



Verslag Redactiecommissie Formularium

Woensdag 13 februari 2019

Presentie

Aanwezig: Wouter/Bart, , Joris/Swen, Patrick, Sophie Strumphler, Marten, Han, Qvinny.

Afwezig: Gerlof/Irma (Reinier), Monique.

Opening en mededelingen

- Welkom aan Sophie Strumphler, die de vergadering voor de eerste keer bijwoont. Voorstel rondje.
- Handtekeningen accreditatie. afzeggings: Irma, Gerlof.
- Aftreedschema leden FoCie: 2019 is laatste jaar voor Joris en Swen. Ledenwerving wordt actiepoint. Liefst huisarts/apotheker koppels. Pluspunten en bij de actieve melders. RCZP Pharmacom is gestopt: er zijn 2 leden die wel naar andere commissie willen overstappen en ook hen uitnodigen.
- De SIE (Stichting Intellectueel Eigendom) is de koepel boven de redactie commissies van Health Base. Het bestuur heeft duidelijk gemaakt dat ze meer contact willen met hen. In onderling overleg met redacteuren van de commissies is het voorstel gedaan om de leden uit te nodigen een vergadering bij te wonen. Misschien dat de leden dan een periode "verantwoordelijk" zijn voor één bepaalde commissie. Zij kunnen dit dan laten rouleren zodat ze in een paar jaar alle commissies aan het werk hebben gezien. Wij zullen later horen of de SIE dit voorstel gaat uitvoeren.
- CBG heeft een informatiekaart risico trombose pil en andere anticonceptie gemaakt voor de patient.
- Broxil® (Feneticilline) caps en suspensie weer beschikbaar! (brief ACE Pharmaceuticals 10jan19).
- De cie vraagt zich af wanneer nu eindelijk die lang verwachte knoppen 'doseervarianten en alternatieven' in Medicom komen en de 400 regel limiet. Helaas is dit onbekend. In ieder geval zat het niet in de laatste grote Medicom-update die ook nog eens geannuleerd werd.

Alternatieven

Doseervarianten

Selecteren

Terug

Annuleren

- Actiepunten:
 - Ⓞ 7nov18: waterpokken bij zwangere: Navragen hoelang spijtserum van een zwangere bewaard wordt= 15nov: 3 maanden als spijtserum op lab.formulier aangekruist wordt en anders wrsch korter 1-2wkn.
 - Ⓞ 7nov18: Aan NHG mevr M.Verduijn vragen: Morfine 1° keus vlgs NHG standaard PIJN? = 10jan19: Volgens mvr Verduijn heeft de NHG standaard Pijn geen voorkeur uitgesproken voor één van de opioïden. Dus morfine hoeft niet persé masker 1 te krijgen.

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.	Allen	Actief.

Commissie grootte 10 leden is voldoende. Ook op andere manieren adverteren dan alleen via pluspunten.		
M.b.v. Aftreedschema commissieleden zittingstermijn focie leden en voorzitter bewaken.	voorzitter	13febr19: excel bestand is herzien.
7nov18: Lixisenatide doseercode "1dd injectie van één dosis subcutaan" aanvragen bij MB.	Swen	13febr19: Swen gaat nog doen.
13febr19: De FoCie wil een discussie met JK/Health Base over de maatwerkformularen die de onafhankelijke positie van St. Health Base zou ondermijnen	Allen	JK uitnodigen voor vergadering FoCie 10april19
Taxe maart19: BP insuline glargine als doseervariant toegevoegd aan DS Insuline, langwerkend, HP. Dit n.a.v. melding SGE (18jan19) met verzoek om masker 1 voor HP Abasaglar.	Allen	Testen om te weten of het voorschrijven met het generiek Insuline glargine goed verloopt. PM: Zo ja, dan ook de BP's van Levemir toevoegen?

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.
Baciline oordr UDH. Deze vervangen door Sofradex®?	Marten	14febr19: vraag hierover aan NHG /mvr Verduijn verstuurd.
Chronische medicatie hoeveelheid wijzigen van 15 naar hoeveelheid in één doosje (28/30 stuks)	Loes/Marten	14sept16: Loes zoekt uit of het 'gevoel' klopt dat dit actiepunt 'klaar' is.
Nov 2015: Infotekst maximum 400regels. Toeltje 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 nu 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

Vraag: PM: Mycoplasma genitalis wordt toch wel besproken in NHG standaard SOA consult 2013.

1. NOOT41 van NHG standaard SOA, 2013:

*De term niet-specifieke urethritis [NGU] wordt gebruikt voor urethritis waarbij geen sprake was van Chlamydia trachomatis of Gonorrhoe. Deze aanduiding is discutabel, omdat ook bij deze patiënten soms een verwekker kan worden gevonden. Niet-gonorroische urethritis wordt in 11-43% veroorzaakt door Chlamydia trachomatis, in 9-25% door **Mycoplasma genitalium**, in 2-4% door Adenovirussen, in 1-20% door Trichomonas vaginalis en in 2-3% door Herpes simplex virus. De exacte rol van Ureaplasma's is onduidelijk.*

U.urealyticum is mogelijk veroorzaker van 5-10% van acute NGU [British association for sexual health and HIV clinical effectiveness group 2008, Shahmanesh 2009]. In een beschrijvend onderzoek in Nederlandse huisartsenpraktijken over de periode 1998 tot 2007 werd in 45 huisartsenpeilstations bij 229 mannen een urethritis gediagnosticeerd. De berekende incidentie steeg van 17 naar 25 per 10.000 mannen per jaar van 1998 tot 2003, en daalde daarna tot 20 per 10.000 mannen in 2007. De hoogste incidentie van urethritis werd gerapporteerd in stedelijk gebied en in de leeftijdsgroep 15 tot 34 jaar. Afscheiding werd gerapporteerd bij 82% van de mannen. Bij 76% van de mannen vond zowel een gonorrhoe- als een chlamydiatetest plaats; respectievelijk 11 en 28% van de uitslagen was positief. In de overige gevallen (62%) werd niet-specifieke urethritis gediagnosticeerd, waarbij meestal geen microbiologische verwekker werd vastgesteld. Urethritis bij jongere mannen werd vaker veroorzaakt door gonorrhoe en/of chlamydia, bij ouderen ging het vooral om niet-specifieke urethritis [Vriend 2010].

2. Bij LCI/RIVM gevraagd wanneer LCI een richtlijn over mycoplasma genitalis publiceert:

*Antwoord 19 nov: We zijn op dit moment bezig om een informatie tekst over mycoplasma genitalis op de RIVM website te plaatsen. Er wordt echter geen LCI-richtlijn opgezet. Bedoelt u een LCI-richtlijn? Het kan wel zijn dat u de nieuwe MDR-soa richtlijn bedoelt. Daarin is een addendum opgenomen in de laatste versie over mycoplasma. Zie [deze link](#) . LCI-richtlijnen worden geschreven voor de GGD-artsen. Dat er geen richtlijn vanuit de LCI wordt geschreven heeft mede te maken dat we ons **draaiboek Consult Seksuele gezondheid** hebben waarin het testbeleid besproken wordt, waarin ook kort aandacht voor mycoplasma. Omdat er vooralsnog te weinig kennis is over de implicaties van een mycoplasma infectie en daarmee het public health belang van screening en behandeling door de GGD wordt hier ook geen LCI richtlijn voor geschreven op dit moment.*

Ik kan alleen op de website in het [Draaiboek Soa en hiv partnermanagement](#) advies vinden over **Persisterende urethritis** o.b.v. Mycoplasma genitalium. Mijn reden om een DF hiervoor te maken was dat Mycoplasma genitalis niet alleen voor de GGD is , want bij persisterende urethritis klachten zal de patiënt naar de huisarts gaan.

• **Antwoord FoCie:** De formulaircommissie blijft van mening om dit deelformulair nog niet op actief te zetten.

Vraag: Volgens LESA laboratoriumdiagnostiek-vitamine-D-deficiëntie zijn de streefwaarden leeftijdsafhankelijk.

Bepaling van het vitamine D-gehalte in de huisartsenpraktijk is alleen zinvol bij:

- personen bij wie onduidelijk is of zij voldoende aan zonlicht blootgesteld worden;
- personen met osteoporose of een (matig) verhoogd valrisico die een ruime intake van calcium in de voeding hebben;
- klachten die kunnen wijzen op osteomalacie: diffuse bot- en spierpijnen en proximale spierzwakte.

Streefwaarden vitamine D

< 70 jaar > 30 nmol/L

> 70 jaar > 50 nmol/L

Verder beleid:

Overweeg suppletie van vitamine D bij een te lage vitamine D-spiegel.

Controlebepalingen van het vitamine D-gehalte bij suppletie zijn niet nodig.

Antwoord FoCie: Men wist dit niet, maar wil hier geen niet-medicamenteuze advies van maken. Men wil de referentiewaarden van het plaatselijke laboratorium aanhouden.

Vraag: DOAC's Dabigatran en Edoxaban niet voorschrijven bij morbide obesitas of bariatrische chirurgie. Sinds 1 sept 18 opgenomen in de G-standaard. Alternatief: Cumarine! Hier een NMA voor maken?

<https://www.knmp.nl/actueel/nieuws/nieuws-2018/doseringsadviezen-doac2019s-voor-morbide-obesen-beschikbaar>

Om de adviezen in beeld te krijgen tijdens de medicatiebewaking moet de apotheker de contra-indicatie 'gastric bypass' of 'morbide obesitas' koppelen aan de betreffende patiënt in zijn AIS.

Antwoord FoCie: Via een NMA adviseren om dabigatran en edoxaban niet voor te schrijven bij morbide obesitas of na bariatrische chirurgie. Tevens aan MB verzocht om hier een medicatie bewaking voor te maken. Het gaat hierbij om CI 116 en 117. Ook de infotekst is bijgewerkt met bronvermelding.

Vraag: Formularium Nijmegen heeft aanpassing gedaan en Apixaban 1^e keus bij AF en DVT.

Zelf zou ik Rivaroxaban wel 1^e keus willen maken bij zowel AF als DVT. Dan geen 5 dgn heparine injecties nodig bij DVT., wel is er bij DVT een start en onderhoudsdosis (niet bij AF)...

Antwoord FoCie: Rivaroxaban masker 1 bij DVT, maar bij nvAF de maskervolgorde niet wijzigen.

Vraag: Hierbij de andere infobronnen over eosinofiele oesofagitis zoals

<https://www.mlds.nl/chronische-ziekten/eosinofiele-oesofagitis/> en

<https://www.ntvg.nl/system/files/publications/a4716.pdf> .

Antwoord FoCie: De formuliumcommissie blijft van mening om dit deelformularium nog niet op actief te zetten.

Vraag: Baciline is uit de handel. Wil je dit aanpassen in formularium?

Antwoord: Volgens onze tabellen is de Baciline oordruppel pas 30 november UDH.

Dus met onze maandelijkse UDH procedure zien we dit pas in de eerste week van december.

De NHG standaard geeft geen alternatieven aan. Het alternatief wordt Sofradex met vermelding 'Niet NHG' ...Terracortril zou ook kunnen, maar daar zit oxytetracycline in en macroliden zijn vlg de NHG standaard niet zinvol wgs resistentie, dus dat zal dan met tetracycline ook wel het geval zijn...

PM: het kan zijn dat baciline weer terug IDH komt:

<https://farmanco.knmp.nl/geneesmiddel/985-Bacitracine-Colistine-Hydrocortison.html>

Tevens zal aan de NHG gevraagd worden welk alternatief Prescriptor hiervoor aanbiedt.

Vraag 17dec18: formularium Vitamine D en Ca deficiëntie, Onderhoud vitamine D staat bij ongeacht leeftijd en gewicht colecalciferol capsule oplossing in capsule 5600 E BP 028925.

Deze graag toevoegen bij leeftijd tot 70 jaar want daar staat hij nog niet. Apothekers gaan deze capsule massaal gebruiken als alternatief voor de 800E. De vorm die nu in het formularium staat (tablet of capsule 5600 E) is een magistrale bereiding die niet meer geleverd mag worden.

Antwoord: Die DB 5600IE caps had ik een week af wat geleden er al uit gegooid, maar deze SP met 5600IE blijkt er idd nog niet in te staan, maar met taxe van januari dus wel, 6 stuks voor 84 dagen ,70jr en 12 stuks voor 84 dagen >70jr....In H&W van jan19 staat dat voorschrijven van deze 5600IE caps een sigaar uit eigen doos is, maar het is wel zo praktisch, ook het argument dat wekelijkse/maandelijke dosering niet goed onderbouwd is laten we over aan het ongewisse.

Vraag: Vorige week heb ik bij een oudere patiënt volgens het formularium een behandeling voor een delier voorgeschreven: haldol 2x per dag 5 druppels.

Op het recept/deellijst kwam echter te staan "Bij onrust 2x per dag 5 druppels". Aangezien de verzorging alleen mag toedienen wat er op de deellijst staat, heeft patiënt geen haldol gehad (kennelijk heeft men het niet als ernstige onrust beoordeeld). Overigens is patiënt desondanks opgeknapt. Probleem is dus, dat er een regel toegevoegd is aan het voorschrift, die je bij het voorschrijven via het formularium niet te zien krijgt (of in ieder geval niet opvalt).

Antwoord: De eerste therapieregule van Haldol in het deelformularium "Symptomatische Delirium: symptomatische behandeling" is 2D5 = 2 keer per dag 5 druppels. De toevoeging "Bij onrust" komt niet uit het formularium, maar is een zgn. "pharmacom tekst" die toegevoegd word aan uw dosering. U ziet deze toevoeging pas als u het recept afdruckt of in het tabblad recept.

Dit zijn lokale instellingen van uw eigen Pharmacom apotheker in Pharmacom. U kan het beste dus met uw apotheker overleggen over hoe deze tekst gewijzigd kan worden.

Ik ben het met u eens dat Haldol zo nodig niet zo goed werkt en dat u beter zelf die extra adviezen over de dosering in de tekstvakken "Doseeradvies" en "Aanvullende info" kan doorgeven of noteren in de zorgmap van de patient.

Vraag: Update formularium verwerkt in HIS? Ik wil graag weten of updates van het formularium verwerkt worden in het HIS, in ons geval Medicom. Kunt u aangeven of dit het geval is?

Antwoord: Het streven is om binnen 3 maanden na publicatie van een NHG-standaard of NHG-Behandelrichtlijn een formularium te herzien of te maken.

Elke 1e week van de maand controleren we of de geneesmiddelen in het formularium nog in de handel zijn en ook of er nieuwe geneesmiddelen op de markt gekomen zijn. Die worden dan verwijderd of toegevoegd.

Met de maandelijkse taxen update wordt er behalve de taxen ook elke keer een update van het formularium geïnstalleerd in Medicom.

Vraag: Kunt u aangeven of het mogelijk is om eigen FTO afspraken aan het formularium toe te voegen?

Antwoord: Geregeld blijkt dat voorschrijvers bepaalde geneesmiddelen niet kunnen vinden in het formularium, terwijl deze hier wel in staan.

Dit komt omdat de software van het formularium als niet zo gebruiksvriendelijk wordt ervaren. Health Base gaat alleen over de inhoud en PharmaPartners is verantwoordelijk voor de functionaliteit. Het is belangrijk dat voorschrijvers weet hebben van alternatieven en doseervarianten. Daarom hierbij de bijlagen de helpkaart formulariumgebruik (ook te downloaden van onze website).

Het wijzigen van het formularium van Health Base op basis van lokale FTO-afspraken is mogelijk. Het ligt er echter wel aan welke FTO-afspraken dat zijn.

1. Het wijzigen van de volgorde van geneesmiddelen is relatief eenvoudig.
2. Het toevoegen van geneesmiddelen is moeilijker.

Maar het laatste is eigenlijk niet de bedoeling, omdat **alle** geneesmiddelen van een richtlijn er al in staan. De mogelijkheden zijn:

- a) Aan de formulariumcommissie vragen of een bepaald geneesmiddel toegevoegd kan worden. Als dit gehonoreerd wordt dan hoeft u zelf niets te doen.
- b) Als men wil afwijken van de richtlijn dan kan de lokale formulariumbeheerder een lokale kopie van een formularium maken en daar dan vervolgens geneesmiddelen en niet-medicamenteuze adviezen aan toevoegen. Zie hiervoor de handleiding formulariumbeheer in de bijlage (ook te downloaden van onze website).
- c) Sinds dit jaar is het ook mogelijk om aan mij te vragen om tegen betaling een compleet eigen lokaal formularium te maken voor jullie FTO-groep (zie de bijlage).

Vraag: Tijdens ons FTO kwam de CBG melding mbt fluorochinolonen en aorta-aneurysma/dissectie nog eens voorbij. Ook in het laatste nummer van H&W werd er kort aandacht aan besteed.

Onze vraag is of SHB voor deze problematiek een contra-indicatie of waarschuwing aan gaat maken voor Medicom, bv bij patienten met een bekend aneurysma/aneurysma in de voorgeschiedenis? (of moeten we praktijkselecties gaan maken en hier een contra-indicatie aan hangen?)

Antwoord: De NHG gaat haar antibiotica beleid 'nog' niet aanpassen en daarom blijft het formularium ook ongewijzigd. Deze vraag gaat echter ook over CI en GIP.

<https://www.nhg.org/actueel/nieuws/voorlopig-geen-aanpassing-antibiotisch-beleid-met-fluorochinolonen>

GIP: Op advies van de RCPI is de zelden voorkomende bijwerking aorta-aneurysma en -dissectie opgenomen in de GIP naar aanleiding van de DHPC. Overwegingen hierbij waren dat de bijwerking levensbedreigend is, maar (vooralnog) niet vermeld staat in de fabrieksbijsluiter.

In de GIP is per december jl daarom opgenomen onder zelden voorkomende bijwerkingen:

- plotseling erge pijn in buik, borst of rug. Dit kan wijzen op een verwijding of scheur van de buikslagader. Waarschuw dan de arts.

MB: Voor de contra-indicaties volgen wij het NICTIZ. Deze bepalen welke CI's landelijk worden opgenomen. Wij kunnen daarom niet zomaar een CI opnemen.

Momenteel is er in de nationale lijst CI geen CI aneurysma beschikbaar. Om die reden kan in geen enkel HIS of AIS deze CI worden bewaakt.

In het CBG nieuwsbericht wordt gezegd dat een voorgeschiedenis van aorta-aneurysma mogelijk het risico op de bijwerking aorta-aneurysma van fluorochinolonen verhoogt. Daarnaast worden ook andere mogelijk risico-verhogende oorzaken genoemd zoals hypertensie en atherosclerose. Een CI voor alleen een voorgeschiedenis van aorta-aneurysma (want dat is waarvoor een CI bedoeld is) zal lastig te onderbouwen zijn gezien de andere risicofactoren en het feit dat de aandoeningen aorta-aneurysma en –dissectie zelden voorkomen met een incidentie van 3-30 op de 100.000 personen per jaar.

Het zal daarom onwaarschijnlijk zijn dat er in de literatuur veel onderbouwing is te vinden over dat fluorochinolonen bij patiënten met aorta-aneurysma in de voorgeschiedenis het ziektebeeld/het optreden van aorta-aneurysma kunnen verergeren. Dat maakt het uitwerken van deze CI via de nationale lijst CI minder waarschijnlijk.

In het geval dat er geen CI komt, kunnen apothekers in Pharmacom en huisartsen in Medicom wel een aandachtspunt aanmaken. Op deze manier kunt u aangeven dat deze patiënt een aneurysma in de voorgeschiedenis heeft en dat bij fluorochinolonen extra oplettendheid vereist is. Wij snappen dat dit niet ideaal is maar een andere oplossing is op dit moment helaas niet mogelijk.

Vraag: Ellipta als doelmatige keuze in het formularium?

Door huisartsen wordt steeds meer omgezet naar ellipta als doelmatige inhalator. Ikzelf heb hier aandacht aan gegeven middels FTO. Wat ik van het zilveren kruis begrijp is dat de ellipta nog niet is opgenomen in het NHG-formularium, waardoor omzetting naar ellipta door huisartsen als NIET doelmatig wordt gezien. Dit terwijl zilveren kruis het als WEL doelmatig ziet. Graag zou ik willen weten wat huisartsen met medicom kunnen doen om niet nadelig te worden beoordeeld.

Antwoord: Fluticason/umeclidinium/vilanterol (=Trelegy Ellipta®) wordt inderdaad niet geadviseerd in de NHG standaard COPD (de infobron van dit formularium), daardoor kan dit geneesmiddel dus niet in het EVS van Health Base staan. Verder kan het ook niet, omdat het Health Base formularium landelijk is en huisartsen in een andere regio weer wel **alleen NHG conform** willen voorschrijven.

Doelmatig voorschrijven vlg. een verzekeraar is een andere prestatie-indicator dan **formulariumgericht** voorschrijven en deze twee zijn niet goed te combineren in één hetzelfde EVS. Formulariumgericht voorschrijven is voorschrijven conform de landelijke NHG standaarden, zoals dat prima lukt met de huidige EVS's van NHG (Promedico), HealthBase (Medicom), Nijmegen, FTO Asten, Mijnstreek, Groningen, SOFA.

Doelmatig voorschrijven heeft te maken met regionale afspraken met zorgverzekeraars en daar kan een landelijk EVS maar partieel bij helpen.

In een maatwerk formularium astma en COPD kan Ellipta wel opgenomen worden....In deze regio heeft men een transmuraal formularium gemaakt en daarna dit met de verzekeraar kortgesloten en dit vervolgens door Health Base laten maken voor Medicom.

Als u in de regio Rotterdam ook zo'n lokaal maatwerk formularium wil, dan moet u zich wel realiseren, dat tot nu toe besloten is dat dergelijke maatwerk formularia niet meetellen met de voorschrijfcijfers van **formulariumgericht** voorschrijven op basis van de regels die de LHV/Nivel hierover opgesteld hebben...

Het zou kunnen dat door de ontwikkelingen in de loop van 2018, waardoor zorgverzekeraars afwijkende voorschriften verlangen die afwijken van de NHG standaarden, hier nog verandering in gaat komen. **Maar** in de nieuwsbrief van de LHV van juni 2018 (zie bijlage) is N.B. ook zilveren kruis akkoord met de huidige formularia van NHG (Promedico), HealthBase (Medicom), Nijmegen, FTO Asten, Mijnstreek, Groningen, SOFA.

De enige manier om **nu** Ellipta als EU voor te schrijven is dus via doseeradvies in Medicom (Shift-F2 toetsen) of via 'nieuw voorschrift' (Shift-F3).

Of...u kan een maatwerkformularium aanvragen bij ons. Voor de informatie hierover...zie de bijlage.

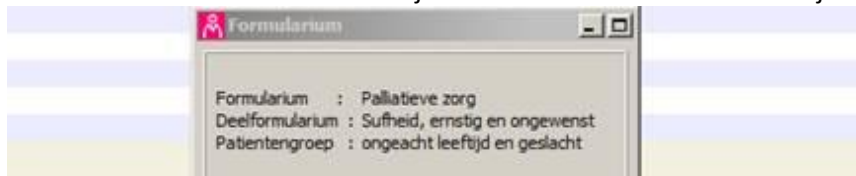
Vraag: Bij chlamydia prescriptie via het formularium (binnen medicom) zou ik als toevoeging nuttig vinden: geadviseerd wordt om bij aangetoonde infectie serologie voor HIV, hepatitis B en lues te laten bepalen. In contact met collegae blijkt dat nogal eens niet gedaan te worden.

Antwoord: De niet-medicamenteuze adviezen (NMA) in het formularium zijn onderverdeeld in adviezen voor de patiënt en voor de arts. De NMA voor de arts worden vooraf gegaan door een * (sterretje). U kan bij de **alternatieven** van de 'dokters NMA's' het door u gevraagde advies vinden. Maar ik geef u gelijk dat dit tweede advies ook wel direct zichtbaar mag zijn. Ik zal dit veranderen.

Vraag: Verkeerd voorstel bij voorschrijven? Wanneer ik in Medicom, bij episode/probleem Moeheid iets wil voorschrijven via het formularium, geeft deze het voorstel tot methyfenidaat, lijkt me tamelijk bizar.

Antwoord: Het koppelen van ICPC codes wordt zo 'breed' mogelijk gedaan, zodat er zo veel mogelijk treffers zijn met een formularium. En er bestaat helaas geen ICPC voor "Sufheid".

Het is aan te raden om altijd het formularium scherpje linksboven (dat meestal over de NAW gegevens van de patiënt ligt) **te bekijken**. Want dan had het u minder verbaasd, dan ziet u dat het hier een deelformularium betreft van het formularium "Palliatieve zorg". ICPC code A04.00 (moeheid/zwakte) kan een situatie/probleem zijn bij een patiënt tijdens de palliatieve zorg situatie. De hoofdcode A04.00, moeheid/zwakte is rechtstreeks gekoppeld aan het deelformularium "Sufheid, ernstig en ongewenst" van het formularium "Palliatieve zorg" en niet aan het hoofdformularium "Palliatieve zorg", omdat er verder nog geen formularium was waar deze ICPC A04.00 aan gekoppeld is en om zo sneller uit te komen bij wat men misschien wil voorschrijven.



Dat kleine formularium scherpje is dus belangrijk om de context van het formularium te begrijpen.

Vraag2: Het ging me er mn om dat bij moeheid er A. een palliatieve connotatie bij kwam, vanzelf. En B de blijkbaar rationele keuze voor methyfenidaat, die ik dan wel weer kan begrijpen bij een vermoeide palliatieve patiënt. Ik probeerde het formularium eens uit bij 'gewone' moeheid bij een verder niet zieke en zeker niet palliatieve patiënt en dan is de suggestie van methyfenidaat wel vreemd. Ik zou denken aan moeheid, nog te voegen: Depressie inderdaad en A29 andere algemene klachten bijvoorbeeld.

Antwoord2: Het ICPC systeem en het HIS zijn helaas niet zo slim dat deze onderscheid kunnen maken of een patiënt gewoon moe is of moe in de palliatieve situatie.

Daarom 'moet' u toch zelf even kijken zoals uitgelegd uit welk formularium het advies komt. Het huidige fenomeen treedt vooral ook op doordat deze ICPC code toevallig maar aan één deelformularia gekoppeld is en dan kom je direct in het therapieënscherm. Het wordt al anders als ik A04 ga toevoegen aan formularium depressie (zal ik doen met taxe februari), want dan levert deze ICPC code 2 formularia op waaruit u zelf moet kiezen, nl. formularium Depressie en formularium Palliatieve zorg.

Dan zal het minder gauw tot verwarring leiden en minder nodig zijn om dat kleine venstertje te bekijken met informatie over welk formularium actief is.

A29 is nu al gekoppeld aan formularium Palliatieve zorg. Ik zal het nu ook koppelen aan formularium Depressie. Een formularium SOLK is er nog niet ;-)

Vraag3, 9jan19: andere losstaande vraag bij misselijkheid is het voorstel tot domperidon, hoewel dit toch wel ontraden wordt. Zouden jullie in ieder geval metoclopramide kunnen toevoegen?

<https://www.ge-bu.nl/artikel/te-mijden-geneesmiddelen-ii>

Te mijden geneesmiddelen II | Nr 9 (2018) | Ge-Bu

Dit artikel is een bewerking van 'Towards better patient care drugs to avoid in 2018' dat verscheen in ons Franse zusterblad 'Prescrire International' 201

Evt Ondansetron voorstellen? Wordt door de kinderartsen hier wel aangeraden

<https://www.henw.org/artikelen/ondansetron-bij-kinderen-met-acute-gastro-enteritis>

Antwoord: Bij misselijkheid is Domperidon nog steeds eerste keus en is Metoclopramide het alternatief. Maar dat laatste is alleen het geval vanaf 18 jaar, omdat de orale en rectale toedieningsvormen hiervan niet aanbevolen wordt tot 18 jaar volgens de NHG Behandelrichtlijn en het Farmacotherapeutisch Kompas. Ondansetron is niet als alternatief toegevoegd, omdat de behandelrichtlijn het gebruik van anti-emetica afraadt onder de 18 jr en als het toch voorgeschreven wordt, dan alleen domperidon en metoclopramide. Uiteraard kan u Ondansetron wel als keuze optie aantreffen in het deelformularium Misselijkheid/Braken [ileus], palliatief*, dat gekoppeld is aan de formularia Palliatieve zorg en Misselijkheid/braken.

Samenvatting tekst van NHG-Behandelrichtlijn Misselijkheid en braken door gastro-enteritis_juli2016

ANTI-EMETICA

Kind < 18 jaar:

* *Anti-emetikum wordt ontraden vanwege gebrek aan bewijs voor effectiviteit en bijwerkingen.*

Volwassene:

* *Anti-emetikum wordt ontraden vanwege gebrek aan bewijs voor effectiviteit en bijwerkingen.*

* *Overweeg alleen anti-emetikum in uitzonderlijke gevallen (bijv. bij reizen, ouderen met DM, verhoogd risico op dehydratie).*

* *Bespreek middel wel geregistreerd voor deze indicatie, en dat effectiviteit niet vaststaat. Bespreek daarnaast mogelijke bijwerkingen en houd duur van behandeling zo kort mogelijk.*

Kies anti-emetikum o.b.v. comorbiditeit, co-medicatie, contra-indicaties en mogelijke bijwerkingen.

* *METOCLOPRAMIDE 10mg max. 3dd 1tablet, min. 6 uur tussen 2 doses, behandel max. 5dagen;*

+ bij eGFR <50 en ≥10ml/min: geef Domperidon of Metoclopramide 5 mg max. 3 dd;

+ bij eGFR <10ml/min: Metoclopramide 2,5mg max. 3dd 1tablet;

- CI: levodopa en andere dopamine-agonisten, ziekte van Parkinson, epilepsie, verlengde QT-tijd;

- Bijwerkingen: extrapiramidale stoornissen (vaak).

* *DOMPERIDON 10mg max. 3dd 1tablet, behandel max. 1week;*

+ bij nierfunctiestoornis: dosering verlagen naar 1-2dd domperidon 10mg;

- CI: verlengde QT-tijd, hartritmestoornissen en leverfunctiestoornissen, elektrolytenstoornissen (hyperkaliemie, hypomagnesiemie).

- Bijwerkingen: hartritmestoornissen (zelden), extrapiramidale verschijnselen (soms).

Dus zo min mogelijk bij 'gewone' patiënten anti-emetica voorschrijven sluit dus ook wel aan bij dit GeBu artikel. Dit artikel <https://www.henw.org/artikelen/ondansetron-bij-kinderen-met-acute-gastro-enteritis> van 2015 heeft in ieder geval niet geleid tot opname van ondansetron in de NHG-behandelrichtlijn van 2016. Ons beleid is verder om in ieder geval niet op de NHG richtlijn vooruit te lopen o.b.v. losse artikelen. Ons EVS wil zich voor de duidelijkheid houden aan de huidige richtlijn, anders gaan andere gebruikers zich hier over beklagen. Ondansetron is dus een 2^e lijns-medicatie en niet voor de huisarts 1^e lijn.

Vraag: Plaats diclofenac in EVS. Bij patiënten met een cardiovasculair risico is het voorschrijven van diclofenac minder geschikt. Staat in een voorschrijfindicator. Ook in het promotieonderzoek van

Gwen Masclee kwam diclofenac er op alle punten slechter uit vergeleken met ibuprofen en naproxen. In mijn FTO wilden we ons verbeteren op de voorschrijndicator, maar worden daarin tegengewerkt doordat de huisarts diclofenac in beeld krijgt in zijn EVS. Waarom heeft diclofenac nog die plaats in het EVS?

Antwoord: De medicamenteuze behandeling van pijn die het EVS van Health Base laat zien is gebaseerd op de M106 NHG standaard Pijn (en ook NHG standaard Maagklachten). De laatste 2 NHG standaarden Pijn zijn van sept 2015 en juni 2018. Maar al sinds de FTR Pijnbestrijding, 2007 speelt de kwestie van NSAID keuze op basis van comorbiditeit. Al in november 2013 heeft de formulariumcommissie besloten op advies van de afdeling medicatie bewaking (die haar advies baseerde op het CBG advies van juli 2013) i.v.m: "Nieuwe contra-indicatie Diclofenac niet meer voor schrijven bij HVZ", deze waarschuwing op te nemen in het EVS. Deze waarschuwing staat dus al sinds 2013 achter elke doseerregel van diclofenac. Daarnaast werd diclofenac verwijderd als medicatie keuze in alle formularia als de patiënt ouder dan 70jaar is en een HVZ comorbiditeit heeft. Helaas bleek dit voor patiënten onder de 70 jaar technisch niet mogelijk. De software van het formularium is daar helaas niet slim genoeg voor. Als compromis werd dit bij patiënten jonger dan 60 jaar ondervangen door de opmerkingsregel "NIET bij HVZ" achter diclofenac. De NHG standaard heeft haar standpunt over NSAID en diclofenac in juni 2018 overigens niet gewijzigd t.o.v. die van 2015.

De infoteksten van de formularia vermelden het volgende advies van de NHG standaard Pijn:

Keuze NSAID afhankelijk van de comorbiditeit:

- Oraal (evt. rectaal of i.m.) NAPROXEN, IBUPROFEN of DICLOFENAC afh. van GI/CVR-patientkenmerken.

- NAPROXEN laagste CV- en hoogste GI-risico, DICLOFENAC hoogste CV- en laagste GI-risico.

In de bijlage stuur ik een aantal artikelen mee om te laten zien dat ook de formulariumcommissie de NSAID kwestie volgt en ook op de hoogte is van de door u vermelde info-bron.

Een EVS is gebaseerd op een richtlijn, wat het resultaat is van een werkgroep van de NHG, die ook al dit soort artikelen bestudeerd en na wikken en wegen tot een advies komt.

De formulariumcommissie van Health Base gaat/kan de besluitvorming van een werkgroep van een NHG-standaard niet overrulen, want dat ondermijnt het vertrouwen dat het EVS van Health Base een NHG-standaard volgt. Het is dus wachten op de NHG-standpunt hierover of op een wijziging van de NHG standaard Pijn.

Hopelijk begrijpt u met deze achtergrond informatie, dat een EVS gebonden is aan haar NHG info-bron en dat recentere nieuwe bevindingen wat tijd nodig hebben voordat het landelijke EVS hierop aangepast wordt. Overigens gaat de formulariumcommissie in de vergadering van februari de recente artikelen bespreken, waarin gesteld wordt dat diclofenac niet het laagste GI-risico heeft, waardoor naproxen nu eerste keus lijkt. Verder neem ik aan dat u bekend bent met het kiezen van alternatieven en doseervarianten in het formularium en dat u altijd zelf ook nog een afgewogen keuze moet maken uit wat het EVS adviseert? Zie hieronder.

Tot slot is het altijd al mogelijk geweest om het EVS lokaal aan te passen aan wat een lokale FTO-groep wil. Dus afwijken van wat het EVS van Health Base landelijk uitlevert.

Antwoord FoCie: We gaan de volgorde wijzigen. Bij niet HVZ comorbidity wordt bij de NSAID's Ibuprofen 1e keus, Naproxen 2e keus en Diclofenac 3e keus.

Bij HVZ comorbidity wordt Naproxen 1e keus (wegens kans op gebruik ASA is het beter om interactie met Ibuprofen te vermijden), Ibuprofen 2e keus en bij 60-70jr Diclofenac 3e keus en vanaf 70jaar kan wegens technische redenen Diclofenac wel als 3^e keuze ontbreken en dan zal Naproxen 1^e keus zijn en Ibuprofen 2^e keus (kan alleen bij gebruik clopidogrel).

Dit zal mogelijk wel tot meldingen gaan leiden, omdat Ibuprofen 400mg niet vergoed wordt.

Meerdere vragen: We zouden na de commotie over valsartan en hydrochloorthiazide (en wellicht alle thiazides, omdat ze allemaal fotosensibilisatie als bijwerking hebben) graag deze niet meer als

eerste keus middelen in het formularium zien. Deze middelen zijn op zoveel plaatsen in het formularium gebruikt en het is geen doen om dat lokaal aan te passen. De volgende vragen komen bij ons op:

1. gaat Health Base centraal hier iets aan veranderen en zo ja, wanneer?
2. Kan er een overzicht gegenereerd worden van alle lokale formulariumwijzigingen die nu in ons formularium zitten?
3. Als er voor de lokale instellingen een centrale wijziging komt, worden de lokale instellingen dan overschreven of krijg je hier een alertmelding op?
4. Zou het evt mogelijk zijn om op een makkelijke manier alles terug te zetten naar Healthbase instellingen?
5. is het mogelijk om snel een geneesmiddel in het formularium op alle plaatsen dat het voorkomt te wijzigen? Of in ieder geval een overzicht te maken dat duidelijk is op welke plaatsen het allemaal staat

Antwoord:

Het formularium van Health Base volgt de NHG standaarden en behandelrichtlijnen en wordt tussendoor niet aangepast op een artikel met een ongunstig bericht over een enkel geneesmiddel. Want dan blijf je heen en weer gaan. Daarnaast volgen we tussen de publicaties van de NHG-richtlijnen door uiteraard wel de NHG-standpunten.

Van het middel Valsartan waren er twee batches vervuild met NDMA en deze zijn van de markt genomen. Dit was verder geen reden om Valsartan uit het EVS te halen. Overigens staat dit middel met masker 3 en nergens als 1^e keus, dus verwacht ik niet dat het via het EVS veel voorgeschreven werd.

Het NHG heeft in oktober een standpunt over hydrochloorthiazide gepubliceerd (na eerdere publicatie hierover in H&W in mei) en daaruit kan men opmaken dat ook hier geen reden is om dit middel uit het EVS te verwijderen. Er zijn nog veel meer geneesmiddelen met fotosensibiliteit.....Uiteraard kan u met uw FTO-groep hier lokaal anders over denken en als u wilt kan u het formularium lokaal aanpassen.

U kan alle actieve A2=antagonist en thiazide therapiegroepen lokaal maskeren, zodat Valsartan en Hydrochloorthiazide niet meer voorgeschreven kan worden via het EVS. Weet u niet hoe dat moet, dan kan met mij contact opnemen.

Angiotensine II antagonisten,HT, stap3
Angiotensine II antagonisten,HT, stap 1
Angiotensine II antagonisten,HT, stap2
Angiotensine II antagonisten, eGFR>50
Angiotensine II antagonist, nierinsuff.
Angiotensine II antagonisten, eGFR 30-50
Angiotensine II antagonisten, eGFR 10-30

Thiazide, hypertensie, stap1
Thiazide diureticum, hartfalen, chronisch
Thiazide, hypertensie, stap 2 ZVERVALLEN
Thiazide, hypertensie, DM
Thiazide+Lisdiureticum, chron.hartfalen
Thiazide, hypertensie, als eGFR >30

Maar als u dat doet, dan zal u zelf moeten documenteren welke lokale masker aanpassingen u heeft gedaan, want als u lokaal maskert zullen toekomstige centrale wijzigingen aan de therapiegroep A2-antagonisten en thiazide diuretica niet meer doorkomen. Het is ondoenlijk om u van centrale wijzigingen in therapiegroepen op de hoogte te stellen. Wel kan u het verslag van de formulariumcommissie lezen om te weten of hier iets gewijzigd is om dan zelf opnieuw uw lokale maskers bij te stellen.

Uw vragen:

- Gaat Health Base centraal hier iets aan veranderen en zo ja, wanneer?

Antwoord: zie hierboven, nee dus.

- Kan er een overzicht gegenereerd worden van alle lokale formulariumwijzigingen die nu in ons formularium zitten?

Antwoord: elke maand worden er de nodige wijzigingen aangebracht. U wordt hiervan op de hoogte

gehouden via de verslagen van de formulariumcommissie (5 per jaar). Als er een geautomatiseerde lijst gemaakt wordt dan is die nogal onleesbaar, omdat daar ook wijzigingen met komma en punten en spelling in zullen voorkomen, maar als u dat wil dan kan dit met formulariumbeheer, menu 6. Zie hieronder.

```
Beheerder          Onderhoud Lokaal/SHB formularium          17-01-2019          -so
1  Onderhoud FTO groepen
2  Onderhoud formularium
3  Onderhoud (combinatie) therapiegroepen
4  Onderhoud doseerschema's
5  Onderhoud tabellen formularium          >>
6  Afdrukken mutaties in SHB formularium
7  Afdrukken toetsing formularium
```

- Als er voor de lokale instellingen een centrale wijziging komt, worden de lokale instellingen dan overschreven of krijg je hier een alertmelding op?

Antwoord: Nee, u moet al uw lokale wijzigingen zelf documenteren, zodat u later weet waar u wat gewijzigd heeft.

- Zou het evt mogelijk zijn om op een makkelijke manier alles terug te zetten naar Health Base instellingen?

Antwoord: ja dat kan, u kan PharmaPartners om hulp vragen om een nieuwe FTO-groep te maken en daaraan alle praktijken laten koppelen. Dat is de snelste manier om alle lokale masker instellingen en wijzigingen 'kwijt' te raken.

- is het mogelijk om snel een geneesmiddel in het formularium op alle plaatsen dat het voorkomt te wijzigen?

Antwoord: Ja, door in formulariumbeheer alle therapiegroepen op te zoeken en de maskers te wijzigen. Dat is sneller dan dit per formularium te doen.

Of in ieder geval een overzicht te maken dat duidelijk is op welke plaatsen het allemaal staat

Antwoord: Zoals uitgelegd, zal u zelf alle wijzigingen moeten documenteren.

Nog meer: Bedankt voor de antwoorden. Ik denk dat ik al gevonden heb hoe ik **de therapiegroepen kan filteren via Pharmacom A - 7 - 2 onderhoud therapiegroepen.**

Ik koos zelf altijd onderhoud formularium, bedankt voor de tip. Ik ga hier naar kijken. Ik heb met de huisartsen gezien dat het bij ons (waarschijnlijk dus alle keren lokaal) valsartan als eerste keus wordt aangegeven en in Medicom wordt standaard alleen de eerste keus getoond, dus is dat vervelend. In december is er helaas nog 2x een aanvullende recall van de valsartan geweest, als gevolg dat nu veel producten zijn teruggehaald en er nauwelijks iets leverbaar is. Het is dus geen doen om nu nog valsartan als eerste keus te kiezen helaas. Dat het standaard als keuze 3 staat, blijkt dus bij ons niet zo te zijn...

Van de HCT ken ik het NHG standpunt inderdaad, alleen omdat de nieuwe cardiovasculaire standaarden de keuze volgorde gaan loslaten, hadden we gedacht om alvast de keuze van de thiazide als groep naar beneden te plaatsen, alleen dit geeft dit de nodige haken en ogen zoals u schrijft....

Ik ben blij met het antwoord op alle vragen, dit geeft ons weer voldoende stof tot nadenken.

Antwoord2: Jazeker, via menu "Onderhoud therapiegroepen":

U kan ook bekijken in welke deelformularia deze therapiegroepen gekoppeld zijn via menu F9 → Deelformularia waarbij in gebruik. En Filter zoeken is handiger dan Zoeken...

Ik kom niet vaak tegen dat er lokaal gemaskerd wordt. U weet dan wrsch ook dat als u lokaal maskert en een van de therapieregels geen lokaal masker volgorde nummer geeft, dat dit geneesmiddel dan niet meer zichtbaar is bij de voorschrijvende artsen..?

En de verslagen van de formulariumcommissie kan u hier op onze website vinden:

<https://www.healthbase.nl/over-health-base/redactiecommissies/>

Over thiazide heb ik trouwens nog de volgende informatie van de afdeling Medicatie Bewaking en GIP. Dus in de bijsluiter worden de patiënten wel hierover geïnformeerd.

Wat zijn de huidige criteria?

De huidige criteria om een bepaalde gebruikswaarschuwing (GW) in de etiketstekst op te nemen wanneer er sprake is van fotosensitiviteit is:

Voor het toekennen van een waarschuwing op het etiket wordt uitgegaan van een waarschuwing voor fotosensitiviteit in de SPC en opname van het geneesmiddel in de tabel van Bruynzeel e.a. – met daarin geneesmiddelen waarbij fotosensitiviteit regelmatig is gemeld. Indien in de tabel van Bruynzeel e.a. bij het geneesmiddel fotosensitiviteit niet is genoemd, moeten er ten minste twee case-reports zijn gepubliceerd om toch deze gebruikswaarschuwing toe te kennen aan het geneesmiddel. Deze is onder andere toegekend aan amiodaron, fluorochinolonen en sommige tetracyclines. Van de fenothiazines wordt alleen bij chloorpromazine de gebruikswaarschuwing op het etiket geplaatst.

De waarschuwing is ook van toepassing op kool- of houtteerbevattende grondstoffen die in de magistrale receptuur worden verwerkt. De waarschuwing wordt bij zilversulfadiazine gegeven in verband met de grijze verkleuring die de crème op de huid kan geven. Bij hydrochinon-crèmes is de waarschuwing van toepassing vanwege de extra blekende werking onder invloed van zonlicht. Bij metronidazolbevattende dermatica wordt de waarschuwing gegeven omdat de werkzaamheid verminderd kan zijn door een ontledingsreactie onder invloed van uv-licht.

Voor o.a. HCT geldt het volgende:

Bij HCT geldt ter preventie van huidkanker voor alle mensen het advies om de huid te beschermen, ongeacht het gebruik van geneesmiddelen. Bij geneesmiddelen waarbij een associatie is gevonden met huidkanker wordt dit algemene advies (GW 156) ook benoemd op het etiket. GW 157 wordt niet op het etiket opgenomen, omdat de aard van deze waarschuwing in combinatie met de chronische therapie erg belastend kan zijn. GW 156 is voor de thiazidediuretica opgenomen omdat voor hydrochloorthiazide een verhoogd risico op basaalcelcarcinoom en plaveiselcelcarcinoom is gevonden (OR 1,29 95% BI 1.23-1.35 en OR 3.98 (95% BI, 3.68-4.31) en omdat voor indapamide een verhoogd risico op maligne melanoom is gevonden (IRR 3.30 (95% BI: 1.34–8.10)). Voor de overige thiazidediuretica wordt op basis van een groepseffect ook een risico verwacht.

Vraag: kan Abasaglar in therapiegroep “insuline, langwerkende analogen” masker 1 krijgen?

Antwoord FoCie: Het beste zou zijn als het PrescriptieProduct [insuline glargine](#) voorgeschreven kan worden, maar helaas kan het formularium alleen omgaan met BasisProduct (BP) en Handelsproduct (HP). Met de insulines is in het verleden gekozen voor HP's i.p.v. BP's omdat de BP's nagol eens een uit de handel insuline recept opleverde.

Maskeren o.b.v. vergoeding is niet de bedoeling, want dan kan met elke wijziging in het preferentiebeleid deze vraag weer terugkomen om opnieuw anders te maskeren. Verder speelt deze Abasaglar kwestie niet met elke verzekeraar.

Besloten wordt om de diverse BP insuline glargine op te nemen in dit doseerschema “Insuline, langwerkende analogen” bij de doseervarianten. Na taxatie kunnen deze BP's getest worden om te zien of de beslissing in het verleden om alleen HP's van de insulines te gebruiken nog opgaat.

Formularia o.b.v. boek Kleine kwalen, 7^e druk, 2016

DEELFORMULARIUM LYMFANGITIS / 'BLOEDVERGIFTIGING', nieuw

Infobron: Boek Kleine kwalen, 7^e druk, 2016:

nr.8. Bloedvergiftiging/lymfangitis, R. P. Zwaan.

ICPC: geen eigen ICPC, openen via hoofd formularium Bacteriele huidinfectie of cellulitis/Erysipelas.

- Bij alleen lymfangitis zonder koorts/ziek geen AB
- Bij erysipelas en cellulitis moet lymfangitis worden beschouwd als een extra lokale complicatie. Deze bacteriele huidinfecties verspreiden zich hematogeen om zo systemische verschijnselen te geven zoals koorts, koude rillingen en misselijkheid.

Kernpunten

- * Kenmerkend voor lymfangitis is een rode streep-tekening in de huid.
- * Lymfangitis wordt meestal veroorzaakt door betahemolytische streptokok huidinfectie.
- * Lymfangitis is op zichzelf geen indicatie om die bacteriële huidinfectie te behandelen met AB.
- * Overweeg orale smalspectrum-AB bij ernstige symptomen, koorts en onderliggende condities zoals DM, chronische veneuze insufficiëntie of lymfoedeem.

Formularia o.b.v. NHG behandelrichtlijn**BURSITIS OLECRANI en PREPATELLARIS, herzien**

Infobron: NHG Behandelrichtlijn Bursitis, versie 2.0, dec18 en NHG standaard, M107 Niet-traumatische knieklachten, 2016.

1. Het 'oude' formularium Bursitis olecranon, prepatellaris, trochanter van infobron FTR Bursitis, 2004 is gewijzigd in Bursitis olecrani en prepatellaris en voor bursitis trochanterica is een nieuw formularium gemaakt Trochantair pijnsyndroom.
2. Voor behandeling van de niet-infectieuze bursitis wordt corticosteroid injectie niet aanbevolen, maar toch laten staan als behandeloptie?

Besluit formulariumcommissie: Het boek Kleine kwalen noemt corticosteroid injectie nog wel als therapie keuze ("uitblijven spontaan herstel kan een reden zijn om 2ml triamcinolon 20mg/ml in te brengen"), maar dit boek is van oudere datum (literatuur tot en met 2012) dan deze behandelrichtlijn (literatuur t/m 2016). Besloten wordt om de kenacort injectie nog te laten staan met toevoeging "Geen NHG-advies". Er loopt bovendien nog een RCT over de effectiviteit hiervan.

KERNBOODSCHAP:

- * Er is nauwelijks onderzoek bekend naar effectiviteit behandelopties van bursitis olecrani.
- * Wacht bij niet-infectieuze bursitis natuurlijke beloop af, ook als klachten paar weken duren.
- * Adviseer om druk op elleboog en pijnprovocaties te vermijden.
- * Corticosteroid injectie wordt niet aanbevolen.
- * Start bij infectieuze bursitis empirische AB-behandeling met flucloxacilline indien geen ernstige klachten zoals uitgebreide cellulitis, abscesvorming of ernstige algemene ziekteverschijnselen. Overleg met de 2^e lijn bij risicogroepen.

INFECTIEUZE BALANITIS (balanopostitis), herzien

Infobron: NHG-Behandelrichtlijn (vanaf 12 jaar), versie 2.0, dec 18

Deze behandelrichtlijn sluit aan bij: NHG-Standaard SOA en MDR SOA

ICPC	Omschrijving	
A97.00	Geen ziekte	<input type="checkbox"/> Balanitis (infectieuze) / Balanopostitis
Y04.00	Andere symptomen/klachten penis	<input checked="" type="checkbox"/> Balanitis door candida
Y75.00	Balanitis	<input checked="" type="checkbox"/> Balanitis door (an)aerobe infectie
Y75.01	Candida balanitis	<input checked="" type="checkbox"/> Balanitis plasmocellularis (Z. van Zoon)
Y81.00	Phimosi/slurf-preputium	<input checked="" type="checkbox"/> Balanitis xerotica / Lichen sclerosus

1. Behandelrichtlijn infobron geeft advies vanaf 12 jaar?, maar omdat <12jr balanitis juist nogal eens voorkomt (oorzaak is dan bijna altijd fimose) zijn de doseerschema's hierop aangepast, zodat de nieuwe therapieregels ook bij kinderen een aangepaste dosering aangeven, ook al is medicatie meestal niet nodig en zijn hygiënische maatregelen doorgaans voldoende. Dit formularium was voorheen ook al voor alle leeftijden. **Formulariumcommissie:** Akkoord.
2. DF Bacteriele balanitis omschrijving werd gewijzigd in DF (an)aerobe infectie en DF Candida balanitis in Balanitis door candida.

3. Alleen DF Balanitis door candida en DF (an)aerobe infectie zijn gewijzigd en hebben nieuwe therapie regels gekregen.
4. Er is geen apart DF Balanitis circinata (door Clamydia) etc gemaakt, en ook geen DF voor de andere 2 oorzaken vlg van de infobron (naast candida en (an)aeroben), zoals Balanitis door SOA en Balanitis door niet-infectieuze oorzaken, zoals fimose. Wel in de NMA adviezen om SOA screening te overwegen en dat fimose een indicatie kan zijn voor circumcisie bij recidiverende balanitis.
PM: DF balanitis plasmocellularis van Zoon en DF Balanitis xerotica (lichen) bestonden al en werden gehandhaafd.
5. DF Phimosos ook in dit formularium Balanitis erbij zetten?
Antwoord Focie: Ja
6. DF Irritatief Contacteczeem erbij zetten?
Antwoord FoCie: Nee.
7. Clindamycine applicatievloeistof bevat alcohol en dat is pijnlijk. Dit wordt vervangen door Clindamycine creme.

KERNBOODSCHAPPEN

- * In veel gevallen volstaan adviezen over goede hygiëne.
- * Medicamenteuze behandeling, afhankelijk van oorzaak bij ernstige klachten, of als spoelen onvoldoende verbetering geeft
- * Aerobe bacteriële infectie komt vaker voor dan anaerobe. Volg bij twijfel beleid bij aerobe infectie.
- * Balanitis kent uitgebreide DD. Overleg of verwijst zo nodig naar dermatoloog bij twijfel over de diagnose en bij onvoldoende reactie op medicamenteuze (proef)behandeling(en).

Balanitis: erosieve inflammatoire laesies van het slijmvlies van glans penis.
Postitis: ontsteking van de binnenzijde van de voorhuid.

Formularium o.b.v. www.thuisarts.nl

Tronchantair pijnsyndroom (bursitis), nieuw

Infobron: Thuisarts.nl (jan 2019).

<https://www.thuisarts.nl/slijmbeursontsteking-heup/ik-heb-pijn-aan-mijn-heup> .14nov2014

1. Dit is het eerste formularium dat gebaseerd is op thuisarts ;-)
2. Dit DF is bijna hetzelfde als het oude DF Niet-infectieuze bursitis, de geneesmiddelen zijn hetzelfde, de NMA's zijn wel aangepast.
3. Hier dus geen discussie over keuze corticosteroid injectie, omdat deze tekst geen terminologie gebruikt als "niet aanbevolen".
4. Nieuw is de NMA met het fenestratie operatie advies.

Diversen / Literatuur

[Diverse literatuur\Diclofenac\Diclofenac geen eerste keus HW-dec18.pdf](#)

[Diverse literatuur\Diclofenac\Diclofenac risico groter dan andere NSAID MC-sept18.pdf](#)

[Diverse literatuur\Diclofenac\Diclofenac niet eerste keus-HW juni13.pdf](#)

[Diverse literatuur\Paracetamol een wolf in schaapskleren PW-2013.pdf](#)

[Diverse literatuur\Diclofenac\Paracetamol meer risico s dan gedacht-PW mrt15.pdf](#)

[Diverse literatuur\Diclofenac\Diclofenac en CVRM GeBu-nr1 2019.pdf](#)

Vraag: Nu gesteld wordt dat Diclofenac en Naproxen een gelijk GI-risico hebben en dat Diclofenac ook bij geen HVZ comorbiditeit een ongelukkige keus is *overwegen om Diclofenac in alle doseerschema's masker 2 te geven en Naproxen masker 1?*

PM: paracetamol heeft ook een GI-risico....

Besluit formulariumcommissie: Ibuprofen wordt 1^e keus NSAID, behalve bij HVZ comorbiditeit i.v.m. de interactie met ASA, die HVZ patiënten bijna allemaal gebruiken.

[Diverse literatuur\D-Mannose bij recidiverende UWI HW-dec18.pdf](#)

Vraag: Alternatief voor Cranberry?

Besluit formulariumcommissie: D-mannose kan niet afgeleverd worden, niet verkrijgbaar.

[Diverse literatuur\Fluorchinolonen Voorlopig geen aanpassing AB-beleid NHG-13nov18.pdf](#)

[Diverse literatuur\Fluorchinolonen voorlopig geen aanpassing AB-beleid HW-dec18.pdf](#)

Heb ik onderzocht: Het is mogelijk om aan het F. UWI een patiëntengroep met comorbiditeit ICPC K99.01 Aorta aneurysma toe te voegen met weglaten Ciprofloxacin. Vanuit dit F. worden de meeste fluorochinolonen voorgeschreven....Helaas vallen andere aneurysma's uit de boot...

Besluit formulariumcommissie: Nee.

[Diverse literatuur\GeBu overzicht Kinkhoest vaccinatie zwangere nr10-nov18.pdf](#)

Deze vaccinatie wordt in 2019 ingevoerd...Deugdelijk bewijs ontbreekt echter vlg GeBu en vaccinatie op het CB met DKPT geeft hierna minder goede antistof reactie....Discussie GeBu met RIVM gaat nog voort? Formularium is wrsch te voortijdig gemaakt, evt weer op niet actief zetten in afwachting van...

Besluit formulariumcommissie: formularium kan actief blijven.

[Diverse literatuur\Meningococci B vaccin GSK-nov18.pdf](#)

[Diverse literatuur\Meningococci B vaccin nov18.pdf](#)

Ook meningococci vaccin type B is toegevoegd aan DF Meningitis, profylaxe.

Besluit formulariumcommissie: akkoord.

[Diverse literatuur\Pijnstillende cremes neuropatische pijn INP-16jan19.pdf](#)



Amitriptyline en Fenytoïne crème toevoegen aan DF neuropatische pijn ?

Besluit formulariumcommissie: komt terug in de volgende vergadering.

[Diverse literatuur\Chlamydia rectaal meestal zonder klachten en onbehandeld HW-jan19.pdf](#)

Auto-inoculatiehypothese...Bij 71% van de vrouwen met chlamydia werd ook rectale chlamydia aangetroffen en 67% had geen anale seks. Het is te overwegen om altijd rectaal op Chlamydia te testen, zeker als het een recidief betreft. Alternatief is om de eenmalige azitromycine te vervangen door doxycycline 1week. Overigens staat al in de NMA van F.Chlamydia “* na pos CT-test opnieuw CT test aanbieden <12mnd”.....

Besluit formulariumcommissie: niet-medicamenteuze advies voor arts van maken.

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