverzichtelijk gehouden wordt.

En dan komen we weer uit bij de functionaliteit en niet bij de medische inhoud en over het eerste kan u een melding doen bij Pharmapartners om te verzoeken om hier wat aan te veranderen.

Voorlopig zullen u en ik het met dit kleine schermje moeten doen en zal u nu u weet, dat u bij de alternatieven van een therapieregel uw keuze kan vinden toch zien dat het EVS van Health Base een van de meest uitgebreide EVS's is in Nederland. Het zou kunnen dat uw collega's het ook niet weten. Het lijkt mij zinvol om hier een volledig FTO aan te gaan besteden. Ik kan hier evt. voor zorgen.

Maar verder nu met uw vragen, de medisch inhoudelijke kant van het EVS:

1. In de bijlage staan mijn antwoorden, de reden om dit met een bijlage te doen is, dat de layout door de illustrerende plaatjes nogal eens verloren gaat in een e-mail bericht.
2. Leest u a.u.b. ook de helpkaart formulariumgebruik. Deze is ook te downloaden van onze website.
3. PS: wist u dat u het EVS van Medicom apart voor elke FTO-groep zelf kan aanpassen aan uw eigen voorkeuren, zodat uw eerste keus middelen niet meer hoeft te zoeken bij de alternatieven? Mocht u daar meer over willen weten dan kan u ik u daar meer over vertellen. Schrijf of bel.

En nu de rest van uw vragen:

Vraag1: Gebruikt iemand antistolling en heeft iemand een vorm van een dermatomycose, bv tinea pedis kan je nu alleen kiezen voor Miconazol terwijl dat bij orale antistolling gecontraïndiceerd is.

Antwoord: het klopt dat het formularium niet zo slim te maken is dat het bij gebruik van VKA (Vitamine K Antagonist) zelf een ander antimycoticum voorstelt. Deze functionaliteit zou ik zelf ook wel willen, maar dat kan u als gebruiker bij Pharmapartners melden. Health Base gaat alleen over de medische inhoud. Volgens de NHG standaard heeft Miconazol de voorkeur en kies je alleen een alternatief zoals bij gelijktijdig gebruik van een cumarine. Hieronder laat ik u met plaatjes zien hoe u een alternatief antimycoticum kiest in deze situatie. In de opmerkingstekst achter Ketoconazol ziet u "keuze bij VKA gebruik" staan.

Vraag2: Patiënten met hart en vaatziekten en een indicatie voor een NSAID geef je bij voorkeur geen diclofenac, maar naproxen. Naproxen staat niet bij de NSAID, alleen diclofenac.

Antwoord: Omdat Diclofenac volgens de NHG standaard bij HVZ beter niet voorgeschreven kan worden staat dit als "Niet bij HVZ" opmerkingstekst achter Diclofenac vermeldt. Het is technisch alleen mogelijk geweest om het formularium zo te maken dat bij een leeftijd van 60-70jaar + HVZ comorbiditeit Naproxen eerste keus is en bij >70jaar + HVZ comorbiditeit Diclofenac niet voorgeschreven kan worden.

Bij patiënten tot 60 jaar kon dit technisch niet zo ingesteld worden, maar daar staat in ieder geval nog wel deze opmerkingsregel "Niet bij HVZ".

kies ook hier de **alternatieven**, zodat u Naproxen kan voorschrijven

Er is zelfs een hulp therapieregel gemaakt als geheugensteuntje om u te helpen om de 'veiligste' NSAID te kiezen zoals de NHG standaard aangeeft. Kies hiervoor de **alternatieven** van de 2^e regel "* NSAID keuze bij CV/GI-risico->zie alternatieven".

PS: In de vergadering van de formulariumcommissie van volgende week wordt besproken of Diclofenac zowiezo voortaan nergens meer 1^e keuze zal zijn in de therapiegroepen NSAID. Maar zo ver is het nu nog niet.

Vraag3: Perindopril is een ACE remmer met een goede 24 uren dekking en staat niet bij de voorkeuren van uw systeem

Antwoord: Lisinopril is dat ook, maar ook hier kan u bij de alternatieven diverse andere ACE-remmers kiezen en de doseervarianten van elke therapieregul.

Vraag4: Bij een indicatie voor verlaging van het cholesterol staat terecht de simvastatine, echter er zou ook een optie moeten zijn; is het LDL met simva 40mg niet

Antwoord: Met de doseervarianten van Simvastatine of de alternatieven van Simvastatine kan u zo nodig de LDL extra verlagen met de keuze van stap 2 en 3.

Daarnaast is er een apart Deelformularium "Niet bereiken LDL <2,5mmol/l, stap4" om evt. Ezetimibe te combineren met een statine.

Vraag5: Otitis externa reageert niet op lokale zure oordruppels met triamcinolon, volgende stap volgens uw formularium is een AB, terwijl een lokaal middels nog steeds te prefereren is, echter staat niet bij de opties.

Antwoord: Kies deelformularium "Onvoldoende resultaat na 3wkn behandelen" en dan kan u NB kiezen uit ① Ofloxacin druppels, ② Miconazol oordruppels en ③ een oraal AB. Bij de alternatieven van de Ofloxacin oogdruppels kan u vervolgens ook Polymyxine B en Ofloxacin oordruppels kiezen. De reden dat Ofloxacin oogdruppels 1^e keus zijn, is de prijs en de beschikbaarheid en in een oor mogen oogdruppels ook en andersom niet.

Vraag6: Vit B12 deficiëntie; er staat alleen een optie voor tabletten i.p.v. de vit B12 injectie.

Antwoord: volgens de NHG standaard is heel nadrukkelijk de orale behandeling met vitamine B12 eerste keus. Geen injectie is een gemak voor de patiënt en uw doktersassistente. Nadeel is dat de patiënt dit goedkope middel zelf moet betalen. Maar omdat oraal eerste keus is, heeft de formulariumcommissie besloten de hydroxycobalamine injecties als alternatief in het formularium op te nemen.

Ik schrik ervan dat u blijkbaar verwacht dat een zorgverzekeraar de inhoud kan bepalen van een EVS. Tot nu wordt de inhoud van een EVS bepaald door onze eigen beroepsgroep en onze wetenschappelijke vereniging de NHG. Laten we hopen dat dit altijd zo blijft.

Het Health Base formularium is 1 van de 7 EVS'sen die voldoet aan de eisen van FGV

Vraag: Weet u of in Medicom dezelfde medicatie staat als de medicatie die we moeten voorschrijven voor het formularium gericht voorschrijven van de zorgverzekeraar?

Antwoord: Er zijn 7 elektronische voorschrijfsystemen (EVS) in de verschillende HIS'sen in Nederland. En al deze formularia zijn erkende formularia voor de prestatie indicator "formularium gericht voorschrijven". Zie ook de bijlage LHV nieuwsbrief van 6 juni 2018 en het bericht wat op onze website destijds gestaan heeft en op het bureaublad van Medicom.

Mirena IUD kan vanaf 12 jaar:

Vraag: Het EVS stelt mij niet in staat om bij een 15-jarige een IUD voor te schrijven, moet dus handmatig. Waar is deze keuze op gebaseerd. Verder zie ik staan dat bij nullipara er een echo verricht zou moeten worden voor plaatsing van een IUD. Wat is de reden daarvoor? Ik zie daar niets van in de NHG-standaard uit 2011 staan.

Antwoord: De opmerkingregel bij de Mirena IUD is: "Sondelengte>6cm:Nullipara eerst echo;5jr" Deze tekst is ietwat cryptisch omdat hier slechts 40tekens ruimte voor is.

Deze opmerkingstekst blijkt vooral uit de NHG standaard Het spiraal van 1991 te komen en blijkbaar over het hoofd gezien om deze bij te werken na de 'nieuwe' NHG standaard van 2011.

De nieuwste NHG standaard Anticonceptie [2011] heeft het alleen over een korte lengte in de aparte bijlage "Procedure plaatsing spiraal".

"Bij vrouwen waarbij de uterus bij sondering een korte lengte blijkt te hebben, kan een spiraaltje met een korte stamlengte geprobeerd worden".. Welke lengte dat dan wel is wordt in het midden gelaten...

Echo is niet nodig na ongecompliceerde IUD plaatsing. Het sonderen van de uterus wordt voldoende geacht om evt. afwijkingen van uterusholte en ligging vast te stellen.

In andere bron van een huisartsopleiding vind ik wel ondersteuning dat de sonde lengte 6-9cm moet zijn. De stamlengte van de spiralen blijkt 28-36mm te zijn en de Mirena is een gemiddelde met 32mm?

Wat betreft de minimum leeftijd is het de gewoonte van medicatiebewaking van Health Base als een bijsluiter van geneesmiddel alleen het gebruik voor volwassenen meldt om dan de leeftijd van 16 jaar te nemen. In de NHG standaard en CBG-bijsluiter is geen minimumleeftijd te vinden., alleen vanaf de vruchtbare leeftijd....Vandaar dat lang geleden blijktbaar voor de vertrouwde 16 jaar is gekozen.

In een Huisarts&Wetenschap artikel "hormoonspiraal bij tieners" van maart 2017 wordt dan wel een minimum leeftijd genoemd: "vanaf 10 jaar"!

Conclusie: Ik zal deze opmerkingsregel wijzigen naar: "Sondelengte 6-9cm; registratie 5jr"

De leeftijd zal ik verlagen naar 12 jaar, net als voor de pil.

Ik denk dat het cervixkanaal (portio) ongeveer 2cm lang is, dus met een sonde lengte van 6cm blijft er 4cm uteruslengte over, dus eigenlijk zal elke IUD (28-36mm) wel passen en moet het probleem van een te korte uteruslengte wel een zeldzaamheid zijn.

Omgekeerd vraag ik me af of die contra-indicatie van >9cm wel klopt, want in die bijsluiters staat hier niets over. Dus heb ik dat vorige week aan Bayer gevraagd.

PS: De NHG Rx App blijkt ook alle anticonceptie (ook implanon) ingesteld te hebben op "vanaf 12 jaar" zag ik later, dus vanaf 10 jaar dat komt misschien ooit later nog wel eens...

Antwoord van Bayer m.b.t. Mirena, 27febr19:

De stamlengte van de Mirena spiraal.

Horizontale breedte (tussen de uiteinden van de armen) en verticale lengte zijn beide 32 mm. Mocht u de stamlengte tot onder de horizontale "pootjes" willen weten, dan horen we dat graag.

Welke sondelengte van de uterus is een contra-indicatie voor het gebruik, <6cm en >9cm?

Er is geen standaard sondelengte opgenomen maar wij adviseren inderdaad tussen 6 en 9 cm.

Mirena is niet bedoeld voor gebruik bij meisjes die nog niet menstrueren. Maar is er niet toch sprake van een minimum leeftijd? Wellicht 12 jaar?

Er is geen minimum leeftijd voor de Mirena vastgelegd maar de Mirena is inderdaad niet bedoeld voor gebruik bij meisjes die nog niet menstrueren, zoals vermeld in onze SmPC

In het bijgevoegde artikel uit het H&W staat een minimum leeftijd van 10 jaar vermeld voor IUD's.

Indicatie Clonidine bij opvliegingen is beperkt:

Vraag: 1 van onze huisartsen meldt dat het formularium bij flushes en dan mn clonidine verdwenen is. Wanneer is dit gebeurd? En met welke reden?

Antwoord: Noot39 van de NHG-standaard Overgang M73 van 2012 zegt hierover het volgende:

"Conclusie: bij vrouwen die tamoxifen gebruiken geeft clonidine een vermindering van gemiddeld een opvlieger per dag. Voor vrouwen die geen tamoxifen gebruiken is de effectiviteit van clonidine niet aangetoond".

Met het formularium Overgang zijn we niet zo ver gegaan dat Clonidine alleen bij tamoxifen gebruik geadviseerd wordt. Maar het formularium geeft Clonidine wel alleen maar als keuze als er een contra-indicatie is voor HST. Dus alleen als de patiënt een contra-indicatie heeft zal Clonidine via het formularium voorgeschreven kunnen worden. En omdat deze lijst nogal lang is, zal de arts toch nog relatief vaak Clonidine op het scherm zien, ook al is de werkzaamheid bij niet tamoxifen gebruikster niet aangetoond...

Hoe te starten als FTO-groep met het in gebruik nemen van het Health Base formularium:

Vraag: RCH wil de Regionale Formularia 'in de pen' bij de huisartsen krijgen. Bij Medicom kan dit via Formularium. Kun jij – of een collega- aangeven hoe we dit in samenwerking met jullie kunnen organiseren. Dus eigenlijk is de vraag waar te beginnen en welke stappen te ondernemen?

Antwoord:

1. Allereerst de clusterbeheerder vragen of de praktijken allemaal in de gewenste Medicom FTO groep staan en weten wie de formulariumbeheerders zijn van deze FTO-groep(en)? Lees hiervoor de handleidingen/helpkaarten (zie bijlagen, die ook te downloaden zijn van onze website). Zo nodig aan

Pharmapartners hulp vragen via <https://mijn.pharmapartners.nl> of 088 688 88 00 om de Medicom FTO-groepen te laten aanpassen.

2. De huisartsen dienen bekend te zijn met de inhoud van de helpkaart-formulariumgebruik.pdf (zie bijlage). **De belangrijkste vaardigheid bij het gebruik van de formularium voorschrijf module is het omgaan met alternatieven en doseervarianten van de therapie regels.**

3. Via <https://mijn.pharmapartners.nl>, kan er een elearning "Medicom basis" opgestart worden (klik z.n. op het huisje om dit in beeld te krijgen, zie onder).

Start e-learning op en ga gelijk naar het hoofdstuk medicatie voorschrijven en kies "Nieuwe medicatie voorschrijven via het formularium".

Helaas maakt e-learning gebruik van een vervallen/verouderd formularium urineweginfectie, maar dat maakt voor het oefenen niet uit. Succes.

PS: U kan ook aan Pharmapartners vragen om een klassikale cursus over formulariumgebruik voor de huisartsen. Verder is aan te raden dat de artsen groepen een FTO organiseren over het formulariumgebruik in Medicom (voorbeelden laten zien).

En indien gewenst, kan ik aanwezig zijn bij een dergelijke FTO bijeenkomst om evt. vragen over voorschrijven met het formularium te beantwoorden.

26 februari 2019

Bedankt voor je uitgebreide toelichting. Duidelijk verhaal.

Dus als ik het goed begrijp, dan 'installeren' de formulariumbeheerders het regionale formularium op de verschillende cluster (5 in het geval van RCH)?

Antwoord2:

Het formularium staat al op de eHealth server van Pharmapartners.

De maandelijkse update verzorgen de clusterbeheerders.

De formulariumbeheerders hoeven in principe niets te doen, behalve als hun Medicom FTO groep aangeeft dat zij een lokale wijziging willen van het centraal door Health Base geleverde formularium. Die lokale aanpassingen gelden dan alleen voor die ene Medicom FTO-groep. Vandaar dat het goed is om te weten in hoeveel Medicom FTO-groepen de RCH-huisartsen ingedeeld zijn.

Zodat bekend is of iedere RCH-arts hetzelfde op het scherm ziet staan ;-)

Maar ik raad aan om in de beginfase van formulariumgebruik geen lokale aanpassingen te doen.

Eerst maar eens leren werken met het centrale formularium en alternatieven en doseervarianten.

NB: De meeste huisartsgroepen beginnen nooit aan lokale aanpassingen.

Geneesmiddel keuze is gebaseerd op een richtlijn, niet op basis wel/niet vergoeding:

Vraag: Bij voorschrijven via formularium komt het voor dat het 1e keus middel niet vergoed wordt door de verzekering. 2 voorbeelden: bij rhinitis; gekozen voor Allergodil, de apotheek belt dan omdat patient het middel niet wil of niet komt halen en verzoekt dan anders te kiezen waardoor dit onnodig veel tijd en overleg kost. Voor voorschrijvers zijn kosten ook niet inzichtelijk. Hetzelfde geldt voor nescapine bij hoesten. Dan nog een andere opmerking bij cystitis: 1e keus is nitrofuradantine 4dd 50 mg vanwege therapietrouw zou dat beter 2dd 100 mg kunnen zijn.

Antwoord: 1. Azelastine neusspray is eerste keus volgend de NHG standaard, dus werd het Health Base formularium als zodanig ook zo ingevuld. De NHG betoogd (terecht) dat de keuze voor geneesmiddel niet mag/kan afhangen van of dit wel/niet vergoed wordt. Het Health Base formularium volgt die stelregel en er is ook niet altijd mogelijk om dit te vermelden in het formularium. Bovendien is het onderhoud van dergelijk informatie (omdat dit zo maar kan veranderen) ondoenlijk.

NB: Met uittesten wordt Allergodil neusspray wel vergoed vlg de taxe informatie. En volgens de apotheker leden van de formulariumcommissie klopt dit.

2. Wat betreft de hoestmiddelen, die zijn volgens de NHG standaard alle niet aanbevolen.

Op dit punt wijken we dus af van de NHG standaard. Alle hoestmiddelen van de vorige richtlijn hebben we er toch nog in laten staan, **maar** we hadden besloten om n.a.v. meldingen deze evt. t.z.t.

te gaan te verwijderen.

Uw melding gaat over het ontbreken van informatie over de vergoeding.

Ook hier blijft de stelregel “dat de keuze voor geneesmiddel niet mag/kan afhangen van of dit wel/niet vergoed wordt”.

Antwoord formulariumcommissie: Besloten wordt om de hoestmiddelen [vlgs de NHG standaard: “Niet aangeraden”] te verwijderen uit de formularium. Hoe de verhouding is onder de gebruikers met voor en tegenstanders hiervan blijft gissen. Het betreft 5 therapiegroepen die in 5 formularia staan: Acut hoesten, Kinkhoest, influenza, Pseudokroep en Rinosinusitis. Met taxe mei zijn ze ‘weg’. 3. Nitrofurantoin is bij “UWI zonder weefselinvasie” eerste keus, ongeacht de doseerfrequentie. Nitrofurantoin MGA heeft een voordeel met 2dd doseren, maar was heel lang niet of slechts in bepaalde regio’s verkrijgbaar. In het verleden stond de MGA bij de doseervarianten, maar sinds lange tijd staat de MGA onder de 4dd in het eerste scherm, zodat deze therapie ook direct aan te klikken is. We gaan er van uit dat u zelf wel weet of uw plaatselijke apotheek de MGA wel of niet kan leveren.
PM:


1. Als u een alternatief middel wil voorschrijven, zoals met Azelastine neusspray, klik dan op alternatieven.
2. Als u een andere dosering wil voorschrijven klik dan op doseervarianten.

Abasaglar preferent i.p.v. Lantus insuline:

Vraag: Ik vind het ingewikkeld. Huisartsen raken verdwaald in de coderingen BP-getal- glargine. Dus ik verwacht niet dat ze dan weten voor abasaglar welke ze moeten kiezen.

Glargine kan zijn lantus, abasaglar of Toujeo (duurder nog dan lantus). Mij zou het handelsproduct benoemen logischer lijken.

Antwoord: Met de insuline vond/vindt de formulariumcommissie dat ook en daarom staan allereerst de handelsprodukten in dit doseerschema.

Abasaglar staat in het 2^e scherm van de doseervarianten bovenaan. Hiervoor 1x op  klikken in de doseervariantenlijst.

Taxe maart is nu geïnstalleerd, dus zoals hier te zien staan die BP's nu onderaan bij de doseervarianten. Maar helaas blijkt het BP pas als 3^e keus aan Abasaglar gekoppeld en 1^e instantie aan Lantus, dus dit helpt jullie inderdaad niet verder.

Blijft over om de doseervariantenknoop te gebruiken of om lokaal te maskeren.

Kan Medicom ook een 2^e EVS zoals prescriptor krijgen?

Vraag: regionaal formularium Nijmegen (prescriptor).

Gisteren presentatie regionaal formularium Nijmegen gehad. In Medicom hadden wij tot nu toe niet de beschikking over dit formularium middels prescriptor. Is dat wel mogelijk? Deze software geeft ook waarschuwingen als je niet de eerste keus neemt.

Antwoord: Health Base kan u niet helpen met uw wens om met Medicom ook een ander EVS te kunnen gebruiken. Health Base gaat over de inhoud van het formularium. Pharmapartners gaat over de functionaliteit van Medicom en Pharmacom. Uw vraag is een Medicom applicatiewens en kan alleen door Pharmapartners gerealiseerd worden. Er zijn in NL in totaal 7 EVS'sen:

- NHG, Prescriptor
- HealthBase (Medicom)
- Nijmegen
- FTO Asten
- Mijnstreek
- Groningen
- SOFA

Voor Pharmapartners is het inbouwen van een ander EVS behoorlijk complex en of dat al die moeite waard is....De inhoudelijke verschillen tussen deze EVS'sen is nihil, omdat ze gebaseerd zijn op

dezelfde informatiebron (de NHG standaarden). Het Health Base formularium kan aangepast worden aan de lokale voorkeuren. Per ziektebeeld uit verschillende EVS's en kunnen kiezen daar zit bijna niemand op te wachten. De indeling en opmaak van de verschillende EVS'sen zijn verschillend en daar moet men mee vertrouwd raken.

Flucloxacilline dosis 3 of 4dd allebei goed bij mastitis:

Vraag: Bij mastitis is dosering Flucloxacilline vlgs de NHG standaard 3dd 500mg en niet 4dd 500mg.

Antwoord: De behandeling van mastitis wordt beschreven in de NHG-standaard Zwangerschap en kraamperiode, M32 van 2012.

Maar de NHG standaard Bacteriële huidinfecties, M68 van **2017** is echter recenter en geeft ook adviezen voor de behandeling van zowel oppervlakkige als diepe huidinfecties.

In deze laatste NHG standaard bacteriële huidinfecties is de NHG afgestapt van het inconsequente onderscheid met flucloxacilline 3dd voor oppervlakkige huidinfecties en 4dd voor diepe huidinfecties bij volwassenen t.o.v. de oude NHG standaard bacteriële huidinfecties van 2007.

Met de herziening van het Health Base formularium in 2017 werden de 3dd doseringen met flucloxacilline alle gewijzigd in 4dd voor volwassenen (geen 3dd dosering meer).

Dus ook bij mastitis (nota bene ook een 'diepe huidinfectie') werd toen de flucloxacilline dosering gewijzigd in 4dd. De NHG heeft de NHG-standaard M32 van 2012 blijkbaar nog niet aangepast aan de M68 van 2017. Het lijkt mij onlogisch om bij mastitis nog 3dd te blijven doseren zoals in de NHG standaard M68 van 2007 of zo u wilt volgens M32 van 2012.

Ik zal uw melding daarom doorsturen naar de NHG. Ik stuur u bericht als ik van de NHG hierover een reactie heb ontvangen.

Antwoord 21mrt19, Tjerk Wiersma, Senior wetenschappelijk medewerker NHG:

Collega Niessink, de drie maal daagse behandeling van mastitis is conform de productinformatie omtrent flucloxacilline. Het herkomst van het vier maal daagse advies in de standaard bacteriële huidinfecties kan ik uit de tekst niet achterhalen, maar vermoedelijk is het overgenomen uit de multidisciplinaire richtlijn over erysipelas en cellulitis van de NVDV. Ook daarin wordt de vier maal daagse dosering niet nader onderbouwd.

Bij mij weten is er geen onderzoek waaruit blijkt dat 3 of 4 maal daags beter is. Derhalve zou ik het maar op houden dat beide doseringen goed zijn.

Formularium o.b.v. NHG standaard

Angina pectoris, herzien

Infobron: NHG standaard Angina pectoris, M43 , 2004 !

Omdat dit formularium van 2004 is, was een kleine herziening noodzakelijk.

1. Aparte niet-medicamenteuze adviezen-thg gemaakt voor arts en tevens de NMA: “* Hypertensie, hyperchol en diabetes behandelen” gewijzigd in “Optimaliseer CVRM en z.n. de Diabetes instelling”.
2. DF “Onderhoudsbehandeling” omschrijving gewijzigd in “Onderhoudsbehandeling (>2x AP/wk)”.
3. K92.01 (PAV) toegevoegd aan pat.groep met comorbiditeit CARA, waar B-blokker niet 1^e keus is (relatieve CI).
4. Opmerkingsregel bij B-blokkers gewijzigd. “Contra-indicatie hartfreq<60, hypotensie” gewijzigd in “CI hartfreq<60, hypotens; Relatieve CI PAV” . CARA paste er niet meer bij, maar deze relatieve CI weegt minder zwaar dan PAV (staat wel in infotxt).
5. Therapiegroep B-blokker: doseerschema Celiprolol verwijderd. Alleen keuze metoprolol en keuze Atenolol was al lang geleden vervangen door Bisoprolol.

6. Aan pat.groep met CI AV-blok werd sick sinus toegevoegd. Maar bij een functionerende pacemaker vervallen de CI's voor ca-antagonisten en B-blokker. Hiervoor 2 niet-medicamenteuze adviezen voor de arts gemaakt en nu wel ook onder de thg Nitraat langwerkend de thg B-blokker en Ca-antagonist toegevoegd als extra medicamenteuze opties.

7. Verder de nodige patientengroepen wijzigingen zodat de maagschade preventie met PPI beter past bij de situatie van de patient.

8. De thg statines verwijderd bij de deelformularia Aanvalsbehandeling en Onderhoudsbehandeling en daarvoor in de plaats de deelformularia CVRM toegevoegd.

Deelformularium "Niet ernstige exacerbatie Astma", nieuw

infobron: NHG standaard Astma, M27, mrt15

Onder Tabel 6 Acute medicamenteuze behandeling van een ernstige exacerbatie blijkt een advies te staan voor een niet-ernstige exacerbatie.

"Niet-ernstige exacerbatie. Hiervan is sprake als de criteria voor een ernstige exacerbatie afwezig zijn³ In dat geval adviseert de huisarts het starten met een SABA of het ophogen van de dosis daarvan, zo nodig tot de maximale dagdosis (tabel 3). Een SABA kan ook (tijdelijk) naast een LABA worden gebruikt. Daarnaast kan een viervoudige verhoging van de startdosis ICS overwogen worden.

Deze melding kwam van mevr M.Zonneveld.

1. Volgens Noot 64 is advies gebaseerd op één onderzoek. Toch staat dit advies ook in NHG Rx

2. Onduidelijk is hoelang=hoeveel dagen deze viervoudige startdosis ICS gehaald moet worden. Er zijn dus nu 4 doseerschema's ICS bijgemaakt t.b.v deze viervoudige startdosis bij niet ernstige exacerbatie.

3. De 4-voudige startdosis is vertaald naar 4dd 2x inhalatie van de startdosis.....maar de NHG Rx heeft 2dd 4x inhalatie startdosis doseerregels gemaakt.

Besluit: de formulariumcommissie besluit om deze dosering van 2dd 4 inhalaties over te nemen. Hoeveel dagen deze dosering moet laten we net als de NHG standaard over aan de behandelend arts.

Formularia o.b.v. boek Kleine kwalen, online versie

Erythema nodosum, nieuw

Infobron: www.kleinekwalen.nl , jan 19: nr.25 Erythema Nodosum

ICPC	Omschrijving
A97.00	Geen ziekte
S04.00	Lokale zwelling/papel/knobbel huid/subcutis
S05.00	Multiple zwellingen/papels/knobbels huid/subcutis
S06.00	Lokale roodheid/erytheem huid
S08.00	Andere verandering(en) in kleur huid
S21.00	Andere symptomen/klachten aspect huid
S99.08	Erythema nodosum

- Expectatief beleid als aanvullend onderzoek geen pathologie aan het licht brengt. Dit aanvullende onderzoek in de infotekst is het meest relevante om met dit formularium bij de hand te hebben.

- NSAID is meer voor de evt. pijn en niet als therapie.

Mononucleosis infectiosa / Ziekte van Pfeifer, nieuw

Infobron: W.J.H.M. van den Bosch, www.kleinekwalen.nl , jan 2019.

ICPC	Omschrijving
A75.00	Mononucleosis infectiosa

- Het deelformularium Mononucleosis infectiosa/Z.v.Pfeifer staat uiteraard ook in F.Acute keelpijn.
- Let op de evt. splenomegalie.

Speekselsteen / Sialolithiasis, nieuw

Infobron: V. van der Meer, www.kleinekwalen.nl, jan19
ICPC D83.01

Bij sialoadenitis is de voornaamste bacteriele oorzaak de stafylococ.

Formularia o.b.v. NHG behandelrichtlijn

Waterpokken

Infobron: NHG Behandelrichtlijn Waterpokken, actualisering jan19 t.o.v. versie sept.2018

- NOOT14 over antivirale behandeling immunocompetente patient ouder dan 12 jaar werd herzien.

De dosering van kinderen ouder dan 12 jaar tot 70kg is gewijzigd van 60mg/kg/dag naar 40mg/kg/dag in 3dd voor 7 dagen. NB: 40mg/kg/dag is gebaseerd op 70kg en 3000mg/dag. Omdat er alleen tab van 250 en 500mg zijn, kon met deze wijziging de dosering slechts naar 40-60mg/kg/dag gewijzigd worden. Dus niet meer zoals voorheen 2250mg bij 35-45kg, want dan is de dosering bij 35kg-> 64mg/kg/dag.

1500mg/dag is bij 35kg-> 42mg/kg/dag en bij 37,5kg-> 40mg/kg/dag

2250mg/kg/dag is bij 37,5kg-> 60mg/kg/dag en bij 55kg-> 41mg/kg/dag

OOD: NHG Behandelrichtlijn Waterpokken, sept18:

VALACICLOVIR voor 7 dagen:

- volw: 1000mg 3dd.
- kind > 12jaar: 60mg/kg in 3dd, max. 3G/dag.
- bij eGFR 30-50: 1000mg 2dd; 10-30: 1000mg 1dd.

NIEUW: NHG-Behandelrichtlijn waterpokken, actualisering jan 2019:

VALACICLOVIR 7 dagen is Off-label bij waterpokken, maar wgs betere absorptie dan aciclovir toch eerste keus en zelfde dosering als bij gordelroos, NOOT14.

- Volw: 1000 mg 3 dd.
- bij kinderen > 12 jaar: 40 mg/kg per dag in 3 doses (max 3000 mg/dag).
- bij eGFR 30-50ml/min: 1000mg 2dd; 10-30ml/min: 1000mg 1dd.

Formularium o.b.v. advies Gezondheidsraad.

Vaccinatie voor pneumococcen, nieuw

Infobron: Gezondheidsraad advies "Pneumococcen vaccinatie bij ouderen", maart en mei 2018 en LCI richtlijn Pneumokokken vaccinatie voor ouderen, 28febr18

ICPC	Omschrijving
A44.00	Immunisatie/preventieve medicatie
N44.00	Immunisatie/preventieve medicatie
R44.00	Immunisatie/preventieve medicatie

Formularium is gemaakt omdat ouderen vooruit lopend op beslissing VWS om vaccinatie uit te gaan voeren nu al op spreekuur kunnen komen met verzoek om een pneumokok vaccinatie.

Diversen / Literatuur

[Literatuur-diverse\Artrose niet morfine pijnstilling voorschrijven HW-mrt19.pdf](#)

[Literatuur-diverse\Oxycodon 20tab 60euro Medicijnen-apotheker.nl Nederlandse Apotheek .pdf](#)

[Literatuur-diverse\Oxycodon versus Morfine Nivel-mrt19.pdf](#)

[Literatuur-diverse\Oxynorm oxycodon– Koop Bestel Fentanyl Te koop online zonder recept.pdf](#)

[Literatuur-diverse\Opioidenepidemie HW-mrt19.pdf](#)

Oxycodon is gewoon te koop, wel wat prijzig ;-)

Besluiten FOCIE

- Morfine recepten staan op hoeveelheid voor 10 dagen, dit wordt verlaagd naar 5 dagen.
- De therapiegroep Combinatie Opioid KW+LW+Laxansals pijnstillings optie bij F.Artrose en Gonartrose wordt verwijderd.

Verslag vorige vergadering en Actiepunten: aparte bijlage

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

Vergaderdata

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