DE JONGE APOTHEKER

Psychiatrie

Verder in deze JA:

Nico de Louw
Ervaringen in de Psychiatrie

Farmacotherapie in de Klinisch-intensieve psychiatrie

Live with HIV
Verslag Voorjaarsdag 2018

Droomstart voor uw EIGEN APOTHEEK

'De VNA-formule spreekt me aan omdat ik hierdoor in staat ben op mijn eigen wijze een apotheek te beheren. Dankzij VNA heb ik zelf de regie in handen! Voor mij is VNA een bewuste keuze op weg naar meer zelfstandigheid!'

Apotheker-ondernemer worden!

VNA maakt het mogelijk. U begint bij VNA als gevestigd apotheker en na twee jaar deelt u al mee in de winst. Na vijf jaar beheert u de apotheek geheel zelfstandig als medevennoot. Na verloop van tijd is de apotheek 100% van u.

Dat is pas goed geregeld

VNA

Meer informatie:
T: (033) 460 10 00
E: vna@vna.nl

Voorwoord voorzitter

Psychofarmaca

Goede voorlichting is altijd van belang bij het uitgeven van medicijnen.

Zo dacht ik een goed gesprek met een patiënt te hebben gehad over het gebruik van Haldol. Na het eerste uitgifte gesprek en het beantwoorden van de vragen gaf ik de bijsluiter mee. Wat dat tot gevolgen had, dat had ik niet direct overzien.

De arts van de patiënt belde mij verwijtend op waarom ik een bijsluiter had meegegeven aan de patiënt. De patiënt heeft na het lezen van de bijsluiter besloten het middel niet te willen innemen vanwege de omschrijvingen van de indicaties. De reden was omdat hij dacht dat de dokter één van de mensen is die achter hem aan zit. Het betrof duidelijk een patiënt met waanideeën. Hij was het niet eens met de indicatiestelling en heel achterdochtig geworden over de reden van voorschrijven. Het was van belang dat de patiënt zijn medicatie zou gaan innemen. Ik heb hem uitgenodigd in de spreekkamer en na een uur zijn we er samen op uitgekomen om toch te starten met de medicatie. Het herstellen van de relatie tussen de arts en patiënt, die door de bijsluiter schade had opgelopen in het vertrouwen in de behandeling, was met name het gespreksonderwerp. Het uitleggen dat het middel voor allerlei verschillende indicaties gebruikt kan worden, zonder dat er meteen een stempel op hem gedrukt wordt voor iets wat hij zelf niet is, was de echte uitdaging.
Deze ervaring was een wijze les voor mij om een goede balans te vinden in het geven van volledige informatie en tegelijk ook het vertrouwen te geven in het goed starten van medicatie.

Onder de psychofarmaca valt een grote groep aan verschillende medicijnen waarvan de meeste ook voor meerdere indicaties gebruikt kunnen worden. Het geven van goede voorlichting en het aansluiten bij de beleving van de patiënt en zo het vertrouwen geven in gebruik zal vooral bij deze groep medicijnen bij elke patiënt weer anders zijn. Heel fijn dat wij in deze JA meer inzichten kunnen opdoen over psychofarmaca. Op 28 augustus is ook een avondsymposium “Pillen in de Psychiatrie” georganiseerd door de VJA/JongNVZA commissie. Een avond waarbij vanuit verschillende specialistische invalshoeken ingegaan wordt op farmaceutische zorg voor psychiatrische patiënten.

Genoeg inspiratie voor de eigen psyche!

Nitika Chouhan
Voorzitter VJA

SYMPOSIUM

JONGE HUISARTSEN (IO) & APOTHEKERS

VOLLE KRACHT VOORUIT

''IJSBERGEN EN WARME ONDERSTROMEN IN DE SAMENWERKING''

DONDERDAG 25 OKTOBER

SCHOLA MEDICA, UTRECHT

10:00 - 16:00 VANAF 16:00 BORREL

De VJA en LOVAH organiseren voor de derde keer een gezamenlijk symposium! Schrijf je nu in via de VJA-website. Neem vooral een collega huisarts in opleiding mee!

Redactioneel

Marielle Bijlstra-Cramer

Anne-Marie Jipping

Narin Martens-Akrawi

In deze editie belichten we de psychiatrie vanuit verschillende hoeken. Hiervoor hebben we iemand die in de praktijk ervaring heeft gehad met psychische problematiek en zich nu via o.a. een werkgroep inzet voor deze patiëntenpopulatie. Daarnaast vertelt een psychiater over de behandelmogelijkheden van therapieresistente schizofrenie bij een complexe groep patiënten. Een kinder- en jeugdpsychiater geeft inzichten in de mogelijkheden en farmacotherapeutische uitdagingen bij de behandeling van kinderen. Om het af te maken hebben we in deze editie een aantal praktijkcasussen verzameld rondom psychiatrische patiënten, met leuke wetenswaardigheden. In de redactie heten we Narin van harte welkom, waarmee de redactie weer op volle sterkte door kan in de komende periode.

Redactie Jonge Apotheker

OPROEP:
Lijkt het je leuk om een keer een bijdrage te leveren voor de rubriek apo&auto of DJAIDA? Of heb je een leuke anekdote die je wilt delen? Laat het weten op redactie@vja.nu

BATOOL JADOON

DJAIDA

De Jonge Apotheker in de Apotheek.
In deze rubriek vertelt een jonge apotheker over zijn of haar ervaringen in de openbare apotheek

De apotheker, een duizendpoot

'Farmaceutische zorg leer je in de collegebanken en daarom vind ik dat ook niet zo interessant. Het gaat er mij om hoe je je opstelt als manager in de openbare apotheek.' Dit zijn de woorden van mijn stagebegeleider geweest tijdens mijn master-uitreiking. Een uitspraak waar ik en mijn vrienden (ook apothekers) nog vaak om hebben moeten lachen. Hoe kon ze management belangrijker vinden dan de farmaceutische zorg? Als management zo belangrijk was, hadden we er vast ook iets van meegekregen tijdens de studie, toch? Achteraf gezien had haar uitspraak toch nog wel een kern van waarheid. Het zijn echter niet alleen management skills die belangrijk blijken te zijn in de praktijk.

Als je als beginnende apotheker denkt dat je je alleen bezig zal houden met farmaceutische zorg, moeiteloos 100 (of meer) medicatiereviews zal doen en zeeën van tijd hebt om hele mooie zorgprojecten op te pakken, dan kan het je nog wel eens vies tegenvallen. Recepten nakijken? Dat is een bijzaak en probeer je tussen al het andere werk te proppen. Je weet als apotheker in ieder geval nooit hoe je dag er uit zal zien. Deze kan namelijk enorm variëren. Het ene moment duik je onder de balie om de printer aan de praat te krijgen en het andere moment word je op het matje geroepen door een patiënt die enorm gefrustreerd is door het krijgen van een ander merk.

Ik kan me voorstellen dat een apotheker even niet meer weet welke persoonlijkheid of functie hij of zij moet aannemen. Ben ik op dit moment de bezorger of de ICT-er? Moet ik me vandaag opstellen als psycholoog of coach? Assistente of klusjesman? Eén ding is zeker en dat is dat de werkelijkheid enorm afwijkt van de theorie. Vaak vragen mensen in mijn omgeving wel eens wat ik allemaal op een dag doe. 'Wat is een apotheker nou eigenlijk?' Een apotheker? Een apotheker is een duizendpoot die elke dag weer voor een nieuwe uitdaging staat. <

'Als je als beginnende apotheker denkt dat je je alleen bezig zal houden met farmaceutische zorg, moeiteloos 100 (of meer) medicatiereviews zal doen en zeeën van tijd hebt om hele mooie zorgprojecten op te pakken, dan kan het je nog wel eens vies tegenvallen.'

Ervaringen in de Psychiatrie

Foto: Koen Bosschert

Wat kan de apotheker betekenen voor een cliënt met psychofarmaca? Hoe kan de cliënt zelf bijdragen aan betere zorg? Hoe zit het met bijwerkingen en afbouw van psychofarmaca?

In gesprek met Nico de Louw, lid van de werkgroep Psychofarmaca van MIND en voormalig lid cliëntenraad Arkin om hierover meer te weten te komen.

Loopbaan

Als ik achterom kijk en mijn beroepsleven en de periode erna overzie, dan hebben apothekers en de farmaceutische industrie regelmatig mijn pad gekruist. Dit begon al toen ik als stagiair sociologie projectleider werd van het gezondheidscentrum Diemen Zuid in wording. Niet veel later tweede helft 70 er jaren kwam ik te werken voor de Stichting Gezondheidszorg Zuidoostlob die Diemen, Amsterdam Zuidoost en Duivendrecht als werkgebied had met als doelstelling het opzetten van integrale gezondheidszorg. Weer wat later in het begin van de jaren 90 werd ik coördinator van het Werkverband Organisaties van Chronisch Zieken. Dit in het kort mijn loopbaan.

Een oude belofte

Vanwege mijn pensioen besloot ik een oude belofte in te lossen. In mijn studententijd had ik enkele intramurale opnames vanwege psychoses. Blij dat toen in de acute fase en de eerste maanden van herstel psychofarmaca beschikbaar waren. Maar de geleverde zorg was van dien aard dat ik zei “Dat kan beter en daar wil ik aan gaan bijdragen om dat voor elkaar te helpen krijgen”. Maar zoals het nu eenmaal gaat wil je eerst weer je leven op orde krijgen. Derhalve kwam het pas van inlossen van die belofte in 2008 met een aanmelding bij de cliëntenraad van AMCdeMeren, die een jaar later met de raden van Jellinek/Mentrum zou fuseren in de cliëntenraad van Arkin. Vanaf toen actief als vrijwilliger kon ik samen met mijn collegae van de Raad veel belangwekkende onderwerpen binnen Arkin helpen agenderen. Aandacht vragen voor onderwerpen als somatiek, trauma en

mondzorg waren zo van die zaken, maar altijd ook de medicatie.

Cliëntenraad

Bijwerkingen zijn natuurlijk altijd een *big issue*. De Cliëntenraad vraagt permanent om aandacht voor de nadelige gevolgen van langdurig gebruik van antipsychotica. Het brengt een groot risico op metabole stoornissen en een lagere levensverwachting met zich mee en dit onderstreept het belang van somatische screening. Maar de Raad kon zich ook inzetten voor actie voor behoud van het middel Semap dat van de markt dreigde te verdwijnen waar het juist een belangrijk middel was om bij zorgmijdende cliënten toch nog vanuit de hulpverlening een contact te hebben en te onderhouden. Het bijzondere was dat de Cliëntenraad op dit dreigende verlies van Semap werd geattendeerd door wijlen Nora Rozenbroek, apotheker en secretaris van de Geneesmiddelencommissie van Arkin. Sindsdien is er door de Cliëntenraad periodiek contact geweest met deze commissie om lopende zaken uit te wisselen. Behalve bijwerkingen is ook de afbouw van medicatie dan een hoofdonderwerp. Daarover hieronder meer.

MIND

Per 2018 heeft de Cliëntenraad mij voorgedragen als lid van de Raad van Toezicht van Arkin, een hele eer en werd ik op persoonlijke titel lid van de werkgroep Psychofarmaca van MIND.
MIND is een fusie sinds 2016 van de koepel van GGZ cliëntenorganisaties Landelijk Platform Geestelijke Gezondheidszorg (LPGGZ) en het Fonds Geestelijke Volksgezondheid. MIND vertegenwoordigt de belangen van zijn achterban op het vlak van de geestelijke volksgezondheid. In de werkgroep volgen we de bewegingen van de verzekeraars op het vlak van de vergoedingen en toegang tot medicatie, gepast gebruik, zorgstandaarden en staan natuurlijk ook hier de thema's bijwerkingen en afbouw op de agenda.

Afbouwen

Ja, afbouwen of 'tapering 'op zijn Engels is een hoofdonderwerp. Zeker naarmate mensen medicatie langer voorgeschreven krijgen. Vanuit het cliëntenperspectief willen wij een herstelgerichte hulpverlening. Dit betekent zeker de effecten van de diverse psychische stoornissen blijven beperken en liefst uit de wereld helpen. Daarnaast ook oog hebben voor wat mensen wèl kunnen en als hulpverlening daarop inzetten om mensen in hun persoonlijk en maatschappelijk functioneren zoveel mogelijk te ondersteunen. Bij die optiek is er ook aandacht voor de nadelen van psychofarmaca en is het wenselijk dat behandelaar en cliënt hier permanent over in gesprek zijn. Gezamenlijke besluitvorming: als cliënt en behandelaar samen stappen zetten in de gewenste afbouw, het proces en de ervaringen daarbij volgen, bijsturen en wanneer nodig terugval voorkomen.

Tegen de achtergrond van deze algemene noties rond afbouwen, hoorde ik op het Voorjaarscongres Psychiatrie 2016 Peter Groot en psychiater Jim van Os voor het eerst spreken over *taperingstrips*. Groot stelde dat in een schoenenwinkel alle mogelijke maten voor alle mogelijke voeten beschikbaar zijn, maar dat daartegenover inzake medicatie een beperkt aantal standaardmaten beschikbaar zijn. Gegeven het belang van passende medicatie voor mannen, vrouwen, kinderen is dat bevreemdend en liggen gezondheidsrisico's op de loer. Daarom was het niet gek dat cliënten die de ervaring hadden dat medicatie nadelig uitpakte voor hun lichaamsgewicht, bewegen, seksleven er af en toe de brui aan gaven en 'non compliant' werden. Met als gevolg dat zij abrupt stopten met medicatie met alle risico's op terugval van dien.

Dat moest anders en dat kon anders. Peter Groot introduceerde vervolgens de *taperingstrip* waarmee de behandelaar en cliënten in veel kleinere stapjes aan een afbouwtraject kunnen beginnen. Deze verfijning voorkomt onttrekkingsverschijnselen en stelt tot verantwoorde afbouw stapjes in staat. En afbouwen is wat de meerderheid van cliënten wil.

Enthousiast rapporteerde ik het bestaan van deze *taperingstrips* aan de Raad, maar zei ook dat de invoering en toegankelijkheid van deze strips zeer moeilijk was. Verzekeraars vergoeden ze niet, hooguit tijdelijk. Alleen de Regenboogapotheek van Paul Harder leverde de strips.
De Raad besloot hierover in tegenstelling tot wat gebruikelijk was, de minister een brief te schrijven. Dit hielp de bal die Peter Groot en Jim van Os hadden afgetrapt verder rollen. Eind maart 2017 belegde het Zorginstituut Nederland voor het eerst een landelijke sessie over deze *taperingstrips*. Daarbij werd duidelijk dat de verzekeraars uit vrees voor de extra kosten bepaald niet bereid waren mee te bewegen. Het Zorginstituut Nederland wilde de reactie inwinnen van de betrokken partijen: beroepsverenigingen van apothekers, huisartsen, psychiaters en de cliënten gerepresenteerd door MIND die zich inmiddels ook voor dit dossier was gaan interesseren. Dit leidde tot een traject waar deze genoemde partijen doende zijn geweest om een 'consensusdocument' over afbouwen op te stellen dat zou (indirect) ook moeten helpen een oordeel over *taperingstrips* te vormen. Ondertussen hebben alle hoogleraren psychiatrie zich al in 2016 over het belang van *taperingstrips* uitgesproken, media als de Volkskrant en het radioprogramma Argos besteedden aandacht aan het belang voor cliënten om met die *taperingstrips* aan de slag te kunnen, maar het zal wel een politieke besluitvorming vergen om zover te komen.

De apotheker

Wat zouden de cliënten willen van de apothekers? Sprekend vanuit alle voorgaande ervaringen te allen tijde een goede voorlichting. Het zou fijn zijn als het bereiden van de taperingstrips tot het gebruikelijke repertoire gaat behoren en niet afhankelijk van die ene apotheek blijft. In principe is de primaire relatie die tussen behandelaar en cliënt, maar de apotheker heeft hierin toch ook een eigen positie en zou een signaleringsfunctie naar zowel cliënt als behandelaar kunnen innemen. Het is daarbij wenselijk dat apothekers, jong en oud, in geval van medicatie aan het GGZ front, met zo'n 2,5 miljoen gebruikers van psychofarmaca, de discussies over effecten en risico's volgen om aldus de kwaliteit van de eigen rol in de driehoek cliënt-voorschrijver-leveraar te kunnen verhogen.

<

www.wijzijnmind.nl
www.cinderella-tx.org/nl/tapering

Zorg voor jouw carrière als apotheker

Ben jij apotheker en wil jij je verder ontwikkelen als ondernemer, zorgapotheker of allround beherend apotheker? Talent&Care helpt je bij het maken van je loopbaankeuzes en het vinden van de werkplek die het beste bij je past. Daarnaast bieden we een persoonlijk ontwikkel- en opleidingsprogramma waarin aandacht voor jou centraal staat.

Wij geloven dat je alleen een goede zorgverlener kunt zijn als er ook goed voor jou wordt gezorgd. Aandacht voor jouw persoonlijke en professionele ontwikkeling staat daarom bij ons op nummer 1. Dit doen we door het bieden van:

C ontinue persoonlijke ontwikkeling
A andacht voor reflectie en ontspanning
R elevante en gevarieerde werkervaring
E mpowering, inspiratie en energie

Afhankelijk van je wensen en doelen kies je uit functies zoals deze:

- Tweede apotheker
- Tweede apotheker in Opleiding tot Openbaar Apotheker Specialist
- Beherend apotheker
- Zorgapotheker

Continue persoonlijke ontwikkeling

Je kunt veel meer dan je zelf denkt. We dagen je dan ook uit om telkens weer het beste uit jezelf te halen. Onze people managers coachen je in je werk maar zorgen er ook voor dat je in balans blijft. Bovendien kun je intervisie, trainingen en onderwijs bij ons volgen. Zo volg je samen met andere artsen en apothekers een op maat gemaakt ontwikkel- en opleidingsprogramma.

Afhankelijk van je werkervaring kies je voor één van onze trajecten:

- ApNIOS (0 – 2 jaar werkervaring)
- ApIOS (3 tot 5 jaar werkervaring)
- Senior apothekers (> 5 jaar of meer werkervaring)
- Zorgapotheker

Aandacht voor reflectie en ontspanning

Omdat er meer is in het leven dan werk alleen, bieden we ook veel ruimte voor reflectie en ontspanning. Je wordt onderdeel van een jong, gezellig en hecht team van apothekers en artsen waarmee je altijd kunt sparren. Over je werk maar ook over persoonlijke dingen zoals twijfels, lastige collega's, werk-privé balans en stress. Ook organiseren we leuke evenementen. Zo gaan we elk jaar met z'n allen op skivakantie en organiseren regelmatig borrels en etentjes.

Relevante en gevarieerde werkervaring

Als jonge apotheker loop je waarschijnlijk rond met veel loopbaanvragen: Hoe ziet mijn toekomst eruit? In welke apotheek kom ik het beste tot mijn recht? En wat zijn mijn doorgroeimogelijkheden? Talent&Care helpt je antwoorden te vinden op deze vragen en zorgt ervoor dat je in korte tijd veel werkervaring opdoet in verschillende apotheken. Zo ontdekken we samen welke functie en apotheek het beste bij je past.

Empowering, inspiratie en energie

Tomeloze energie, motivatie en een frisse blik, wie wil dat niet? In de zorgsector kan dat best een uitdaging zijn. Bij Talent&Care begeleiden we jou graag in je ontwikkeling tot vitale zorgprofessional. Naast onze opleidingen en coaching zorgen we voor de nodige dosis energie en inspiratie zodat jij in je kracht staat en in balans blijft als zorgverlener.

Wil jij ook aan de slag bij Talent&Care?

We zijn benieuwd naar jouw drijfveren, kwaliteiten en ambities. Talent&Care werkt samen met openbare apotheken, poliklinische apotheken en ziekenhuisapotheken, verspreid over heel Nederland. De keuze voor het wat, waar en hoe is nu aan jou!

Benieuwd wat Talent&Care voor jou kan betekenen?
030 - 227 01 97 of 06 - 285 285 49 / e.vandenhoven@talent-care.nl

Kinder- en jeugdpsychiatrie en de rol van medicatie

Nick Goddard, kinder- en jeugdpsychiater bij Arkin Jeugd & Gezin in Amsterdam vindt de rol van medicatie binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie een uitdaging. Hij neemt ons mee in zaken die spelen rondom het voorschrijven van psychofarmaca bij deze jonge doelgroep.

Evidence

De rol van medicatie binnen de kinder-en jeugdpsychiatrie is een uitdaging. Er zijn 'double-blind placebo controlled trials' die laten zien dat medicatie een significant verschil kan maken in bijvoorbeeld de behandeling van ADHD, angststoornissen, depressie of psychose. Maar veel middelen hebben geen registratie voor het gebruik bij minderjarigen: er is veel minder evidence-based onderzoek in vergelijking met de volwassen psychiatrie en volgens de media wordt er veel te veel medicatie voorgeschreven aan de kinder- en jeugdpopulatie. Het vinden van de juiste medicatie voor het juiste kind voor de juiste indicatie vereist specialistische kennis van de arts maar ook van de apotheker.

Medicatie

Stimulerende medicatie (bv. methylfenidaat of dexamfetamine) in de behandeling van ADHD was één van de eerste medicamenteuze behandelingen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Onderzoeken zoals de MTA studie[1] en de PATS studie[2] bij jongere kinderen laten zien dat medicatie in combinatie met gedragstherapie effectief is in het verminderen van ADHD symptomen. Desondanks is er nog steeds weinig onderzoek naar de lange termijn effecten van stimulerende medicatie. Langwerkende preparaten kunnen een gelijkmatig effect geven maar in Nederland worden alleen de kortwerkende middelen volledig vergoed.

Ongeveer 5% van de adolescenten heeft een depressieve stoornis. Psychotherapie, bv. cognitieve gedragstherapie (CGT), is de eerstelijns behandeling, maar voor sommige adolescenten is medicatie nodig. Dit is meestal een SSRI zoals fluoxetine. In 2004 was er bezorgdheid over suïcidaal gedrag in combinatie met SSRI's[3]. Meer recentelijk blijkt dat sinds SSRI's minder gebruikt worden er een toename is in suïcides bij jongeren[4].

Bij eerste generatie antipsychotica is er een hoog risico op extrapiramidale bijwerkingen. De nieuwe 'atypische' antipsychotica zijn veiliger met betrekking tot deze effecten maar met een risico op cardio-metabole bijwerkingen[5].
Bij clozapine bv. is er bewijs dat de gewichtstoename bij jongeren misschien groter is dan bij volwassen patiënten[6].
Lage doseringen van antipsychotica zijn vaak gebruikt in de behandeling van gedragsproblemen en autisme hoewel de effectiviteit maar matig is.

Metabolisering

Kinderen en jeugdigen vormen een uitdagende doelgroep. Het effect van de lichamelijke ontwikkelingen heeft een sterk effect op de farmacokinetiek. Kinderen metaboliseren medicatie in de lever sneller dan volwassenen en hebben dus soms een hogere mg/kg dosering nodig dan volwassenen. Bij peuters is CYP450 minder ontwikkeld maar bij kinderen van basisschoolleeftijd kan CYP450 actiever zijn dan bij volwassenen.

Toestemming

De minderjarigen zijn degenen die de medicatie moeten slikken. Bij kinderen jonger dan 12 jaar oud geven ouders de toestemming en voor de 12-16 jaar groep is toestemming nodig van kinderen en ouders gezamenlijk. Maar toestemming kunnen geven betekent niet dat kinderen niets over hun medicijnen moeten weten. Het is belangrijk om hen te betrekken bij de beslissing om medicatie te slikken. Leeftijd passende informatie over de medicatie en bijwerkingen is nodig maar vaak moeilijk te vinden.

Tweespalt

Er is een tweespalt in het gebruik van psychofarmaca bij kinderen en jeugdigen. Medicatie kan effectief zijn maar biedt vele en nieuwe overwegingen voor de voorschrijver. Voor de apotheker is deskundige kennis ook nodig, niet alleen over de weinige medicijnen met een licentie bij minderjarigen maar voor de vaak 'off-label' gebruikte medicijnen. Informatie en uitleg over medicatie aangepast voor de leeftijd is ook een noodzaak.

Wij weten dat psychofarmaca kunnen helpen. Wij weten niet precies welk medicijn bij welk kind wanneer een gunstig effect zal hebben. De samenwerking tussen voorschrijver en apotheker kan het monitoren van gunstige effecten en ook bijwerkingen verbeteren. <

Literatuur

1 The MTA cooperative group. A 14 month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivitiy disorder. Arch of Gen Psychiatry 1999, 56;1073-1086.
2 Vitiello B, et al (2007). Effectiveness of methylphenidate in the 10 month continuation phase of the preschoolers with ADHD treatment study (PATS). Journal of child and adolescent psychopharmacology, 15(5); 593-603.
3 Gibbons R (2006). The relationship between antidepressant rates and rates of early adolescent suicide. American Journal of Psychiatry, 163; 11.
4 Bridge J (2007). Clinical response and risk of reporrted suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment. JAMA, 297;15;1683-96.
5 Correl Cu et al (2009). Cardiometabolic risk of second-generation antipsychotic medicatiions during first-time use in children and adolescents. JAMA, 302;1765-1773.
6 Sporn Al et al (2007). Clozapine treatment of childhood-onset schizophrenia evaluation of effectiveness, adverse effects and long-term outcomes.

Live with HIV / Voorjaarsdag 2018

Auteur: Anne-Marie Jipping

Op de zonnige woensdag 6 juni 2018 werd de Voorjaarsdag met als thema Live with HIV gehouden in Hotel Mitland te Utrecht. De commissie had een interessant programma opgesteld en had als dagvoorzitter gekozen voor apotheker prof. David Burger van het Radboudumc. Hij doet onderzoek naar (nieuwe) middelen tegen HIV en heeft zodoende enorm veel kennis opgebouwd over dit onderwerp.

Dr. Frank Kroon, internist-infectioloog in het LUMC, gaf eerst een korte inleiding over HIV en de cellulaire processen. Belangrijke informatie is dat het aantal pil-momenten leidend is voor therapietrouw, niet het aantal tabletten. Het doel van de behandeling is het herstel van de cellulaire immuniteit. Als het virus goed wordt onderdrukt met medicatie is er weinig risico op resistentie. Het vaste behandelregime van HIV is triple-therapie en daarbij zijn verschillende combinaties mogelijk zoals 2 NRTI's + 1 NNRTI, 2 NRTI's + 1 gebooste PI of 2 NRTI's + 1 integraseremmer. De klassieke backbone is altijd 2 NRTI's. Echter met de komst van Juluca® is er een dubbeltherapie op de markt gekomen: een integraseremmer met een NNRTI. Een belangrijk punt waar de fabrikant van Juluca® niet mee te koop loopt, is dat Juluca® niet werkt tegen hepatitis B. De klassieke triple-therapie beschermt hier wel tegen. Een al jaren onderdrukt hepatitis B virus kan dus ineens opvlammen indien iemand overstapt op de nieuwe dubbel-therapie.

Matthijs van Luin, ziekenhuisapotheker in het Rijnstate ziekenhuis in Arnhem, gaf een lezing over bijwerkingen en interacties op het gebied van HIV-medicatie. Hij vertelde dat een aantal HIV-remmers, zoals nevirapine, efavirenz en etravirine enzym-inductoren zijn, rilpivirine daarentegen niet. Er is maagzuur nodig voor de oplosbaarheid van atazanavir en rilpivrine en daarom kunnen deze middelen niet gecombineerd worden met PPI's. Een belangrijke interactie voor de dagelijkse praktijk is die van cobicistat of ritonavir met fluticason. Deze HIV-middelen zijn beide remmers van CYP3A4, fluticason wordt gemetaboliseerd via CYP3A4. Deze combinatie zorgt voor een spiegelstijging van fluticason. Deze interactie is vooral belangrijk bij inhalatiecorticosteroïden, maar ook bij een neusspray komt er een klein deel systemisch. Het advies is om te switchen naar bijvoorbeeld beclometason om het risico op het Cushing syndroom te vermijden. Een nuttige website voor het controleren van HIV-interacties is: **www.hiv-druginteractions.org**

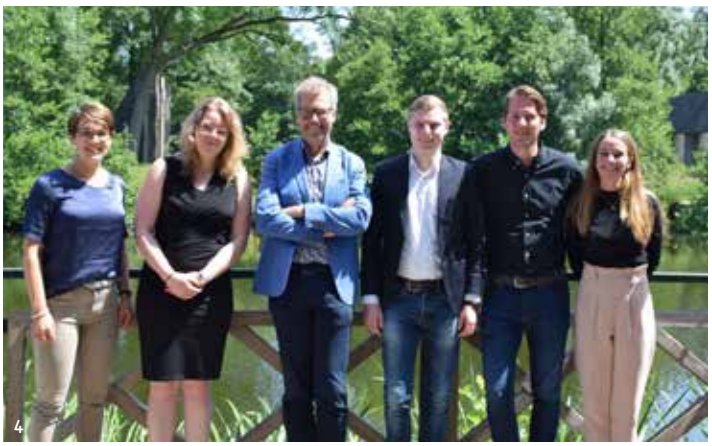
Piter Oosterhof, poliklinisch apotheker in het OLVG Amsterdam en ook verbonden aan het Radboudumc gaf meer duidelijkheid over de generieke substitutie van HIV-middelen. De laatste tijd is er een gigantische prijsdaling geweest van generiek Truvada®, om deze reden moeten patiënten wel switchen naar generiek. Dit kan voor problemen aan de balie zorgen en daarom is het belangrijk om patiënten vooraf te informeren over de switch middels een brief. De huidige HIV-therapie is erg robuust, er is geen sprake van smalle therapeutische breedte en daarom zou een switch probleemloos moeten verlopen, mits de patiënt goed geïnformeerd wordt. De potentiële besparing door een niet-complexe switch (bv. Viramune® naar Nevirapine) is naar verwachting ruim 40 miljoen euro. Een complexe switch (bv. Triumeq® omzetten naar abacavir/

Foto 1: Dagvoorzitter prof. David Burger, apotheker in het Radboudumc

Foto 2: Dr. Matthijs van Luin, ziekenhuisapotheker in het Rijnstate ziekenhuis

Foto 3: Noëmi Nijsten, arts Seksuele Gezondheid bij GGD Gelderland-Zuid

Foto 4: De commissie en de dagvoorzitter van de Voorjaarsdag 2018



lamuvidine + Tivicay®) levert naar verwachting ruim 10 miljoen euro op.

Noëmi Nijsten, arts Seksuele Gezondheid bij GGD Gelderland-Zuid gaf een lezing over de PrEP-zorg in Nederland. In 2016 is Truvada® (inmiddels generiek) geregistreerd als preventie-middel. PrEP is bedoeld voor hoog-risico groepen. De voorkeur gaat natuurlijk altijd uit naar veilige seks met condoom, maar voor mensen die dat moeilijk vinden én die risico lopen kan PrEP helpen om HIV te voorkomen. Het gebruik van PrEP kan samen met alcohol en drugs. Erg belangrijk bij PrEP is om vooraf 100% zeker te weten dat iemand HIV-vrij is. Dus voor start een HIV-test en daarnaast een soa-test en nierfunctiebepaling. Deze testen herhaal je elke 3 maanden (HIV en soa) en 6 maanden (nierfunctie). PrEP is 2/3 van een echte HIV-behandeling en daarom is het ook zo belangrijk dat iemand HIV-vrij is voor start van PrEP, anders heb je risico op resistentie. De SeksHAG heeft als taak om alle huisartsen te scholen over alles rondom PrEP. De discussie over het wel of niet vergoeden van PrEP speelt (nog) en werd ook gevoerd in de zaal.

Na een uitgebreide en heerlijke lunch in de zon volgde het middagprogramma waarin een aantal workshops gevolgd kon worden.

Justine van Tongeren, apotheker werkzaam bij Health Base nam ons mee in de ontwikkeling van Signaal op Maat. Hiermee is het mogelijk om in je AIS op patiëntniveau signalen te genereren, met als belangrijkste vernieuwing dat dit gebeurt op basis van individuele patiëntkenmerken. Je wilt alleen een trigger als er daadwerkelijk een lab afwijking is, niet standaard bij alle 70-plussers. Daarnaast valt te denken aan een koppeling met bijvoorbeeld het weerbericht, bij een hittegolf krijg je triggers bij patiënten die diuretica gebruiken. Bij de invoer van een NSAID bij een polyfarmacie patiënt, krijg je zomaar wel 10 signalen te verwerken, Signaal op Maat wil hier verandering in brengen. De patiënt staat centraal, níet de logistiek. Een interessante ontwikkeling waar veel apothekers al erg enthousiast over waren.

De workshop van Ryan Boedhram, ziekenhuisapotheker in Medisch Centrum Jan van Goyen in Amsterdam, draaide om aandachtspunten op het gebied van HIV voor openbaar apothekers. Er was bijvoorbeeld discussie over de PrEP-recepten. Hoe oud mag zo'n recept zijn? Mag er een iter op zitten? Het is belangrijk om daarover afspraken te maken met de huisartsen en GGD's.

Petra van Bentem, verpleegkundig specialist op de HIV-poli van het Rijnstate ziekenhuis in Arnhem, had een patiënt meegenomen naar de workshop. Tijdens de workshop werden de ontwikkelingen op het gebied van HIV besproken, onder andere van een ingewikkeld medicatie regime naar een veel eenvoudiger regime. Verder ging het over hoe de patiënt de apotheker ziet in de behandeling, over het stigma, over hoe het is om HIV te hebben en hoe zich dat heeft ontwikkeld over de jaren heen. In het begin waren er bijvoorbeeld HIV-café's waar veel aan informatie-uitwisseling werd gedaan, nu bestaat dat concept niet meer.

Na de workshops volgde een borrel op het terras en de dag werd afgesloten met een uitgebreid diner. Een interessante en geslaagde voorjaarsdag waarin de kennis omtrent HIV weer wat is opgefrist. <

BENU verbetert de zorg bij de astma/COPD-patiënt

We weten het allemaal; er worden veel inhalatiefouten gemaakt. BENU heeft in 2017 bij bijna 2.000 astma/COPD de inhalatiemedicatie beoordeeld en de techniek gecontroleerd via het programma Inhalatiecoach. Maar liefst 70% van deze patiënten maakte fouten bij het inhaleren terwijl 94% zelf aangaf dat zijn inhalatietechniek goed is. Uit de therapietrouwmonitor van BENU blijkt dat slechts 64% van de astma en COPD patiënten hun inhalatiemedicatie trouw afhaalt. Dat is aanmerkelijk lager dan bij diverse andere diagnosegebieden. Om patiënten met astma en COPD extra begeleiding te geven is de BENU Inhalatiecoach ontwikkeld die tevens invulling geeft aan de facultatieve NZa-prestatie: Therapietrouwverbetering bij patiënten met astma/COPD.

Patiënten die hun onderhoudsmedicatie voor astma/COPD niet trouw afhalen en/of patiënten die in het afgelopen jaar 3 of meer verstrekkingen van een stootkuur predniso(lo)n hebben gehad, komen in aanmerking voor de BENU Inhalatiecoach.

In een persoonlijk gesprek met de patiënt komen de volgende onderwerpen ter sprake:

- Verbeteren therapietrouw
  - Patiënteducatie
- Verbeteren inhalatietechniek
  - Inhalatie-instructie
  - Match patiënt & inhalator
  - Inzet incheck-dial
- Behandeling volgens de richtlijn
  - Medicijnmonitor interventies
  - Overgebruik ICS en rescue-medicatie
  - Overleg met behandelend arts

De patiënten zijn erg tevreden met de uitkomsten van het gesprek:

"82% van de patiënten geeft aan het gesprek nuttig of zeer nuttig te vinden"

In 2017 zijn er 11.855 patiënten uitgenodigd voor de Inhalatiecoach, 1.849 gesprekken zijn gevoerd.

Man (92 jaar) met recidiverende schimmelinfecties kreeg tips om inhalatiefouten te voorkomen en de kans op bijwerkingen te verkleinen:

"Ik had nooit verwacht dat ik zo'n nuttig gesprek bij de apotheek zou krijgen!"

Uit de gesprekken komt naar voren dat de meest geconstateerde fout in de inhalatietechniek, het niet volledig uitademen voordat er geïnhaleerd wordt, is.
Bij 61% van de patiënten zorgden een betere houding tijdens de inhalatie tot een optimalere dispositie van het medicijn.
Eén van de meeste voorkomende redenen van therapieontrouw is dat een groot deel van de patiënten aangeeft het voorschrift niet te kennen of te begrijpen.

Opvallend was dat de helft van de patiënten 3 verschillende inhalatoren gebruikt.
Bij 1 op de 6 patiënten is naar aanleiding van de Inhalatiecoach gekozen voor een andere inhalator. Daarnaast zijn er diverse aanpassingen in de medicatietherapie doorgevoerd.

Ook collega's uit de apotheek zijn erg enthousiast over de gesprekken die ze voeren:

"Wat is dit een leuk en dankbaar werk. Ik zou dit best de hele dag willen doen!"

ApoAnders

Apothekers die niet in de openbare farmacie werken maar op een andere plaats in de maatschappij hun expertise laten blijken.

Yassir Boubkary

Mijn naam is Yassir Boubkary en in september 2010 ben ik de opleiding tot apotheker begonnen aan de Universiteit van Utrecht.

De opleiding Farmacie ben ik begonnen, omdat ik affiniteit had (en heb) met exacte vakken.

Toen ik naar een geschikte vervolgopleiding aan het zoeken was; sprak de inhoud van de opleiding Farmacie mij erg aan. In april 2016 heb ik mijn apothekersdiploma in ontvangst mogen nemen.

Tijdens de opleiding heb ik deelgenomen aan het honoursprogramma *'college of pharmaceutical sciences'*. Dit heb ik voornamelijk gedaan om kennis op te doen over en inzicht te krijgen in verschillende disciplines en mogelijkheden binnen de farmacie. Daarnaast heb ik ook nog kennis gemaakt met de farmaceutische industrie.

Toen ik bijna was afgestudeerd wist ik nog niet goed wat ik na de opleiding zou willen doen. In die periode heb ik met verschillende partijen gesproken. Dit heeft ertoe geleid dat ik ben begonnen in de openbare farmacie bij Mediq, wat later BENU werd. Dit heb ik vervolgens twee jaar met veel plezier en enthousiasme mogen doen. Gedurende deze periode was ik ook bezig met het volgen van de vervolgopleiding tot openbaar apotheker. Ondanks de voldoening die ik haalde uit het verlenen van (farmaceutische) patiëntenzorg; merkte ik dat ik steeds minder energie kreeg van het werk als apotheker, vanwege de tijd die je kwijt bent aan randzaken. In maart 2018 heb ik besloten om een carrièreswitch te maken, daar ik meer ambities en interesses had buiten de openbare apotheek.

Ik kwam in contact met een Amerikaans bedrijf - Cerner Corporation - welke internationaal actief is binnen de eHealth sector. Cerner ontwikkelt o.a. totaaloplossingen voor ziekenhuizen; denk daarbij aan het op maat ontwikkelen van programmatuur om bijvoorbeeld de medicatiedistributie en -bewaking te organiseren binnen een ziekenhuisapotheek en de verschillende afdelingen tot logistieke programma's. Het is een bedrijf met meer dan 27.500 werknemers verspreid over 26 landen met een hoofdkantoor in Kansas City. Ik heb altijd affiniteit gehad met IT; daarom leek dit een mooie kans om de interesses IT en zorg te combineren.
Bij dit bedrijf werk ik momenteel aan een Belgisch project. Mijn werkzaamheden lopen veelal uiteen daar er van alles aan data op maat gebouwd moet worden om een betrouwbaar en praktisch informatiesysteem te ontwikkelen voor een specifiek ziekenhuis. Samen met collegae ben ik nu bezig om klinische input over de geneesmiddelen, welke beschikbaar zijn in België, te leveren aan de engineers, zodat zij vervolgens deze data kunnen verwerken in de programma's waar de artsen uit het ziekenhuis en ziekenhuisapothekers mee werken. Om dit werk goed uit te kunnen voeren staan we in nauw contact met verschillende autoriteiten uit België aangaande de gezondheidszorg en uiteraard met onze klanten. Zoals eerder beschreven, ontwikkelen wij oplossingen op maat en daarom willen wij zo goed mogelijk op de wensen en verwachtingen van onze klanten aansluiten. Om de klinische input over de geneesmiddelen te ontwikkelen lees ik op een reguliere dag veel artikelen, beoordelingsrapporten en documentatie van fabrikanten (lees: o.a. SPC's) om te beoordelen wat de indicatie(s), posologie, mogelijke allergieën, ongewenste combinaties, toedieningsroutes zijn en meer. Deze opgedane kennis verwerk ik vervolgens per product in het systeem. Dit wordt dan door de engineers in het informatiesysteem verwerkt en beschikbaar gesteld aan onze klanten. Ik heb altijd veel plezier gehaald uit patiëntenzorg, op deze manier kan ik voor mijn gevoel een patiëntengroep op een grotere schaal dienen door bij te dragen aan de kwaliteit van de zorg en farmacovigilantie.

In deze opdracht is gebleken dat mijn ervaring in de openbare apotheek erg waardevol is. Uit ervaring weet ik hoe vervelend het kan zijn als het informatiesysteem niet goed werkt of onlogisch ingesteld is. Het interessante is dat ik tijdens het werk als apotheker in de openbare apotheek de eindgebruiker was en ik nu aan de andere kant van de tafel zit. Daardoor kan ik nu ook goed inschatten en aansluiten op wat een (ziekenhuis) apotheker of arts verwacht van een informatiesysteem.

Naast mijn werk voor Cerner ben ik ook redactielid van het interessante en leerzame platform voor zorgprofessionals genaamd '*Mylan Connects*'. We sturen maandelijks een nieuwsbrief uit onder de geabonneerden met drie interessante stukken over hot topics binnen de gezondheidszorg. De inhoud van de nieuwsbrief is opgebouwd uit o.a. interviews met zorgprofessionals of patiënten, artikelen over de laatste ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg, informatieve artikelen en meer. Dit doe ik met veel enthousiasme en hierdoor blijf ik tevens up-to-date en nauw betrokken bij de gezondheidszorg in Nederland. <

FARMACOTHERAPIE IN DE KLINISCH-INTENSIEVE PSYCHIATRIE

Valentijn Holländer, psychiater bij Inforsa in Amsterdam (Kliniek voor Langdurige Intensieve Zorg (LIZ) & ECT-centrum), neemt ons onder andere mee in de wereld van therapieresistente schizofrenie.

Welke opties heb je nog bij deze patiëntenpopulatie en hoe kan vergeten vakliteratuur helpen bij de behandeling? Welke opties heb je nog bij deze patiëntenpopulatie en hoe kan vergeten vakliteratuur helpen bij de behandeling?

Inleiding

Sinds de afronding van mijn opleiding tot psychiater, in 2012, ben ik werkzaam bij Inforsa, een divisie van ggz-instelling Arkin in Amsterdam. Inforsa is gespecialiseerd in klinisch-intensieve en forensische psychiatrie. Mijn werkplek is de Kliniek voor Langdurige Intensieve Zorg (LIZ) en het dit jaar opgerichte eerste beveiligde ECT-centrum in Nederland. De LIZ kliniek bestaat uit 44 bedden, verdeeld over vijf verpleegafdelingen. De behandelopdracht is om reguliere en beveiligde intensieve behandelklinieken (KIB, hiervan zijn er vijf in Nederland) te ontlasten bij vastgelopen klinische behandeltrajecten. Door middel van jarenlange intensieve begeleiding en behandeling (van gedragstherapie en psychotherapie tot aan dwangbehandeling met clozapine en elektroconvulsietherapie) wordt gestreefd naar een stabiele situatie die ook na afbouw van de zorgintensiteit standhoudt. Zowel bij de patiënten met psychotische stoornissen als die met een persoonlijkheidsstoornis is er vaak sprake van hechtingsproblematiek. Om die reden maken orthopedagogen (opvoedkundigen) deel uit van de behandelteams. Terugkeer naar de reguliere niet-beveiligde ggz is het doel en dat resultaat wordt doorgaans na enkele jaren klinisch-intensieve zorg bereikt. Er is zowel impliciet (ongemerkt) als expliciet verzet tegen de behandeling. Denk hierbij aan medicatie-ontrouw, agressief verzet tegen de behandeling of te laat of niet terugkeren van verlof.

Patiëntenpopulatie en juridische aspecten

Bij een aanzienlijk aantal van deze patiënten is er sprake van therapieresistente affectieve- en/of psychotische ontregelingen in het spectrum van bipolaire stoornissen en schizofrenie. En de veronderstelde 'tussenvorm' in ons categoriaal-diagnostisch systeem,

de DSM-5, de schizoaffectieve stoornis. Behandeling kan ondanks het ontbreken van overeenkomst of instemming over het behandelingsplan toch doorgang vinden, indien de behandeling volstrekt noodzakelijk is ter afwending van gevaar binnen de inrichting of andere gevaren die zonder die behandeling niet binnen een redelijke termijn kunnen worden weggenomen. Dit alles is bepaald in artikel 38c van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), die sinds 1994 van kracht is in Nederland. Deze wet en 'rechtspositie' van de patiënt is niet alleen van kracht bij civielrechtelijke gedwongen opnames in de ggz, zoals de Inbewaringstelling (IBS) of de Rechterlijke Machtiging (RM), maar ook bij opname op een PAAZ of Psychiatrische Universiteitskliniek (PUK), indien deze een zogenaamde BOPZ-aanmerking hebben. Indien een strafrechtelijke maatregel zoals TBS (terbeschikkingstelling) en ISD (inrichting voor stelselmatige daders) in een ggz-instelling wordt uitgevoerd, geldt de rechtspositie BOPZ. Onder TBS en ISD kan dus ook gedwongen behandeling worden uitgevoerd. Tot zover een schets van de kliniek en de juridische kant van toepassing van (farmaco)therapie waar de patiënt niet, niet meer, of nog niet mee instemt.

De praktijk en haar perikelen

De behandeling wordt waar mogelijk conform de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) uitgevoerd. Denk hierbij aan richtlijnen schizofrenie (2012), bipolaire stoornissen (2015), depressie (2013), besluitvorming dwang: opname en behandeling (2008) en elektroconvulsietherapie/ECT (2010). Tevens raadplegen we de richtlijn voor het gebruik van clozapine (www.clozapinepluswerkgroep.nl). Meestal bieden deze richtlijnen voldoende handvatten voor de dagelijkse behandelpraktijk. Echter, in een aantal gevallen stuit de behandeling op uitvoeringsproblemen. Voorbeelden hiervan zijn spierinfiltraten door het herhaaldelijk oprekken van de spieren (glutei maximi, maar ook de quadriceps aan de voorzijde van het been) door grote volumes injectievloeistof, naast het optreden van leukopenie en agranulocytose bij het gebruik van clozapine. Soms is een psychotische patiënt dermate agressief en is er geen respons op 'gewone' antipsychotica, de dopamine-2 receptorantagonisten, dat ook in een noodsituatie alleen clozapine soelaas biedt. In dat geval komt het voor dat we kiezen voor 'rapid-dose titration' (Ifteni e.a., 2014; Aksoy Poyraz e.a., 2015) met clozapine van 200 tot zelfs 300 mg op een dag, toegediend in 2-3 giften. Intramusculaire toediening, in de halve dosering van oraal, is mogelijk en veilig, ook als het onder dwang moet (Schulte e.a., 2007). Ook hebben we in het verleden dwangbehandeling voor een ernstige depressieve stoornis uitgevoerd met dagelijkse injecties van het tricyclische antidepressivum clomipramine, dat overigens ook geregistreerd is voor de behandeling van obsessieve-compulsieve stoornissen. Clomipramine is dus parenteraal toe te dienen (De Cuyper e.a, 1981). De formulering kan vanuit Duitsland worden geleverd.

Inforsa

Aangezien ik in de kliniek vaak te maken heb met medicatieresistente opwindingstoestanden, moest ik al snel mijn medicamenteus arsenaal zien te vergroten. Van collega's die al (decennia) langer in het vak zaten, werd ik gewezen op de snel intredende sedatie bij droperidol. Dit geneesmiddel is onder psychiaters in Nederland na de FDA black box warning wegens risico op QTc-prolongatie rond de eeuwwisseling in onbruik geraakt. Droperidol werd in het voor de opleiding tot psychiater in Nederland verplichte leerboek Spoedeisende Psychiatrie ontraden vanwege de risico's op hartritmestoornissen. Vlaamse collega's braken een lans voor het gebruik van droperidol in acute situaties en vroegen zich af of het in de ban doen van droperidol terecht was (Budiharto & De Fruyt, 2013). Op de wijze waarop de FDA black box waarschuwingen in het algemeen toekent, maar ook aan droperidol in het bijzonder, valt wel het nodige aan te merken (Newman, 2015; Mullins e.a. 2004; Halloran & Barash, 2010). Anesthesiologen zijn de injectievloeistof in de jaren 2000 blijven gebruiken voor postoperatieve misselijkheid. Omdat de vraag vanuit psychiaters kennelijk was vervallen, heeft niemand de productie van droperidol tabletten van de oorspronkelijke fabrikant op zich genomen sinds 2001. Samen met psychiater Alexander Achilles (te zien in de documentaire "De rijdende psychiater" over de Amsterdamse crisisdienst), heb ik de huidige fabrikant gevraagd om de in Nederland wel geregistreerde maar niet-gedistribueerde IM-ampullen droperidol beschikbaar te stellen. En dat is gelukt. Het verdienstelijke klinisch onderzoek van Calver e.a. (2014, 2015) naar droperidol bij de behandeling van opwindingstoestanden, hielp om het 'QT-spook' uit te drijven. Indien de patiënt bereid is tot inname per os, kiezen we voor die vorm van 'unlicensed gebruik' (maar niet off-label) conform de definitie in het Farmacotherapeutisch Kompas. Naast droperidol kunnen ook andere injectievloeistoffen per os worden toegediend, zoals lorazepam, amitriptyline, clomipramine, biperideen en valproïnezuur (Sno & Schuitenmaker, 2000). De hulpstoffen van droperidol injectievloeistof vormen in de gebruikte doseringen tot drie keer daags 10 milligram geen enkel risico voor de gezondheid. Inmiddels gebruiken we droperidol, dat als enige geneesmiddel in Nederland een geregistreerde indicatie heeft voor agressiviteit bij volwassenen, alweer jaren. Droperidol blijkt ook effectief als toevoeging aan clozapine, dat van zichzelf ook al een anti-agressieve werking heeft (Volavka e.a., 1993). Bij opwindingstoestanden kan droperidol het verschil maken, waar combinaties haloperidol met benzodiazepine of promethazine onvoldoende effect sorteren. Ook hebben we positieve ervaring opgedaan met de combinatie van droperidol en midazolam in parenterale toediening, geïnspireerd door recentelijk gepubliceerd onderzoek (Taylor e.a., 2017).

Het benzamide-antipsychoticum amisulpride bestaat al even, behoort tot de familie van sultopride en sulpiride (Malavasi e.a. 1996). Amisulpride staat sinds enige jaren onder positieve belangstelling van psychiaters, omdat het toegevoegde waarde kan hebben in de behandeling van de zogenaamde 'negatieve symptomen' bij

schizofrenie. Het gaat dan om verschijnselen van afvlakking, verlies van interesse en motivatie bij patiënten met chronische psychotische stoornissen. Er is enig bewijs voor de effectiviteit van amisulpride voor negatieve symptomen bij schizofrenie (Silveira da Mota Neto e.a., 2013). Inmiddels is, wie weet mede door overleg dat ik met een grote zorgverzekeraar heb mogen voeren vanuit Arkin, een regeling op handen waarbij dit niet-geregistreerde antipsychoticum ook voor ambulante populaties zal worden vergoed. Voorwaarde is dat het zonder amisulpride niet gaat. Een verpleegkundig specialist in onze kliniek, Haitze Huizenga, had achterhaald dat in Frankrijk amisulpride injectievloeistof in de handel is. Met onze afleverende apotheker (Geke van Weringh, OLVG-West, Amsterdam) hebben we 'groepstoestemming' bij de inspectie aangevraagd en verkregen om amisulpride injectievloeistof voor therapieresistente vormen van schizofrenie toe te kunnen passen. Dankzij dat is gedwongen behandeling met amisulpride nu ook mogelijk. En we voegen in geval van partiële of algehele clozapineresistentie ook wel eens amisulpride aan clozapine toe (Barnes e.a., 2018).

Ook ben ik er via Google achter gekomen dat fluvoxamine, als krachtigste CYP1A2-remmer die we kennen, ook in de registratie onderzoeken van Solvay Duphar heeft bestaan als injectievloeistof. Ik verkreeg van de firma Abbott (die Solvay Duphar in Weesp heeft overgenomen) inzage in het onderzoeksprotocol ter bepaling van het kinetisch profiel. Ik spoorde via internet de toenmalige onderzoekers, Jaap van Harten en Anders Grahnén (Zweden), op om van hen te vernemen wat hun ervaringen waren met intraveneuze toediening van fluvoxamine. Zij verklaarden dat men de fluvoxamine eerst als bolus van 50 milligram toediende, maar dat de proefpersonen daarvan erg misselijk werden. Het protocol werd aangepast, in die zin dat de fluvoxamine in een uur via het infuus inliep. Dat werd beter verdragen. Dit is belangrijk om te weten, mocht het in de toekomst nodig zijn om bij habituele medicatieweigeraars, een CYP1A2-remmer via het infuus toe te dienen. Het effect van 'klinische inhibitie' van CYP1A2 houdt waarschijnlijk enkele dagen aan, dus met enkele toedieningen per week zou de metabolisering van clozapine al flink kunnen worden geremd. De Wet BOPZ voorziet er echter ook in om medicatie per sonde toe te dienen. Door twee keer per week gemalen fluvoxamine per sonde toe te dienen, kan de hoeveelheid injectievloeistof mogelijk met een factor 4 tot 12 worden teruggebracht. Dat betekent dat een gedwongen behandeling met dagelijks injecties clozapine op die manier mogelijk maanden kan worden voortgezet als een traject zonder clozapine geen optie is. Er zijn aanwijzingen dat fluvoxamine ook haar eigen metabolisering remt, waardoor spiegels op termijn kunnen oplopen (Van Harten, 1995).

'In de praktijk bieden we zowel fluvoxamine als clozapine gemalen aan om de mogelijkheden tot smokkelen met medicatie te verminderen.'

Wij zien dat in de praktijk ook terug: nadat een patiënt goed op clozapine is ingesteld en daarvoor fluvoxamine is gebruikt, kan na weken, bij gelijk gebleven dosis, de clozapine bloedspiegel 'ontsporen'. Het is een proces van voortdurend 'brommersleutelen' om een zekere steady state te bereiken en te behouden. Factoren als rookpatroon en inname van cafeïne nog niet eens meegerekend. In de praktijk bieden we zowel fluvoxamine als clozapine gemalen aan om de mogelijkheden tot smokkelen met medicatie te verminderen. Het is mogelijk om van fluvoxamine een suspensie te maken (Bazire, 1999). In de praktijk mengen we gemalen medicatie in frisdrank of bieden we het aan op een lepel vla.

Cimetidine remt CYP1A2 eveneens, de injectievloeistof kan ook parenteraal worden toegediend, maar hiervan heb je best wat milliliters nodig (Pedersen & Miller, 1980). Dus alleen een intraveneuze toediening zou dan een optie zijn, want bij intramusculaire toediening loop je alsnog tegen het probleem van spieroverrekking aan. In een gevalsbeschrijving werd door toevoeging van cimetidine per os in ieder geval een verdubbeling van de clozapine bloedspiegel bereikt (Watras & Taylor, 2013). Cimetidine heeft dus niet de inhibitiekracht van fluvoxamine, maar in de Europese Unie (in Duitsland) is in ieder geval wel een injectievloeistof beschikbaar die zowel intramusculair als intraveneus kan worden toegediend.

Naast de via Brocacef verkrijgbare clozapine-injectievloeistof en olieoplosbare doch zeer onsmakelijke drank, bestellen we sinds enige tijd clozapinesuspensie uit Duitsland op artsenverklaring. De suspensie heeft een twee keer zo hoge concentratie als de drank (50 mg/ml in plaats van 25 mg/ml) en smaakt niet onaangenaam. Vies smakende medicatieformuleringen zijn vanzelfsprekend niet prettig voor de patiënt. Zeker als je bedenkt dat er voor clozapine niet een gelijkwaardig alternatief voorhanden is en de patiënt jaren zo niet levenslang aan deze medicatie vastzit. De bio-equivalentie van de suspensie en de tabletten is gelijk (Glue e.a. 2012).

Clozapine verlaagt de convulsiedrempel (Williams & Park, 2015; Kumlien & Lundberg, 2010) en is vanwege die bijwerking bij langdurige toepassing van ECT een essentieel bestanddeel voor het welslagen ervan: Gedurende ECT-trajecten loopt de convulsiedrempel doorgaans op, waarbij deze op zeker moment hoger is dan waarmee de maximaal toedienbare lading van het apparaat nog een convulsie (van voldoende kwaliteit) kan opwekken. Door de clozapinespiegel op peil te houden, zien we dat de hoeveelheid benodigde lading over maanden en zelfs jaren (!) gelijk blijft. Clozapine in combinatie met ECT is een belangrijke interventie voor ultraresistente vormen van schizofrenie, zoals ook uit het onderzoek van Petrides e.a. (2015) bleek. ECT werd daar toegevoegd aan gemiddelde bloedspiegels van clozapine van 0,8 mg/l.

OVERWEGINGEN EN AANBEVELINGEN

Je hoopt de opgedane kennis nog eens voor collega's over de hele wereld vast te leggen in de vorm van case reports, maar het probleem is daarbij dat je niet altijd toestemming zult verkrijgen van de patiënt. De beschreven patiëntenpopulatie is moeilijk te includeren voor randomized controlled trials, eveneens gezien de strenge eisen op gebied van 'informed consent'. De farmaceutische industrie zal niet snel investeren in onderzoek naar therapieresistente psychosen. Veel academische centra richten hun onderzoek(sgelden) op 'first episode psychosis', terwijl het wat mij betreft de tiende psychose is die ertoe doet bij schizofrenie en niet de eerste. Het is tenslotte een chronische aandoening. De behandeling van therapieresistente schizofrenie is dus nauwelijks geacademiseerd in Nederland. Van het geraffineerde verzet van mijn patiënten heb ik als psychiater een hoop geleerd. Mijn arsenaal om behandelingen op te starten en gaande te houden is aanzienlijk groter dan toen ik als jonge klare aantrad. Er blijkt veel vergeten vakliteratuur beschikbaar die een schat aan behandelmogelijkheden oplevert voor de praktijk. Misschien zijn nieuwere publicaties methodisch hoogwaardiger, maar feit blijft dat op mijn vakgebied de beste spullen zijn gemaakt in de jaren '50 tot en met '80. Dat is alweer even geleden. Ook het leerboek Psychofarmaca (Van Praag, 1965), verplichte leerstof voor psychiaters in wording destijds, leerde mij dat er van menig antidepressivum een injectievloeistof heeft bestaan. Of nog bestaat. We hebben goede tot zeer goede geneesmiddelen tot onze beschikking voor de behandeling van psychische aandoeningen. Laten we ze vooral gaan gebruiken, of indien ze zijn vergeten, terugbrengen in de actualiteit. Zo innoveer je aan de hand van vakhistorische kennis. Blijf dus nieuwsgierig en deel kennis met elkaar. Zoek op Pubmed naar oude literatuur in plaats van de heilig verklaarde nieuwe. Bedenk dat de selection bias bij RCT bij schizofrenie (en dus bij Cochrane reviews die zich veelal hierop baseren) gigantisch is: de allerzieksten worden niet onderzocht, want die geven geen toestemming. Hetzelfde geldt voor patiënten met dwangbehandeling. Niet conform de richtlijnen is niet hetzelfde als als experimenteel. En het doel is vanzelfsprekend: optimale psychiatrische behandeling en het doorbreken van gestagneerd herstel.

Literatuur

Aksoy Poyraz C, Turan Ş, Demirel ÖF, Usta Sağlam NG, Yıldız N, Duran A. Effectiveness of ultra-rapid dose titration of clozapine for treatment-resistant bipolar mania: case series. Ther Adv Psychopharmacol. 2015 Aug; 5(4): 237-42.

Barnes TRE, Leeson V, Paton C, Marston L, Osborn DP, Kumar R, Keown P, Zafar R, Iqbal K, Singh V, Fridrich P, Fitzgerald Z, Bagalkote H, Haddad PM, Husni M, Amos T. Amisulpride augmentation of clozapine for treatment-refractory schizophrenia: a double-blind, placebo-controlled trial. Ther Adv Psychopharmacol. 2018 Jul; 8(7): 185-197.

Bazire S. Psychotropic drug directory. The professionals' pocket handbook & aide memoire. Snow Hill: Quay Books; 1999.

Budiharto L, De Fruyt J. Droperidol in de behandeling van acute agitatie: nog steeds een plaats. Tijdschr Psychiatr. 2013; 55(3): 183-92.

Calver L, Drinkwater V, Gupta R, Page CB, Isbister GK. Droperidol v. haloperidol for sedation of aggressive behaviour in acute mental health: randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2015 Mar; 206(3): 223-8.

Calver L, Isbister GK. High dose droperidol and QT prolongation: analysis of continuous 12-lead recordings. Br J Clin Pharmacol. 2014 May; 77(5): 880-6.

Calver L, Page CB, Downes MA, Chan B, Kinnear F, Wheatley L, Spain D, Isbister GK. The Safety and Effectiveness of Droperidol for Sedation of Acute Behavioral Disturbance in the Emergency Department. Ann Emerg Med. 2015 Sep; 66(3): 230-238.

De Cuyper HJ, van Praag HM, Mulder-Hajonides WR, Westenberg HG, de Zeeuw RA. Pharmacokinetics of clomipramine in depressive patients. Psychiatry Res. 1981. Apr; 4(2): 147-56.

Glue P, Gale C, Menkes DB, Hung N. Evaluation of bioequivalence between clozapine suspension and tablet formulations : a multiple-dose, fed and fasted study. Clin Drug Investig. 2012 Nov; 32(11): 723-7.

Halloran K, Barash PG. Inside the black box: current policies and concerns with the United States Food and Drug Administration's highest drug safety warning system. Curr Opin Anaesthesiol. 2010 Jun; 23(3): 423-7.

Van Harten J. Overview of the pharmacokinetics of fluvoxamine. Clin Pharmacokinet. 1995; 29 Suppl 1: 1-9.

Van Harten J, Kok F, A. Lönnebo A. Grahnén A. Pharmacokinetics of fluvoxamine after intravenous and oral administration. Poster. P-1-58.

Ifteni P, Correll CU, Nielsen J, Burtea V, Kane JM, Manu P. Rapid clozapine titration in treatment-refractory bipolar disorder. J Affect Disord. 2014 Sep; 166: 168-72.

Ifteni P, Nielsen J, Burtea V, Correll CU, Kane JM, Manu P. Effectiveness and safety of rapid clozapine titration in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. 2014 Jul; 130(1): 25-9.

Kumlien E, Lundberg PO. Seizure risk associated with neuroactive drugs: data from the WHO adverse drug reactions database. Seizure. 2010 Mar; 19(2): 69-73.

Kranke P, Eberhart L, Motsch J, Chassard D, Wallenborn J, Diemunsch P, Liu N, Keh D, Bouaziz H, Bergis M, Fox G, Gan TJ. I.V. APD421 (amisulpride) prevents ostoperative nausea and vomiting: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. Br J Anaesth. 2013 Dec; 111(6): 938-45.

Malavasi B, Locatelli M, Ripamonti M, Ascalone V. Determination of amisulpride, a new benzamide derivative, in human plasma and urine by liquid-liquid extraction or solid-phase extraction in combination with high-performance liquid chromatography and fluorescence detection. application to pharmacokinetics. J Chromatogr B Biomed Appl. 1996 Feb 9; 676(1): 107-15.

Mullins M, Van Zwieten K, Blunt JR. Unexpected cardiovascular deaths are rare with therapeutic doses of droperidol. Am J Emerg Med. 2004 Jan; 22(1):27-8.

Newman DH. Training the Mind, and the Food and Drug Administration, on Droperidol. Ann Emerg Med. 2015 Sep; 66(3): 243-5.

Pedersen PV, Miller R. Pharmacokinetics and bioavailability of cimetidine in humans. J Pharm Sci. 1980 Apr; 69(4): 394-8.

Petrides G, Malur C, Braga RJ, Bailine SH, Schooler NR, Malhotra AK, Kane JM, Sanghani S, Goldberg TE, John M, Mendelowitz A. Electroconvulsive therapy augmentation in clozapine-resistant schizophrenia: a prospective, randomized study. Am J Psychiatry. 2015 Jan; 172(1): 52-8.

Pisani F, Oteri G, Costa C, Di Raimondo G, Di Perri R. Effects of psychotropic drugs on seizure threshold. Drug Saf. 2002; 25(2): 91-110.

Silveira da Mota Neto JI, Soares BGO, Silva de Lima M. Amisulpride for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 2. Art. No.: CD001357.

Schulte PFJ, Stienen JJ, Bogers J, Cohen D, van Dijk D, Lionarons WH, Sanders SS, Heck AH. Compulsory treatment with clozapine: a retrospective long-term cohort study. Int J Law Psychiatry. 2007 Nov-Dec; 30(6): 539-45.

Sno HN, Schuitenmaker MG. Niet-orale toedieningsvormen van psychofarmaca. Ned Tijdschr Geneeskd. 2000 Jan 15; 144(3): 116-20.

Sno HN, Schuitenmaker MG. Ingezonden: Niet-orale toedieningsvormen van psychofarmaca. Ned Tijdschr Geneeskd. 2000 Mar 18; 144(12), 580-581

Taylor DM, Yap CYL, Knott JC, Taylor SE, Phillips GA, Karro J, Chan EW, Kong, DCM, Castle DJ. Midazolam-Droperidol, Droperidol, or Olanzapine for Acute Agitation: A Randomized Clinical Trial. Ann Emerg Med. 2017 Mar; 69(3): 318-326.

Volavka J, Zito JM, Vitrai J, Czobar P. Clozapine effects on hostility and aggression in schizophrenia. J Clin Psychopharmacol. 1993 Aug; 13(4): 287-9.

Watras M, Taylor D. A therapeutic interaction between cimetidine and clozapine: case study and review of the literature. Ther Adv Psychopharmacol. 2013 Oct; 3(5): 294-7.

Williams AM, Park SH. Seizure associated with clozapine: incidence, etiology, and management. CNS Drugs. 2015 Feb; 29(2): 101-11.

Bij PharmaLead zijn we ervan overtuigd, dat het werkplezier toeneemt als mensen zich op de werkvloer oprecht gezien voelen, in al hun compleetheid. Altijd.

Daarom zijn we gestart om ons zorgbedrijf te organiseren rondom het zogenaamde 'psychologische contract'. Dat betekent dat we niet alleen 'harde' afspraken over KPI's of salaris met je maken, maar dat er net zoveel aandacht is voor de 'zachte' zaken: de sociale sfeer, een goede privé-werk balans, of de aanwezigheid van écht relevante opleidingsmogelijkheden.

Inmiddels werken we al een tijdje op deze manier. Dat leidde in februari 2018 tot de maximale score van drie sterren in de 'beste werkgeversscan' van Effectory. Maar we horen het ook dagelijks van onze collega's: ze voelen zich gezien en ervaren daardoor veel voldoening.

En het mooie is: hier worden onze klanten, de apotheken die op zoek zijn naar tijdelijke versterking, ook weer blij van. Want een professional die plezier heeft in het werk, zien we allemaal graag komen.

David van Hartskamp
Apotheker en CEO PharmaLead

Stichting Normering Arbeid
De Norm voor betrouwbaarheid

NEN 4400-1

PharmaLead
het zorgbedrijf dat je ziet

CASUÏSTIEK

Auteur: Anne-Marie Jipping

Specialist in Persoonlijkheidsproblematiek

Psychiaters zijn vaak erg inventief als het gaat om de behandeling van hun patiënten, ze durven af te wijken van de gebaande paden, maar doen natuurlijk nooit zomaar iets.

Als apotheker kan je van toegevoegde waarde zijn bij het oplossen van diverse farmacotherapeutische vraagstukken die spelen bij de psychiater. In dit artikel een greep uit vele interessante casussen. Psychiater Marije van Dalen (NPI Amsterdam) en andere psychiaters met diverse achtergronden en een evenzo diverse patiëntenpopulatie hebben bij deze casuïstiek de hulp ingeschakeld van een apotheker.

CASUS LITHIUM EN LAAG BMI

Vraag psychiater:
Ik heb een patiënte met een laag BMI (18) die haar lithium niet wil ophogen omdat ze bang is dat ze met een ophoging van 200 mg ineens geïntoxiceerd raakt. Ze zou dit eerder hebben meegemaakt. Nu wil ze de pillen ook niet meer breken omdat dit toen ook mis is gegaan - ook meent ze dat dit met de lithium niet kan.
Kun jij ons adviseren wat te doen? Zij gebruikt 800 mg bij een spiegel van 0,57 mmol/l, terwijl ik eigenlijk naar een therapeutische spiegel wil. Waarschijnlijk moeten we uiteindelijk wel meer dan 100 mg ophogen, maar dan wel met tussenstappen.

Antwoord apotheker:
Ik lees dat de therapeutische dosering profylactisch 0,6-0,8 mmol/L is, ze zit dus wel bijna op een goede spiegel. Is ze nog niet klinisch stabiel? Als ze dat wel is, is een lagere spiegel ook niet zo'n probleem. Wat je zou kunnen doen is haar omzetten naar 3x300 mg lithium. En evt. daarna 2x400 + 1x200. Op de 300 mg lithium zit wel een eigen bijdrage, €2,57 per 30 tabletten. Ook als ze nu Camcolit of Priadel zou gebruiken kan je haar wel omzetten naar de gewone tabletten van 300 mg.
Het klopt inderdaad wat ze zegt over het breken, in de bijsluiter staat dat de breukstreep niet bedoeld is voor het verdelen van de tablet in gelijke delen, alleen om het inslikken makkelijker te maken.

CASUS ANTICHOLINERGE EFFECTEN BIJ ANTIPSYCHOTICA

Vraag psychiater:
Heb jij een overzicht van antipsychotica met de minste anticholinerge effecten? Pt heeft al risperidon, olanzapine, aripiprazol en haloperidol gebruikt. Gestopt wegen bijwerkingen of onvoldoende werkzaamheid.

Antwoord apotheker:
De depot-opties die overblijven zijn broomperidol, flupentixol en zuclopentixol. Paliperidon is geen optie aangezien dit een metaboliet van risperidon is.

Mijn advies zou zijn om broomperidol te overwegen. Dit middel heeft een hele hoge mate van D2-receptor activiteit en nagenoeg geen anticholinerge en sedatieve effecten. Flupentixol en zuclopenthixol (matig sederend) beschikken over zwakke anticholinerge effecten en kunnen zodoende ook overwogen worden.
Met broomperidol kan je starten met druppels en vervolgens overgaan op het depot.

CASUÏSTIEK

CASUS BIJWERKINGEN TRACYDAL

Vraag psychiater:
Patiënt (vrouw) met therapieresistente depressie gebruikt met goed resultaat tranylcypromine 20 mg per dag. Voor een optimaler resultaat is verhoogd naar 30 mg per dag, sindsdien heeft pt. veel orthostase, duizelingen en af en toe ritmestoornissen. Hoe kunnen we dit oplossen?

Antwoord apotheker:
De orthostase en duizelingen zijn bekende bijwerkingen en dosisafhankelijk. Te voorkomen door geleidelijke dosisverhogingen en evt. behandelen met extra zout (bv. bouillon) of fludrocortison (0.05-0.2mg/dag). Deze bijwerkingen treden vaak wel op in het begin van de behandeling en de kans bestaat dus dat het in de loop van de tijd beter zal gaan.

Bij de hartkloppingen is het advies om tijdelijk te onderbreken of zelfs de behandeling te staken. Echter, dit zou ik niet doen. Mijn advies zou zijn om terug te gaan naar de 20 mg. Wat ook nog zou kunnen helpen bij het voorkomen van bijwerkingen, is het verdelen van de dosis over meerdere inname-momenten, in haar geval dan denk ik 2x daags. De laatste gift bij voorkeur niet later dan 15.00u, tracydal heeft een amfetamine-achtige werking en bij te late inname heb je dan weer risico op slaapproblemen.

Als je weer terug zou gaan naar 20 mg, dan kan je vanaf daar weer langzaam ophogen. Wellicht is het mogelijk om met een kwart tablet (5mg) op te hogen? Daarnaast zou ik een ECG maken, alhoewel niet-frequente ritmestoornissen waarschijnlijk lastig te vangen zijn op een ECG. Maar dan heb je in ieder geval een soort uitgangs-ECG en kan je haar monitoren bij dosisverhogingen.

Mocht het uiteindelijk niet lukken met Tracydal, is het eventueel een optie om te switchen naar Nardil (fenelzine).

CASUS LITHIUMSPIEGEL

Vraag psychiater:
Patiënt (klinisch) neemt lithium onder toezicht in rond 16u 's middags, er zou na 12 uur een spiegel geprikt moeten worden, echter dit is niet mogelijk. Indien de spiegel op een ander moment geprikt wordt, bestaat er dan een bepaalde factor waarmee toch een betrouwbare spiegel berekend kan worden? Inname van lithium onder 'werktijd' (8-18u) zou inhouden dat er 's avonds laat of 's ochtends heel vroeg geprikt zou moeten worden en dat is niet mogelijk helaas.

CASUS ALTERNATIEF VOOR SSRI BIJ GEGENERALISEERDE ANGSTSTOORNIS (GAS)

Vraag psychiater:
Een jonge vrouw (27 jaar) heeft heel recent een darmbloeding gehad, de geraadpleegde huisarts heeft dit in verband gebracht met het SSRI (sertraline) gebruik van mevrouw. De sertraline gebruikt ze voor een gegeneraliseerde angststoornis. De huisarts heeft contact opgenomen met mij om te overleggen over een alternatief. Mevrouw is dusdanig geschrokken van de darmbloeding, dat ze de sertraline ook écht niet meer wilt slikken.

Antwoord apotheker:
Er zijn meerdere opties bij een GAS in plaats van een SSRI.
Uit de groep van TCA's zijn er de volgende opties:
- Clomipramine, start 25mg, streef 100-150mg in 2-3 giften, maximaal 250 mg in 2-3 giften
- Imipramine, start 25mg, streef 100-150mg in 2-3 giften, maximaal 300 mg in 2-3 giften

Daarnaast:
- Pregabaline: 150–600 mg per dag in 2–3 giften; begindosering: 150 mg per dag, indien nodig na 1 week verhogen tot 300 mg per dag, na een volgende week tot 450 mg per dag en na nog een week tot max. 600 mg per dag.
- Buspiron: streefdosering is 30 mg per dag. Bij onvoldoende effectiviteit kan de dosis na 6 weken verhoogd worden tot maximaal 60 mg per dag.

Volgens de GGZ-richtlijn is de volgorde ná een SSRI: buspiron, TCA, pregabaline.
De ervaringen met buspiron zijn wisselend, soms zien ze geen effect t.o.v. placebo, soms wel, het middel wordt over het algemeen wel goed verdragen.
Nadeel van TCA's zijn de mogelijke anticholinerge bijwerkingen (droge mond, obstipatie).
Nadeel van pregabaline is dat het slaperig kan maken, als het voor de nacht wordt genomen neemt dat effect ook af.

Antwoord ziekenhuisapotheker:
Als vuistregel wordt wel gehanteerd dat ieder uur later de Li 0,1 mmol/L is gezakt. Dat is een zeer ruwe schatting en afhankelijk van de nierfunctie.
Beter is om gebruik te maken van MWPharm populatie PK software waarmee je een nauwkeuriger schatting kan doen, maar ik snap ook wel dat dit misschien iets te ingewikkeld is als je daar niet dagelijks mee omgaat.

CASUÏSTIEK

CASUS THERAPIERESISTENTE SCHIZOFRENIE EN IMPULSDOORBRAKEN BIJ ASS

Vraag psychiater:
Ik heb een patiënt, jonge man, met schizofrenie en hallucinaties en daarnaast epilepsie en een stoornis in het autismespectrum (ASS). Hij gebruikt nu clozapine en fluvoxamine, maar dat werkt onvoldoende (therapieresistent) en heeft ondanks het gebruik van levomepromazine last van impulsdoorbraken bij ASS.
Heb jij een alternatief voor deze man?

Antwoord apotheker:
Wat betreft antipsychotica bij epilepsie. Alle middelen geven in meer of mindere mate een risico op toename van de aanvalsfrequentie, hogere incidentie bij bv. haloperidol en clozapine. Het gebruik van bv. olanzapine, quetiapine en risperidon is relatief gecontra-indiceerd. In normaal/lage doseringen heb je weinig risico op toename van aanvallen. Wat voor alle antipsychotica + epilepsie echter geldt is start low, go slow. (Commentaren Medicatiebewaking 2016/2017)

Blokkade van dopamine werkt in 70-90% van de gevallen goed op de positieve symptomen (hallucinaties) bij schizofrenie. Blokkade van de serotonine-2A receptoren zou een gunstig effect hebben op agitatie, agressie en gedragsstoornissen. Het antipsychoticum met de sterkste serotonine-2A blokkade zijn risperidon en pipamperon, olanzapine doet dit in mindere mate. (Moleman, Praktische psychofarmacologie 5e editie)

Het Psyfar artikel *placebogecontroleerde behandeling van volwassenen met ASS met risperidon* liet bescheiden positieve effecten zien met betrekking tot prikkelbaarheid en agressie. Bij volwassenen met ASS zijn er aanwijzingen voor een verlaagde centrale serotonine concentratie.

Voor deze jongeman lijkt risperidon een goede vervanger voor zowel clozapine als levomepromazine. Risperidon is relatief veilig bij epilepsie en daarnaast kan het gunstig werken op de impuls-doorbraken die de man heeft.

Vanwege de mogelijk verlaagde serotonine concentratie bij ASS komen SSRI's ook naar voren als behandeling, de resultaten zijn echter niet geheel overtuigend. Verder wordt methylfenidaat nog aangedragen als optie bij impulsdoorbraken, echter kunnen ten gevolge van het gebruik van stimulantia ook bepaalde symptomen van autisme toenemen en dat is niet wenselijk.

CASUS ANTIDEPRESSIVUM BIJ DYSTONIE

Vraag psychiater:
Een patiënt met depressie heeft in het verleden diverse antidepressiva en antipsychotica gebruikt en daarbij last gehad van dystonie. Heb jij opties voor deze middelen met zo weinig mogelijk risico op dystonie?

Antwoord apotheker:
Middelen met een hoge affiniteit voor de dopamine-2- receptor geven een hoger risico op dystonie. Als antipsychoticum zou quetiapine een optie zijn (lage affiniteit voor de D2 receptor) en als antidepressivum mirtazapine. Alle SSRI's geven een risico op extrapiramidale stoornissen (EPS), mirtazapine zou dit mogelijk minder doen. Over TCA's zeggen ze dat ook, maar daar is geen tot weinig onderzoek naar gedaan dus dat is dan weer afwachten hoe het uitpakt.

CASUS VENLAFAXINE

Vraag psychiater:
Een patiënte met somberheid, suïcidaliteit en borderline problematiek gebruikt sinds enkele maanden naar tevredenheid venlafaxine. Bij 37,5 mg had zij nog klachten, bij 75 mg waren haar klachten wel weg maar voelde zij vervlakking en libidoverlies. Dit was reden voor haar om lager te willen, tussen de doseringen in. Inmiddels verdeelt ze de korrels van 2 capsules 75 en 37,5 mg op het oog in twee gelijke hoeveelheden en doet ze het terug in de capsules. Dit lijkt mij een beetje onnauwkeurig.

Antwoord apotheker:
Er zijn 2 opties:

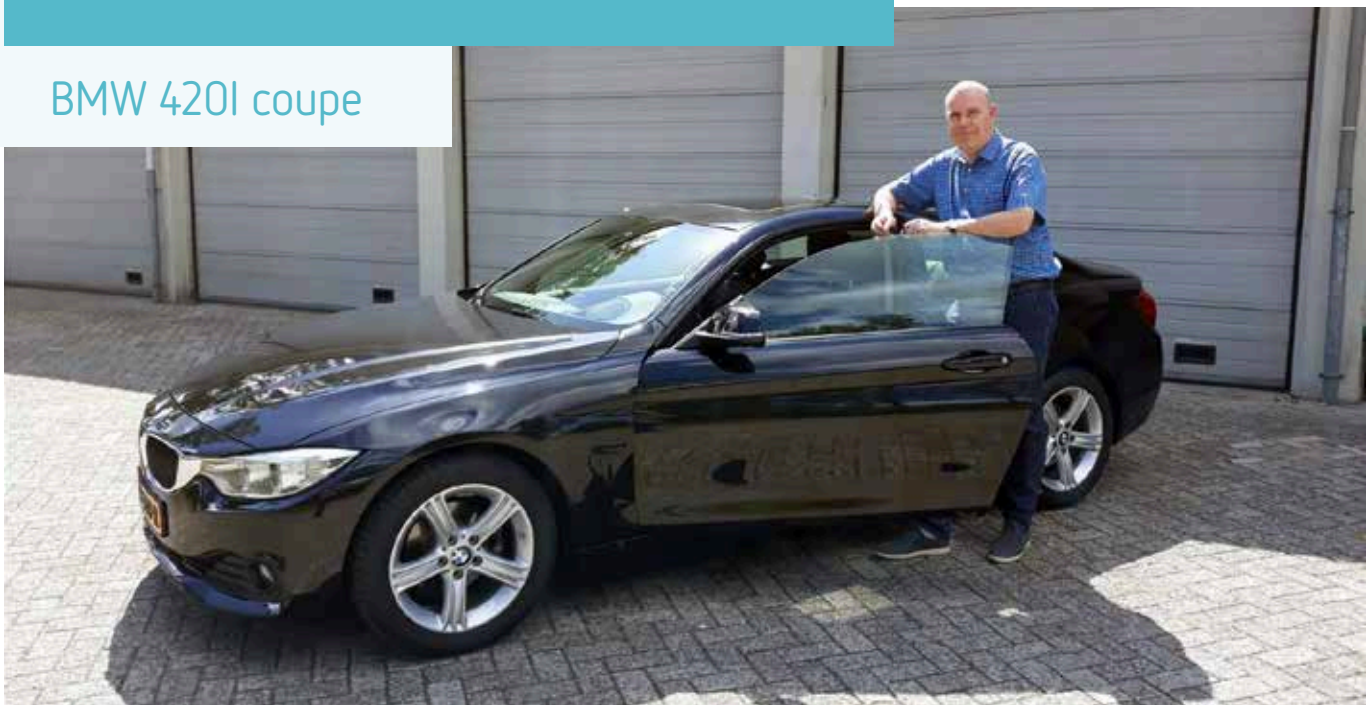
1. De Regenboogapotheek: een stabilisatie-strip kost gemiddeld €65 per maand, echter, vergoeding is altijd wat onduidelijk. Vooraf bellen met haar verzekering om na te gaan of ze het wel vergoed krijgt.
2. Venlafaxine 37,5 mg van Sandoz bevat 3 microbolletjes van elke 12,5 mg. Als ze 5x12,5 mg neemt zit ze op 62,5 mg. Misschien is dat wat voor haar.

Apo & Auto

Een rubriek waarin automobielen met karakter voorbij komen. Mocht je een karakteristieke auto hebben of iemand kennen die er een heeft, stuur dan de redactie een bericht.

Arno van der Louw
Apotheker

BMW 420I coupe



1. Welk auto-onderdeel ben je (in het apotheekproces) en waarom?

In het verleden ben ik apotheker eigenaar geweest en voelde ik mij wel de motor in de organisatie waarbinnen ik verantwoordelijk was. Inmiddels ben ik beherend apotheker en niet meer in "mijn eigen" apotheek. Ik voel mij nu meer een essentieel onderdeel maar niet meer een (aan)drijvende kracht. Wellicht ben ik het stuur dat richting geeft. Helaas bepaal ik dus niet altijd zelf die richting meer!

2. Wat is je droomauto en in welke setting wil je die rijden?

Mijn droomauto blijft een cabrio (BMW of Mercedes); helaas vind ik een dergelijke wagen niet comfortabel genoeg om het gehele jaar mee te rijden en ik hoef geen tweede auto. Ooit reed ik een Saab cabrio (rood met zwarte linnen kap en spaakvelgen, mooie Italiaanse import uit 1988) naast een VW Sheran. In de praktijk maakte ik mede door de weersomstandigheden veel te weinig kilometers in de cabrio maar had wel veel kosten van onderhoud e.d.

3. Wat vind je het leukst aan de auto?

Mijn huidige auto rijd ik nog maar kort en is geïmporteerd vanuit Duitsland. Na kortstondig geflirt te hebben met Citroën C5 (hele gezin zeeziek door de zg. veerbollen als onderdeel van het hydropneumatische ophangsysteem) en een DS5 (speciale jubileum uitvoering uit 2015) ben ik weer terug bij een Duitse wagen. Ik wilde, omdat de kinderen bijna volwassen zijn, een coupe gaan rijden en het liefste een Mercedes E serie of een BMW 4 serie. Het is een BMW 420i geworden (toch iets sportiever).Duitsers kopen deze wagen gewoonlijk met alle opties erop en eraan en deze wagen had in anderhalf jaar weinig kilometers op de teller.

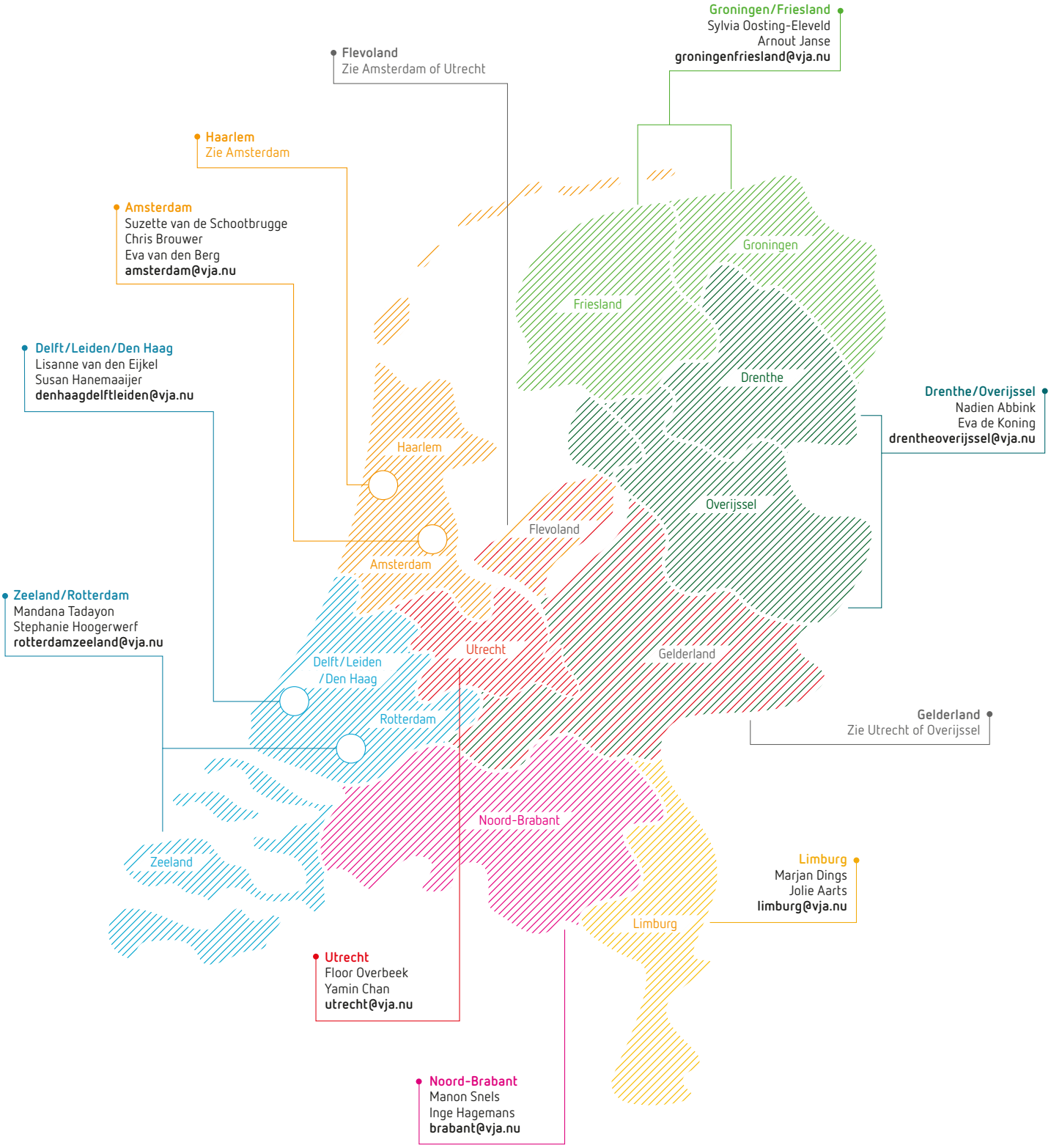
4. U voert een review uit op uw huidige auto en mag maximaal 3 interventies doen. Wat past u aan?

Als ik een review op deze BMW moest uitvoeren dan zou ik zonder meer de instap wel willen verbeteren; de auto is bijzonder laag op de weg gebouwd waardoor je bijna "in de auto valt" bij instappen. Verder kan ik gelukkig weinig verbeterpunten ontdekken (al geeft het open dak wel veel ruis, ook bij lage snelheid).

5. Laat een vraag vervallen en bedenk een nieuwe vraag.

Vraag 1 zou ik laten vervallen. In plaats daarvan komt de vraag: 'Hoelang blijf je in deze auto rijden? Dit is ook wat mensen om mij heen me vragen.'; immers sinds mijn 18e "versleet" ik ruim 20 auto's... (voornamelijk van Duitse makelij).
Ik kan het nu nog niet beantwoorden al geef ik toe altijd wel stiekem op autosites te speuren; een auto mag van mij best opvallend zijn en uitdrukking geven aan een stukje persoonlijkheid. En gekscherend vertel ik mijn vrouw wel eens dat het maar beter is dat ik zo vaak van auto wissel en niet van partner (gelukkig zijn wij dit jaar al 25 jaar getrouwd, dus dat zit wel goed!). <

REGIOCOÖRDINATOREN



Agenda

2018

SEPTEMBER
01 VNA zomeractiviteit: Indoor Skydiven Utrecht
06 VNA nascholing 'Marktontwikkeling en ondernemerschap 1'
20 VNA nascholing 'Omgevingsanalyse en KNMP'

OKTOBER
19 Borrel regio Rotterdam / Zeeland.
25 VJA-LOVAH Symposium

NOVEMBER
01 VNA nascholing 'Invloed uitoefenen in de eerste en tweede lijn'
08 VNA nascholing 'Basistraining BHV'
09 VJA activiteit van het jaar!

Colofon

Redactie
Marielle Bijlstra-Cramer
Anne-Marie Jipping
Narin Martens-Akrawi
redactie@vja.nu

Vormgeving en opmaak
vockingontwerpt.nl

Deadline kopij
05 november 2018

Algemeen adres VJA
Postbus 9272501, CX Den Haag
secretaris@vja.nu | www.vja.nu

Adreswijziging doorgeven
De VJA maakt gebruik van de ledenadministratie van de KNMP. Adreswijzigingen kunnen worden doorgegeven via de ledenadministratie van de KNMP. Indien je geen KNMP lid bent, kun je door in te loggen op **www.vja.nu** jouw adreswijziging doorgeven.

Lid worden?
Neem contact op met de secretaris voor een aanmeldingsformulier of ga naar onze website **www.vja.nu** en vul daar het formulier in.

Bestuur VJA

Joeri Arkink
Secretaris
secretaris@vja.nu

Marleen van Brussel
Lid Specialisme
specialisme@vja.nu

Yvette Nusse
Lid Communicatie
communicatie@vja.nu

Iris Zuydgeest
Penningmeester
penningmeester@vja.nu

Nitika Chouhan
Voorzitter
voorzitter@vja.nu

Cleo Chung
Lid Organisatie
organisatie@vja.nu

Cindy Hoonhout
Lid Politieke en Maatschappelijke zaken
maatschappelijkezaken@vja.nu