

ONDERHOUDSPLAN GENERIEKE MODULE

# Bijwerkingen

december 2017

---

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz  
Helling 12  
3523 CC UTRECHT  
030 737 04 70  
secretariaat@kwaliteitsontwikkelingggz.nl

[www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl](http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl)



Kwaliteits-  
ontwikkeling  
GGz

*Netwerk voor goede zorg*

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Algemeen onderhoudsplan</b>	<b>2</b>
1.1	Naam standaard	2
1.2	Autorisatie datum	2
1.3	Eigenaar	2
1.4	Betrokken partijen bij de ontwikkeling	2
1.5	Werkwijze	2
<b>2</b>	<b>Suggesties voor revisie</b>	<b>3</b>



---

# 1 Algemeen onderhoudsplan

## 1.1 Naam standaard

Generieke module Bijwerkingen.

## 1.2 Autorisatie datum

19 december 2017.

## 1.3 Eigenaar

Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.

## 1.4 Betrokken partijen bij de ontwikkeling

- > NVZA i.o.m. KNMP
- > MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid
- > NHG (verklaring Geen Bezwaar)
- > NIP
- > NIV
- > NVvP
- > V&VN VS
- > Lareb
- > Zorgverzekeraars Nederland
- > Meer GGZ
- > Landelijke vereniging POH-GGZ
- > NVP (bestuurlijke goedkeuring)
- > FVB

## 1.5 Werkwijze

De kwaliteitsstandaarden, waarvan het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ de eigenaar is, worden periodiek beoordeeld of aanpassing c.q. uitbreiding is geboden. Vanaf de opleverdatum vindt ieder jaar een beoordeling plaats, waarbij elke drie jaar een volledige revisie start. Voor de doorontwikkeling wordt een tijd van maximaal 12 maanden genomen. Hierdoor is er voor elke kwaliteitsstandaard elke 4 jaar een herziene versie. Daarnaast worden er ieder jaar kleine aanpassingen gedaan. De standaarden blijven daardoor continu actueel.

---

## 2 Suggesties voor revisie

Uit de werkgroep bijeenkomsten en de landelijke commentaarronde kwamen de volgende punten naar voren van nog toe te voegen relevante onderwerpen/aandachtspunten van de module:

- Stimulantia als medicatieklasse opnemen in overleg met de zorgstandaard ADHD.
- Afweeg-tools zoals PAK-wijzer ontwikkelen om te komen tot keuze voor specifieke middelen op basis van werkzaamheid én bijwerkingen.
- Gestructureerde overzichten van monitoringsaanbevelingen (bijvoorbeeld een tabel met tijdsaanduiding in kolommen, orgaansysteem in de rijen, doorklikmogelijkheden naar relevante aanbevelingen voor medicatiecategorieën en/of afzonderlijke middelen).
- Andere hoog-geprioriteerde bijwerkingen voor evt. extra literatuuronderzoek waar werkgroepen niet aan toe kwamen:
  1. gewichtstoename en slaperigheid bij antidepressiva
  2. oversedatie, verhoogde kans op verkeersongeval, depressieve klachten, duizeligheid, verstoord zicht, en paradoxale reacties bij benzodiazepinen
  3. menstruatieproblemen/PCOS, intoxicatie bij ouderen door slechtere nierfunctie, urineretentie, seksuele bijwerkingen, verhoogde valkans en anticholinerge bijwerkingen bij stemmingsstabilisatoren
  4. schildklierfunctiestoornissen en tremor bij lithium (specifieke vragen: Is lithium staken zinvol bij schildklierafwijkingen? Is hormoonsuppletie eerder nodig bij patiënten met een bipolaire stoornis dan bij andere patiënten, dit i.v.m. invloed op de stemming? Is tremor dosis-gerelateerd en als zodanig een aanwijzing dat de lithiumspiegel te hoog is?)
- De opbouw en diepgang van de aanbevelingen meer gelijkrekken tussen werkgroepen (paragraaf antipsychotica lijkt hierin als meest specifieke onderdeel van de module richtinggevend).
- Waar nodig en mogelijk concrete doseringsadviezen bij de aanbevelingen over het starten van co-medicatie, zoals bijvoorbeeld bij:
  1. behandelaanbevelingen MAO-remmers: pyridoxine of propranolol voor spierschokken; bètablokker voor niet-tyramine-gerelateerde bloeddrukverhoging,
  2. preventieaanbevelingen antipsychotica: bètablokker of benzodiazepine tegen acathisie,
  3. behandelaanbevelingen stemmingsstabilisatoren: bètablokkers zoals propranolol, of vitamine B6, primidon of gabapentine voor trillen; carnitine, actieve kool, lactulose, of naloxon voor ernstig ammoniakoverschot.
- Overwegen om concrete afbouwschema's voor specifieke medicijnen voor psychiatrische aandoeningen op te nemen om ontwenningverschijnselen te voorkomen en adequaat switchen gedetailleerder te beschrijven.
- Aangeven van specifieke contra-indicaties voor alcohol- en drugsgebruik bij het optreden van bijwerkingen
- Zo nodig aandacht geven aan etnisch-culturele diversiteit en metaboliseringsroutes
- Opnemen van neonatale bijwerkingen met betrekking tot zwangerschap, teratogeniteit en lactatie.
- Verschillen in bijwerkingen tussen merkmiddelen en generieke medicijnen (preferentiebeleid zorgverzekeraars)
- Lareb databank gebruiken als bron voor eventuele aanvullende aanbevelingen.
- Aanbevelingen opnemen voor obstipatie, droge mond/gebitsproblemen en urineretentie bij antidepressiva
- Het optellen van +20jaar in de risicoschatting cardiovasculaire problematiek bij gebruik antipsychotica heroverwegen (ten tijde van afronding van deze module is de NHG hierover in conclaaf).

- Zo nodig onderscheid maken in de aanbevelingen ter preventie van (acute, chronische of acute op chronische) lithium intoxicatie.
- Incorporeren van relevante aanbevelingen van de – in de zomer van 2017 verwachte NIV/NHG/NfN – richtlijn chronische nierschade.
- [KNMP na consultatieronde:] In de bijlage met receptorbindingsprofielen van antipsychotica missen drie middelen, namelijk fluspirileen (Imap®), periciazine (Neuleptil®) en sertindol (Serdolect®). Deze worden weinig gebruikt, maar zijn wel in de handel. Verder staan er enkele typefouten: penfluridol ipv penfuridol; pipamperon ipv pipampiron.
- [KNMP na consultatieronde:] In hoofdstuk 4 (blz 16, regel 534-536) staat een formulering welke niet correct is, namelijk: De verantwoordelijkheid voor de medicatie ligt bij de medicus conform het gestelde definitie "beroepsbeoefenaren" in de Wettekst Geneesmiddelenwet 2007. Volgens mij wordt verwezen naar hoofdstuk 9. Geneesmiddelenreclame, par.1, artikel 82.1 en 82.2. Het woord medicus is niet goed te begrijpen en wekt alleen misverstanden op in deze context. Verzoek: het woord medicus verwijderen of aanpassen. Voorstel: De verantwoordelijkheid voor de medicatie ligt bij de "beroepsbeoefenaren" zoals gedefinieerd in de Wettekst Geneesmiddelenwet 2007.
- [V&VN na consultatieronde:] graag de volgende zin aanpassen: "Voor verpleegkundig specialisten is de reikwijdte van voorschrijfmogelijkheden.....MAO-remmers, stemmingsstabilisatoren en lithium door (gespecialiseerde) psychiaters wordt gestart". Blz 17, regelnummer 551. De strekking is nu dat complexere farmacotherapie in de regel gestart wordt door een gespecialiseerde psychiater. Hier kan V&VN zich niet geheel in vinden, veel lithiumpoli's worden door VS-en bemant, zij doen veel in behandeling van stemmingsklachten en start behandelingen met o.a. lithium, MAO-remmers etc. Uiteraard met supervisie (op afroep) van een psychiater. De zin voegt wat ons betreft niet veel toe en beperkt de rol van de VS.
- [NIV na consultatieronde in paragraaf 3.5 Lithium:]
  1. regel 3011 suggestie: minder negatieve ipv gunstige effecten
  2. regel 3018 aanvullingssuggestie: en dat er dan een spiegel geprikt moet worden.
  3. regel 3203 De urineosmolaliteit kan niet boven de 600 uitkomen bij een patiënt na dorsten. Het hebben van een urine osmol <800 is bij veel mensen fysiologisch en zeker bij mensen die (meer dan) voldoende drinken. Zoals nu beschreven lijkt een urine osmol <800 afwijkend.
  4. regel 3370 suggestie: cardiovasculaire risicofactoren.
  5. regel 3375 suggestie: na langdurige ipv bij lange-termijn behandeling.



Kwaliteits-  
ontwikkeling  
GGZ

*Netwerk voor goede zorg*