

AFT

FARMACEUTISCH TIJDSCHRIFT

MFO

Waardig levenseinde

KAVA-PRIJS

BCFI onder de loep

VOORSCHRIFT GESTRIPT

Ziekte van Kawasaki



Kwaliteitsbewaking van magistrale bereidingen

Kom jij ook

naar KAVA ?

In 2026 op het programma:



di
03/03
10/03

Webinarreeks:
AI in de apotheek
Apotheekteam

wo
04/03

Van vandaag naar morgen: slim uw apotheek overlaten
Klant ACC & TD

do
12/03

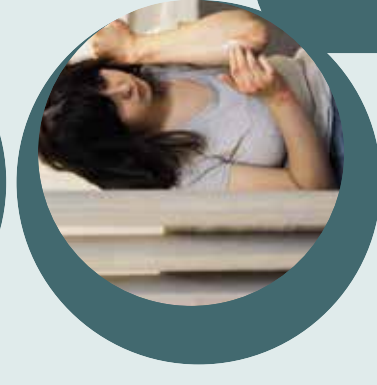
Eczeem in de praktijk
Arts & apotheker

do
12/03
02/04
23/04

Medicatiehistorieken:

- Geneesmiddelen in de immunologie
- Geneesmiddelen bij neurologische aandoeningen
- Geriatrie en/of polymedicatie

Apotheker



do
19/03

Infosessie:
transmurale zorg
Stagiair

di
31/03

Stagedag 4 :
farmaceutische zorg en startersavond
Stagiair

volzet
~~22/04~~
04/05
07/05

Webinar:
sociale media in de apotheek
Apotheker

di
28/04

Stagedag voor
FTA's
FTA, stagiair

di
28/04

Rookstop
Apotheek



De agenda wordt regelmatig bijgewerkt.
Check daarom altijd de online agenda.
voor de laatste updates.

WWW.KAVA.BE/AGENDA


KAVA-PRIJS
Het BCFI onder de loep
4
MFO
Palliatieve zorg
7

DOSSIER
Kwaliteitsbewaking van magistrale bereidingen
13
VERENIGING
Studentenjob
22

VOORSCHRIFT GESTRIPT
Ziekte van Kawasaki
23
FINANCIEEL
Wat verandert er fiscaal? Kernpunten van de wet van 18 december 2025
27

KAVA
Agenda en personalia
33

Lees dit AFT volledig online



Het BCFI onder de loep evaluatie van taalgebruik en inhoudelijke conformiteit i.v.m. cardiovasculaire geneesmiddelen

In AFT 8/2025 las u een samenvatting van de winnende KAVA (jury)prijs 'Het gebruik van FarmaContent als informatiebron in de apotheek' van Rani Claessens. De winnaar van de publieksprijs werd het duo Oumäima Chaibi en Bouchra Radi, hun bijdrage verscheen in AFT 9/2025. Maar er zat nog meer kwaliteit in de masterproeven die de laatstejaarsstudenten farmacie van de UAntwerpen vorig academiejaar schreven, zoals deze bijdrage van Amaal Salah. Wie zelf een synthese van zijn/haar masterproef in het AFT wil publiceren, kan nog steeds een mail sturen naar aftredactie@kava.be.





Inleiding

Farmacotherapie vormt een essentieel onderdeel van de moderne gezondheidszorg, met een directe impact op de behandeling van aandoeningen en de levenskwaliteit van patiënten. In dit kader speelt het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) een centrale rol. Het BCFI stelt zich tot doel zorgverleners te voorzien van onafhankelijke, objectieve en evidence-based informatie over geneesmiddelen, zowel voor humaan als veterinair gebruik. Met ongeveer twee miljoen unieke bezoekers in 2022 is het BCFI een belangrijke bron van informatie. Gezien de snelle evolutie van medische kennis is het van cruciaal belang dat deze informatie actueel, betrouwbaar en wetenschappelijk onderbouwd is. Deze studie evalueert de kwaliteit van de verstrekte informatie door het BCFI, met bijzondere aandacht voor de snelheid van implementatie van nieuwe wetenschappelijke inzichten, de conformiteit met de richtlijnen van de European Society of Cardiology (ESC), wetenschappelijke evidentie, en de toegankelijkheid en helderheid van het taalgebruik.

Onderzoeksmethode

Het onderzoek bestond uit drie luiken: inhoudsanalyse, taalanalyse en een experimenteel luik. Voor de inhoudsanalyse werd systematisch informatie verzameld uit de hoofdstukken over hypertensie, hypolipemiërende middelen en anticoagulantia (periode 2005–2024). Deze werd vergeleken met ESC-richtlijnen en recente wetenschappelijke publicaties. Voor de taalanalyse werd het repertorium van 2024 beoordeeld op helderheid, consistentie en wetenschappelijke formulering. In het experiment evalueerde een groep deelnemers geselecteerde stellingen uit het Repertorium op begrijpelijkheid.

Resultaten en Discussie

Hypertensie – Implementatiesnelheid

Nieuwe ESC-aanbevelingen werden gemiddeld pas na 7 tot 9 maanden verwerkt in de Folia. Voor het Repertorium is de exacte implementatiedatum moeilijk te bepalen door de jaarlijkse publicatiecyclus. Hoewel grondige validatie van nieuwe gegevens noodzakelijk is, zou snellere integratie van goed onderbouwde richtlijnen de klinische relevantie verhogen. De ESC-richtlijnen zijn goed onderbouwd en gebaseerd op de meest recente wetenschappelijke inzichten, updates kunnen daarom sneller beschikbaar gesteld worden in het BCFI.

Hypolipemiërende Middelen – Optitratie van statines

Het BCFI is terughoudend ten aanzien van het optitreren van statines op basis van LDL-cholesterol streefwaarden, wegens beperkte evidentie voor morbiditeitswinst en onvoldoende statistische power voor mortaliteitsreductie. Dit staat in contrast met ESC-richtlijnen (2016, 2019), die het treat-to-target principe hanteren, waarbij de dosis van de statine wordt verhoogd tot de hoogste verdraagbare dosis, afhankelijk van het risiconiveau van de patiënt.

Anticoagulantia

Ondanks ESC-richtlijnen (2016, 2020, 2024) die DOAC's als voorkeursbehandeling aanbevelen bij voorkamerfibrillatie en VTE, blijft het BCFI vasthouden aan VKA's als eerste keuze. Argumenten zoals het ontbreken van monitoring, onzekerheid over antidota en kosteneffectiviteit worden aangehaald. ESC-richtlijnen, ontwikkeld door een multidisciplinaire groep experts, zijn gebaseerd op de nieuwste wetenschappelijke inzichten en een robuust consensusproces. Dit maakt ze een betrouwbare standaard voor de medische praktijk. Wanneer de ESC stelt dat DOAC's veiliger en effectiever zijn dan VKA's, heeft het BCFI de verantwoordelijkheid deze informatie duidelijk te communiceren. Hoewel het BCFI over expertise beschikt, is het geen richtlijngevende organisatie zoals de ESC, en zonder sterke wetenschappelijke onderbouwing is het moeilijk te rechtvaardigen waarom het een afwijkend standpunt inneemt. Het verstrekken van informatie die niet overeenkomt met de meest recente wetenschappelijke richtlijnen kan de kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid schaden, omdat behandelingskeuzes die niet gebaseerd zijn op de beste beschikbare gegevens kunnen leiden tot suboptimale resultaten.



Besluit

Het BCFI integreert wetenschappelijke inzichten en ESC-richtlijnen in haar publicaties, maar niet altijd tijdig of volledig in overeenstemming met de ESC of de meeste recente wetenschappelijke evidentie. De implementatie van nieuwe richtlijnen verloopt traag, met vertragingen tot een jaar. Hoewel het taalgebruik overwegend correct is, toont het experiment aan dat bepaalde passages voor zorgverleners onvoldoende duidelijk zijn.

Toekomstperspectieven

Deze studie beperkte zich tot cardiovasculaire hoofdstukken. Voor een vollediger beeld is uitbreiding naar andere geneesmiddelklassen en thema's zoals ouderenzorg en Folia noodzakelijk. Toekomstig onderzoek zou ook de transparantie van het redactionele proces binnen het BCFI moeten analyseren. Duidelijke en onderbouwde besluitvorming is essentieel voor betrouwbare en toegankelijke richtlijnen, wat bijdraagt aan kwalitatieve en verantwoorde zorg.

Apr. Amaal SALAH
Promotor: **prof. dr. Guido De Meyer**
en **prof. dr. Hans De Loof**

De meerwaarde van de huisapotheker en de huisarts bij een waardig levenseinde

In deze artikelenreeks bespreken we bestaande MFO-pakketten die onmiddellijk toepasbaar zijn in de officina praktijk en in de relatie met huisartsen uit de regio.

MFO



Inleiding

Wanneer genezing niet meer mogelijk is en het levenseinde nadert, komt de levenskwaliteit centraal te staan binnen palliatieve zorg. Maar hoe kan je in die palliatieve fase als apotheker en als huisarts samenwerken in het belang van zowel de patiënt als de familie?

Het Medisch-Farmaceutisch Overleg (MFO) rond palliatieve zorg kan een goed startpunt zijn om lokaal af te stemmen tussen zorgverleners over palliatieve zorg, duidelijke afspraken te maken en de zorg beter op elkaar af te stemmen. Het finale doel is om op een multidisciplinaire manier de zorg voor de palliatieve patiënt en zijn omgeving te optimaliseren.

Bijkomend gingen wij rond dit thema in gesprek met prof. Dr. Wim Distelmans, over de rol die een apotheker kan opnemen binnen het palliatieve zorgteam.

Palliatieve zorg - algemeen

Palliatieve zorg is meer dan terminale zorg

Palliatieve zorg en terminale zorg worden vaak als synoniemen gebruikt, maar toch is er een duidelijk verschil. **Palliatieve zorg** is de zorg voor alle personen die worden geconfronteerd met een levensbedreigende aandoening en kan maanden tot zelfs jaren duren.

Gedurende deze periode staan levenskwaliteit en lichamelijk comfort steeds centraal.

Terminale zorg is een onderdeel van palliatieve zorg, en verwijst naar de zorg in de laatste dagen voor het overlijden (zie figuur 1). In deze periode van intense zorg ligt de focus op het maximale comfort van de patiënt. Deze terminale fase wordt gekenmerkt door zwakte en vaak bedlegerigheid, nauwelijks of niet meer eten/drinken, een zwakke polsslag, minder urineproductie en minder bewustzijn. In de laatste fase kunnen symptomen optreden zoals een reutelende ademhaling, stokkende ademhaling (*Cheyne-Stokes ademhaling*), onrust en verwardheid. Terminale zorg is gericht op een sereen en comfortabel stervensproces, met ruimte voor afscheid.

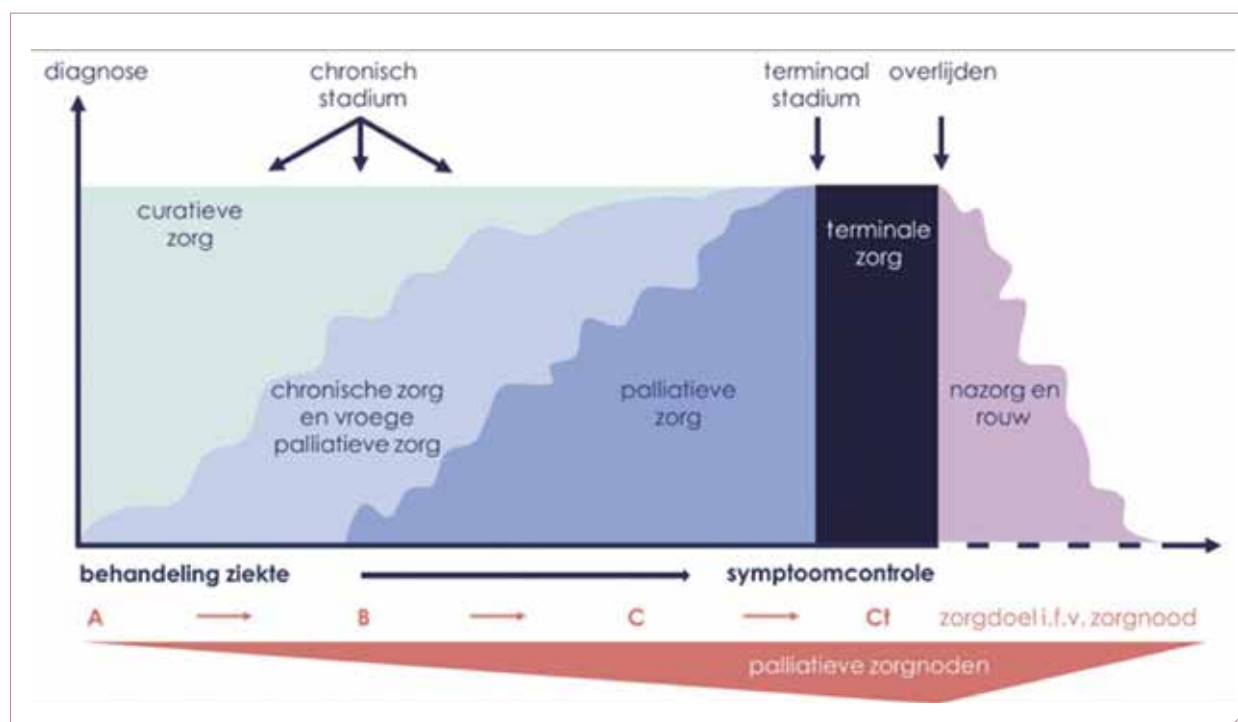
Medicatie bij palliatieve zorg

Bij een palliatieve patiënt is pijn altijd een urgentie. Daarom is het essentieel dat de **verplichte geneesmiddelen en medische hulpmiddelen** steeds op voorraad zijn in de apotheek. De lijst met verplichte geneesmiddelen vind je op kava.be.



Subcutane toediening van geneesmiddelen

In sommige gevallen is subcutane toediening van geneesmiddelen aangewezen bij palliatieve zorg, bv. bij aanhoudende misselijkheid en braken, ernstige slikproblemen, of palliatieve sedatie. Tabel 1 geeft een overzicht van de geneesmiddelen die in dit geval subcutaan worden toegediend.



Figuur 1. Palliatieve zorg t.o.v. terminale zorg

Geneesmiddel	Indicatie binnen palliatieve zorg
Litican®, Primperan®	Misselijkheid, braken
Morfine	Pijn Kortademigheid
Buscopan®, Scopolamine	Doodsreutel
Haldol®	Misselijkheid veroorzaakt door morfine
Midazolam® Etumine®	Onrust Palliatieve sedatie
Sandostatine	Darmobstructie
Aacidexam®	Epileptische insulten
Lasix®, Burinex®	Oedeem

Tabel 1. Overzicht van subcutaan toegediende geneesmiddelen bij palliatieve zorg

De rol van de apotheker binnen palliatieve zorg is veelzijdig:

- De patiënt/ familie informeren over de afgeleverde geneesmiddelen: dosering, toediening, mogelijke bijwerkingen ...
- Vertrouwenspersoon en luisterend oor.
- Overleg met de huisarts: bij onbeschikbaarheid of nood aan andere toedieningsvorm.
- Bij vragen/onzekerheid: contact met de huisarts of het palliatief netwerk van je regio.
- Doorverwijzing indien nodig – bv. gezinshulp.
- Afleveren en toelichten van het LEIF-plan.

Verschil tussen palliatieve sedatie en euthanasie

Om patiënten zo goed mogelijk te informeren in de apotheek, is het belangrijk om het verschil te kennen tussen palliatieve sedatie en euthanasie. (Tabel 2)

Lokaal overleg d.m.v. casusbespreking

Casus - Diane

Diane komt binnen in de apotheek met een voorschrift:

R/ Durogesic® 12,5 mcg/u
Dt/ 5
S/ 1 halve pleister per 3 dagen

Het blijkt voor haar moeder Paulette, een dame van 86 jaar. Ze werd onlangs gediagnosticeerd met een uitgezaaid borstcarcinoom. Ze is de laatste tijd fel vermagerd, heeft een minimale creatinineklaring en heeft enorm veel pijn. Er wordt beslist om niet meer te behandelen en Paulette komt in een palliatieve situatie terecht. Er is nog geen palliatief team betrokken. In haar medicatieschema zie je dat ze enkel chronisch 3x 1g Dafalgan® per dag inneemt.

PALLIATIEVE SEDATIE	EUTHANASIE
Geen intentie tot levensbeëindiging.	Levensbeëindiging.
Op verzoek/ zonder verzoek.	Kan enkel op verzoek van de patiënt.
Enkel bij terminale patiënten – levensverwachting van max. 2 weken.	Zowel bij terminale als niet-terminale patiënten.
Tijdstip van overlijden is onbepaald.	Tijdstip van overlijden is vooraf bepaald.
Kan omkeerbaar zijn (stoppen van sedatie).	Onomkeerbaar.
Kan uitgevoerd worden door een verpleegkundige, onder supervisie van een arts.	Wordt enkel door een arts uitgevoerd.
Geen verplicht advies nodig van een arts.	Verplicht advies nodig van een 2° arts en 3° arts (indien niet-terminale fase).
Geen verplichte registratie.	Verplichte registratie.

Tabel 2. Palliatieve sedatie t.o.v. euthanasie

Wanneer is er sprake van een palliatief statuut en wie vraagt dit aan?

De volgende voorwaarden zijn onder andere van toepassing wanneer sprake is van een palliatief statuut:

- De patiënt lijdt aan een onomkeerbare aandoening met een beperkte levensverwachting.
- De patiënt wil thuis verzorgd worden en wil tijdens de terminale fase thuis blijven.
- Er is nood aan permanente ondersteuning en toezicht voor de patiënt, alsook geneesmiddelen, hulpmiddelen en dagelijkse verzorging.

De huisarts vraagt het palliatief statuut aan door het correcte formulier in te vullen, dat vervolgens naar de adviserend arts van het ziekenfonds van de patiënt wordt verstuurd.



Wie het palliatief statuut heeft, heeft recht op het **palliatief forfait** (ook wel *forfait voor palliatieve zorg thuis of thuiszorgforfait genoemd*). Dat is een tegemoetkoming voor geneesmiddelen, verzorging, verzorgingsmateriaal en hulpmiddelen die thuis ziek zijn met zich meebrengt. Het palliatief forfait is er niet voor wie in een woonzorgcentrum of andere verzorgingsinstelling verblijft, maar alleen voor wie thuis of in een serviceflat woont op het moment van de aanvraag.

Enkele vragen die tijdens dit MFO het lokaal overleg tussen apothekers en huisartsen kunnen stimuleren:

- Hoe kunnen artsen/ziekenhuis naar de apotheker communiceren dat een patiënt werd opgenomen in het palliatief statuut?
- Wie contacteert het lokale palliatief netwerk voor ondersteuning van de patiënt en de mantelzorger(s)?
- Wie informeert de patiënt en de mantelzorger(s) omtrent het palliatief statuut? Wat wordt precies gecommuniceerd?

Mag de Durogesic® pleister doorgeknipt worden?

Volgens de wetenschappelijke bijsluiter van Durogesic® mag de pleister niet verknipt worden. Het BCFI geeft echter mee dat voor de huidige matrix-pleisters (o.a. *alle fentanyl en buprenorfine pleisters in België*) knippen waarschijnlijk geen probleem is. Dit blijft echter onduidelijk en 'off-label' gebruik. Idealiter wordt de pleister diagonaal geknipt, zo is de kans groter om twee gelijke helften te behouden. Een extra kleeflaag (Micropore®, Opsite®) bovenop de pleister kan zinvol zijn om de kleefkracht te garanderen. Beschadigde pleisters mogen niet gebruikt worden.

Ook hier kunnen enkele vragen het lokaal overleg tussen huisartsen en apothekers bevorderen:

- Wie vervangt de Durogesic® pleister bij Paulette, en indien dit door de thuisverpleging gebeurt, wie bezorgt de contactgegevens van de betrokken huisarts en apotheker aan de thuisverpleegkundige?
- Diane maakt zich zorgen over wat ze allemaal leest over de bijwerkingen van fentanyl. Hoe stellen we Diane gerust dat dit geneesmiddel de juiste keuze is voor haar moeder in deze palliatieve fase?

Is er nood aan bijkomende geneesmiddelen door het gebruik van Durogesic®?

Patiënten in de laatste levensfase vertonen frequent obstipatie. Dit heeft o.a. te maken met de sterk verminderde fysieke activiteit, verminderde inname van (vezelrijk) voedsel en drank, algemene zwakte, en gebruik van geneesmiddelen, in dit geval opioïde analgetica. Voor Paulette is het gebruik van laxativum bijgevolg aangewezen.

Er bestaat in de literatuur eensgezindheid over het feit dat van bij het opstarten van opiaten (met inbegrip van codeïne) best een laxativum wordt voorgeschreven. Er is echter opvallend weinig experimentele evidentie beschikbaar om een goede richtlijn te formuleren over de precieze keuze of de dosis van het laxativum.

Concreet kan men de keuze van het laxativum laten afhangen enerzijds van zijn werkingsmechanisme en anderzijds van de karakteristieken van de obstipatie, meer specifiek de consistentie van de stoelgang:

- Bij harde stoelgang wordt best een laxativum toegediend dat voornamelijk verwekend werkt (bv. lactulose); excessieve stimulatie van de peristaltiek kan immers pijnlijke kolieken veroorzaken.
- Bij zachte stoelgang wordt best een laxativum toegediend dat de peristaltiek stimuleert (bv. bisacodyl); bijkomende stoelgangverweking kan aanleiding geven tot lekkage en incontinentie.

Laxativa op basis van zouten (bv. sulfaten, fosfaten) zijn slechts een tweede keuze gezien hun laxerend effect te uitgesproken kan zijn. Zwelmiddelen (Colofiber®, Spagulax®) mogen niet worden toegediend aan een terminale kankerpatiënt. Zij dienen immers met veel water te worden ingenomen; indien men dit niet doet, kan een taaie, slijmerige massa ontstaan die een beginnende obstructie (ten gevolge van een maligne aandoening) kan doen evolueren naar een totale obstructie. Ook is hun doeltreffendheid bij ernstige obstructie twijfelachtig. Vloeibare paraffine mag evenmin worden gebruikt bij een terminale patiënt gezien het risico van aspiratie-pneumonie bij oude en/of verzwakte patiënten.

Tot slot kunnen ook bij dit deel van de casus enkele vragen geformuleerd worden om het lokaal overleg tussen huisartsen en apothekers aan te moedigen:

- Hoe verloopt de communicatie over de mogelijke noodzaak van een laxativum bij gebruik van opioïde analgetica?
- Wie is verantwoordelijk voor de opstart van het laxativum?
- Hoe verloopt de communicatie rond het gebruik van het laxativum naar Paulette en haar dochter Diane?

- Aantal patiënten waarvan het palliatief statuut geregistreerd staat in het GMD (huisarts).
- Aantal patiënten waarvan het palliatief statuut geregistreerd staat in het GFD (apotheker).
- Aantal patiënten in een palliatieve situatie op morfine en analogen die laxativa innemen.
- Aantal patiënten in een palliatieve situatie die een medicatieschema hebben.

Apr. Lauren Segers (Apotheia)

Kwaliteitsindicatoren

Als doelstelling van het MFO palliatieve zorg kunnen enkele kwaliteitsindicatoren bepaald worden die gedurende een zekere periode (bv. 6 maanden) opgevolgd worden:

Bronnen

- SKP Fentanyl®
- Presentatie Pallion en Omega – de rol van de apotheker binnen het palliatieve zorgteam (Webinar Apotheia, 2025)
- Presentatie MFO Palliatieve zorg (De West-Vlaamse Apothekersvereniging)
- Website LEIF – www.LEIF.be
- BCFI Folia – Obstipatie door opiaten bij terminale patiënten (2003)

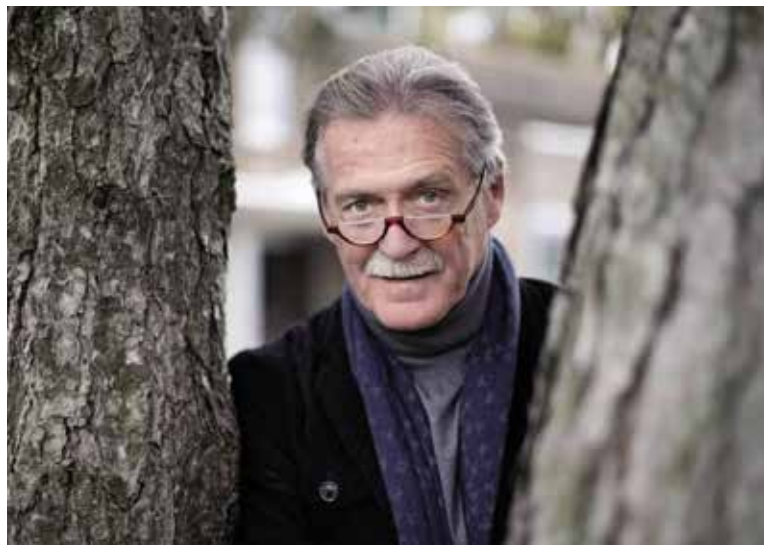
In gesprek met — prof. Dr. Wim Distelmans —

Als aanvulling op dit artikel rond palliatieve zorg en het bijhorende MFO-programma, gingen wij in gesprek met Wim Distelmans, oncoloog, hoogleraar aan de Vrije Universiteit Brussel, voorvechter in België voor de erkenning van palliatieve zorg en het recht op euthanasie. Hij is o.a. oprichter van LEIF (Levens Einde Informatie Forum) en voorzitter van het Forum Palliatieve Zorg.

Hoe is vanuit LEIF (levenseinde informatieforum) het leifplan ontstaan?

'Er was destijds een enorme wildgroei aan wilsverklaringen en heel veel mensen zagen door de bomen het bos niet meer. Dus kwam de vraag naar boven: waar kan men nu correcte, wettelijke wilsverklaringen vinden? Daarop hebben we een bundel samengesteld waar alle beschikbare wilsverklaringen in zitten, in het kader van de voorafgaande zorgplanning.

[Ter verduidelijking hierbij: we spreken steeds van 'voorafgaande zorgplanning' en niet over 'vroegtijdige zorgplanning', aangezien de term 'vroegtijdig' duidt op 'te vroeg'.]



Uit ervaring weten we dat mensen anders toch ergens wilsverklaringen gaan sprokkelen, bv. in het ziekenhuis of via internet. Vaak goed bedoeld, maar als men deze wilsverklaringen wil laten registreren bij de stad of ge-

meente, dan lukt dat niet. Dit alles leidt tot veel frustratie. Zo is het LEIF-plan ontstaan: een bundel die naast de nodige informatie ook alle beschikbare wilsverklaringen in België bevat. Deze bundel is volledig conform met de wetgeving en nagelezen door juristen van de federale overheidsdienst Volksgezondheid.

Vervolgens werden apotheken erbij betrokken voor de verdeling van deze LEIF-plannen aan de bevolking, net omdat we erin geloven dat die apotheker zo'n belangrijke vertrouwensrol speelt. Dankzij de samenwerking met apothekers hebben we momenteel al meer dan 1 miljoen LEIF-plannen verdeeld. Bijkomend werd ervoor gezorgd dat het LEIF-plan een CNK-code kreeg, zodat dit besteld kan worden via de apotheekgroothandel.'

Hoe ziet u de meerwaarde van de lokale apotheker binnen een (palliatief) zorgteam?

'Wat mij betreft beschouw ik de officina-apotheker altijd als een hele belangrijke vertrouwenspersoon ten opzichte van de patiënt en zijn familie. Zeker wanneer de patiënt ernstig ongeneeslijk ziek is. Door deze vertrouwensband krijgen de familieleden – *want de patiënt zelf kan vaak zelf niet meer zo vlot naar de apotheek* – heel wat waardevolle tips en informatie.

Vanuit mijn ervaring heb ik het altijd enorm geapprecieerd dat apothekers daaraan bijdragen. Niet alleen voor het afleveren van de nodige geneesmiddelen, maar ook nogmaals de menselijke informatie die zeer nuttig en waardevol is. Dat maakt dat de apotheker toch wel een onmisbare partner is in heel dit palliatieve proces, want palliatieve zorg is omvat uiteraard meer dan alleen de terminale fase.'

Welke uitdagingen ziet u voor apothekers rond medicatiebeheer bij het levenseinde?

'Stockproblemen worden vaak gesignaleerd, zeker bij euthanatica, en dat blijft een belangrijke uitdaging voor apothekers. Het is echter interessant op te merken dat de definitie van euthanatica eigenlijk onduidelijk is. Een euthanaticum is een product dat, wanneer toegediend, tot overlijden leidt. Maar heel veel medicatie kan bij een te hoge dosis eenzelfde effect hebben, denk bijvoorbeeld aan insuline. Daarom heeft de wetgever beslist dat wanneer een arts producten afhaalt voor een euthanasie, dit expliciet op het voorschrift moet worden vermeld.

Dat terzijde, de stokbreuken zijn behoorlijk wat betreft de barbituraten zoals thiopental, ook voor Diprivan® (propofol), met alle problemen en gevolgen van dien. In sommige gevallen hoor ik ook problemen rond morfinomimetica, maar dat is dan vaak minder dringend, omdat er vaak alternatieven beschikbaar zijn. Maar in elk geval wijst dit er nog maar eens op hoe cruciaal de rol van de apotheker is binnen deze hele problematiek.'

Welke boodschap zou u graag aan apothekers meegeven die hun rol in palliatieve zorg sterker zouden willen opnemen?

'Ik denk persoonlijk dat de rol van de apotheker binnen palliatieve zorg vandaag de dag al geweldig is. Ik ben de beroepsorganisaties van apothekers onwaarschijnlijk dankbaar dat wij al zoveel jaren op een optimale manier kunnen samenwerken.

Wat eventueel wel nog een tip kan zijn? Binnen LEIF bieden wij de LEIF-opleiding aan: bedoeld om artsen op te leiden tot LEIF-artsen. Deze LEIF-opleiding focust niet alleen op euthanasie – *zoals dikwijls nog wel eens foutief wordt gedacht* – maar die omvat ook opleiding in andere beslissingen bij het levenseinde en alle mogelijkheden van palliatieve zorg.

Aanvullend aan deze LEIF-opleiding hebben we ook een gelijkaardige opleiding voor niet artsen.

Vaak zijn dit verpleegkundigen, psychologen, maatschappelijk werkers, enz. Maar de laatste tijd komen er ook meer en meer apothekers deze opleiding volgen. Dat vind ik alvast een hele gunstige evolutie, als apothekers zich via zulke opleidingen meer willen verdiepen in palliatieve zorg.

Een gelijkaardige opleiding die ook aangeboden wordt is de PALM-opleiding (Postuniversitaire opleiding palliatieve zorg voor medici en masters). Dat is eigenlijk een gespecialiseerde opleiding rond palliatieve zorg. Wat is dan het onderscheid tussen de LEIF-opleiding en de PALM-opleiding? De LEIF-opleiding houdt zich voornamelijk bezig met de ethische beslissingen bij het levenseinde en de PALM-opleiding focust op het zorgaspect binnen palliatieve zorg, bv. pijn- en symptoomcontrole en psychologische begeleiding. De laatste jaren hebben we af en toe ook apothekers die deze PALM-opleiding volgen.'

Wat is LEIF?

LEIF (LevensEinde InformatieForum) werd begin 2003 opgericht naar aanleiding van de wetten inzake patiëntenrechten, palliatieve zorg en euthanasie, die in 2002 van kracht werden. LEIF is een open initiatief van mensen en verenigingen die streven naar een waardig levenseinde voor iedereen, waarbij respect voor de wil van de patiënt voorop staat.

Meer info over palliatieve zorg en voorafgaande zorgplanning?

- www.LEIF.be
- www.aardiglevenseinde.eu
- www.palliatievezorgvlaanderen.be

Apr. Lauren Segers (Apotheia)

Het dossier
in het midden
van het AFT ...
zo kan je het eruit
halen en apart
bewaren!



Kwaliteitsbewaking van magistrale bereidingen

Magistrale bereidingen zijn onlosmakelijk verbonden met het beroep van apotheker. Het zijn geneesmiddelen die op maat van de patiënt zijn samengesteld. Ze vormen een additionele therapeutische optie naast geregistreerde geneesmiddelen, wanneer een vereiste dosering of vorm niet beschikbaar is als farmaceutische specialiteit; om therapietrouw te verbeteren door innames te combineren; om de toegankelijkheid van de behandeling te verbeteren wanneer terugbetaling mogelijk is of wanneer de patiënt allergisch is aan bepaalde bestanddelen. Kwaliteitsbewaking bij magistrale bereidingen is essentieel om hun plaats in het therapeutisch arsenaal te behouden en de patiënt veilige, werkzame en betrouwbare geneesmiddelen te garanderen. Correcte dosering, stabiele formulaties en naleving van wettelijke verplichtingen zijn daarbij cruciaal.

De kwaliteit van bereidingen is een belangrijk onderdeel van het meerjarenkader van 2017: 'De patiënt heeft recht op magistrale bereidingen van hoogstaande kwaliteit'. Dit houdt in dat de apotheker die bereidingen maakt, moet kunnen aantonen dat de afgeleverde bereidingen kwaliteitsvol zijn en dat de kwaliteit geregeld wordt opgevolgd, dit zowel tijdens de bereiding als gedurende de volledige houdbaarheid. Kwaliteitsvolle bereidingen versterken niet alleen de farmaceutische zorg, maar ook de rol van de apotheker als betrouwbare zorgverlener.

In dit artikel bespreken we de normen waaraan bereidingen moeten voldoen en de essentiële stappen die nodig zijn om de kwaliteit van de gemaakte bereiding te verzekeren. Verder focussen we op hoe de apotheker kwaliteitsbewaking in de praktijk kan toepassen bij magistrale bereidingen.

Kwaliteitsbewaking van magistrale bereidingen

Apothekers dragen de verantwoordelijkheid voor de conformiteit en de kwaliteit van wat ze bereiden en afleveren (KB 21/01/2009). Dit kan enkel door gestructureerde en gedocumenteerde processen, ingebouwde controles en toepassing van basisregels binnen de dagdagelijkse apotheekpraktijk.

Dit artikel focust zich op de kwaliteitsbewaking van magistrale bereidingen. Deze bereidingen worden in de apotheek gemaakt op basis van een individueel voorschrift en zijn bestemd voor een bepaalde patiënt (of dier). Het is relevant om het onderscheid te maken met officinale bereidingen. Officinale bereidingen worden namelijk in de apotheek bereid volgens de officiële voorschriften van de Farmacopee of het Therapeutisch Magistraal Formularium (TMF) en zijn bedoeld voor rechtstreekse aflevering aan patiënten of eindgebruiker, zonder dat hiervoor een individueel voorschrift vereist is.

Aan welke normen moeten bereidingen voldoen?

Alle bereidingen moeten voldoen aan de **analytische normen** zoals beschreven in het Therapeutisch Magistraal Formularium. Concreet betekent dit dat ze gedurende de volledige houdbaarheidstermijn minimum 90 % en maximum 110 % van de opgegeven hoeveelheid aan actief bestanddeel (bestanddelen) bevat. Deze normen, goedgekeurd door de Belgische Farmacopeecommissie, zijn ook van toepassing op bereidingen uit het TMF, tenzij anders vermeld in de desbetreffende monografie. Voor trituraties gelden strengere limieten: 95 % tot 105 %. Voor een aantal bereidingen, die onstabiele actieve bestanddelen bevatten, zoals dithranol en erythromycine, zijn ruimere limieten toegestaan. Daarnaast moet het staal





voldoen aan de vereisten die gelden per galenische vorm zoals microbiologische kwaliteit voor crèmes, uniformiteit van gehalte voor capsules, steriliteit voor oogdruppels ...

Wat draagt bij tot een kwaliteitsvolle bereiding?

Bereider – personeel

De bereiding van geneesmiddelen gebeurt door **de apotheker zelf of onder zijn verantwoordelijkheid door gekwalificeerde en competente personen**. Voor elke bereiding geldt dat de uitvoering en opvolging wordt toevertrouwd aan één en dezelfde persoon. Elke medewerker voert slechts één bereiding tegelijk uit en het is aanbevolen dat deze werkzaamheden niet worden onderbroken.

Bij twijfel of onzekerheden over bereidingen is het belangrijk om wetenschappelijk onderbouwde **ondersteuning** te zoeken in wetenschappelijke naslagwerken, Phil, de (lokale of federale) beroepsvereniging ...

Bereidingszone, grondstoffen en uitrusting

Bereidingen worden steeds uitgevoerd in de **bereidingszone**. Deze zone is uitsluitend voorbehouden voor het uitvoeren van bereidingen en hun kwaliteitscontroles en er wordt niet gegeten of gedronken. Volgens de Gids voor Goede Officinale Farmaceutische Praktijken (GGOFP) moet deze zone altijd opgeruimd zijn, moet er voldoende ruimte beschikbaar zijn en wordt deze zone gereinigd na elke bereiding. Een ordelijke en hygiënische bereidingszone is essentieel om contaminatie en fouten te vermijden.

De **grondstoffen** vormen de basis van de bereiding en zijn een belangrijk onderdeel bij de kwaliteitsbewaking van magistrale bereidingen. Grondstoffen die in de apotheek gebruikt worden, voldoen aan de wettelijke bepalingen (KB 19 dec 1997), worden geleverd in een recipiënt met beveiligde sluiting, worden in het 'Register van inkomende grondstoffen' ingeschreven en bekomen een volgnummer. Dit nummer wordt vermeld op het recipiënt. Merk op dat grondstoffen zonder vergunningsnummer (met analysecertificaat) enkel in magistrale bereidingen verwerkt mogen worden. De grondstoffen met ver-



gunningsnummer mogen in magistrale én officinale bereidingen verwerkt worden.

Voor de grondstoffen zijn er volgende aandachtspunten:

- Zet de grondstoffen op voorhand klaar. Let op met grondstoffen die voor verwarring kunnen zorgen, bijvoorbeeld butylscopolamine-hydrobromide en scopolamine-hydrobromide.
- Controleer het etiket van de grondstoffen vóór en na gebruik.
- Controleer de vervaldatum van de grondstoffen vóór gebruik.
- Indien een actief bestanddeel gebruikt wordt in een hoeveelheid die kleiner is dan 100 mg, gebruik dan een **tritratie** of **stockoplossing**.
- Voor eenheidsdosispreparaten waarvan het gehalte aan actieve stof per eenheid 10 mg of minder bedraagt, pas een **overdosering** van 5 % toe t.o.v. de opgegeven hoeveelheid actieve stof.
- Wees extra voorzichtig met (licht, temperatuur, oxidatie ...)-gevoelige, gevaarlijke of toxische grondstoffen.

De **uitrusting** van de apotheek – waaronder toestellen, glaswerk, recipiënten en technisch materiaal – moet voldoen aan de wettelijke vereisten (bijlage II van het KB van 21 maart 2018) en is afgestemd op de bereidingen die worden aangeboden. Voor sommi-

ge producten zijn specifieke bewaaromstandigheden nodig, zoals een koelkast.

Zorg ervoor dat alle uitrusting goed onderhouden en eenvoudig te reinigen is, en kies voor materialen die inert zijn. Een goed werkende en nauwkeurige **weeg-schaal** verdient bijzondere aandacht. Deze wordt wekelijks gecontroleerd met een gekend controlegewicht om de nauwkeurigheid te verifiëren en minstens om de vier jaar wettelijk herijkt.

Let op volgende belangrijke punten:

- Werk tocht- en trillingsvrij en plaats de weegschaal waterpas op een stabiele ondergrond.
- Houd de weegschaal steeds schoon.
- Respecteer de opwarmtijd (meestal 30 minuten, tenzij anders aangegeven door de fabrikant) voor het beginnen met afwegen.
- Laat producten uit de koelkast eerst op kamertemperatuur komen vooraleer ze af te wegen.

Analyse van het voorschrift

Een grondige **analyse van het voorschrift** door de apotheker vormt de eerste stap in de kwaliteitscontrole. De apotheker blijft verantwoordelijk voor het al dan niet uitvoeren van de bereiding. Deze analyse richt zich op twee aspecten: enerzijds de geschikt-

heid en rechtvaardiging van de voorgeschreven bereiding door na te gaan of het voorschrift correct en volledig is (dosering, toedieningsvorm en gebruik) en controle op therapeutische doeltreffendheid en wettelijke conformiteit. Anderzijds moet nagegaan worden of de bereiding geen risico inhoudt voor de bereider en of de bereiding met de vereiste kwaliteit afgeleverd kan worden. Indien de apotheek niet over de juiste uitrusting beschikt, kan deze ervoor kiezen om bepaalde magistrale bereidingen **uit te besteden**. Belangrijk hierbij is dat dit volgens de wettelijke bepalingen verloopt.

Gevalideerde formules, bereidingsprotocollen, documentatie en traceerbaarheid

Het waarborgen van de kwaliteit van magistrale bereidingen vraagt om gebruik te maken van **gevalideerde formules** en te werken met **gestandaardiseerde bereidingswijzen (protocollen)**. In het TMF zijn er naast bereidingsvoorschriften tal van gevalideerde formules met bijhorende protocollen terug te vinden. Voor bereidingen die niet in het TMF staan, biedt de webapplicatie MyQualityAssistant ondersteuning door protocollen per galenische vorm aan te bieden, die eenvoudig aangepast kunnen worden aan de werkwijze van jouw apotheek. De officiële referentie-

werken (TMF, GGOF) bevelen **bereidingsprotocollen** aan, dit om fouten te minimaliseren en elke bereiding op dezelfde manier uit te voeren, ongeacht wie ze maakt, waardoor de kwaliteit van de bereidingen verzekerd wordt.

Elke bereiding, gemaakt in de officina, krijgt een uniek nummer, deze wordt ook opgenomen in het bereidingsregister. Bovendien wordt voor elke bereiding een **bereidingsfiche** ingevuld. Dit is van primordiaal belang om kwaliteitsbewaking te garanderen en moet steeds gebeuren **tijdens het uitvoeren van de bereiding**. Deze fiche zorgt voor **traceerbaarheid**, kwaliteit en veiligheid bij elke magistrale bereiding. Door alle gegevens schriftelijk vast te leggen, zijn fouten vermijdbaar en een tweede controle door een collega mogelijk.

Op de bereidingsfiche noteert de apotheker het voorschriftnummer, de volledige kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling van de bereiding, de identificatie van de gebruikte grondstoffen met hun registernummer, de datum van bereiding, de bereide hoeveelheid, en de handtekeningen van zowel de bereider als de verantwoordelijke apotheker. Ook de vervaldatum van de bereiding moet vermeld worden. Indien nodig kunnen persoonlijke opmerkingen toegevoegd worden.

Magis Pharma biedt alles voor uw magistrale recept!



Essentials voor compounding



Compounding



Desinfectie



Grondstoffen

- Magis Pharma produceert en verdeelt meer dan 1.000 referenties
- Exclusiviteit van de Pannoc Linea Magistra-producten
- De grondstoffen van Magis Pharma zijn geoptimaliseerd voor gebruik in de apotheek: makkelijke giëttuiten, extra informatie op het label, hoge densiteit van poeders, ...

Verpakking voor bereidingen

- Meer dan 80 referenties
- Alle populaire modellen beschikbaar
- Verkrijgbaar in kleine aantallen

Investeringsgoederen en klein labomateriaal van diverse A-merken

- Glaswerk, mortiers en stampers, steriefilters en wegwerpspuiten, labolepels en spatels, ...
- Apotec koelkasten, ProFiller géluliers, Sartorius balansen, magnetische roerders, ...

Capsules

- Opaak, transparant en meer dan 30 kleuren
- Per 500, 1000, in emmer of op kaart
- Gelatine, vegetarisch of DR-capsules

Verpakking, houdbaarheidstermijn en etikettering

De **verpakking** garandeert een optimale stabiliteit en bewaring van de bereiding en is aangepast aan de behandelingsduur.

Magistrale bereidingen hebben een **houdbaarheidstermijn**, dat is de periode tussen de bereidingsdatum en de vervaldatum en hangt af van factoren zoals de stabiliteit van de inhoudsstoffen, hun onderlinge verenigbaarheid en de farmaceutische vorm. Voor bereidingen die in het TMF opgenomen zijn, moet de houdbaarheidstermijn van het TMF gerespecteerd worden, deze bedraagt veelal 2 maanden. Een aantal bereidingen hebben een langere houdbaarheidstermijn (maximaal 12 maanden), dit is gebaseerd op literatuurgegevens, stabiliteitsstudies of vermelding in andere formularia.

Elke bereiding wordt onmiddellijk en correct **geëtiketteerd**. Dit is essentieel voor de veiligheid en traceerbaarheid van bereidingen. Naast de algemene bepalingen (identiteitsetiket met de gegevens van de apotheek) vermeldt de apotheker duidelijk op de verpakking:

- de kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling van de actieve bestanddelen,
- het antimicrobieel bewaarmiddel,

- de bereidingsdatum en vervaldatum,
- de gebruiksaanwijzing en posologie,
- eventuele bewaarvoorwaarden en bijzondere voorzorgsmaatregelen,
- de naam van de voorschrijver en van de patiënt,
- het volgnummer van het voorschrift /bereidingsnummer.

Daarnaast moeten ook – indien van toepassing – specifieke waarschuwingstekens worden toegevoegd, zoals een rood etiket in reliëf voor uitwendig gebruik of een etiket n°1 (doodshoofd) of n°2 (De aangegeven hoeveelheid niet overschrijden).

Kwaliteitscontrole magistrale bereidingen

Controles tijdens en na het bereiden: In-Process en Eindcontroles

Om te kunnen aantonen dat de afgeleverde bereidingen kwaliteitsvol zijn, is het belangrijk om de kwaliteit op verschillende momenten op te volgen: tijdens de bereiding, na de bereiding én gedurende de volledige houdbaarheid. Alle resultaten van de controles worden genoteerd op de bereidingsfiche. Het is ook





nuttig om, indien mogelijk, de berekeningen door een collega te laten controleren.

Een eerste type controle is **In-Process Control**, namelijk controles tijdens het bereidingsproces. Voorbeelden zijn het verifiëren van de identiteit van de grondstoffen, het controleren van de afgewogen hoeveelheden, het beoordelen van de helderheid van vloeistoffen, het meten van de pH ...

Een tweede type is de **Eindcontrole**. Deze wordt – zoals de naam het aangeeft – uitgevoerd na afloop. Voorbeelden zijn onder meer het bepalen van het eindvolume of -gewicht, de gelijkmatigheid van massa bij gelules, visuele controle, nazicht van de verpakking en etikettering ... Voor officinale bereidingen gebeurt deze eindcontrole systematisch op elk product. Bij magistrale bereidingen worden op regelmatige tijdstippen steekproefsgewijs controles uitgevoerd, waarbij verschillende bereidingsvormen en alle personen die bereidingen maken aan bod komen.

Zelfevaluatie

Zelfevaluatie is een wettelijke verplichting volgens het KB 20/07/2023 'Autocontrole' en steunt op de principes van de GGOF. Door de zelfevaluatie kan de apotheker aandachtspunten en eventuele tekortkomingen identificeren om de kwaliteit van bereidingen te garanderen en waar nodig te verbeteren. Concreet kan de apotheker via de webapplicatie MyQualityAssistant jaarlijks een vragenlijst invullen. Dit is een alles-in-één vragenlijst met 40 vragen die alle thema's (zoals bereidingen) van de zelfevaluatie behandelen. Door deze in te vullen, voldoet men niet alleen aan de wettelijke vereisten, maar krijgt de apotheker ook inzicht in zijn eigen werking. Als de apotheek op vlak van kwaliteitsbewaking van magistrale bereidingen nog een stapje verder wil gaan, dan zijn er drie specifieke vragenlijsten over bereidingen (bereiden, controle, documentatie en verpakking) beschikbaar. Ook klachtenbehandeling, laat toe om noden en mogelijke verbeterpunten in kaart te brengen.



CHECKLIST MAGISTRALE BEREIDINGEN

WAT DRAAGT BIJ TOT EEN
KWALITEITSVOLLE BEREIDING?



- **Bereider**



- **Bereidingszone:** werkruimte netjes

- **Grondstoffen:** controle

- **Uitrusting:** materiaal gereinigd - weegschaal



- Analyse van het **voorschrift**

- **Bereidingsfiche** aanmaken

- Bereiding **registreren** in softwaresysteem



- **Bereidingsprotocol** volgen

- **Basisregels** toepassen

- Specifieke **aandachtspunten**: tritutaties, overdosering, ...

- **Bereidingsfiche** invullen, berekeningen en controles noteren en fiche bewaren



- **Verpakking**

- **Houdbaarheidstermijn**

- **Etikettering**: identiteitsetiket, algemene vermeldingen (denk ook aan posologie, bewaarvoorwaarden, schudden voor gebruik, ...) en waarschuwingsetiket

KWALITEITSCONTROLE BEREIDINGEN



- In-Process control en eindcontrole

- Zelfevaluatie

- Kwaliteitsprogramma bereidingen

CONTINU PROCES!

Kwaliteitsprogramma bereidingen

Het is eveneens aangeraden om af en toe een externe volledige analyse te laten uitvoeren op een bereiding. Om dit te doen, kan de apotheek deelnemen aan het 'Kwaliteitsprogramma bereidingen'. Dit is een vorm van autocontrole, waarbij de sector zelf de verantwoordelijkheid heeft. Elke deelnemer ontvangt achteraf een individueel verslag met persoonlijke feedback over zijn bereiding. Op het einde van iedere cyclus worden de globale resultaten gecommuniceerd naar de apothekers ter bevordering van de kwaliteit van bereidingen.



Wenst u deel te nemen aan het "Kwaliteitsprogramma bereidingen"?
Dat kan!

Meer informatie kan u vinden [www.apb.be/MyAPB/MyQualityControl/](http://www.apb.be/MyAPB/MyQualityControl/Kwaliteitsprogramma%20bereidingen)
Kwaliteitsprogramma bereidingen

Magistrale bereidingen zijn een therapie op maat voor de patiënt. Voor artsen vormen ze bovendien een waardevolle uitbreiding van de therapeutische mogelijkheden. Om deze meerwaarde te blijven onderstrepen en hun plaats in de officina-praktijk te behouden, is het cruciaal dat elke bereiding voldoet aan de hoogste kwaliteitsnormen. Dat betekent: protocolleren en documenteren, controles uitvoeren, werken volgens de regels van de kunst en aandacht hebben voor alle kritische punten. Belangrijk is dat kwaliteitsbewaking geen eenmalige actie is, maar **een continu proces** dat blijvend aandacht en opvolging vereist. Als extra hulpmiddel is er een praktische checklist beschikbaar, om jullie hierbij te ondersteunen.

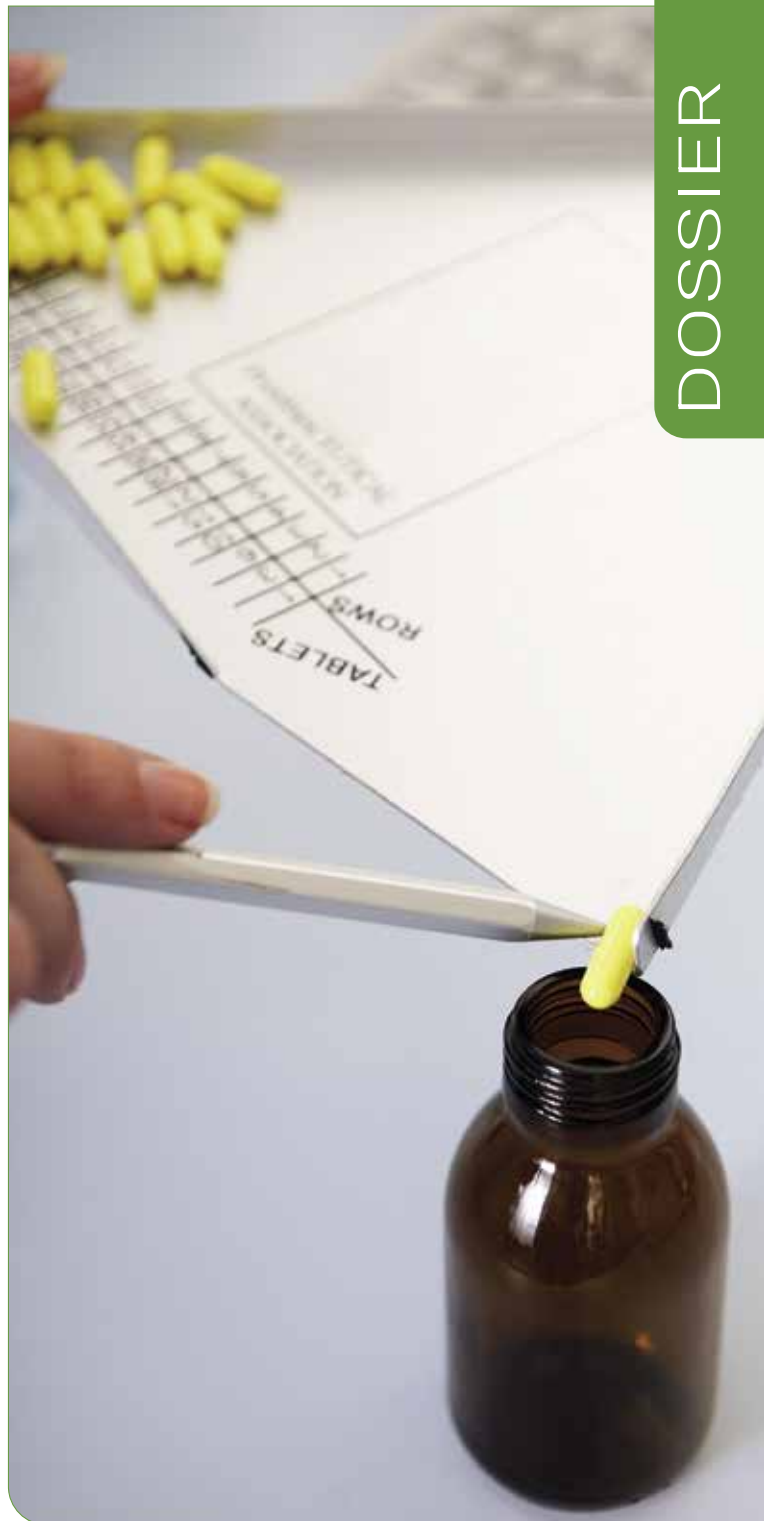
Apr. Joko Vanmeerhaeghe

Apotheker-expert dienst SCM/DGO (APB)

Bronnen

- Koninklijk Besluit van 21 januari 2009 houdende onderrichtingen voor de apothekers.
- Koninklijk Besluit van 19 december 1997 betreffende de controle en de analyse van de grondstoffen die door de officina-apothekers gebruikt worden.
- Besluit van de Regent van 6 februari 1946 houdende reglement op het bewaren en het verkopen van giftstoffen.
- Therapeutisch Magistraal Formularium (TMF) - online te raadplegen via www.tmf-ftm.be
- Gids voor Goede Officinale Farmaceutische Praktijken (GGOFP) - FAGG-AFMPS
- Kwaliteitshandboek
- Overzichtstabel 'magistrale bereiding, officinale bereiding, bereiding van een voedingssupplement', Juridische dienst APB – versie 05.01.2024

- MFO – magistraal voorschrijven als additionele therapeutische optie
- Farmaceutisch rekenen Magistraal in de praktijk - Wetenschappelijke documentatiedienst van APB - September 2020
- Controle van bereidingen in de apotheek, AUP (www.apb.be/nl-BE/files/69F9ABB7-1F20-4A46-BD0F-3E1A85C7FFEC.pdf?title=magistraleautocontrolebereidingen-docaupdf) – versie oktober 2025

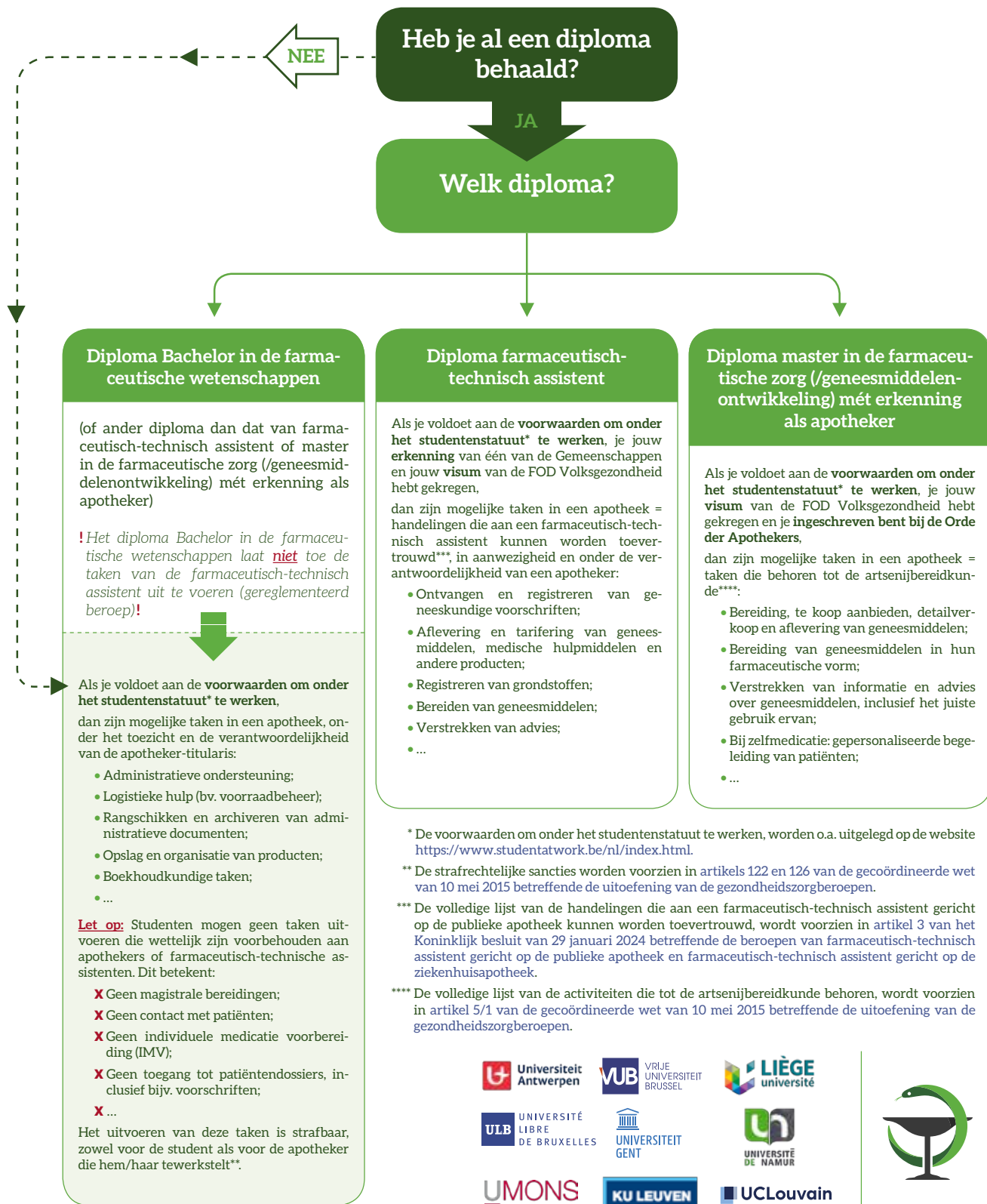


BEN JE STUDENT IN EEN FARMACEUTISCHE RICHTING EN OP ZOEK NAAR EEN STUDENTENJOB* IN EEN (VOOR HET PUBLIEK OPENGESTELDE) APOTHEEK?

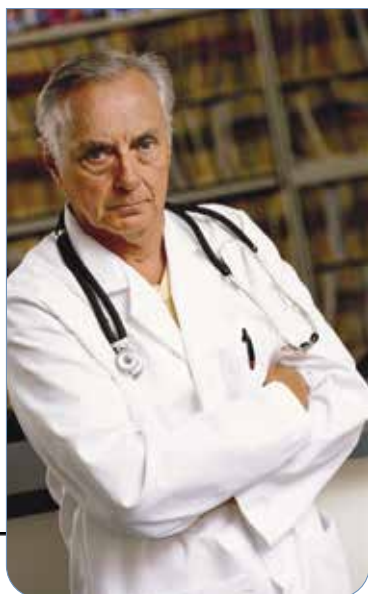
Opgelet: niet alles is mogelijk!

De taken die je mag uitvoeren, hangen af van jouw opleiding en ervaring.

Opmerking: het gaat hier om een studentenjob, niet te verwarren met de stage in een apotheek, die deel uitmaakt van de opleiding tot apotheker.



Het schema werd geïnspireerd door de volgende bijdrage: E. VAN SANT, "Werken als student in de apotheek", *Antwerps Farmaceutisch Tijdschrift*, 05/2025, blz. 20-22.



Ziekte van Kawasaki

		Naam en voornaam van de voorschrijver <i>Dr. AFT</i>	
DOOR DE VOORSCHRIJVER IN TE VULLEN: Naam en voornaam van de rechthebbende: <i>Arthur, 2 jaar</i>			
Voorbehouden aan het verpakkingsvignet		R/ <i>Aspegic 100 pulv 30 x 100 mg, 4 keer 1 zakje per dag</i> <i>Aspegic 100 pulv 30 x 100 mg, 4 keer 1 zakje per dag</i>	
Stempel van de voorschrijver AFT Lange Leemstraat 187 2018 Antwerpen		Datum en handtekening van de voorschrijver <i>23/03/2026</i> Einddatum van de uitvoerbaarheid:	
GENEESMIDDELENVOORSCHRIFT VAN TOEPASSING VANAF 1 november 2019			

Uitgaand van een voorschrift ingezonden door een van onze redactieraadsleden of lezers lichten we in deze rubriek een casus toe die zich reëel in een officina heeft afgespeeld. Alle aspecten rond een voorschrift kunnen aan bod komen: van noemenswaardige magistrale formules, over minder alledaagse tarifiering tot interessante wisselwerkingen, een boeiend gesprek enz. U kan dergelijke voorschriften met 'bijzonder karakter' (blijven) toesturen via mail (voorschriftgestript@kava.be) of per gewone post naar KAVA (Lange Leemstraat 187, 2018 Antwerpen). Uw actieve inbreng is de drijfkracht achter deze rubriek. Misschien ziet u dan binnenkort uw bijzondere praktijkcasus (geanonimiseerd) hier verschijnen!

Inleiding

De Ziekte van Kawasaki, beschreven als mucocutane lymfklier syndroom door Tomisaku Kawasaki in 1967, is een van de meest voorkomende vormen van acute vasculitiden bij kinderen tot en met 5 jaar, met wereldwijd een incidentie van 20 gevallen per 100 000 kinderen^{1,2}. De aandoening is zelflimiterend met koorts en manifestaties van acute ontsteking³. Meestal zijn kinderen tussen 2 en 3 jaar het slachtoffer en jongens lijden er vaker aan dan meisjes³. Daarboven is het duidelijk dat kinderen met Japanse oorsprong een hogere gevoeligheid hebben voor de aandoening met een inci-

dentie van 210,5 per 100 000 bij kinderen onder 5 jaar in vergelijking met 13,7 per 100 000 kinderen van Kaukasische afkomst. Uit data blijkt dat de aandoening grotendeels seizoensgebonden is met name tijdens de winter en vroege lente^{3,4}.

De diagnose gebeurt op basis van klinisch onderzoek, hierbij wordt gekeken naar de symptomen met als geheugensteuntje *Warm CREAM*³. De diagnose wordt gesteld als de patiënt koorts ($> 38^{\circ}\text{C}$) heeft gedurende 5 dagen of meer, met minstens 4 symptomen uit het geheugensteuntje *warm CREAM* (zie tabel 1)³. Als aanvulling, maar niet als uitsluitingscriterium voor de diagnose, wordt een echocardiografie van de coronaire arteriën uitgevoerd⁵.

Vroegtijdige detectie en behandeling is essentieel⁵. Onbehandeld leidt de ziekte van Kawasaki in ongeveer één op de vier gevallen tot coronaire arterie-aneurysmata, die ernstige cardiovasculaire complicaties kunnen veroorzaken⁵. De meest gevreesde complicaties zijn coronaire occlusies en cardiale ischemie, die gepaard gaan met aanzienlijke morbiditeit en mortaliteit³. Bij volwassenen ouder dan 40 jaar is naar schatting 5 % van de acute coronaire syndromen het gevolg van coronaire aneurysmata veroorzaakt door een doorgeemaakte ziekte van Kawasaki.

Oorzaken

De oorzaken van de ziekte van Kawasaki zijn nog niet volledig opgehelderd en het ontstaan lijkt multifactorieel, met een rol voor zowel genetische aanleg als infectieuze factoren^{3,5}. Enerzijds wijst de literatuur op genetische factoren die de vatbaarheid voor de ziekte verhogen en die vaker voorkomen bij kinderen van Japanse oorsprong; zo worden bepaalde genvarianten, waaronder specifieke HLA-typen en genen betrokken bij de immuunrespons, frequenter aangetroffen bij getroffen kinderen^{3,5}. Daarboven blijkt het dat broers en

zussen van patiënten 10 tot 20 keer meer kans hebben om de ziekte te ontwikkelen in vergelijking met andere kinderen³. Anderzijds zijn een groot aantal pathogenen bestudeerd, maar geen enkel pathogeen is geïdentificeerd als de ziekteveroorzaker³. Uit onderzoek blijkt dat meer dan 40 % van de patiënten positief test voor luchtwegvirussen wat suggereert dat een respiratoire infectie de ziekte kan uitlokken bij vatbare kinderen³.

Ziekteproces

Het lijkt erop dat het immuunsysteem wordt geactiveerd door een infectieus agens dat het ademhalingsstelsel binnendringt en een cascade van immuunresponsen afvuurt³. Hierbij komen verschillende cytokinen vrij en worden onder andere lymfocyten en macrofagen geactiveerd, dit leidt tot ontsteking van de hartspier (myocarditis) en de bloedvaten (arteritis)³. Bij deze immuunrespons ontstaat er schade aan de vaatwand met verzwakking die kunnen leiden tot aneurysmata van de coronaire arteriën³. In de weken en maanden erna kan de vaatwand verdikken als reactie op de ontstekingen, die verdikkingen kunnen leiden tot stenosen of trombosen met op hun beurt ernstige cardiovasculaire gevolgen zoals myocardinfarct, hartritmestoornissen en plots overlijden³. Echter, in 60 % van de gevallen nemen de kleine coronaire aneurysmata af in de herstelfase, zodra de ontsteking volledig afneemt³.

Behandeling

In de behandeling van de ziekte van Kawasaki is het doel de ontstekingsreacties te onderdrukken zodat cardiovasculaire complicaties worden vermeden en die behandeling bestaat hoofdzakelijk uit twee componenten namelijk intraveneuze immunoglobulinen (IVIG) en acetylsalicylzuur⁵.

	Criterium	Nederlandse uitleg
Warm	Fever > 5 days.	Koorts die minstens 5 dagen aanhoudt.
C	Conjunctivitis without exudate.	Niet-purulente roodheid van beide ogen.
R	Rash.	Polymorfe huiduitslag, meestal op romp en ledematen.
E	Edema or erythema of hands/feet, followed by desquamation and nail changes.	Zwelling en roodheid van handen en voeten, soms gevolgd door vervelling van de huid.
A	Adenopathie, often unilateral, cervical node $> 1,5$ cm.	Gezwellen lymfeklieren in de hals, meestal unilateraal.
M	Mucosal erythema, fissuren of lips or strawberry tongue.	Roodheid van lippen en mondslijmvlies, vaak met een 'aardbeientong'.

Tabel 1. diagnostische criteria van de Ziekte van Kawasaki en de uitleg ervan³



IVIG zijn antilichammengsels afkomstig van meerdere gezonde donoren en worden intraveneus toegediend om de ontstekingsreactie bij de ziekte te onderdrukken⁵. Tijdens de acute fase, gekenmerkt door ontsteking en plaatjesactivatie, wordt IVIG in het hospitaal toegediend met als doel de systemische ontsteking te verminderen en het risico op hartcomplicaties te beperken⁵. Vroege toediening van IVIG heeft de incidentie van coronaire aneurysmata verlaagd van 25 % naar ongeveer 4 %⁵.

Daarnaast wordt acetylsalicylzuur gegeven om ontsteking en koorts te onderdrukken⁵. Hierbij worden matige tot hoge doseringen gebruikt, doorgaans tussen 30–50 mg/kg per dag tot 80–100 mg/kg per dag verdeeld over 4 doses⁵. De hoge dosis acetylsalicylzuur wordt voortgezet tot de patiënt gedurende 48–72 uur koortsvrij is⁵. Na het verdwijnen van de koorts wordt een lage-dosis acetylsalicylzuur (3–5 mg/kg per dag, eenmaal daags) gebruikt vanwege het antistollingseffect, dit wordt doorgaans voortgezet tot 6–8 weken na het begin van de ziekte⁵. Bij het ontstaan of het aanhouden van coronaire afwijkingen kan langdurige behandeling met acetylsalicylzuur nodig zijn⁵. Om het risico op het Syndroom van Reye te minimaliseren is het belangrijk om de patiënt jaarlijks te vaccineren tegen griep, de vaccinatiestatus voor varicella te controleren en maatregelen te nemen om virale blootstelling te minimaliseren⁵.

Bij patiënten met een allergie voor of resistentie tegen acetylsalicylzuur kunnen clopidogrel als plaatjesremmer en paracetamol als antipyreticum worden gebruikt⁵. Bij hoog-risicopatiënten kan duale antistol-

lingtherapie (acetylsalicylzuur in combinatie met clopidogrel) overwogen worden, hoewel deze strategie is gebaseerd op ervaringen bij volwassenen met atherosclerose die een stent kregen voor coronair-arteriosclerose na een myocardinfarct⁵. Verdere studies en ervaringen zijn nodig om het nut ervan te verduidelijken⁵.

In 10 tot 15 % van de behandelde patiënten is er refractaire ziekte waarbij de koorts aanhoudt of terugkomt 36u na initiële toediening van IVIG⁵. In dit geval wordt er geopteerd voor een tweede dosis IVIG, cyclosporine, anakinra of cyclofosfamide⁵. Een tweede dosis IVIG gaat gepaard met een verhoogd risico op hemolytische anemie⁵. Zorgvuldige monitoring is daarom essentieel⁵.

Bij een vermoeden van IVIG-resistentie of hoge-risico patiënten met de ziekte van Kawasaki zijn er verschillende opties als additionele anti-inflammatoire therapie, zoals corticosteroiden (prednisolone, methylprednisolone) en TNF α -inhibitoren (infliximab IV, etanercept SC) mogelijk⁵. Hoge-risicopatiënten omvatten kinderen jonger dan 6 maanden, Z-score $\geq 2,5$ en anderen⁵.

Eerst wordt er in het hospitaal een hoge dosis prednisolone gedurende 5 dagen met een maximale dosis van 60 mg per dag gegeven⁵. Vervolgens peroraal prednisolone met een langzame afbouw gedurende 15 dagen (maximaal 30 mg per dosis)⁵. Het behandelingsschema met methylprednisolone loopt gelijkaardig⁵. Bij het geven van hoge doses corticosteroiden is adequate maagbescherming met bv. een protonpomp-inhibitor zoals pantoprazole noodzakelijk.

Een andere mogelijkheid is infliximab, wat een monoklonaal antilichaam is tegen TNF α ⁵. Het antilichaam vangt TNF α weg zodat het niet kan binden op zijn receptor en bijgevolg wordt de pro-inflammatoire cascade geïnhibeerd⁵. Er wordt een dosis van 10 mg/kg over 2 uur gegeven via een intraveneus infuus⁵.

Prognose en opvolging

Het risico op een myocardinfarct bij patiënten met de ziekte van Kawasaki is het hoogst in de eerste twee tot drie weken na het begin van de ziekte⁵. Na ongeveer twee jaar neemt dit risico aanzienlijk af, maar bij patiënten met grote tot reusachtige coronaire arterie-aneurysmata blijft het risico op ischemie levenslang aanwezig⁵. Het klinische beeld van een myocardinfarct bij deze patiënten wijkt vaak af van dat bij volwassenen: in plaats van typische pijn op de borst kunnen aspecifieke symptomen optreden, zoals onverklaarbare prikkelbaarheid of huilen, rusteloosheid, bleekheid of zweten⁵. Daarnaast zijn ook pijn in de borst, arm of buik, kortademigheid, braken en huidverkleuring beschreven⁵. Na een acuut myocardinfarct worden antistollings- en antiplaatjesmedicatie toegediend⁵. Daarnaast kunnen, afhankelijk van de klinische situatie, β -blokkers, statines en ACE-remmers worden overwogen⁵.

Langetermijn complicaties zoals acute coronaire syndromen, hartfalen en ritmestoornissen zijn nog niet voldoende bestudeerd⁵. Om toekomstige cardiovasculaire complicaties te voorkomen, worden patiënten met coronaire arterie-aneurysmata langdurig gevolgd, waarbij verschillende vormen van beeldvorming worden toegepast⁵. Patiënten dienen gedurende hun volwassen leven te worden opgevolgd door een cardioloog⁵.

Conclusie

De ziekte van Kawasaki is een bijzondere, maar potentieel ernstige aandoening die vooral jonge kinderen treft. Dankzij een tijdige herkenning op basis van het *Warm CREAM*-schema en een snelle behandeling met IVIG en acetylsalicylzuur kan het risico op hartproblemen sterk worden verminderd. Hoewel de meeste kinderen volledig herstellen, blijft zorgvuldige opvolging belangrijk om eventuele late complicaties aan het hart op te sporen. Met de juiste behandeling en nazorg is de prognose voor de meeste patiënten gunstig.

Anass Bouchikhi
(laatstejaarsstudent farmacie)
i.s.m. **apr. Dominique Jans**
(praktijkassistent UAntwerpen)

Referenties

1. Selmek K, Harding M. Kawasaki Disease. *Pediatr Rev.* 2024 Jul 1;45(7):425–7.
2. Kuo HC. Diagnosis, Progress, and Treatment Update of Kawasaki Disease. *Int J Mol Sci.* 2023 Sep 11;24(18).
3. Owens AM, Plewa MC. Kawasaki Disease. 2025.
4. Low T, McCrindle BW, Mueller B, Fan CPS, Somerset E, O'Shea S, et al. Associations between the spatiotemporal distribution of Kawasaki disease and environmental factors: evidence supporting a multifactorial etiologic model. *Sci Rep.* 2021 Jul 16;11(1):14617.
5. Jone PN, Tremoulet A, Choueiter N, Dominguez SR, Harahsheh AS, Mitani Y, et al. Update on Diagnosis and Management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation.* 2024 Dec 3;150(23).



Wat verandert er fiscaal?

Kernpunten van de wet van 18 december 2025



Op 30 december 2025 verscheen de nieuwe verzamelwet met diverse fiscale bepalingen in het Belgisch Staatsblad. De wet bundelt een uitgebreid pakket fiscale veranderingen die – voor het grootste deel – ingaan vanaf aanslagjaar 2026. In dit artikel halen we kort de maatregelen aan die voor jou als apotheker het meest relevant zijn. Zit je nog met vragen of wil je graag meer weten over wat dat voor jou persoonlijk betekent, neem dat zeker contact op met je dossierbeheerder.

Op het vlak van de personenbelasting

Schrapping federale vastgoedvoordelen

Vanaf aanslagjaar 2026 (inkomstenjaar 2025) verdwijnen verschillende federale voordelen in vastgoedfiscaliteit.

Tot nu toe kon je in de personenbelasting interesten die je betaalde voor leningen aangegaan voor onroerende goederen andere dan je eigen woning (bijvoorbeeld een opbrengsteneigendom of tweede verblijf) aftrekken van je belastbare inkomsten uit vastgoed (onroerende inkomsten). Dat kan vanaf aanslagjaar 2026 niet meer, ook niet voor lopende leningen.

Leningen die vóór aanslagjaar 2026 (d.w.z. afgesloten vóór 2025) al liepen en dus onder het regime van het federal langetermijnsparen vallen, behouden in principe het recht op de lopende fiscale voordelen voor de kapitaalaflossingen.

Oude regelingen verdwijnen volledig, zoals de federale woonbonus, bouwsparen, extra interestaftrekken, belastingvoordeel voor groene leningen.

Verhoging plafond flexi-jobs

Niet-gepensioneerde flexi-jobbers kunnen vanaf inkomstenjaar 2025 tot €18 000 fiscaal vrijgesteld bijverdienen (vroeger €12 000). Dit grensbedrag wordt voortaan ook jaarlijks geïndexeerd. Voor gepensioneerden blijft de vrijstelling onbeperkt.

Onderhoudsuitkeringen: geleidelijke afbouw aftrek

Betaalt of ontvangt u onderhoudsuitkeringen (alimentatie)? Dan wijzigt het fiscale regime.

Jaar (inkomsten)	Aftrekbaar en belastbaar percentage
Tot en met 2024	80 %
2025	70 %
2026	60 %
2027	50 %



Bestaansmiddelen van personen ten laste: nieuwe regels

Vanaf aanslagjaar 2026 gelden nieuwe regels om iemand fiscaal ten laste te nemen.

Er is *één uniform grensbedrag*: personen ten laste mogen maximaal €12.000 netto verdienen om ten laste te blijven – ongeacht je gezinssamenstelling. Specifiek voor kinderen worden bij die berekening een eerste schijf van €6.840 aan inkomsten uit een studentenjob niet meegerekend.

Ter verduidelijking: het netto belastbaar inkomen is je inkomen na aftrek van beroepskosten: de basis waarop je belasting wordt berekend.

Maar let op: betaal je een gezinslid een loon in je eenmanszaak? Dan kan die persoon niet langer bij jou ten laste zijn, ongeacht het bedrag van het betaalde loon.

Leefloon: wie een leefloon ontvangt, kan niet meer fiscaal ten laste zijn.

Studiebeurzen: een beurs telt voortaan mee als bestaansmiddel wanneer er sociale rechten mee worden opgebouwd. Concreet: een doctoraatsbeurs telt nu wél mee, waardoor jouw kind sneller de grens overschrijdt.

Vereenvoudiging belastingaangifte: enkele zaken zullen verdwijnen of verminderen

De wetgever ruimt op: tal van fiscale voordelen verdwijnen vanaf aanslagjaar 2026. Minder vakjes in de aangifte, maar ook minder aftrekmogelijkheden. Hieronder een overzicht per categorie:

Personeel en tewerkstelling

Wat verdwijnt?	Wat was dit?
Vrijstelling aanwerving kmo-personeel	Extra vrijstelling bij aanwerving van bijkomend personeel.
Stagebonus	40 % vrijstelling op loon van stagiairs.
Sociaal passief eenheidsstatuut	Vrijstelling om ontslagkosten op te vangen na afschaffing proefperiode.
PC-privéplan	Vrijgestelde tussenkomst in aankoop computer voor werknemers.

Mobiliteit en voertuigen

Wat verdwijnt?	Wat was dit?
Meerwaarden bedrijfsvoertuigen	Vrijstelling bij verkoop bedrijfswagen met winst (vanaf 31/08/2025).
Aankoop elektrisch voertuig	Belastingvermindering voor aankoop elektrische wagen.
Installatie laadpaal	Belastingvermindering voor plaatsing thuislaadstation.
Kostenforfait verre verplaatsingen	Extra forfait bij lange woon-werkafstand.

Privé-uitgaven:

Wat wijzigt?	Toelichting
Giften	Vermindering daalt van 45 % naar 30 %.
Rechtsbijstands-verzekering	Belastingvermindering verdwijnt volledig.
Adoptiekosten	Belastingvermindering verdwijnt volledig.
Huisbediende	Belastingvermindering verdwijnt volledig.

Beleggingen

Wat verdwijnt?	Wat was dit?
Minderwaarden private privak	Vermindering bij verlies op privaat beleggingsfonds.
Aandelen micro-financieringsfondsen	Vermindering voor investering in ontwikkelingsfondsen.

Belastingkrediet eigen middelen: verdubbeld

Baat je jouw apotheek uit als eenmanszaak? Goed nieuws: het belastingkrediet voor de aangroei van eigen middelen wordt vanaf aanslagjaar 2026 verdubbeld – van 10 % naar 20 %, met een maximum van € 7500 (voorheen € 3750).

Dit krediet beloont zelfstandigen die investeren met eigen middelen in plaats van te lenen. Het krediet bedraagt een percentage van de aangroei van jouw

eigen middelen. Dit wil zeggen: het verschil tussen jouw beroepsactiva (materiaal, inrichting ...) en jouw langlopende schulden, vergeleken met de vorige jaren.

Let op: dit voordeel geldt enkel voor eenmanszaken, niet voor apothekers met een vennootschap.

Personen- en vennootschapsbelasting

Aanpassingen autofiscaliteit: plug-in hybrides

Nieuwe definitie 'valse hybride'

Plug-in hybrides worden sinds 1 januari 2025 getest volgens de strengere Euro 6e-bis norm, die hogere CO₂-waarden oplevert. Om te vermijden dat deze wagens onterecht als 'valse hybride' worden bestempeld (met een hoger belastbaar voordeel als gevolg), wordt de CO₂-grens opgetrokken van 50 naar 75 g/km.

Deze aanpassing geldt zowel in de personen- als vennootschapsbelasting.

Nieuw aftrekschema vanaf 2026

Voor oplaadbare hybridevoertuigen gekocht/geleasd/gehuurd van 01.07.2023 t.e.m. 31.12.2025 blijven beroepskosten (m.u.v. benzine/diesel) 75 % aftrekbaar, evenals voor voertuigen uit 2026 en 2027, maar deze dalen daarna.

Kostensoort	Aftrek
Autokosten (excl. brandstof)	75 % (2023-2027), daarna dalend.
Elektriciteit	100 % → geleidelijk dalend.
Brandstof (benzine/diesel)	Max. 50 % → afbouw naar 0% vanaf AJ 2029.

Vanaf 01.01.2026 zijn brandstofkosten voor alle voertuigen niet meer aftrekbaar.

Let op: het nieuwe aftrekschema geldt enkel in de personenbelasting (eenmanszaak), niet in de vennootschapsbelasting.

Aanpassingen investeringsaftrek

Investeringsaftrek is een fiscaal voordeel waarbij je een percentage van jouw investering (bv. inrichting, materiaal, software) mag aftrekken van jouw belastbare winst. Hoe hoger het percentage, hoe minder belastingen.

In het verleden moest je het saldo binnen een beperkte termijn gebruiken, waardoor je soms niet het volledige bedrag kon benutten door onvoldoende winst. Die beperking verdwijnt: je kan het onbeperkt in de tijd overdragen.

Verhoging maaltijdcheques

Vanaf 1 januari 2026 mag je als werkgever meer bijdragen in de maaltijdcheques van het personeel

	Voorheen	Vanaf 2026
Max. waarde cheque (incl. bijdrage werknemer)	€ 8,00	€ 10,00
Max. werkgeverstussenskomst.	€ 6,91	€ 8,91
Aftrekbaar als beroepskost.	€ 2,00	€ 4,00

Let op: de verhoogde aftrek van € 4 geldt enkel als je effectief het maximum van € 8,91 bijdraagt. De minimale werknemersbijdrage blijft op € 1,09 per cheque.



De verhoging van maaltijdcheques is een uitzondering op de loonnormwet. Dit betekent dat je de werkgeverstussenkomst met maximaal € 2 mag verhogen in 2026. Heb je nu nog geen cheques voor je personeel of cheques met een waarde van € 7 of lager, dan kan je dus niet in 2026 zomaar verhogen tot € 10 (maar enkel tot € 9 als de waarde voorheen € 7 was of € 8 als de waarde voorheen € 6 was).

Ook voor bedrijfsleiders

Werk je via een vennootschap? Ook zelfstandige bedrijfsleiders kunnen maaltijdcheques ontvangen, mits de toekenning gekoppeld is aan die van werknemers (als die er zijn), het aantal cheques overeenstemt met effectief gewerkte dagen, en dit schriftelijk is vastgelegd.

Indexering fiscale bedragen: bevroren tot 2030

Normaal worden fiscale bedragen (vrijstellingen, belastingverminderingen ...) jaarlijks aangepast aan de levensduurte. Tussen 2026 en 2030 zal er geen bijkomende

indexering zijn; het geïndexeerde bedrag van aanslagjaar 2025 blijft behouden.

Uitzonderingen

- *Pensioensparen*: De indexering beviert pas vanaf aanslagjaar 2027; de bedragen van aanslagjaar 2026 blijven gelden tot en met 2030.
- *Woon-werkvergoeding*: Wordt eenmalig niet geïndexeerd voor aanslagjaar 2026 en niet ingehaald.
- *Belastingkrediet kinderen ten laste*: Permanent bevroren op € 550 per kind.

Vanaf aanslagjaar 2031 worden de bedragen opnieuw geïndexeerd, zonder inhalen van de bevrozing. De 'verloren' indexering wordt dus niet gecompenseerd.

Vennootschapsbelasting

DBI-aftrek op groepsbijdragen

Tot nu toe mocht de DBI-aftrek niet worden toegepast op groepsbijdragen die een vennootschap ontving van een verbonden entiteit. Dit leidde tot een conflict





met Europees recht. Vanaf aanslagjaar 2026 wordt dit rechtgezet: de DBI-aftrek is voortaan wél mogelijk op deze interne groepsbijdragen. Dit biedt meer flexibiliteit bij interne verliescompensatie.

Beleggingen in DBI-beveks: strengere regels

Belegt jouw vennootschap in DBI-beveks of vergelijkbare beleggingsvennootschappen? Dan gelden vanaf aanslagjaar 2026 twee nieuwe maatregelen.

1. Afzonderlijke aanslag van 5 %. Meerwaarden op aandelen van DBI-beveks die voorheen vrijgesteld waren, worden nu belast aan 5 %. Let wel: Bij een inkoop door het fonds zelf (wanneer de bevek jouw aandelen terugkoopt) wordt het verschil tussen de inkoopprijs en jouw aanschaffingswaarde fiscaal doorgaans behandeld als een dividend (roerend inkomen), niet als een meerwaarde en blijft die situatie dus buiten de heffing.
2. Roerende voorheffing beperkt verrekenbaar. Ingehouden RV (roerende voorheffing) op dividenden kan niet meer worden verrekend als je DBI-aftrek toepaste én niet voldoet aan de minimumbezoldigingsvoorwaarde om van het verlaagde tarief in de vennootschapsbelasting te genieten.

Procedure

Bewaartermijn: van 10 naar 7 jaar

Je moet jouw boeken en bescheiden (facturen, bonnetjes, bankuittreksels ...) voortaan 7 jaar bewaren in plaats van 10 jaar. Dit is een terugkeer naar de vroegere regeling.

Aanslag- en controletermijnen

De fiscus kon bij 'complexe aangiften' (bv. met buitenlandse inkomsten of juridische constructies) tot 10 jaar teruggaan om belastingen te vestigen. Die verlengde termijnen verdwijnen opnieuw. De fiscus kan in normale gevallen maximaal 4 jaar teruggaan. Bij fraude blijft de termijn 7 jaar.

CAP-uitbreiding

De fiscus krijgt toegang tot het CAP (Centraal Aanspreekpunt van de Nationale Bank) voor de controle van de effectentaks en cryptorekeningen. Cryptorekeningen moeten daarom voortaan worden aangemeld. Er wordt een wettelijke basis gelegd voor datamining op de CAP – zodat de fiscus proactief risicodossiers kan opsporen in plaats van enkel te reageren op vermoedens van fraude. De concrete invulling hiervan moet nog worden uitgewerkt na kritiek van de privacywaakhond.

Heb je vragen bij bovenstaand artikel? Of hulp nodig bij het optimaliseren van je digitale boekhouding? Neem gerust contact met ons op – we staan je graag te woord.

Team Accountancy KAVA

Accountancy KAVA cvba
Lange Leemstraat 187, 2018 Antwerpen
Tel. 03/280 15 49
accountancy@kava.be
www.accountancy.kava.be

AGENDA 2026

DATUM	ACTIVITEIT	HOE LAAT?	INLICHTINGEN TEL.
3/03/2026	Webinar AI sessie 1	KAVA 20u00-22u00	03/280 15 01
10/03/2026	Webinar AI sessie 2	KAVA 20u00-22u00	03/280 15 01
12/03/2026	Medicatiehistorieken 'Geneesmiddelen in de immunologie'	extern	03/280 15 01
12/03/2026	MFO 'dermatologie'	KAVA 20u00-22u00	03/280 15 01
18/03/2026	Algemene Vergadering	AV 20u00-23u00	03/280 15 01
19/03/2026	Stagedagen: transmurale zorg	webinar 20u00-21u00	03/280 15 01
31/03/2026	Stagedagen: farmaceutische zorg & startersavond	KAVA 8u30-20u00	03/280 15 01
2/04/2026	Medicatiehistorieken 'Geneesmiddelen bij neurologische aandoeningen'	extern	03/280 15 01
22/04/2026	Social media	webinar 20u-22u	03/280 15 01
23/04/2026	Medicatiehistorieken 'Geriatric en/of polymedicatie'	extern	03/280 15 01
27/04/2026	IPSA: Apinto noodanticonceptie	KAVA 20u15-22u00	09/219 00 39
28/04/2026	VAN - Maand van de Preventie: rookstop	webinar 20u-22u	03/280 15 01

Voor meer info, surf naar de rubriek 'Activiteiten' op de KAVA-website: www.kava.be/activiteiten

KAVA

PERSONALIA

Geboortes

OTTO

Op 30 januari 2026, tweede kindje van de heer en collega Oliver en Astrid Van Hecke-VERRETH uit Deurne; kleinkindje van collega Lieve HOOFT uit Antwerpen.

KAVA wenst de jonge ouders van harte proficiat!





ANTWERPS FARMACEUTISCH TIJDSCHRIFT
NUMMER 2 - 2026

104^e jaargang
Tijdschrift van de Koninklijke Apothekersvereniging
van Antwerpen
Verschijnt 9x per jaar
Wettig erkende beroepsvereniging

Hoofdredacteur
Apr. Karen Sels

Verantwoordelijke uitgever
Apr. Paul Meyten
Lange Leemstraat 187 - 2018 Antwerpen
Tel: 03/280 15 01 - Fax: 03/218 57 40

Internet: <http://www.kava.be>
E-mail ons als u vragen heeft met betrekking tot :
lidmaatschap leden@kava.be
redactie aft aftredactie@kava.be
adverteren advertenties@kava.be
abonnementsen allerlei abbonn@kava.be
accountancy acc@kava.be
tarifieringsdienst tarifieringsdienst@kava.be
juridische aangelegenheden jurist@kava.be
personeelszaken personeel@kava.be
algemeen info@kava.be

Redactieraad
- Aprs. K. Delaetere, L. Hooft, D. Kenis, E. Maes,
K. Sels en R. Van Wemmel.
- N. Carpriau en A. Meskens.

De wachtdienstregeling Antwerpen is te bekomen :

via Internet: <http://www.geowacht.be>
via Centraal telefoonnummer: 0903/99 000

Vormgeving
Jan van Remortel
Double Click bv
www.double-click.be

Druk
Daddy Kate nv
Albert Van Cotthemstraat 54
1600 Sint-Pieters-Leeuw
Tel: 02 333 00 00
www.daddykate.be

D/1990/3286/01
ISBN 90-70472-287

IN VOLGEND AFT:

- Dossier 'Slikproblemen'
- Jaarverslag 2025
- KAVA masterproef:
'OTC-protonpompinhibitoren in de officina apotheek: een onderbenut potentieel voor gastroprotectie'
- Betalende farmaceutische zorgdiensten in de apotheek
- VAN: maand van de preventie 'rookstop'

AFT 3 van 2026 verschijnt medio april!

Wenst u artikels te scannen, digitaal op te slaan, te drukken, meermaals te kopiëren of commercieel te gebruiken?
Contacteer Pieter Goossens: pieter.goossens@kava.be.

Slechts volgende advertenties worden toegelaten: geregistreerde geneesmiddelen met bijsluiter; niet geneeskrachtige producten met APB-controlelabel; diensten in de farmaceutische sector; niet-farmaceutische producten en diensten. De adverteerders mogen niet in concurrentie zijn met de verschillende KAVA-diensten en/of strijdig zijn met de algemene belangen, verdedigd door de KAVA. Zij mogen ook niet strijdig zijn met de eer en de waardigheid van het beroep. Om deze redenen kan elke inlassing geweigerd worden door de verantwoordelijke uitgever. Onafgezien van deze voorwaarden berust de verantwoordelijkheid van de inhoud van de opgenomen reclame bij de firma die de advertentie plaatst en niet bij de uitgever.

Abonnementsvoorwaarden

Leden van de Koninklijke Apothekersvereniging van Antwerpen ontvangen het tijdschrift uit hoofde van hun lidmaatschap. Abonnementen voor niet-leden (€ 51/jaar inclusief btw) worden stilzwijgend telkens voor een jaar verlengd indien niet vóór 1 december een schriftelijke opzegging is ontvangen. Abonnementen kunnen worden onderschreven door storting van het verschuldigd bedrag op rek. nr. BE18 6451 3333 9265 met vermelding van referentie abbon. AFT 2026. Losse nummers zijn verkrijgbaar aan € 7. Adreswijzigingen en dergelijke dienen uitsluitend te worden gericht aan de Administratie van het AFT, Lange Leemstraat 187, 2018 Antwerpen of via abonn@kava.be.

Wist je dat je bij KAVA terecht kan voor

... groepsaankopen

doorlopend in 2026

Beroepskledij



Herijking balansen



Temperatuurlogger



Cyclis Bike Lease



Cyberpolis

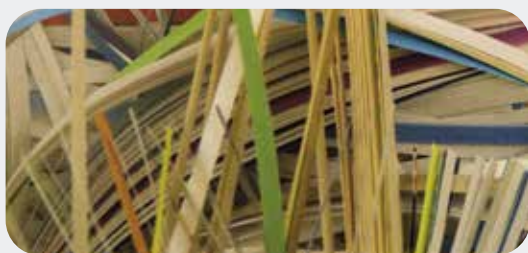


Vakliteratuur



... inzamelacties

Vertrouwelijke documenten



Vervallen verdovende middelen



RMA



Onverkochte vervallen producten



Vervallen grondstoffen en chemicaliën



voorjaar
2026

najaar
2026



Voor meer informatie bezoek

www.kava.be/aanbod/apotheekondersteuning



Aan tafel!

Modereren met impact in de zorg

Opleidingsnamiddag voor apothekers en huisartsen

Zaterdag
09/05/2026
14u-17u30

Zin in een namiddag vol praktische tips, interactie en inspiratie? We duiken samen in de kunst van het modereren: hoe spreek je enthousiast voor een groep, hoe kan je gesprekken subtiel maar doeltreffend sturen en hoe creëer je een veilige sfeer waar iedereen aan bod komt?

Op deze boeiende MFO-middag krijg je **drie inspirerende voordrachten**. Zo til je je kennis als moderator naar een (nog) hoger niveau.

Tijdens deze opleidingsnamiddag kan je deelnemen aan twee train the trainer sessies van MFO programma's: ideaal voor wie zelf graag een medisch farmaceutisch overleg wil modereren in de toekomst. **Keuze uit antibiotica, obesitas, magistrale bereidingen, PPI en psychosociale kwetsbaarheid**. Je voorkeur geef je op bij inschrijving.

Als kers op de taart hebben we **Wim de Vilder** uitgenodigd als keynote speaker, die met veel enthousiasme zijn inzichten zal delen over helder communiceren en de kracht van een goed begeleid gesprek.



Over Wim De Vilder

Wim De Vilder is één van de vaste waarden bij de nieuwsredactie van de VRT. Hij presenteert in prime time 'Het Journaal', en werkt mee aan tal van interviewprogramma's zoals het zelf bedachte 'Over 5 Jaar' en de geregelde verkiezingsprogramma's. Met al zijn ervaring is hij een veel gevraagd presentator, moderator en spreker voor bedrijfsevents, congressen en seminars.

Praktisch

De **infosessie is gratis** en staat open voor alle **apothekers en huisartsen** die tot het VAN-netwerk of Domus Medica behoren. Idealiter schrijf je je in met lokale collega's van beide beroepsgroepen. **Wie dat wenst kan vooraf (vanaf 13u30) een hapje mee-eten.**

Locatie

Link 21 (www.link21.be)
Welvaartstraat 14-1
2220 Herentals

Inschrijven
[via deze link](#)

