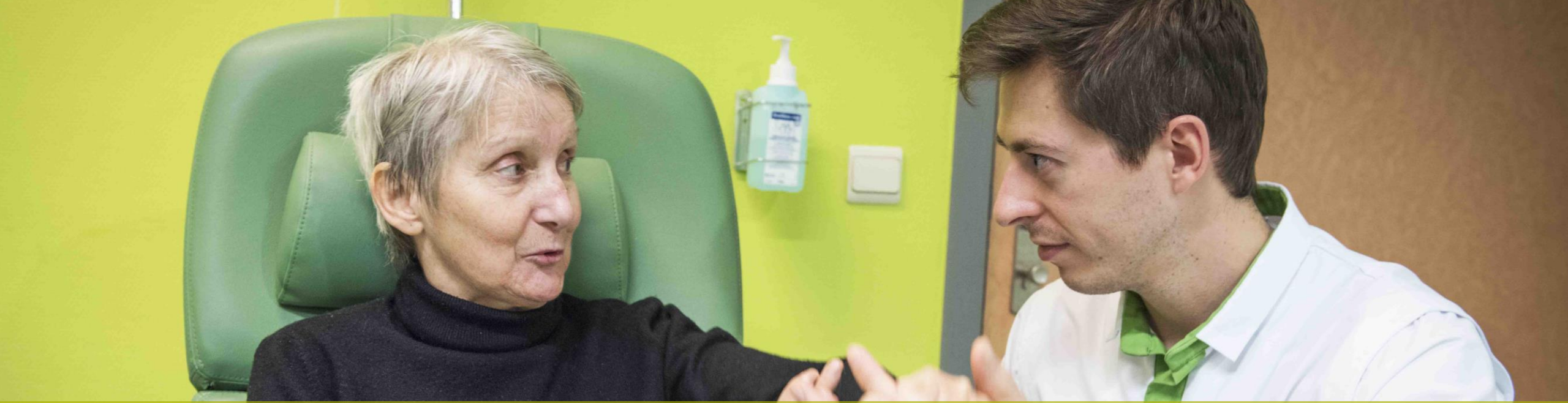


MEDICATIEBEOORDELING BIJ CARDIOVASCULAIRE MEDICATIE

Prof. Dr. Apr. Stephane Steurbaut

Prof. Dr. Apr. Stéphanie Wuyts

Universitair Ziekenhuis Brussel

KAVA Symposium Hartverwarmende zorg
24-10-2026

VUB

INHOUD

- Korte voorstelling
- Leerdoelen
- STRIP-methodiek
- Interactieve casus
- SBAR-methodiek
- Referenties

LEERDOELEN

- Toepassen van klinisch redeneren bij de interpretatie van cardiovasculaire farmacotherapie op basis van patiëntkenmerken, comorbiditeiten en risicofactoren.
- Geneesmiddelgerelateerde problemen bij cardiovasculaire patiënten identificeren en gepaste interventies voorstellen.
- De therapeutische doelstellingen van cardiovasculaire geneesmiddelen uitleggen en vertalen naar relevante patiëntenzorg in de apotheek.
- Doelmatig communiceren van farmaceutische interventies aan de huisarts.

POLYFARMACIE-REVIEW

Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP)



FIGURE 1 Flowchart Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing

POLYFARMACIE-REVIEW



Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP)

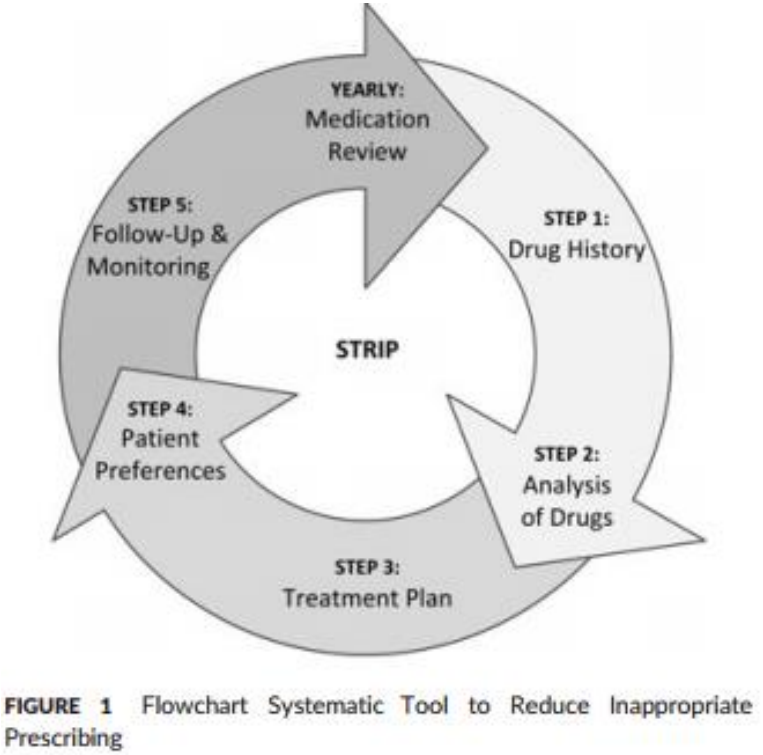


FIGURE 1 Flowchart Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing

STAP 1 / Farmacotherapeutische ANAMNESE

Doel: Verzamelen van **informatie** over daadwerkelijk gebruik, ervaringen en beleving van de medicatie door de patiënt en het **betrekken van de patiënt** bij zijn farmacotherapie

- Anamnese met patiënt, eventueel mantelzorger
- Medicatieoverzicht en medicijndoosjes vormen basis

POLYFARMACIE-REVIEW



Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP)

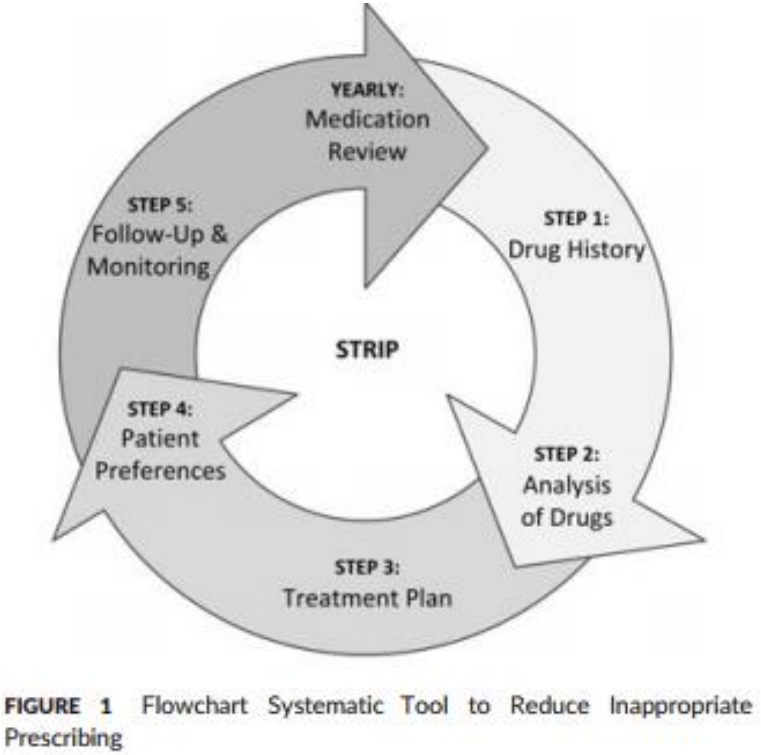


FIGURE 1 Flowchart Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing

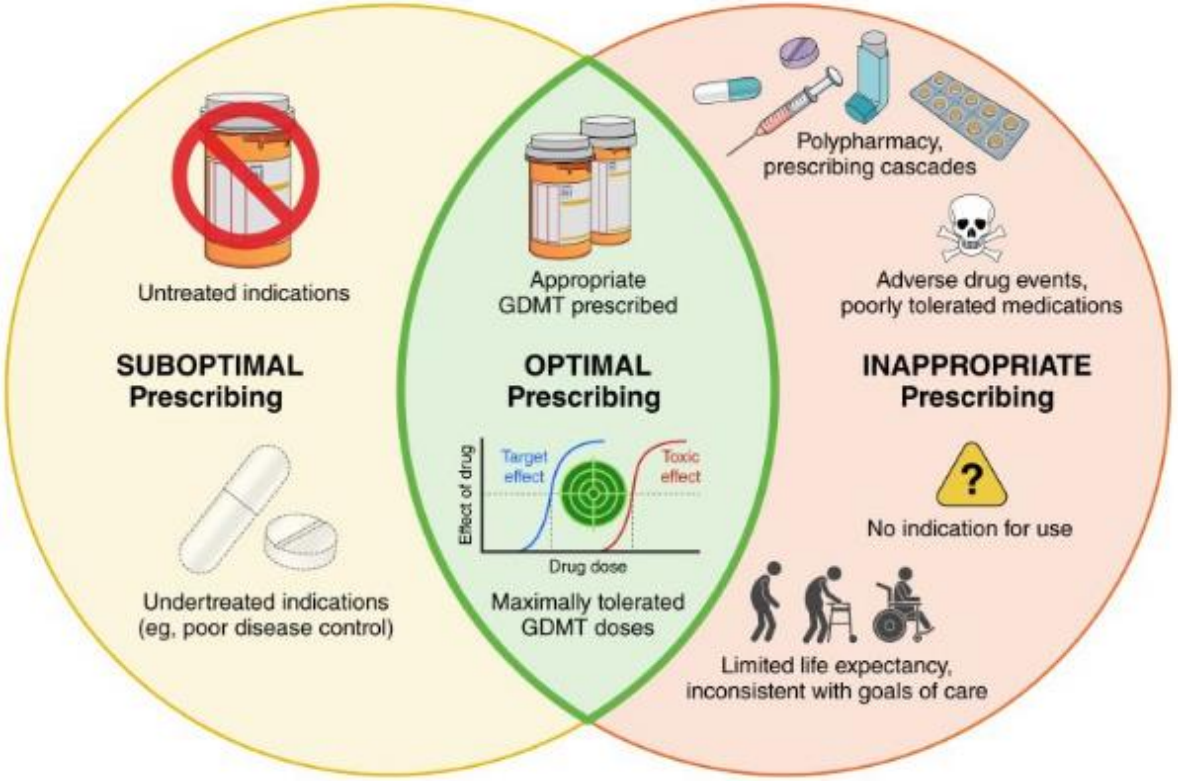
STAP 2 / Farmacotherapeutische ANALYSE

Doel: **identificatie** van (potentiële) farmacotherapeutische problemen

- Koppelen van: aandoeningen, medicatie, labo en klinische parameters
- Behandeldoel formuleren: curatief, symptomatisch, palliatief

POLYFARMACIE-REVIEW

Doel medicatienazicht



GDMT = Guideline-Directed Medical Therapy

https://www.linkedin.com/posts/american-heart-association_published-today-deprescribing-in-patients-activity-7480546273146675201-SBp5

POLYFARMACIE-REVIEW

Deprescribing kan voor alle leeftijden

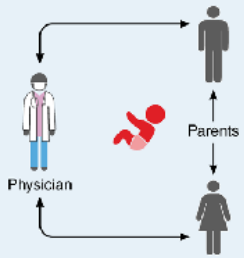
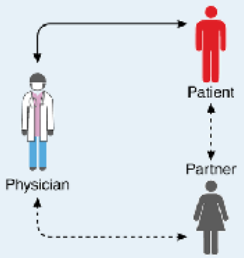
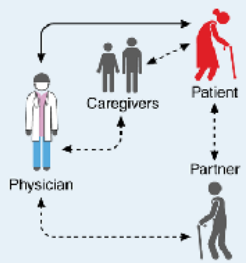
Stepwise Approach for Deprescribing	6 mo infant, HLHS, Stage I and Stage II at 4 mo, SVT (no recurrence x 2 m)	47 yo man, NSTEMI 4 y ago, LVEF 55%, dyslipidemia, youth coach	72 yo woman, postop AF, HFpEF, normal sinus rhythm, retired, caretaker
1. Patient Identification • Assess for triggers	Parent reported medication administration burden	↓Exercise tolerance and ↑fatigue, impairing his work performance and coaching duties	Bradycardia, orthostasis, somnolence, impairing ability to care for husband
2. Medication Identification • Medication reconciliation (med rec) • Assess for PIMs	Med rec performed by pharmacist Polypharmacy detected PIMs: beta-blocker, electrolyte supplements (no indication)	Med rec performed by APN Polypharmacy detected PIMs: beta-blocker (ADEs), PPI (no indication)	Med rec performed by cardiologist Hyperpolypharmacy detected PIMs: non-DHP CCB (ADEs), BZRA sleep aid (ADEs)
3. Engage Patient and Stakeholders • Shared decision-making (SDM)			
Barriers	Parent and provider reluctance to deprescribe chronic therapies, multiple prescribers	Reluctance to deprescribe lansoprazole (no GI history)	Time constraints, multiple prescribers
Resolution	SDM: EP, cardiology, parents	Contact PCP, review PIM criteria	CV team member contacts PCP to initiate deprescribing
4. Deprescribe • Discontinue or taper • Educate	• Taper propranolol and electrolyte supplements • Team-based education	• Discontinue PPI • Taper beta-blocker dose • Team-based education	• Taper non-DHP CCB dose • Taper BZRA dose • Team-based education
5. Monitor • ADWE • Worsening symptoms	• ↑Heart rate, SVT, tremors, irritability, sleep disruption • Electrolyte disturbances • Pallor, unusual irritability	• ↑Heart rate, palpitations, ↑BP, anxiety • Angina symptoms • Dyspepsia	• ↑BP, chest pain anxiety • ↑Heart rate, palpitations • Insomnia

Figure 1. Deprescribing steps and examples across the age spectrum.
Dashed lines indicate additional stakeholders and potential relationships that may exist between the physician and patient. ADE indicates adverse drug event; ADWE, adverse drug withdrawal events; AF, atrial fibrillation; APN; advanced practice nurse; BP, blood pressure; BZRA, benzodiazepine receptor agonist; CV, cardiovascular; EP, electrophysiology; GI, gastrointestinal; HFpEF, heart failure with preserved ejection fraction; HLHS, hypoplastic left heart syndrome; LVEF, left ventricular ejection fraction; med rec, medication reconciliation; non-DHP CCB, nondihydropyridine calcium channel blocker; NSTEMI, non–ST-segment–elevation myocardial infarction; PCP, primary care provider; PIMs, potentially inappropriate medications; PPI, proton pump inhibitor; SDM, shared decision-making; and SVT, supraventricular tachycardia. Created in https://BioRender.com.

Deprescribing in Patients With Cardiovascular Disease Experiencing Polypharmacy: A Scientific Statement From the American Heart Association

July 2026 · Circulation
DOI:10.1161/CIR.0000000000001459

Universitair Ziekenhuis Brussel

VUB

POLYFARMACIE-REVIEW

Types medicatienazicht

Type MR		Beschikbare informatie			Icoon
		Medicatie-historiek	Interview met patiënt	Medische gegevens	
Eenvoudig	Type 1	+			
Intermediair	Type 2a	+	+		
	Type 2b	+		+	
Gevorderd	Type 3	+	+	+	

Naar: Griese-Mammen N, et al. PCNE definition of medication review: reaching agreement. International Journal of Clinical Pharmacy. 2018;40(5):1199-1208.

POLYFARMACIE-REVIEW

Doelpubliek medicatienazicht

Een medicatienazicht vraagt een aanzienlijke tijdsinvestering en wordt daarom beperkt tot **patiënten die nood hebben aan een gepersonaliseerde begeleiding of opvolging** zoals patiënten met verhoogde kwetsbaarheid en/of inname van een risicogeneesmiddel. Bv:

- anticoagulantia, antiaggregantia
- insuline of antidiabetica met risico op hypoglycemie
- combinatie van antihypertensiva
- NSAID's, orale corticosteroïden
- geneesmiddelen met nauwe therapeutische marge (bv. methotrexaat)
- …

Patiënten die tot de doelgroep behoren, kunnen **elke 2 kalenderjaren** in aanmerking komen voor een vergoedbaar medicatienazicht.

POLYFARMACIE-REVIEW



Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP)

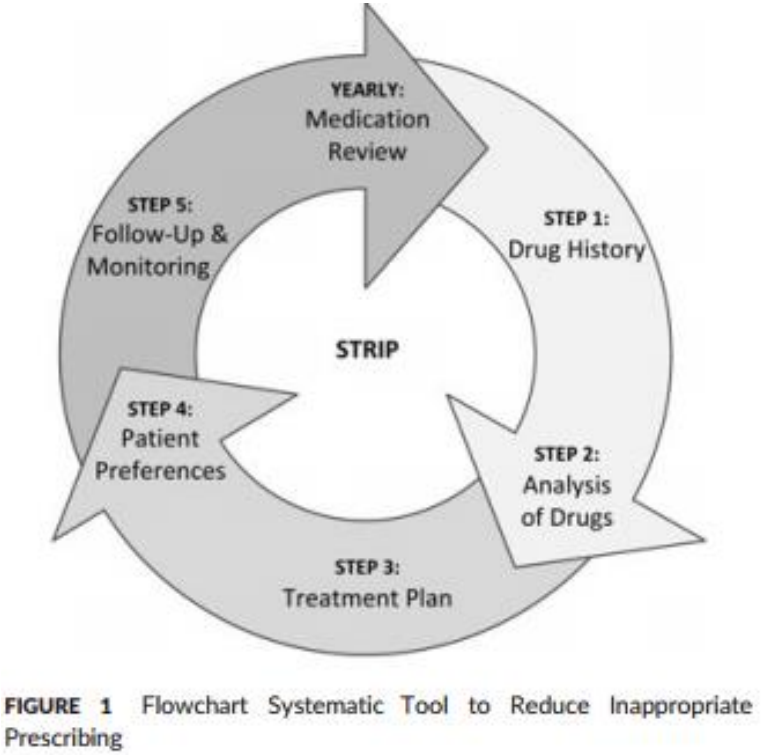


FIGURE 1 Flowchart Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing

STAP 2 / Farmacotherapeutische ANALYSE

Controleer op:

- Onderbehandeling
- Niet-effectieve behandeling
- Overbehandeling
- (potentiële) Bijwerking
- Klinisch relevante contra-indicaties en interacties
- Onjuiste dosering
- Problemen bij gebruik

POLYFARMACIE-REVIEW

GheOP³S-tool voor medicatienazicht

List 1: Potentially inappropriate medication for older people, independent of comorbidities

This list contains potentially inappropriate medication for older people, **independent** of their comorbidities.

No.	Criterion	Rationale	Alternative
1	Centrally-acting antihypertensives (e.g. clonidine, guanfacine, methyldopa, moxonidine, rilmenidine)	High risk of adverse central nervous system effects; May cause bradycardia and orthostatic hypotension; Not recommended as routine therapy for hypertension	Consider other safer antihypertensive, unless clear intolerance or lack of efficacy with other classes of antihypertensives
2	Digoxin > 0.125 mg/day	Unfavourable risk/benefit ratio (safer alternatives available); Risk of overdose in renal insufficiency: nausea, vomiting, drowsiness, visual disturbances, cardiac rhythm disturbances	1st Re-evaluate whether indication is still present, if not: discontinue therapy; 2nd If therapy is necessary: reduce daily dose of digoxin to ≤ 0.125mg/day and advise to monitor digoxin serum level
3	Acetylsalicylic acid > 100 mg/day	No evidence for increased efficacy; Increased risk of bleeding and gastrointestinal adverse effects (e.g. ulcer, bleeding, perforation) in high-risk groups (e.g. > 75 years or taking systemic corticosteroids, anticoagulants, or antiplatelet agents)	1st Re-evaluate whether indication is still present, if not: discontinue therapy; 2nd If used as antiplatelet: reduce dose to 75-100 mg/day; If used for fever or pain: prefer paracetamol; If used for inflammation: prefer lowest possible dose of (topical) NSAID with(out) PPI and limit duration of use (*see criterion 15 ' Systemic NSAIDs*')
4	Dipyridamole	Safer alternatives available (more evidence for acetylsalicylic acid); Risk of vasodilatation and orthostatic hypotension	Substitute dipyridamole with acetylsalicylic acid in low dose or other antithrombotic drug according to indication
5	PPIs > 8 weeks	Potential increased risk for adverse effects: pneumonia, vitamin B12 deficiency, hypomagnesemia, fractures, gastrointestinal infections, renal disease	1st Re-evaluate whether indication is still present, if not: gradually withdraw therapy; 2nd If therapy is necessary: identify potential drug-related cause and consider stopping or dose reduction of causative medication; 3rd Consider non-pharmacological approach with withdrawal plan to stop or to reduce to lowest possible dose
6	Alizapride	Can cause extrapyramidal effects, including tardive dyskinesia; Risk may be higher in frail older people and with prolonged exposure	1st Re-evaluate indication. If not used for nausea/vomiting caused by anesthesia/surgical procedure or chemotherapy/radiotherapy: discuss non-pharmacological approach; 2nd If therapy is necessary: switch to safer alternative (e.g. domperidone in lowest possible dose for max. 7 days)
7	Metoclopramide	Can cause extrapyramidal effects, including tardive dyskinesia; Risk may be higher in frail older people and with prolonged exposure	1st Re-evaluate whether indication is still present, if not: discontinue therapy; 2nd If therapy is necessary: consider non-pharmacological approach and consider safer alternative (e.g. domperidone in lowest possible dose for max. 7 days) or reduce metoclopramide dose to 3 x 5 mg/day and use for max. 5 days
8	Liquid paraffin	Can lead to hypocalcaemia and hypokalaemia, can lead to lipid pneumonia in case of aspiration	1st Discontinue therapy; 2nd In case of constipation: identify potential drug-related cause of constipation and consider stopping or dose reduction of causative medication; 3rd Propose non-pharmacological approach (e.g. lifestyle modification) and/or macrogol (first choice)/lactulose
9	Contact laxatives (e.g. bisacodyl, picosulfate, senna) for daily use > 2 weeks	Increased risk of adverse effects (nausea, abdominal cramps, electrolyte disturbance, diarrhoea with risk for dehydration) when used chronically in older people; Long-term safety in older people is unknown	1st Re-evaluate whether indication is still present, if not: discontinue therapy; 2nd If therapy is necessary: identify potential drug-related cause of constipation and consider stopping or dose reduction of causative medication; 3rd Propose non-pharmacological approach (e.g. lifestyle modification) and/or macrogol (first choice)/lactulose

https://www.ugent.be/fw/nl/onderzoek/bioanalyse/farmzorg/tools/gheop3s-tool-versie-2/gheop3s-tool-update_eng/view

POLYFARMACIE-REVIEW

Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP)



FIGURE 1 Flowchart Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing

STAP 3 / Opstellen farmacotherapeutisch behandelplan

Doel: arts en apotheker bereiken overeenstemming over de behandeldoelen en hoe deze doelen voor de patiënt bereikt kunnen worden



POLYFARMACIE-REVIEW

Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP)



FIGURE 1 Flowchart Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing

STAP 4 / Bespreking farmacotherapeutisch behandelplan met de patiënt

Doel: de **patiënt participeert** in zijn of haar farmacotherapie en hij begrijpt de interventies in het behandelplan

Geef iedere wijziging ook aan op het **medicatieschema** en communiceer dit met de andere zorgverleners

POLYFARMACIE-REVIEW

Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP)

‘De patiënt is degene die de pil slikt’



>90% van patiënten is bereid om een geneesmiddel te stoppen indien de arts zegt dat het mogelijk is

Reeve E et al. J Am Geriatr Soc 2013;61:1508-1514

POLYFARMACIE-REVIEW

Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP)



FIGURE 1 Flowchart Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing

STAP 5 / Follow-up en monitoring

Doel: **uitvoeren** en **evalueren** van de voorgenomen interventies

Maak **vervolgafspraken** en leg vast op welke termijn de medicatielijst opnieuw gereviseerd zal worden

Documenteer !!



CASUS

Dhr. KAMIEL GOELEVEN - man 77 jaar, 95 kg



Medicatie

Amlodipine tablet, 10 mg, 1x/dag om 8u

Atorvastatine tablet, 40 mg, 1x/dag om 18u

Clopidogrel tablet, 75 mg, 1x/dag om 8u

Seloken® tablet 100 mg, 1x/dag om 8u

Ramipril tablet, 5 mg, 1x/dag om 8u

Metformax® tablet 850 mg, 2x/dag om 8u, 18u

Fluoxetine EG® 20 mg, 1x/dag om 8u

Tamsulosine EG® capsule 0.4 mg, 1x/dag om 8u

Lyrica® 75 mg, 2x/dag om 8u, 18u

Eliquis® 2,5 mg, 2x/dag om 8u, 18u

CASUS: FARMACOTHERAPEUTISCHE **ANAMNESE**



Welke vragen stel je aan Kamiel?

CASUS: FARMACOTHERAPEUTISCHE **ANAMNESE**



Welke vragen stel je aan Kamiel?

Medische achtergrond?

Bijwerkingen?

Behandeldoelen?

Recent labo beschikbaar?

Zo nodig medicatie?

Therapietrouw?
Management thuis?

Medicatie elders afgeleverd of toegediend?

CASUS: FARMACOTHERAPEUTISCHE **ANALYSE**



Welke comorbiditeiten identificeer je zelf bij de patiënt a.d.h.v. de medicatie?

Medische achtergrond?

CASUS: FARMACOTHERAPEUTISCHE **ANALYSE**



Welke bijwerkingen bevraag je actief?

Bijwerkingen?

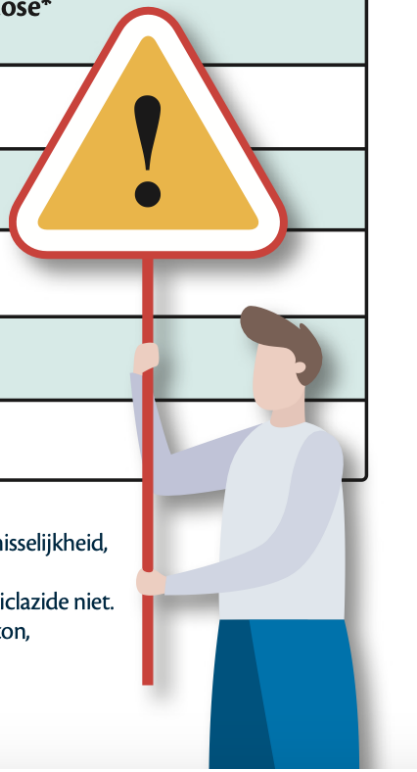
CASUS: FARMACOTHERAPEUTISCHE ANALYSE



Welke bijwerkingen bevraag je actief?

Risico op dehydratie? ⟶ SADMAN

	Medicatie	Mogelijke gevolgen bij dreigende dehydratie
S	SGLT2-remmers SU-derivaten	Acute nierschade / ketoacidose* Hypoglykemie**
A	ACE-remmers	Acute nierschade
D	Diuretica***	Acute nierschade
M	Metformine	Lactaatacidose
A	ARB's / AII-antagonisten	Acute nierschade
N	NSAID's	Acute nierschade



Overweeg bovenstaande medicatie tijdelijk te stoppen/verlagen bij (dreigende) dehydratie

* SGLT2-remmers moeten ook tijdelijk gestopt worden bij weinig inname van koolhydraten door misselijkheid, nuchter blijven, etc.

** SU-derivaten glimepiride en tolbutamide kunnen bij een lage eGFR hypo's geven (dus stoppen), gliclazide niet.

*** Hydrochloorthiazide, chloortalidon, indapamide, amiloride, furosemide, bumetanide, spironolacton, eplerenon, triamtereen.

CASUS: FARMACOTHERAPEUTISCHE **ANALYSE**



Welke problemen identificeer je zelf bij de patiënt a.d.h.v. de medicatie?

Geneesmiddel-gebonden problemen?

CASUS: FARMACOTHERAPEUTISCHE **ANALYSE**



Dhr. KAMIEL GOELEVEN - man 77 jaar, 95 kg

Medicatie

Amlodipine tablet, 10 mg, 1x/dag om 8u

Atorvastatine tablet, 40 mg, 1x/dag om 18u

Clopidogrel tablet, 75 mg, 1x/dag om 8u

Seloken® tablet 100 mg, 1x/dag om 8u

Ramipril tablet, 5 mg, 1x/dag om 8u

Metformax® tablet 850 mg, 2x/dag om 8u, 18u

Fluoxetine EG® 20 mg, 1x/dag om 8u

Tamsulosine EG® capsule 0.4 mg, 1x/dag om 8u

Lyrica® 75 mg, 2x/dag om 8u, 18u

Eliquis® 2,5 mg, 2x/dag om 8u, 18u

Voorgeschiedenis
Hypertensie, hypercholesterolemie, diabetes mellitus type 2, perifeer vaatlijden, VKF

2009 en 2013: TIA
2012: Depressie, alcoholintoxicatie
2017: Matig-ernstige aortaklepstenose, asymptomatisch
2020: NSTEMI waarvoor PCI met stent
2026 juni: Symptomatische ernstige aortaklepstenose met hartfalen NYHA klasse II

CASUS: FARMACOTHERAPEUTISCHE **ANALYSE**

Dhr. KAMIEL GOELEVEN - man 77 jaar, 95 kg



Medicatie

Amlodipine tablet, 10 mg, 1x/dag om 8u

Atorvastatine tablet, 40 mg, 1x/dag om 18u

Clopidogrel tablet, 75 mg, 1x/dag om 8u

Seloken® tablet 100 mg, 1x/dag om 8u

Ramipril tablet, 5 mg, 1x/dag om 8u

Metformax® tablet 850 mg, 2x/dag om 8u, 18u

Fluoxetine EG® 20 mg, 1x/dag om 8u

Tamsulosine EG® capsule 0.4 mg, 1x/dag om 8u

Lyrica® 75 mg, 2x/dag om 8u, 18u

Eliquis® 2,5 mg, 2x/dag om 8u, 18u

Welke geneesmiddelgerelateerde problemen identificeren we?

- **Onderbehandeling**
  - Suboptimaal hartfalenbeleid:
    - Informatie LVEF? Start spironolacton? Wat met SGLT-2 inhibitor?
  - Geen PPI aan boord
- **Niet-effectieve behandeling**
  - Fluoxetine?
- **Overbehandeling**
  - /
- **(potentiële) bijwerkingen:**
  - Diarree → metformine
  - Duizeligheid
    - Interactie metoprolol – fluoxetine
    - Inname tamsulosine
  - Verhoogd bloedingsrisico → stop clopidogrel
  - Oedeem & constipatie → amlodipine
- **Onjuiste dosering:**
  - Apixaban – metformine? ~ nierfunctie

CASUS: **OPSTELLEN FARMACOTHERAPEUTISCH BEHANDELPLAN**



Dhr. KAMIEL GOELEVEN - man 77 jaar, 95 kg

Welke prioriteiten kennen we toe om deze problemen op te lossen?

CASUS: FARMACOTHERAPEUTISCHE **ANALYSE**

Dhr. KAMIEL GOELEVEN - man 77 jaar, 95 kg



Medicatie

Amlodipine tablet, 10 mg, 1x/dag om 8u

Atorvastatine tablet, 40 mg, 1x/dag om 18u

Clopidogrel tablet, 75 mg, 1x/dag om 8u

Seloken® tablet 100 mg, 1x/dag om 8u

Ramipril tablet, 5 mg, 1x/dag om 8u

Metformax® tablet 850 mg, 2x/dag om 8u, 18u

Fluoxetine EG® 20 mg, 1x/dag om 8u

Tamsulosine EG® capsule 0.4 mg, 1x/dag om 8u

Lyrica® 75 mg, 2x/dag om 8u, 18u

Eliquis® 2,5 mg, 2x/dag om 8u, 18u

Welke geneesmiddelgerelateerde problemen identificeren we?

- **Onderbehandeling**
  - Suboptimaal hartfalenbeleid:
    - Informatie LVEF? Start spironolacton? Wat met SGLT-2 inhibitor?
  - Geen PPI aan boord
- **Niet-effectieve behandeling**
  - Fluoxetine?
- **Overbehandeling**
  - /
- **(potentiële) bijwerkingen:**
  - Diarree → metformine
  - Duizeligheid
    - **Interactie metoprolol – fluoxetine**
    - Inname tamsulosine
  - Verhoogd bloedingsrisico → stop **clopidogrel**
- **Onjuiste dosering:**
  - **Apixaban** – metformine? ~ nierfunctie

CASUS: **OPSTELLEN FARMACOTHERAPEUTISCH BEHANDELPLAN**



Dhr. KAMIEL GOELEVEN - man 77 jaar, 95 kg

Hoe pak je het aan in de praktijk – maak een tijdlijn?

1. Antitrombotisch management

Dosis verhoging apixaban naar 5 mg 2dd
Stop clopidogrel

Wat met de PPI?

CASUS: **OPSTELLEN FARMACOTHERAPEUTISCH BEHANDELPLAN**



Dhr. KAMIEL GOELEVEN - man 77 jaar, 95 kg

Hoe pak je het aan in de praktijk – maak een tijdlijn?

Wat met de PPI?

Samenvatting: Moet een 77-jarige met apixaban een PPI gebruiken?

Situatie	PPI aanbevolen?	Reden
Geen andere risicofactoren (geen NSAID's, geen voorgeschiedenis van ulcera, geen andere bloedverdunners)	❌ Nee	PPI verhoogt risico op bijwerkingen zonder duidelijk voordeel.
Gelijktijdig gebruik van NSAID's of acetylsalicylzuur	✅ Ja	Verhoogd risico op maagbloedingen; PPI reduceert dit risico met een factor 4–9.
Voorgeschiedenis van maagbloedingen of ulcera	✅ Ja	PPI wordt aanbevolen als maagbescherming.
Leeftijd ≥75 jaar + andere risicofactoren (bijv. nierfunctiestoornis, diabetes)	✅ Overweeg PPI	Verhoogd bloedingsrisico; PPI kan worden overwogen.
Geen maagklachten en geen risicofactoren	❌ Nee	PPI niet nodig; afbouwen/stoppen overwegen.

CASUS: **OPSTELLEN FARMACOTHERAPEUTISCH BEHANDELPLAN**



Dhr. KAMIEL GOELEVEN - man 77 jaar, 95 kg

Hoe pak je het aan in de praktijk – maak een tijdlijn?

2. Antidepressivum afbouw

Shared-decision making

Plan afbouw fluoxetine: hoe?

CASUS: **OPSTELLEN FARMACOTHERAPEUTISCH BEHANDELPLAN**



Dhr. KAMIEL GOELEVEN - man 77 jaar, 95 kg



Resorptie	goed.
T_{max}	6–8 uur.
V_d	20–40 l/kg.
Eiwitbinding	94–95%.
Metabolisering	door CYP2D6, deels tot even actief norfluoxetine.
Eliminatie	ca. 60% via de nieren.
$T_{1/2el}$	4–6 dagen, 4–16 dagen (norfluoxetine), bij levercirrose resp. 7 en 12 dagen.

CASUS: **OPSTELLEN FARMACOTHERAPEUTISCH BEHANDELPLAN**



Dhr. KAMIEL GOELEVEN - man 77 jaar, 95 kg

2. Antidepressivum afbouw

Plan afbouw fluoxetine:

T1/2 fluoxetine: 4-6 dagen / T1/2 norfluoxetine (actief): 4-16 dagen

→ Afbouw telkens vanuit evenwichtssituatie (C_{ss})
→ Minstens 4-5x T1/2 + monitoring ontwenning

F (*Flu-like symptoms*):	Grieperige verschijnselen zoals vermoeidheid, spierpijn, rillingen en zweten.
I (*Insomnia*):	Slaapproblemen, levendige dromen of nachtmerries.
N (*Nausea*):	Misselijkheid, soms braken of diarree.
I (*Imbalance*):	Duizeligheid, licht in het hoofd worden of evenwichtsstoornissen.
S (*Sensory disturbances*):	Zintuiglijke verstoringen, waarvan **brain zaps** (het gevoel van elektrische schokjes in het hoofd) de bekendste zijn.
H (*Hyperarousal*):	Angst, prikkelbaarheid, onrust of gejaagdheid.

CASUS: **OPSTELLEN FARMACOTHERAPEUTISCH BEHANDELPLAN**



Dhr. KAMIEL GOELEVEN - man 77 jaar, 95 kg

2. Antidepressivum afbouw

BCFi

Fluoxetine

Vanuit hoge dosering naar gebruikelijke dosering

Startdosering	Stap 1	Stap 2
> 20 mg/d	20 mg ged. 2 à 4 weken	Ga naar "Extra traag afbouwschema"

Standaard afbouwschema

Startdosering	Stap 1
20 mg/d	Stop

Extra traag afbouwschema

Startdosering	Stap 1	Stap 2
20 mg/d	10 mg ged. 4 weken	Stop

- Omwille van de lange halfwaardetijd van fluoxetine is de kans op onttrekkingsverschijnselen kleiner, waardoor sneller kan afgebouwd worden.
- Gebruik het extra traag afbouwschema bij een **voorgeschiedenis van onttrekkingsverschijnselen** bij het missen van een dosis of therapieontrouw; bij eerdere **mislukte stoppogingen** of bij gebruik van **hogere doseringen** dan de gebruikelijke dosering bij depressie.
- Je kan ook trager afbouwen als de patiënt dit wenst, of als je oordeelt (op basis van je kennis van de bredere context van de patiënt) dat een extra trage afbouw wenselijk is.

Deze dosering is niet commercieel beschikbaar. Je kan een bestaande specialiteit delen.
Deze dosering moet magistraal worden bereid.

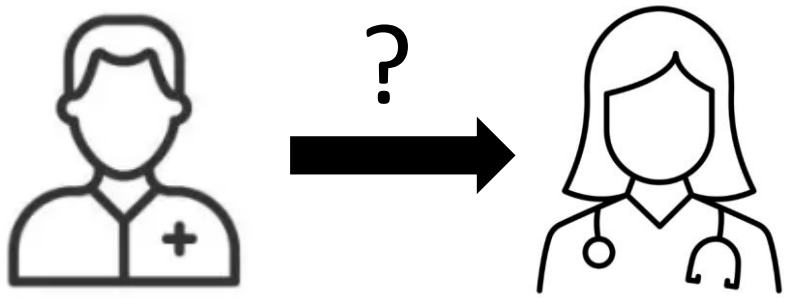
Universitair Ziekenhuis Brussel

VUB

CASUS: **OPSTELLEN FARMACOTHERAPEUTISCH BEHANDELPLAN**

Dhr. KAMIEL GOELEVEN

Hoe communiceer je naar de arts?



S situation	**Situatie:** 1. Stel jezelf voor. 2. Check dat je met de juiste persoon spreekt. 3. Noem de naam van de patient en locatie. 4. Noem de reden van je oproep 5. Noem de vitale functies (ABCDE) en actuele uitslagen (bv. Lab, rontgen). Let op trends!
B background	**Achtergrond** • Reden van opname. • Relevante medische voorgeschiedenis. • Relevante medicatie. • Meld eventuele behandelbeperkingen (bijvoorbeeld: NR/ NRNB/ NIC/.....)
A assessment	**Beoordeling** • Ik denk dat het probleem het volgende is... • De patient gaat achteruit en ik weet niet wat het probleem is. • De patient is instabiel. • Ik denk dat het mogelijk respiratoir/circulatoir/neurologisch/anders is namelijk...
R recommendation	**Aanbeveling** • Geef duidelijk aan wat je concreet van de arts verwacht. • EWS ≥ 3: beoordeling door arts < 30 min.! • Wat moet er volgens jou gebeuren? • Vraag of stel voor wat je zelf vast kunt doen. • Tel advies: Hoe vaak controles uitvoeren? • Wanneer weer contact met arts? Read back!

CASUS: **OPSTELLEN FARMACOTHERAPEUTISCH BEHANDELPLAN - APIXABAN**



Dhr. KAMIEL GOELEVEN - man 77 jaar, 95 kg

Hoe communiceer je naar de arts?

- **S**: “Ik ben apotheker en bel over meneer De Vries. Hij is bij mij in het kader van een medicatienazicht en ik heb een aantal suggesties voor optimalisatie van zijn geneesmiddelen.”
- **B**: “We hebben samen de medicatie overlopen in functie van zijn leeftijd en gewicht, alsook een recent labo dat hij uitgeprint heeft.”
- **A**: “We hebben vastgesteld dat hij een goede nierfunctie heeft (CrCl >30 mL/min of creatinine <1,5 mg/dL).”
- **R**: “Daarom wil ik u voorstellen om een dosisverhoging van apixaban te doen naar 5 mg 2dd.”

CASUS: OPSTELLEN FARMACOTHERAPEUTISCH BEHANDELPLAN - FLUOXETINE



Dhr. KAMIEL GOELEVEN - man 77 jaar, 95 kg

Hoe communiceer je naar de arts?

- **S**: “Ik ben apotheker en bel over meneer De Vries. Hij is bij mij in het kader van een medicatienazicht en ik heb een aantal suggesties voor optimalisatie van zijn geneesmiddelen.”

- **B**: “In 2013 werd fluoxetine gestart in het kader van een psychisch moeilijkere periode na het overlijden van zijn broer.”

- **A**: “Ik stelde vast dat er enerzijds een interactie is tussen fluoxetine en metoprolol, wat zijn duizeligheid kan verklaren door een verlaagd hartritme, en anderzijds beschik ik over onvoldoende informatie over de psychiatrische opvolging van meneer om de noodzaak te kunnen inschatten voor verderzetting.”

- **R**: “Ik heb dit besproken met meneer en hij staat open voor een mogelijke afbouw. Ik heb hiervoor een plan van aanpak opgesteld en wens dit graag met u te overlopen, alsook af te spreken hoe we meneer gaan opvolgen.”

REFERENTIES

- https://richtlijnen.nhg.org/files/2020-05/uitwerking_stappenplan.pdf
- https://www.medicatiebeoordeling.com
- https://medicatiereview.app
- https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000001459
- https://deprescribing.org
- https://www.bcfi.be/wp-content/uploads/2025/01/Afbouwschemas-antidepressiva.pdf
- https://www.ugent.be/fw/nl/onderzoek/bioanalyse/farmzorg/tools/gheop3s-tool-versie-2
- https://www.cgakit.com/stopp-start-v3

DANK U!

Universitair
Ziekenhuis
Brussel

klinischefarmacie@uzbrussel.be

VUB