



Notulen vergadering 9 september 2020

1. Opening & mededelingen

Pharmapartners sluit opnieuw aan voor agendapunten 4) labwaarden en 5) laten vervallen van doseercodes.

2. Verslag vorige vergadering + Actielijst

Geen opmerkingen over verslag.

Actielijst:

- Er is contact geweest met PP over een aanspreekpunt voor labwaarden bij de KNMP, maar die bleek er niet echt te zijn. Daarop nagevraagd bij de WSO die verwezen naar de KNMP-richtlijnen medicatiebewaking en –overdracht waar een aantal voorbeelden van labwaarden benoemd worden. Vrijwel overal wordt gesproken van de “benodigde labwaarden” wat ruimte over laat voor eigen interpretatie van wat nodig is. De RCMB is daarom nog steeds van mening dat zolang er toestemming is van de patiënt, zij moeten kunnen zien wat nodig is. Wordt verder nog bij agendapunt 4 besproken.
- Er staan nog een aantal vragen open m.b.t. de interactietekst van edoxban met P-gp-remmers. Er wordt op dit moment navraag gedaan bij de eigen deskundige (cardioloog) hoe hier binnen de cardiologie mee om wordt gegaan. De uitkomst hiervan wordt meegenomen in de besluitvorming rondom deze interactie. De mogelijkheid om een andere DOAC te geven i.p.v. edoxaban is op dit moment nog niet opgenomen in de CM-tekst, maar dit zal met de najaarsupdate worden aangepast.

4. Memo – labwaarden verantwoording

SHB heeft samen met PP een standpunt opgesteld dat als onderbouwing gebruikt kan worden bij de vraag welke labwaarden de apotheker zou moeten kunnen inzien en op welk moment. Hierbij is het streven om geen “positieve” (en dus limiterende) lijst op te stellen, maar er zou wel een “negatieve” lijst aangelegd kunnen worden van labwaarden die voor de apotheker geen meerwaarde hebben.

De negatieve lijst is volgens RCMB niet direct nodig en ziet weinig reden om uitslagen niet te mogen zien. De informatie is van de patiënt zelf en bij toestemming zou deze gewoon inzichtelijk moeten zijn voor de apotheker. Daarnaast wordt deze toestemming in de toekomst digitaal geregeld (via PGO), waardoor de patiënt makkelijk zelf kan aangeven wie zijn gegevens/labwaarden mag inzien.

PP geeft aan dat er ook nog een ander probleem speelt in de labwaardenmodule van Pharmacom, namelijk de NHG-tabel 45 voor labcodes die anders is voor Pharmacom dan voor Medicom. Hierdoor krijgt men op dit moment nog een foutmelding in Pharmacom wanneer een labcode wordt ingevoerd die niet in de Pharmacom-tabel staat. SHB kan nu gaan kijken om deze tabellen gelijk te trekken om dit probleem op te lossen.

Hieruit volgend komt het onderwerp Indicatie op recept/Reden van voorschrijven naar boven wat ook wettelijk verplicht is, maar wat in de praktijk nog vaak lijkt te ontbreken. Hier is geen ICT-technische oorzaak voor aan te wijzen en dus zou ook hier een vergelijkbaar standpunt over ingenomen moeten worden om ervoor te zorgen dat deze regel in de praktijk beter wordt nageleefd. Dit wordt nog nagevraagd bij de WSO en KNMP.

Het wordt nog als lastig ervaren dat labwaarden die niet in het (medicom)dossier van de patiënt zijn opgenomen, niet (direct) onderdrukt kunnen worden door de apotheker. Daarnaast kan het bij de huidige onderdrukking van labwaarden nierfunctie ook voorkomen dat een waarde wel binnen de grens valt en automatisch onderdrukt wordt, maar er geen rekening wordt gehouden met bijvoorbeeld een laag gewicht van de patiënt waardoor de nierfunctie in werkelijkheid lager uitvalt en er actie ondernomen zou moeten worden. Met de huidige opzet is het echter niet mogelijk om voor dergelijke grensgevallen een goede oplossing te vinden, wellicht dat hier in de toekomst, bijvoorbeeld door MFB's, wel meer mogelijkheden voor komen.

5. Memo + bijlage – laten vervallen doseercodes

Doseercodes zijn voor uitwisseling tussen systemen gekoppeld aan de NHG-tabel 25, en van deze tabel is een nieuwe versie gekomen waarin veel elementen (tekstfragmenten/ doseereenheden) niet meer beschikbaar zijn. Hierdoor moeten aanpassingen gedaan worden in de codes die door Pharmacom uitgestuurd worden, omdat deze dus inmiddels vervallen fragmenten bevatten. Het is nu echter niet meer altijd mogelijk om met de nieuwe NHG-tabel 25 alle bestaande codes van een goede uitgaande code te voorzien, door het wegvallen van vele elementen. Hierdoor zouden een aantal doseercodes moeten gaan vervallen, en daarbij ook veel codes die gesplitst zouden moeten worden en vooral dit laatste zou in de praktijk onwenselijk kunnen zijn. In de bijlage wordt een lijst van codes weergegeven die gaan vervallen.

RCMB geeft aan dat vrijwel alle codes op de lijst wel door apothekers in het land (veel) gebruikt zullen worden, waardoor een harde blokkade op het gebruik er van waarschijnlijk tot veel onvrede zal leiden. Als alternatief zou een soort zachte blokkade ingesteld kunnen worden waarbij in tekstveld wordt aangegeven waarom de code eigenlijk vervallen is, maar deze nog wel gebruikt kan worden.

Veder zal in de praktijk waarschijnlijk niet gekozen worden voor het gebruik van twee codes voor doseercodes die gesplitst moeten worden, maar zullen er aanvullende teksten op het etiket worden bijgetypt. Het is ook niet mogelijk om binnen één voorschrift, twee codes te gebruiken en dan zou het voorschrift bij een tweede uitgifte aangepast moeten worden, wat in de praktijk waarschijnlijk niet gebeurt.

Een code waarvoor een equivalent is, kunnen wel dichtgezet worden. Er kan hierbij niet gekozen worden om de code te laten bestaan en de invulling te wijzigen omdat dit dan ook in de historie van patiënten mee muteert.

Er wordt geconcludeerd dat er terughoudend om moet worden omgegaan met het laten vervallen van codes die uit twee delen bestaan. Codes waarvoor wel een goed alternatief/equivalent is, kunnen wel vervangen worden.

6. Doseercode 2WABH

De RCMB ziet geen meerwaarde in het opnemen van deze code.

7. Memo – farmacogenetica updates

Vanuit de werkgroep farmacogenetica komt het advies om vóór start van therapie met simvastatine 80 mg het genotype van de patiënt te laten bepalen. In het verleden is dit ook bij verschillende andere geneesmiddelen besproken, waar toen door de RCMB weinig meerwaarde werd gezien in een proactieve screening door de apotheek. Er zijn ook weinig mogelijkheden vanuit Pharmacom om hierin te ondersteunen. Vraag is nu of dit standpunt ook voor simvastatine 80 mg geldt.

Eventueel kan een EUC-signaal opgenomen bij het record van simvastatine 80 mg, zodat bij een EU gewezen kan worden op genotypering. Hierbij worden dan wel de patiënten die 80 mg als 2 keer 40 mg krijgen, gemist.

RCMB vindt het erg lastig om dit toe te passen in de praktijk. Er wordt besloten om in dit geval een EUC-signaal op te nemen, om een begin te maken. Dit kan dan bij een volgende keer geëvalueerd worden.

Ook het standpunt over clopidogrel wordt opnieuw besproken. In het verleden is besloten om er niets mee te doen, vanwege de grote aantallen patiënten. Ook in de poliklinische apotheek is er vaak geen zicht op het genetisch profiel van patiënten die starten met clopidogrel. Er wordt vaak enkel een bepaling gedaan van genetisch polymorfisme als daar een aanleiding voor is.

RCMB schat in dat het nu nog te vroeg is om het vooraf genotyperen nu overal in te voeren, ook om te voorkomen dat er dan ineens veel telefoontjes naar de tweede lijn gaan waar genotyperen nog niet in alle richtlijnen is opgenomen. Wel moet er een goede verwijzing komen naar de informatie en bewijs hierover, zodat er wel overleg tussen 1e en 2e lijn kan plaatsvinden. Er wordt voorgesteld om een poll op te nemen via de nieuwsbrief om te peilen hoe de andere apothekers in het land hierin staan. Op basis hiervan kan hopelijk een betere inschatting van het werk en de toegevoegde waarde gemaakt worden. SHB kijkt hoe dit geregeld kan worden. Ook wordt nog gekeken of dit via de WSO met bijvoorbeeld de vereniging voor Neurologie besproken kan worden.

Voor de volgende vergadering wordt een nieuw agendapunt geagendeerd om overige geneesmiddelen (codeïne) en vooraf genotyperen in het algemeen te bespreken.

Verder geen opmerkingen over CM-tekst en BOS-tekst.

8. Nieuwe IA 734 levodopa – fenelzine/tranylcypromine

In de tekst wordt een perifere mechanisme beschreven, maar de RCMB vraagt zich af of MAO-remmers niet ook centraal kunnen zorgen voor een verhoogde dopamineconcentratie, met eventueel dopamine geïnduceerde hallucinaties tot gevolg. Er is echter geen onderbouwing voor een interactie, onafhankelijk van het mechanisme. Geen opmerkingen verder over de tekst.

9. Nieuwe IA olaparib – CYP3A4-remmers

Geen opmerkingen.

10. Memo – prioritering IA's

Op basis van de huidige criteria heeft de combinatie flucloxacilline – tacrolimus nu categorie D gekregen. Vraag aan de RCMB of deze wellicht een hogere categorie kan krijgen, omdat er toch vanuit studies wel aanwijzingen zijn dat er AUC-dalingen van tacrolimus optreden wat mogelijk tot ernstige gevolgen kan leiden. RCMB geeft aan dat afhankelijk van de toedienroute van flucloxacilline (i.v. vs. p.o.) besloten kan worden om de interactie meer prioriteit te geven. Wanneer een patiënt klinisch i.v. flucloxacilline krijgt, wordt aangenomen dat ook de tacrolimus-spiegel al beter gemonitord wordt. Bij orale toediening (in de thuissituatie) van flucloxacilline is hier minder controle op en in dat geval zal de interactie in categorie B geplaatst worden om sneller uitgewerkt te worden.

11. Memo – IA benzodiazepines – opioïden

Er zijn verschillende interacties waarbij (versterkte) ademhalingsdepressie kan optreden. Bij de combinatie benzodiazepine met opioïden is wel onderbouwing voor een interactie, maar de praktische afhandelbaarheid is erg lastig omdat de combinatie vaak bewust wordt toegepast. RCMB geeft aan hier in de praktijk weinig mee te doen. Alleen bij eerste uitgiftes worden patiënt of arts weleens geattendeerd op de eventuele risico's. Een signaal zou weinig toegevoegde waarde hebben. Combinatie wordt niet heel veel gezien en de afhandelbaarheid is zeer gering. RCMB is verder akkoord met het alleen beoordelen van combinaties waarvoor voldoende aanleiding is, bijvoorbeeld na een waarschuwing van de registratieautoriteiten, en dus niet alleen o.b.v. de SPC.

12. Memo – nieuwe adviezen nierfunctiestoornis

Opmerking over de relevantie van het advies van (hydroxy)chloroquine bij COVID-19, aangezien dit nu wel verlaten lijkt te zijn. Adviezen worden echter overgenomen van de werkgroep waar het echter nog steeds genoemd staat. Verder geen opmerkingen.

13. Memo – nieuwe adviezen dialyse

Geen opmerkingen.

14. Morbide obesitas – BOS/CM-tekst

- a. Opmerking of BOS-afhandeling 3 bij vancomycine wel klopt omdat hier een andere creatinineklaring wordt aangehouden. Het gaat hier om een OF/OF situatie die anders is dan de twee bovenstaande situaties. Wordt nog bekeken of dit duidelijker omschreven kan worden.
- b. Geen opmerkingen.
- c. RCMB geeft de voorkeur aan optie B (gebruik term “andere indicaties”) voor de afhandeling

15. Memo – aanpassing BOS-tekst levercirrose

Nieuwe tekst is akkoord. Er komen hierdoor geen extra signalen.

16. Rondvraag en afsluiting.

Volgend overleg 11 november.