



Medicatie na bariatrische ingreep

NUMMER 1
Februari 2019

97^e jaargang
verschijnt maandelijks
behalve januari, juli en augustus

FARMACEUTISCH TIJDSCHRIFT



- 6** **DOSSIER**
Medicatie na bariatrische ingreep
- 12** **FARMACEUTISCHE ZORG**
Medication review
- 16** **MFO Diabetes**
- 19** **Multidisciplinair medicatieschema**
- 22** **VAN**
Griep en pneumokokken
- 24** **KAVA PRIJS**
Statines en spierpijn
- 28** **SOCIAAL**
Wat brengt 2019?
- 32** **FISCAAL**
Huwelijksvermogensrecht
- 37** **KAVA**
Agenda & personalia

De apotheek van de toekomst

Naar goede traditie is de eer van het eerste editoriaal weggelegd voor de KAVA-voorzitter. Die haalt er zijn nieuwjaarstoespraak bij om samen met u vooruit te blikken ...

Gelukkig Nieuwjaar! In naam van het KAVA-bestuur en alle medewerkers van KAVA wens ik u en uw familie in de eerste plaats het allerbeste toe voor het nieuwe jaar 2019.



Laten we eerlijk zijn, Nieuwjaar is toch altijd een beetje een speciaal gevoel, een speciale periode ook: vooral de eindejaarsfeesten met de kerstboom, de gezelligheid, voor sommigen onder ons misschien een open haardvuur, een goed glas wijn, een boeiend gesprek ... het wordt letterlijk allemaal een beetje stiller. Mijmeren over wat voorbij is, maar ook durven fantaseren over de plannen voor het volgende jaar. Maar toch, bijna onvermijdelijk komt het gesprek altijd terecht bij de apotheek, de toekomst van die apotheek en wat het nieuwe jaar zal brengen. Vragen zoals: 'Hoe zal het nieuwe geowachtstelsel verder evolueren, zal dat meevallen die dagwachten?'; 'Wat met de verdere uitwerking van het meerjarenkader?'; 'Gezien de huidige politieke situatie, wordt de functie van de huisapotheker verder uitgebreid?'; 'Hoe gaan we om met de verregaande digitalisering en wat met de internetapotheken?'

En bij die toekomst zou ik toch even bij willen stilstaan.



'Want, eerlijk gezegd, vragen wij ons wel genoeg af hoe die apotheek van de toekomst er zou kunnen uitzien?'

Wie onder jullie kent er Peter Hinszen? Of William Gibson? Peter en William zijn eigenlijk – kort door de bocht gezegd – twee visionairs. Peter Hinszen zegt heel eenvoudig dat we veel te veel bezig zijn, tijd en energie steken in wat gisteren gebeurd is en wat zich vandaag voordoet. Terwijl we veel meer tijd, energie én middelen zouden moeten steken in wat morgen, vooral overmorgen en dus de volgende jaren betreft.

Kunnen we ons voorstellen hoe de apotheek er in bv. 2026-27 zal uitzien? Laten we eens heel kort proberen, aan de hand van één storytelling, volledig willekeurig gekozen, één specifieke situatie en de klok zeven jaar vooruitzetten naar maandag 6 januari 2026.

Ik ben een druk bezet zakenman en heb dus weinig tijd. Ik heb hoofdpijn, voel me niet zo goed de laatste tijd, ook een beetje duizelig. Allemaal niet zo erg, maar ik heb geen tijd om naar de arts te gaan en ik zoek dus contact met mijn apotheek, waarin ik het volste vertrouwen heb. Want ik weet dat ik daar steeds terecht kan voor professioneel advies. Ik vind die snel via mijn app die mijn apotheker mij heeft aangeraden, waarop ik al mijn medische data terugvind en waarmee ik ook rechtstreeks met

mijn apotheker kan communiceren. Ik bereid hen alvast voor op mijn komst, maak een afspraak om 16 u en scan mijn voorschrift door indien ik er een heb. Ik kom binnen in een grote, moderne en natuurlijk geautomatiseerde apotheek. Met twee tot drie apothekers, elk met een eigen specialisatie én met een big smile, want ondertussen zijn de apothekers ook 'happy professionals' geworden. Ik weet dat de apotheek ondertussen is uitgegroeid tot een preventie- en oriëntatiecentrum bij uitstek. Consultatie en advies vormen de rode draad. De apotheker als coach en specialist van het geneesmiddel. Ondertussen heeft één van deze apothekers mij meegenomen naar een aparte consultatieruimte en gaan we in gesprek. Ze doet een aantal tests en daaruit blijkt al snel dat het met mijn gezondheid toch niet zo schitterend gaat: ik heb een licht verhoogde bloeddruk, mijn suikergehalte is toch ook niet dat en er is mogelijks kans op hartritmestoornissen, waarschijnlijk door de stress. Maar dat is allemaal niet erg volgens de apotheker die onmiddellijk online een afspraak voor me maakt bij de huisarts. Enkele ogenblikken later weet ik al dat ik morgen om 10 u kan langsgaan. Mocht er morgen toch een geneesmiddel nodig zijn, dan bezorgt mijn apotheker dat thuis binnen de vier uur. En word ik door nieuwe communicatiekanalen uitstekend geïnformeerd, alsof ik fysiek aanwezig zou zijn in diens apotheek.

Denkt u nu: dat is allemaal wel mooi, maar hoe zit het met internetverkoop van geneesmiddelen in 2026? Is er nog steeds een verbod om geneesmiddelen op voorschrift via internet te verkopen? Hoe zit het met de huidige spelers zoals Newpharma en Farmaline? Bestaan zij nog, of zijn ze volledig opgeslokt door internationale commerciële bedrijven die nu de markt volledig in handen hebben? Gelukkig hebben wij dan een gepast ant-

woord gevonden, gebaseerd op een goed gespreid apotheeknetwerk, een diepgaand vertrouwen in de apotheker (is er nu al), correcte informatie en een uitgebreid dienstenpakket met o.a. snelheid van levering en thuisbezorging.

'Is dat allemaal traumerei?'

'The future is already here', zegt William Gibson. En dat is inderdaad zo. Er is niemand die in de toekomst kan kijken, maar er zijn wel duidelijke tendensen die zich nu al aftekenen. Wat dit laatste betreft, onlangs stond er nog een artikel in de krant waarin gesteld wordt dat het langzamerhand duidelijk is dat disruptieve bedrijven (denken we maar aan de Zalando's, Ubers en Amazones van deze tijd) minder disruptief zullen zijn dan verwacht en op meer weerstand stuiten dan menigeeen had gedacht. Moeten we daarvan dan schrik hebben? Neen, zeker niet. Moeten we in paniek schieten? Neen! Moeten we in actie schieten? Ja, absoluut.

Veel van wat in dit verhaal wordt voorgesteld, bestaat al of is in ontwikkeling. Talrijke collega's zijn daar nu al op één of andere manier mee bezig, soms als pilootproject, soms individueel. Op alle niveaus binnen APB, VAN en natuurlijk ook KAVA wordt er nagedacht en gewerkt aan projecten die deel uitmaken van dit masterplan: nieuwe ideeën rond samenwerkingsverbanden, groepsaankoop, home delivery, specialisaties, nieuwe diensten ... zijn hiervan voorbeelden, worden 'as we speak' uitgewerkt in apotheek 3.0 en vormen steevast het onderwerp op de bestuurstafel van KAVA in 2019.

We moeten dus geen schrik hebben, maar het vooral gewoon doen! Die eerste stappen durven zetten, de juiste balans vinden, daarop inspelen, ons durven smijten. Misschien met vallen en opstaan, maar steeds GEWOONWEG DOEN! De puzzelstukken liggen klaar. Wat nog ontbreekt, is de lijm, het bindmiddel, om dit tot één groot geheel te brengen en die tanker van verandering in beweging krijgen.

Die lijm dat was onrechtstreeks ook het thema op onze nieuwjaarskaart van 2019: je kon daar een digitaal netwerk in zien, verbondenheid (een actueel woord vandaag), samenwerking, samenvoegen, koppelen, aansluiten, associëren, combineren ... Het zijn allemaal synoniemen om aan te geven dat we dit niet meer alleen kunnen, maar elkaar sterk nodig hebben in een netwerk. De input van uw lokale vereniging en, misschien nog belangrijker, van de lokale apothekers, dus van jullie zelf is daarin uiterst belangrijk om dit te doen slagen. Want laat dit duidelijk zijn: dit is geen ver-van-mijn-bedshow meer.

'Dat is ook waarvoor KAVA zich in 2019 zeer sterk zal inzetten: zoeken naar de gepaste communicatiekanalen om nog meer en beter met jullie in contact te treden, mee te denken, ideeën uit te wisselen en ondersteuning te bieden bij al die nieuwe diensten.'

Maar vooral stimuleren en aanzetten om de eerste stappen te durven zetten in die futureproof apotheek van morgen en overmorgen en jullie daarvoor de noodzakelijke tools aanreiken, zoals jullie ook in het verleden van ons mochten verwachten.'

Tenslotte aan iedereen: laat 2019 het jaar zijn, het scharniermoment, waarin concrete acties worden ondernomen naar die apotheek van de toekomst. Laat dat misschien de kernboodschap zijn. Begin zelf met enkele projecten in de eigen apotheek. KAVA zal u daarbij ondersteunen, beloofd. Maar contacteer ook eens uw collega's in de buurt, stap op hen af, probeer een home delivery service op te zetten, kijk waar specifieke specialisaties zitten en maak daarrond afspraken, start met één of twee nieuw ontwikkelde diensten en maak gebruik van dat netwerk, die verbondenheid tussen apothekers.

Beste collega's, 'the future is already here' zegt Willam Gibson, ik hoop dat ik u heb kunnen meegeven dat die toekomst nu al bestaat, ze zit al in onze gedachten. Aan ons om er in 2019 werk van te maken! Vertrekkende uit onze eigen meerwaarde en uit onze eigen sterkte samen schrijven aan het verhaal van de toekomst van de apotheek. Samen met KAVA!



Apr. Philippe Van Reeth
Voorzitter KAVA

Niet mee eens, aanvullende ideeën, 100 % akkoord ... uw reacties zijn steeds welkom op aft@kava.be!

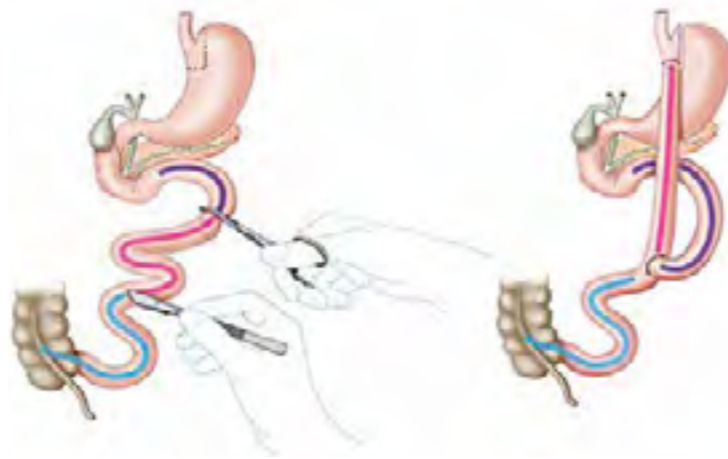
Medicatie na bariatrische ingreep

De laatste jaren is de prevalentie van obesitas enorm toegenomen. Wereldwijd zijn er ongeveer 650 miljoen volwassenen die te kampen hebben met obesitas, waardoor obesitas vaak aanzien wordt als dé epidemie van de 21^e eeuw. Deze verhoogde prevalentie is geassocieerd met een verhoogde vraag naar bariatrische chirurgie. In combinatie met levensstijl-aanpassingen, is bariatrische chirurgie de meest effectieve behandeloptie voor morbide obesitas die leidt tot gewichtsverlies op lange termijn, verbetering van obesitas gerelateerde aandoeningen en een verbetering van de levenskwaliteit. Patiënten die een bariatrische ingreep hebben ondergaan, komen bij u in de apotheek en het is daarom belangrijk dat u als apotheker inzicht heeft over de impact van deze ingreep, om zo uw patiënten een zo goed mogelijk advies te geven.

Wat is bariatrische chirurgie?

De twee meest uitgevoerde bariatrische procedures in België zijn een Roux-en-Y gastric bypass (RYGB) en sleeve gastrectomie (SG).

Beide ingrepen hebben een impact op de anatomie en fysiologie van het gastro-intestinale stelsel. Bij een SG wordt de grootte van de maag verkleind aan de hand van nietjes. Deze wijziging gebeurt ook bij een RYGB, maar hierbij wordt het proximale deel van de dunne darm ook omgelegd. Hiervoor wordt de dunne darm in drie delen verdeeld (zie *figuur 1*). Het middelste (roze) deel wordt opgetrokken en verbonden aan het nieuw gevormde maagzakje. Het deel van de dunne darm dat omgelegd wordt (paarse deel), wordt terug verbonden met de dunne darm, zodat de voeding hier vermengd kan worden met de pancreas-, gal- en maagsappen en vertering mogelijk is.



Figuur 1. Roux-en-Y gastric bypass (Lannoo et al. 2014)

Deze wijzigingen dragen bij tot het gewichtsverlies en het verbeteren van obesitas gerelateerde aandoeningen. Echter, naast deze positieve effecten, kunnen deze wijzigingen van het gastro-intestinale stelsel ook leiden tot een gewijzigde opname van geneesmiddelen alsook het ontstaan van nutritionele complicaties, zoals het ontwikkelen van deficiënties van bijvoorbeeld calcium en ijzer.

Wat is de invloed van een RYGB op het geneesmiddelengebruik?

Comorbiditeiten

Obese patiënten moeten vaak veel geneesmiddelen nemen omwille van de comorbiditeiten die gepaard gaan met hun obesitas. Een belangrijk voordeel van een RYGB is dat het naast gewichtsverlies ook een positieve invloed heeft op obesitas gerelateerde aandoeningen waardoor medicatie hiervoor vaak afgebouwd en soms zelfs stopgezet kan worden. Hieronder worden de meest voorkomende comorbiditeiten besproken.

Diabetes type 2

Van de patiënten die lijden aan diabetes type 2 en een gastric bypass ondergaan, gaat ongeveer 84 % in remissie. Het effect hiervan wordt zeer snel na de ingreep gezien, zelfs voordat er effectief gewicht is verloren, aangezien tal van hormonale veranderingen gepaard gaan met bariatrische chirurgie. Hierdoor zal de medicatie voor diabetes onmiddellijk na de ingreep opnieuw gedoseerd moeten worden en kan die vaak op termijn zelfs stopgezet worden. Voor patiënten die nog geen insuline gebruikten op het moment van de ingreep, is de kans groter om in remissie te treden dan bij patiënten die reeds insuline gebruikten; zij hebben dus meer kans om postoperatief hun medicatie volledig te kunnen stopzetten.

Hypertensie

Door het gewichtsverlies zal hypertensie verbeteren waardoor de dosering van antihypertensiva vaak verminderd kan worden. Door de verlaging van de bloeddruk, kunnen patiënten na bariatrische chirurgie soms klagen over orthostatische hypotensie. Indien deze patiënten nog behandeld worden voor hypotensie, moet er overlegd worden met de huisarts om de dosering van de medicatie eventueel aan te passen of de medicatie stop te zetten.

Dyslipidemie

Na de ingreep dalen zowel totale cholesterol, LDL-cholesterol als de triglyceriden waardoor de dosis van hypolipemiserende geneesmiddelen vaak verlaagd of stopgezet kan worden.

Obstructief slaapapneu

Patiënten met slaapapneu worden behandeld met een CPAP toestel (Continuous Positive Airway Pressure: compressor, die zorgt dat er lucht onder druk door een slang wordt gestuurd, zodanig dat de luchtweg mechanisch opengehouden wordt) om geen slaapapneus te hebben tijdens hun slaap. Maar dit toestel moet overal meegenomen worden, het maakt veel lawaai en sommigen verdragen het masker niet goed. Na bariatrische chirurgie verbetert obstructief slaapapneu. Echter, voor de verbetering van de slaapapneu is – in tegenstelling tot diabetes – wél voldoende gewichtsverlies nodig. Er zullen zich minder hypopneus of apneus voordoen en de CPAP kan afgebouwd/stopgezet worden.

Fertiliteit

Obesitas gaat vaak gepaard met infertiliteit. Door het gewichtsverlies na de bariatrische ingreep zal de fertiliteit terug toenemen. Vlak na de ingreep is anticonceptie wel van cruciaal belang aangezien aan patiënten na bariatrische chirurgie aangeraden wordt om minstens 18 maanden te wachten vooraleer zwanger te worden. Als een patiënt met bariatrische chirurgie plant om zwanger te worden of zwanger is, moet er steeds gekeken worden naar de nutritionele status van o.a. foliumzuur (4 mg supplementie i.p.v. 0,4 mg), ijzer, vitamine B12, vetoplosbare vitamines en het calciumgehalte. Bovendien is een strikte follow-up tijdens de zwangerschap noodzakelijk en indien nodig moet zelfs een tritratie van voedingssupplementen uitgevoerd worden, zodanig dat er tijdig ingegrepen kan worden bij mogelijke tekorten.



Opstart nieuwe medicatie na de ingreep

Protonpomp inhibitoren

Onmiddellijk na een bariatrische ingreep wordt de inname van PPI's aanbevolen om bij te dragen aan een optimale heling van de nieuwe verbindingen die gevormd worden in het gastro-intestinale stelsel. Op die manier kan het ontstaan van gastro-intestinale ulcera voorkomen worden. Hiervoor kan bijvoorbeeld pantoprazole 40 mg 1x/dag gedurende drie tot zes maanden na de ingreep gegeven worden. Indien de patiënt reeds voor de ingreep ernstige refluxklachten had, wordt deze medicatie langdurig verdergezet.

Anticoagulantia

Patiënten na een bariatrische ingreep hebben een verhoogd risico op de ontwikkeling van diepveneuze tromboses. Daarom wordt een preventieve behandeling met heparines met laag moleculair gewicht zoals bv. Clexane® aangeraden de eerste drie weken na de ingreep.

Multivitaminen-en mineralen supplement

Na een RYGB zullen patiënten minder micro- en macronutriënten consumeren en zal er een verminderde absorptie zijn waardoor ze een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van mineralen- en vitaminedeficiënties. Daarom dienen deze patiënten levenslang een multivitaminen- en mineralensupplement in combinatie met een calcium/vitamine D supplement in te nemen om deficiënties te voorkomen. Ondanks deze suppletie, is het toch nog mogelijk dat deze patiënten tekorten ontwikkelen. Daarom is het noodzakelijk dat bariatrische patiënten regelmatig op controle gaan (bloedonderzoek – urinecollectie) opdat tekorten tijdig gediagnosticeerd en behandeld kunnen worden. Vanaf één jaar na de ingreep wordt een jaarlijkse controle aangeraden.



Aandachtspunten keuze medicatie

Formulering

De eerste twee maanden postoperatief zijn vloeibare (suikervrije) vormen van geneesmiddelen te verkiezen boven de vaste vormen om de heling van het gastro-intestinale stelsel te optimaliseren door druk op de anastomoses te vermijden.

Wanneer tabletvormen gegeven worden aan bariatrische patiënten, is het belangrijk om de grootte van de tablet in acht te nemen. Er wordt aangeraden dat de diameter best niet groter is dan een potloodgom. Mogelijke alternatieven voor tabletten die te groot zijn:

- Tabletten pletten als ze mogen geplet worden. (www.pletmedicatie.be)
- Sirop: belangrijk dat deze suikervrij is, aangezien de patiënt anders risico heeft op dumping syndroom.
- Bruistabletten: aanraden aan de patiënt om het volledig te laten uitbruisen zodat het gevormde koolzuurgas niet irriterend is voor de maag.
- Smelttabletten.

Vloeibare vormen hebben als extra voordeel dat de stap van desintegratie niet nodig is. Namelijk na een RYGB zal de mengfunctie van de maag verminderd zijn en zullen tabletten minder goed uit elkaar vallen. Als het geneesmiddel reeds in oplossing wordt toegediend, is er bovendien meer kans dat een groter deel van het geneesmiddel zal geabsorbeerd worden aangezien de dissolutie van geneesmiddelen beïnvloed kan zijn door bariatrische chirurgie (zie verder).

Bovendien moet aandacht gegeven worden aan tabletten met een speciale galenische vorm. De volledige afgifte vanuit speciale galenische vormen na bariatrische chirurgie kan niet gegarandeerd worden. De ontwikkeling van deze formuleringen is gebaseerd op de karakteristieken van een normaal gastro-intestinaal stelsel zoals de pH en verblijftijden in de verschillende delen van het gastro-intestinaal stelsel. Na een bariatrische ingreep zijn al deze factoren gewijzigd en is het mogelijk dat het geneesmiddel niet volledig zal worden vrijgesteld en opgenomen of op een andere plaats dan voorzien wordt afgegeven. Bijvoorbeeld Asa-flow® is een enterisch omhulde tablet zodat het niet in de maag wordt vrijgesteld. Na een gastric bypass, is de pH van de maag verhoogd en gaat deze tablet wél in de maag uiteenvallen. Wanneer patiënten ervaren dat hun geneesmiddel met vertraagde vrijstelling niet voldoende meer werkt, kan er overwogen worden om de retard-vorm te wijzigen naar een vorm met directe vrijstelling.

Pijnstilling

Geneesmiddelen die een verhoogd risico op ulceraties geven, zoals niet-steroïdale anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAIDs), dienen best vermeden te worden bij patiënten na bariatrische

chirurgie. Dit omdat deze patiënten reeds een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van gastro-intestinale ulcera. Daarom geniet paracetamol steeds de voorkeur in deze patiëntengroep als pijnstillers. Wanneer dit onvoldoende pijnstilling geeft, kan er overgeschakeld worden naar tramadol. Indien het toch noodzakelijk is om een NSAID toe te dienen aan deze patiënten, moet er steeds het volgende advies gegeven worden:

- De behandelingsperiode moet zo kort mogelijk zijn.
- Combineren met een hoog gedoseerde PPI (bv. Pantogastrix® 2x/d, indien arts zelf geen PPI heeft voorgeschreven en toch een NSAID heeft voorgeschreven).

Om dezelfde reden als NSAID's, wordt ook het gebruik van orale bisfosfonaten na bariatrische chirurgie afgeraden aangezien die een verhoogd risico op slokdarmulcera met zich meebrengen. Een alternatief is een jaarlijkse IV behandeling van zoledroninezuur (Aclasta®).

Contraceptie

De effectiviteit van orale anticonceptie na een RYGB kan niet gegarandeerd worden aangezien die verminderd kan zijn door een verminderde absorptie (oestrogenen wordt voornamelijk proximaal geabsorbeerd in het gastro-intestinaal stelsel) en de invloed op de enterohepatische recirculatie. Tot op vandaag zijn er onvoldoende kwalitatieve studies met meting van oestrogenen en progesteronegevoelenspiegels beschikbaar om voldoende zekerheid te hebben over de veiligheid en betrouwbaarheid van orale anticonceptie na RYGB. Zolang deze data ontbreken, wordt barrière contraceptie aangeraden in deze populatie.

In een studie met Implanon® bij drie vrouwen werd na de gastric bypass een daling opgemerkt van de serumconcentratie aan etonogestrel, maar die concentratie bleek nog voldoende hoog om contraceptief te zijn.

Wat is de invloed van een RYGB op geneesmiddelenabsorptie?

In de apotheek hoor je regelmatig van deze patiënten dat ze meer last hebben van nevenwerkingen dan voor de ingreep, of dat het geneesmiddel niet meer voldoende werkzaam is of juist beter werkt. Dat komt door de gastro-intestinale wijzigingen die gepaard gaan met een RYGB waardoor de absorptie van geneesmiddelen verlaagd of verhoogd kan zijn. In overleg met de (huis)arts moet dan nagegaan worden of er een dosisaanpassing, wijziging van toedieningsvorm of van geneesmiddel nodig zou zijn. Voor medicatie met een nauwe therapeutische marge, zoals anti-epileptica of psychofarmaca, is de plasmaspiegel in het lichaam van groot belang. De opname van deze geneesmiddelen kan na een ingreep wijzigen. Het kan in dit geval nuttig zijn om na de ingreep 'Therapeutic Drug Monitoring' aan te raden zodat de plasmaspiegels nauw opgevolgd kunnen worden.

Micronutritie vóór en na bariatrische ingreep.

- ✓ Specifieke samenstelling: supplementen rijk aan vitamines en mineralen in de juiste hoeveelheden
- ✓ Mineralen met hoge biologische beschikbaarheid (bisglycinaten, citraten, fumaraten) zodat ze optimaal door het lichaam opgenomen worden
- ✓ Vitaminen in actieve vorm: voor directe werking
- ✓ Proteïnen in zeer zuivere vorm (isolaten)
- ✓ Geen neveneffecten



UNIEK ENGAGEMENT

1. Hoge bioschikbaarheid
de beste nutriënten in de juiste dosering
2. Hoge bioactiviteit
vitamines die werken in elk lichaam
3. Maximaal comfort voor de patiënt

Ontdek ons assortiment op barinutrics.eu



CONSUMENTEN
SPAAR
ACTIE **4+1**
4 kopen = 1 gratis

Wenst u een bundeltje spaarkaarten?
Vraag deze aan via 0800/99 890 of via info@metagenics.eu.

Hieronder worden de factoren besproken die gewijzigd zijn en een invloed kunnen hebben op de absorptie van geneesmiddelen.

Verkleinde maag

Door de vorming van het maagzakje zijn er minder pariëtale cellen aanwezig, die instaan voor de maagzuurproductie. Door minder maagzuursecretie gaat de pH verhogen (pH 5-6) wat een invloed kan hebben op de oplosbaarheid en vervolgens op de absorptie van geneesmiddelen. Bovendien zal de mengfunctie in de maag verminderd zijn waardoor bv. de desintegratie van tabletten bemoeilijkt zal worden. Verder heeft onderzoek aangetoond dat de maaglediging van vloeistoffen sneller verloopt na een RYGB waardoor de verblijftijd in de maag verminderd.

Bypass van eerste deel van de dunne darm

Het eerste deel van de dunne darm bevat veel microvilli, waardoor het darmoppervlak zeer groot is. Door dit deel te bypassen, gaat het absorptie-oppervlak sterk verminderd zijn na een RYGB.

Later contact met verteringszappen

Een verlaagd contact met verteringszappen is voornamelijk belangrijk voor lipofiele geneesmiddelen en vitaminen. Deze 'vetten' hebben galzouten nodig om te emulgeren, zo ontstaan er micellen die geabsorbeerd kunnen worden. Indien dit proces niet kan doorgaan, kunnen deze stoffen niet opgenomen worden.

Receptoren kunnen gebypassed zijn

Als een receptor niet meer aanwezig is door het 'bypassen' ervan, kan een geneesmiddel hier ook niet meer aan binden waardoor absorptie bemoeilijkt wordt. Een transporter die voornamelijk voorkomt in het duodenum is bijvoorbeeld de divalente metaal-transporter, verantwoordelijk voor de opname van divalente ionen zoals ijzer en magnesium, waardoor na een RYGB de opname van deze mineralen verminderd zal zijn.

First-pass metabolisme

First-pass-effect komt voornamelijk voor in de lever, maar vindt ook plaats in de dunne darm. De CYP-enzymen komen voornamelijk voor in het proximale deel van de dunne darm en nemen in concentratie af naarmate meer distaal in de dunne darm. In tegenstelling tot P-gP (P-glycoproteïne), de efflux-transporters (pompsysteem om stoffen uit de cel te verwijderen) waarvoor het net omgekeerd is, namelijk lagere concentratie in het proximale deel van de dunne darm en hogere concentratie in het distale deel. Dit first-pass metabolisme kan beïnvloed zijn na een RYGB door het bypassen van het proximale deel van de dunne darm. Dat is bijvoorbeeld aangetoond voor atorvastatine. Voor dit geneesmiddel bepaalde de preoperatieve capaciteit van het first-pass metabolisme in de darm het effect op de biologische beschikbaarheid na de ingreep aangezien atorvastatine in de dunne darm gemetaboliseerd wordt. Zo hadden patiënten met de hoogste biologische beschikbaarheid van atorvastatine voor de ingreep, de grootste reductie in biologische beschikbaarheid van atorvastatine na de

ingreep. Terwijl patiënten met lagere, preoperatieve systemische blootstelling aan atorvastatine zelfs een kleine verhoging hadden in biologische beschikbaarheid na een gastric bypass.

Invloed op absorptie van specifieke geneesmiddelen

Tot op heden zijn de studies over het effect van een bariatrische ingreep op de biologische beschikbaarheid beperkt en soms gaat het slechts over een aantal patiënten. Bovendien is het moeilijk om de studies met elkaar te vergelijken aangezien het design verschillend kan zijn, het type ingreep, alsook het moment na de ingreep dat de studie wordt uitgevoerd – wat een impact kan hebben op het resultaat. De uitgevoerde studies maken het mogelijk om te concluderen dat het zeer moeilijk te voorspellen is wat het effect van een bariatrische ingreep zal zijn op de opname van het geneesmiddel aangezien de biologische beschikbaarheid verhoogd, verlaagd of hetzelfde kan zijn. Daarom is het zeer moeilijk om reeds concrete richtlijnen te geven met betrekking tot de exacte impact van een bariatrische ingreep op de opname van een specifiek geneesmiddel.

In tabel 1 worden de geneesmiddelen weergegeven die reeds bestudeerd zijn in een farmacokinetische studie in een bariatrische populatie.



Verminderde biodisponibiliteit van het GM na RYGB	Verhoogde biodisponibiliteit van het GM na RYGB	Biodisponibiliteit ongewijzigd van het GM na RYGB
Azithromycine	Amoxicilline	Fenofibraat
Ciclosporine	Linezolid (Zyvoxid®)	Levothyroxine
Duloxetine (Cymbalta®)	Metformine	Metoprolol
Posaconazole (Noxafil®)	Morfine oplossing	Midazolam
Sertraline		Moxifloxacine

Tabel 1. Invloed RYGB op de absorptie van geneesmiddelen

Aangezien het aantal studies nog relatief beperkt is, is het ook belangrijk om de resultaten waargenomen in casestudies mee te nemen. Al moeten we rekening houden dat de evidentie uit casestudies veel beperkter is dan die uit farmacokinetische studies aangezien het in casestudies slechts over één tot maximum drie patiënten gaat. Deze casereports leren ons wel dat voorzichtigheid nodig is voor antitumorale middelen (imatinib, tamoxifen, temozolomide, methotrexaat) en immunosuppressiva (tacrolimus, sirolimus, mycofenolzuur) aangezien de biologische beschikbaarheid van deze geneesmiddelen verlaagd is na RYGB. Bovendien werd ook in één case opgemerkt dat de biologische beschikbaarheid van fenytoïne verlaagd was na de ingreep. Wegens het nauw therapeutisch venster van dit geneesmiddel is drug-monitoring aangeraden.

Er is nog veel onderzoek nodig om de exacte invloed van bariatrische chirurgie op de verschillende geneesmiddelen na te gaan.

Samenvatting

De rol van de apotheker bij de opvolging van bariatrische patiënten is enorm belangrijk om het effect te optimaliseren en complicaties te voorkomen. Hierbij is het belangrijk om rekening te houden met:

- De formulering van geneesmiddelen/supplementen: voorkeur preparaten met directe vrijstelling; rekening houden met grootte van tabletten (alternatieven: pletten, vloeibare vormen, smelttabletten).
- Mijden van geneesmiddelen die het risico op GI-ulcera verhogen.
- Opgelet met orale anticonceptie: mogelijk beperkte effectiviteit en zwangerschap wordt best gemedend 12 tot 24 maanden na de ingreep.
- Levenslange inname van multivitaminen- en mineralensupplement in combinatie met calcium/vitamine D-supplement om deficiënties te voorkomen.

Referenties

- Arterburn DE, Bogart A, Sherwood NE, Sidney S, Coleman KJ, Haneuse S, O'Connor PJ, Theis MK, Campos GM, McCulloch D, Selby J. 2013. A multisite study of long-term remission and relapse of type 2 diabetes mellitus following gastric bypass. *Obes Surg* 23(1):93-102.
- Azran C. et al. Oral drug therapy following bariatric surgery: an overview of fundamentals, literature and clinical recommendations. *Obes Rev*. 2016; 17: 1050-66.
- Buchwald H1, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrback K, Schoelles K. 2004. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*; 292(14):1724-37.
- Gesquiere I, Aron-Wisniewsky J, Foulon V, Hagge S, Van der Schueren B, Augustijns P, Bouillot JL, Clement K, Basdevant A, Oppert JM, Buyse M. 2014. Medication cost is significantly reduced after Roux-en-Y gastric bypass in obese patients. *Obes Surg* 24(11):1896-903.
- Lannoo M, Dillemans B. 2014. Laparoscopy for primary and secondary bariatric procedures. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 28: 159-173.
- Mechanick JL et al. 2013. Clinical practice guidelines for the perioperative, nutritional, metabolic and non-surgical support of the bariatric surgery patient 2013 update (NIH)/AACE/TOS/ASMBS guidelines. *Endocr Pract*; 19(2): 337-372.
- Miller AD, Smith KM. 2006. Medication and nutrient administration considerations after bariatric surgery. *Am J Health Syst Pharm*. 1; 63(19): 1852-7.
- Padwal R, Brocks D, Sharma AM. 2010. A systematic review of drug absorption following bariatric surgery and its theoretical implications. *Obes Rev*; 11: 41-50.
- Skotheim IB, Stormark K, Christensen H, Jakobsen GS, Hjelmestaeth J, Jenssen T, Reubsaet JL, Sandbu R, Asberg A. 2009. Significantly altered systemic exposure to atorvastatin acid following gastric bypass surgery in morbidly obese patients. *Clin Pharmacol Ther*; 86(3): 311-318.
- WHO. *Obesity and overweight*. 2018.

Dr. Apr. Ina Gesquiere

KU Leuven, Klinische en experimentele endocrinologie

Medication review

Op zaterdag 1 en zondag 2 december 2018 vond op KAVA het eerste medication review weekend plaats. Zelf waren we ook benieuwd naar het verloop van deze eerste weekendformule in het nieuwe KAVA congrescentrum (KCC). Om de kwaliteit van de opleiding hoog te houden, was de groep van 20 deelnemers ideaal. Het weekend werd door de deelnemers als interactief en leerrijk omschreven. Benieuwd naar de reacties van de enthousiaste groep? Hieronder het verslag ...

'Goede tips om communicatieve skills op te bouwen'

Bronnen

Als tweede onderdeel was er een interactieve workshop over het opzoeken van bronnen. Online zijn er zoveel bronnen die we kunnen raadplegen, waardoor we er makkelijk in kunnen verdwalen. Daarnaast kennen we ook niet altijd alle handige tools van de bronnen die we wel dagelijks gebruiken. Deze twee uitgangspunten werden gebruikt als hoeksteen voor de workshop. Om de hoofden van de deelnemers nog niet te hard te verzadigen, was dit het laatste onderdeel van de eerste dag.

Communicatie

Zaterdagmiddag zijn we van start gegaan met een communicatietraining. De focus lag op het omgaan met weerstand. Door theorie te combineren met praktijkgerichte casussen bereidde de workshop de deelnemers voor op eventuele weerstand van zowel de artsen als de patiënten.



'Goed, compleet overzicht. Bovendien handige tools bijgeleerd op de BCFI-website.'
'Grote hoeveelheid nieuwe links.'
'Heel nuttig en duidelijk. Echt wat ik al lang miste, ik wist niet goed welke bronnen allemaal handig zijn in praktijk ...'

Labowaarden

Met een frisse blik en een koffiekoek achter de kiezen konden de deelnemers op zondagochtend starten met een les rond het interpreteren van labowaarden. Deze les had hoge verwachtingen bij de deelnemers, omdat het een nieuwe dimensie geeft aan de optimalisatie van het medicatiebeleid van de patiënt. De les werd gegeven door dr. Ellen Van Leeuwen, die vanuit haar huisartsenpraktijk en werk aan de UGent de labowaarden verklaarde aan de hand van eigen ervaringen en 'levensechte' casussen.

'Zeer relevant, goed gebracht en zeker iets om nog uit te breiden.'
'Leuk dat dit werd gebracht door een huisarts uit de praktijk die voeling heeft met patiënten!
We leerden de analyse/interpretatie van de resultaten echt op patiënniveau.'

Kritisch kijken

In de namiddag hadden de deelnemers geen tijd voor de postprandiale dip, prof. dr. apr. Hans De Loof bekeek samen met hen twee casussen uit de praktijk. Samen maakten ze een kritische analyse van de medicamenteuze behandeling van de patiënten. De casussen bevatten zowel de medische voorgeschiedenis (diagnoses) als medicatiebeleid en labowaarden. Hierdoor kregen ze een goed totaalbeeld van de patiënten. Tijdens de workshop leerden de deelnemers (onder andere) dat niet elke bron blind geïnterpreteerd maar steeds kritisch moet bekeken worden.



'Is ontzettend interessant, maar soms lijkt dit kritisch evalueren van de bron door tijdsgebrek in de praktijk moeilijk haalbaar.'
 'De les deed onze ogen wel openen, zeker behouden!'
 'Was perfect, graag nog een paar van die lessen.'

Praktijkgerichte casussen

Het doel van het opleidingsweekend is om de deelnemers klaar te stomen om medication reviews in de praktijk uit te voeren. Daarom sloten we af met een oefensessie met twee 'praktijkgetrouwe' casussen. Om de casussen zo goed mogelijk op te lossen, konden de deelnemers gebruik maken van alle materialen en bronnen die ze tijdens het weekend leerden kennen. Deze oefening was belangrijk omdat er 'al doende' nog vragen komen, die dan meteen beantwoord kunnen worden.

'Voor herhaling vatbaar, goed om aan de slag te gaan!'

In de praktijk

We hopen dat de cursisten met alle opgedane kennis aan het werk zullen gaan. Medication review krijg je pas echt helemaal onder de knie door het regelmatig toepassen in de eigen praktijk. Na het weekend kunnen de deelnemers via een forum bij elkaar terecht met vragen en opmerkingen, ook KAVA zal hen gedurende een jaar ondersteunen met hun expertise. Bovendien worden ze getriggerd met casusoefeningen via praktijkgerichte e-learnings over verschillende thema's.

Zelf zin gekregen?

We willen graag de deelnemers nogmaals bedanken voor het enthousiasme! Uit de evaluatie blijkt dat 100 % van hen de opleiding aan collega's zou aanraden. De suggesties ter optimalisatie van de sessies nemen we mee naar de nieuwe editie.

Inschrijven voor het nieuwe medication review weekend dat plaatsvindt op zaterdag 23 en zondag 24 maart 2019 kan vanaf nu.

CONCREET

Waar? KAVA Congrescentrum (KCC)

Wat? Herneming opleiding medication review.

Naast fysieke lessen tijdens het weekend kan je rekenen op een startwebinar, een onlineplatform met een forum en 4 e-learnings, een terugkomavond en een jaar lang ondersteuning vanuit KAVA.

Wanneer?

- Startwebinar: dinsdag 19 maart 2019 (12u45-13u15)
- Weekend: zaterdag 23 (13u-18u30) en zondag 24 (9u30-16u30) maart 2019
- Terugkomavond: dinsdag 1 oktober 2019 (20u15-22u15)

Inschrijven en meer informatie?

www.kava.be/medicationreview

Vragen? opleiding@kava.be

Apr. Anneleen Robberechts – Meduca

Het ideale beleggingsklimaat bepaalt u zelf met de juiste strategie.



**Bank
J. Van Breda & C°**

Enkel voor ondernemers en vrije beroepen

www.bankvanbreda.be

Hoe de zorg voor patiënten met diabetes type 2 optimaliseren? Een gezamenlijke verantwoordelijkheid van arts en apotheker

In België heeft 6,7 % van de volwassen Belgische bevolking een gediagnosticeerde diabetes, waarvan 85-90 % diabetes type 2. Door toenemend sedentair leven en overgewicht schat men het aantal personen met diabetes type 2 in België tegen 2040 op 8 % van de populatie.

In de behandeling van diabetes type 2 is er door de jaren heen wel wat evolutie. Waar oorspronkelijk glycemiecontrole het doel was, kwam er ook aandacht voor schade aan de eindorganen (oog, nier ...) en is er een bijkomende focus op het cardiovasculaire risico.

Reeds in de Framingham-studie (1979) werd duidelijk dat patiënten met diabetes een duidelijk verhoogd cardiovasculair risico vertonen (er werden meer cardiovasculaire overlijdens vastgesteld in deze observationele studie). Later kwam aanvullend bewijs dat diabetes type 2 zelf een cardiovasculaire risicofactor is: 50 % van de mortaliteit bij patiënten met diabetes is te wijten aan cardiovasculaire mortaliteit.

UKPDS (2000) bewees dat een strikte diabetescontrole een reductie kan geven van complicaties (microvasculair en macrovasculair), maar ook van de mortaliteit door myocardinfarct en CVA.

Een belangrijk aspect in de behandeling van diabetes type 2 is het onder controle houden van de bloedsuikerspiegel. De 'standaard' streefwaarde van HbA1c bedraagt < 7 %, maar wordt individueel bepaald en hangt af van verschillende factoren waaronder levensverwachting, leeftijd, hoelang de patiënt reeds diabetes heeft en het risico op cardiovasculair lijden. Een striktere HbA1c (< 6,5 % – 48 mmol/mol) dient te worden nagestreefd bij patiënten met een korte diabetesduur, een goede levensverwachting en de afwezigheid van tekens van cardiovasculair lijden. Omgekeerd, een minder strikte streefwaarde voor HbA1c (< 8 % – 64 mmol/mol) wordt geaccepteerd bij mensen met een voorgeschiedenis van ernstige hypoglycemie, beperkte levensverwachting, uitgebreide microvasculaire of cardiovasculaire verwickelingen, of lang bestaande diabetes waarbij optimale streefcijfers moeilijk te bereiken zijn.

Hoe het cardiovasculair behandeldoel bepalen?

Vervolg casus: Paul

Om het cardiovasculair risico bij Paul goed in te schatten meten we ook andere parameters:

- BMI: 29,7 (92 kg voor 176 cm)
- Bloeddruk: 140/85 mmHg
- Bloedwaarden: eGFR = 68. Totaal cholesterol: 207 mg/dl, HDL cholesterol: 52 mg/dl en triglyceriden: 254 mg/dl
- Paul rookt niet (meer)

Een antihypertensivum wordt opgestart (voorkeur voor een ACE-remmer). Een statine moet ook worden toegevoegd, ongeacht het lipidenprofiel. Mocht Paul een cardiovasculair event in de antecedenten hebben, dan dient ook nog acetylsalicylzuur bijgevoegd te worden.

Naast controle van de glycemie en de vroegtijdige detectie van complicaties in eindorganen wordt het opstellen van een cardiovasculair risicoprofiel een belangrijk behandeldoel. Niet alleen antidiabetica, maar ook cardiovasculaire geneesmiddelen (acetylsalicylzuur, statines) behoren tot de standaardbehandeling van patiënten met diabetes.

Welk antidiabeticum is eerste keuze?

Tot voor kort was enkel metformine en sulfonyleurea ter beschikking, met insuline als laatste redmiddel, terwijl er vandaag een breed scala aan antidiabetica in het therapeutisch arsenaal zitten. Ze verschillen in werkingsmechanisme, maar ook in het

effect op verschillende parameters als bijvoorbeeld gewicht en risico op hypoglycemie. Neem daar nog de eventuele aanpassing aan de nierfunctie bij, de nevenwerkingen, eventuele contra-indicaties, de kostprijs (dus de terugbetalingsvoorwaarden) en ten slotte het cardiovasculair veiligheidsprofiel.

Niet alle antidiabetica zijn immers 'gunstig': diabetesmedicatie kan zelf een negatief effect hebben op het cardiovasculair risico (ACCORD-studie, 2008). Na meldingen van significant verhoogd risico op myocardinfarct werd Avandia® in 2010 van de markt gehaald. Sindsdien moeten alle (nieuwe) antidiabetica cardiovasculaire veiligheidsstudies kunnen voorleggen, met andere woorden kunnen bewijzen dat ze ten minste cardiovasculair veilig zijn, liefst zelfs cardioprotectief.

We hebben de keuze uit metformine, sulfonyleurea, glifozines (SGLT2-inhibitoren), incretinemimetica (GLP1-analogen) en gliptines (DPP4-inhibitoren). Metformine is cardiovasculair veilig (potentieel benefit bij ischemisch hartlijden en neutraal bij hartfalen). Patiënten behandeld met glifozines vertonen een spectaculaire daling van de mortaliteit, alsook van cardiovasculaire events en hospitalisatie voor hartfalen. Voor dapaglifozine zijn er voorlopig nog onvoldoende gegevens beschikbaar, maar vermoedelijk is er toch sprake van een groepseffect. Binnen de incretinemimetica heeft enkel liraglutide bewezen doeltreffend te zijn inzake cardiale protectie. Ze zijn enkel onder inspuitbare vorm beschikbaar. Gliptines hebben een neutraal effect op het cardiovasculair risico.

Hoe dan ook is metformine het geneesmiddel van eerste keuze wanneer leefstijlaanpassingen niet het gewenste resultaat opleveren. Metformine wordt opgestart met 1 à 2 x 500 mg daags bij of juist na de maaltijd, om het risico op bijwerkingen (diarree, misselijkheid) te verminderen. De behandeling kan progressief verhoogd worden naar 3 x daags 850 mg. Metformine is gecontra-indiceerd bij een eGFR < 30 ml/min en er wordt maximaal 1 gram metformine per dag toegediend bij een eGFR tussen 30 en 60 ml/min.

Wat is bekend?

- Patiënten met diabetes type 2 lopen een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen en zijn vaak polygemediceerd.
- Patiënten met diabetes kunnen rekenen op een multidisciplinaire omkadering via de verschillende zorgtrajecten.

Wat is nieuw?

- Dankzij het Medisch-Farmaceutisch Overleg (MFO) kunnen artsen en apothekers samen de begeleiding van patiënten met diabetes type 2 optimaliseren.
- De therapie(ou)trouw van deze patiënten kan worden vastgesteld door de apotheker om samen met de arts deze te verbeteren.

Wanneer is een tweede antidiabeticum nodig?

Vervolg casus: Paul

Bij Paul wordt metformine opgestart en progressief opgedreven tot 3 x 850 mg. Maar ook dat heeft niet het gewenste resultaat: HbA1c daalt naar 8,1 %. Een tweede oraal antidiabeticum is aangewezen. Maar welk kiezen?

Aanbevelingen zouden ons hierbij kunnen helpen. Maar helaas zijn die een beetje conflicterend. De recent nog herziene NHG-standaard (2018) is eerder conservatief: '*... metformine, sulfonyleureumderivaten (bij voorkeur gliclazide) en insuline zijn de belangrijkste middelen bij de behandeling van diabetes type 2. Schrijf de overige bloedglucoseverlagende middelen alleen op indicatie voor ...*' Zijn de nieuwe antidiabetica dan alleen van toepassing



Wat is de streefwaarde voor glycemie?

Casus: Paul, 62 jaar, levensgenieter

Bij Paul, 62 jaar, is drie maanden geleden diabetes vastgesteld. Paul had geen klachten, maar we kennen hem als een levensgenieter, met een bourgondische eet- en drinkcultuur. Leefstijlmaatregelen worden besproken en na drie maanden komt Paul terug op het spreekuur. De HbA1c is amper gedaald (van 9,4 % naar 8,9 %).

voor beperkte subpopulaties? De aanbeveling van Domus Medica (2015, met opvolg rapport 2017) geeft wat meer ruimte voor de verschillende antidiabetica en sluit al wat beter aan bij de internationale richtlijn. Dat is de EASD/ADA-richtlijn (nog herzien in 2018), die een vrije keuze toelaat, na metformine, maar benadrukt dat men cardioprotectieve medicatie dient te hanteren.

De keuze voor een tweede oraal antidiabeticum volgt dus best een geïndividualiseerde benadering, waarbij wordt rekening gehouden met het profiel van de patiënt (comorbiditeiten, gewicht, nierfunctie, bijwerkingen, therapietrouw) en patiëntvoorkeuren (bijwerkingen, oraal versus injectie, financiële overwegingen). En evident met de mate van onderbouwing omtrent cardiovasculaire protectie.

Ga in overleg met de patiënt en overweeg efficiëntie op de verschillende (intermediaire) eindpunten, gebruiksgemak en therapietrouw. Shared decision making heeft het meeste kans op succes!

Hoe de therapietrouw verbeteren?

Vervolg casus: Paul

Ondanks een tweede oraal antidiabeticum geraakt Paul zijn HbA1c-waarde maar niet onder controle en je twijfelt of Paul zijn medicatie wel goed inneemt. Vooraleer je overschakelt naar een derde oraal antidiabeticum of zelfs insuline, wil je dit toch weten.

Patiënten met chronische aandoeningen hebben moeite om therapietrouw te zijn. Slechte therapietrouw met antidiabetica leidt tot het niet halen van de vooropgestelde HbA1c-waarde, met een hoger risico op complicaties, bijkomende zorg en eventueel zelfs een vroegtijdige en onnodige overschakeling naar injecteerbare antidiabetica.

Vooraleer de huisarts beslist om de therapie te intensifiëren, kan hij/zij best de vaste apotheker of 'huisapotheker' van Paul contacteren. Die heeft immers als enige een objectief beeld op de afgehaalde medicatie (medicatiehistoriek). Op die manier kan er een eerste inschatting worden gemaakt van de therapietrouw. Bij een eerder slechte therapietrouw kan Paul op 'consultatie' bij zijn huisapotheker. Door middel van een terugbetaalde 'consultatie' (het gesprek 'goed geneesmiddelengebruik' of GGG) kan de huisapotheker Paul bijsturen in zijn therapietrouw.

Besluit

De huisarts en de huisapotheker vormen een geknipte tandem om naadloze zorg af te leveren. Kennis (bij elkaar) vergroten en informatie uitwisselen tussen arts en apotheker (met de andere zorgverstrekkers als andere partners) zijn essentieel in het optimaliseren van het medicatiebeleid bij patiënten met diabetes type 2. Artsen en apothekers kunnen een lokaal MFO-project opzetten, om samen te bespreken op welke manier de begeleiding van patiënten met diabetes type 2 geoptimaliseerd kan worden.

Ondersteuning vanuit KAVA

Gesprek goed geneesmiddelengebruik (GGG) is een privégesprek (consultatie) tussen patiënt en officina-apotheker, waarbij de problemen rond therapietrouw besproken worden. Het moet echter worden voorgeschreven door de huisarts, maar we merken dat dit nog onvoldoende bekend is bij de huisartsen. Daarom hebben wij een modelbrief (<https://www.kava.be/fz-ggdiabetes>) opgesteld, die u kan personaliseren en rondsturen naar de huisartsen in de buurt. Bij voorkeur gebeurt dit vanuit alle apothekers uit uw regio samen.

Daarnaast bieden we ook de mogelijkheid om lokaal of in uw apotheekteam een **interactieve workshop** te organiseren. Hierbij wordt u, aan de hand van casussen en tools, klaargestoomd om de GGG uit te werken in uw apotheek.

Als kers op de taart, kan u een **Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO)** 'betere omkadering van diabetes type II in de eerste lijn' organiseren. Binnen dit programma ligt de focus op de therapeutische behandeling, maar ook op therapietrouw. Voor het organiseren van dit geaccrediteerde MFO kan u bovendien een subsidie aanvragen tot € 2500 bij het RIZIV. De ideale gelegenheid om GGG bekend en bespreekbaar te maken.

Bent u geïnteresseerd om zelf een MFO of lokaal project te organiseren rond diabetes of wilt u moderator zijn voor collega's? Kom dan zeker naar een train-the-trainer sessie die in elke provincie georganiseerd wordt.

Heeft u vragen rond de organisatie of de beschikbare materialen? Neem een kijkje op www.medischfarmaceutischoverleg.be of contacteer Nico Carpriau (nico.carpriau@kava.be).

Apr. Silas Rydant (Meduca) en dr. Peter Dieleman (Centrum voor Huisartsengeneeskunde, Universiteit Antwerpen).

Het multidisciplinaire medicatieschema

Ondanks de moeizame start van het Vitalink-medicatieschema, kan het delen van medicatiegegevens levensbelangrijk zijn voor de patiënt. Een recente nota, opgesteld door VAN, Domus Medica en andere zorggroepen, wil duidelijkheid brengen in de taakverdeling tussen de betrokken zorgverleners en juridische implicaties.

Nieuwe manier van samenwerken

De ontwikkelingen op het vlak van eGezondheid genereren toenemende informatiestromen tussen hulpverleners. Meestal gaat het om eenrichtingsverkeer: verwijsbrieven, ontslagbrieven, opladen van Sumehrs, inkijken van laboresultaten enzovoort. De

nieuwe uitdaging voor de zorgverleners ligt in het samenwerken aan gemeenschappelijke documenten rond de zorg van onder andere chronische patiënten. Het medicatieschema is hiervan een voorbeeld: verschillende zorgverleners staan in voor het uploaden van informatie, aanvullen, corrigeren of vervangen. In een gezondheidslandschap waar iedereen nog sterk vanuit zijn eigen patiëntendossier werkt, is dit een nieuwe manier van samenwerken die vraagt om duidelijke taakafspraken en verantwoordelijkheden.

Het Vitalink-medicatieschema kende een moeizame start en is de eerste grote oefening in Vlaanderen rond multidisciplinaire samenwerking. Waar problemen in het verleden te vaak werden afgeschreven als technische belemmeringen, leerden de begeleidende proefprojecten rond het Vitalink-medicatieschema dat het correct samenwerken een even sterke hinderpaal kan vormen en dé achilleshiel is van een goed functionerend multidisciplinair medicatieschema.



Digitaal samenwerken is niet evident

(Huis)apothekers hebben de opdracht om actuele medicatieschema's bij te houden voor patiënten met een chronische medicatietherapie, op papier als het moet, digitaal als het kan.

Een groot aantal softwarepakketten van apothekers zijn technisch ver gevorderd, waardoor er veel medicatieschema's op Vitalink verschenen. Heel wat huisartsen werden op Vitalink geconfronteerd met medicatieschema's die hun eigen versies vervangen hadden. Omgekeerd werden deze nieuwe medicatieschema's op hun beurt weer overschreven door de versie van de huisarts. Bijkomend doken er ook dubbele lijnen op, onterecht geschrapte medicatie enzovoort. Het gevolg laat zich raden: gefrustreerde zorgverleners die terugvallen op hun eigen, vertrouwd medicatieschema.

Het gebruik van softwarepakketten die nog niet ingesteld zijn op de workflow die hoort bij multidisciplinaire samenwerking, vergrootte nog de problemen en frustraties. Als het softwarepakket de informatie op Vitalink niet kan lezen, overschreef de zorgverlener onbewust het medicatieschema dat daar opgeladen was of omgekeerd: het schema met geneesmiddelen op Vitalink overschreef het medicatieschema in het eigen medisch programma.

Recent zijn heel wat stappen gezet in de aanmaak van richtlijnen die de onderlinge samenwerking moeten bevorderen. De knelpunten liggen voor de hand. Vooreerst het niet kennen van de eigen rol in het proces van gegevensdeling. Wat is mijn verantwoordelijkheid als arts, apotheker, verpleegkundige? Wat mag ik wijzigen en wat niet? Pas ik informatie aan of ligt deze taak bij iemand anders?

Soms komt het neer op het niet correct kunnen toepassen van de noodzakelijke stappen in het eigen softwarepakket. Maar even vaak is er de mentale weerstand tegen het principe van multidisciplinaire gegevensdeling en houden zorgverleners nog strikt aan het 'mijn dossier'-principe, waar geen inmenging van andere zorgverleners wordt geduld. Dit hangt soms ook samen met bezorgdheid rond de juridische implicaties en aansprakelijkheid in geval van medische incidenten die terug te brengen zijn tot fouten in de medicatie.

Taakafspraken en aangepaste software

Voor het Vitalink-medicatieschema is er een initiatief gekomen vanuit de koepelverenigingen van huisartsen, apothekers en thuisverpleegkundigen. Dit zijn tevens de groepen van zorgverleners die nu al het meest met het medicatieschema worden geconfronteerd en die het eerst op samenwerkingsproblemen zijn gestuit. In een nota rond multidisciplinaire samenwerking werd een oplijsting gemaakt van de wettelijke verplichtingen van elke zorgverlener met betrekking tot multidisciplinaire samenwerking en medicatiebeheer. Van daaruit werd een meer afgelijnde taakverdeling rond het medicatieschema uitgewerkt (zie tabel).

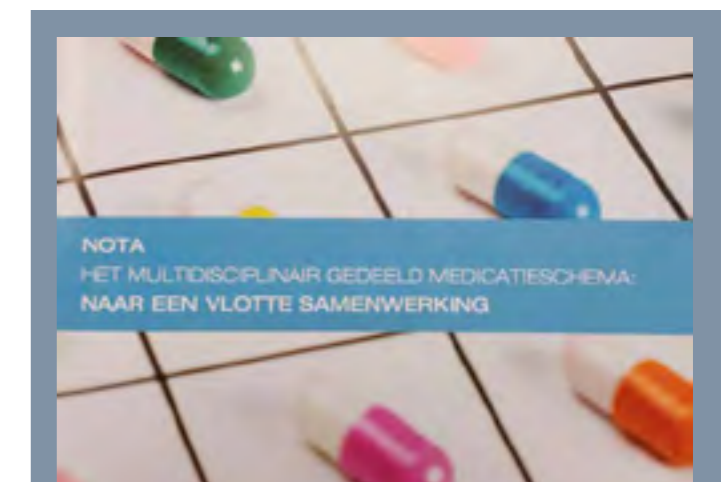
De nota legt de focus op het medicatieschema, maar het bevat ook enkele principes die op alle vormen van multidisciplinaire samenwerking van toepassing zijn. Toekomstige projecten over gegevensdeling doen er goed aan om vooraf te reflecteren over de rol van elke zorgverlener, diens wettelijke taak en hoe deze vertaald wordt in de samenwerking. En ten slotte hoe dit geïmplementeerd kan worden in de software van de medische pakketten, zodat de juiste processtroom gevolgd wordt.

De kern rond taakverdeling en samenwerking is dat elke zorgverlener correct handelt binnen de eigen verantwoordelijkheden. De verschillende beroepsgroepen die betrokken zijn bij multidisciplinaire gegevensdeling hebben de opdracht om hun leden te motiveren op het vlak van communicatie en samenwerking met andere zorgverleners. Verder heeft ook de patiënt een specifieke taak in zijn zorg en de uitwisseling van gegevens. Bij kwetsbare personen kan deze taak terecht komen bij een vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger.

Vanuit de wettelijke definities van taakverdeling in het kader van multidisciplinaire gegevensdeling kan er vervolgens een vertaling gemaakt worden naar een organisatieproces met duidelijke taakafspraken voor elke zorgverlener. De implementatie van deze afspraken komt ook terecht in software die gebruikt wordt voor de gegevensdeling: ondersteuning van de taakafspraken en verantwoordelijkheden binnen een gebruiksvriendelijke context.

Besluit

Om de zorg rond patiënten met complexe pathologieën te verbeteren is de inbreng en onderlinge communicatie van meerdere zorgverleners noodzakelijk. Evident is de omslag naar deze vorm van samenwerking niet, want het vraagt het loslaten van een gekende manier van werken en het vertrouwen van informatie aangeleverd door andere zorgverleners. Kennis van de eigen rol als zorgverlener is hierbij essentieel, net zoals een goede taakverdeling en lokale afspraken rond communicatie. Centraal in dit verhaal staat de patiënt, die een centrale controletaak heeft in dit proces.



Er is een uitgebreide nota beschikbaar over het optimale samenwerkingsproces inzake het multidisciplinair medicatieschema tussen huisarts, (huis)apotheker, thuisverpleegkundige en patiënt. Drie delen komen aan bod: definities en wettelijke bepalingen, juridische aansprakelijkheid in gegevensdeling en ten slotte de taken en rolverdeling bij het multidisciplinair medicatieschema.

Klanten van de KAVA Tarifieringsdienst kregen dit boekje bij de ronde van september verdeeld. Een digitale versie is beschikbaar op www.kava.be.

De nota is geschikt als startdocument voor opleidingen en discussiemateriaal voor Multidisciplinair Farmaceutisch Overleg (MFO): <https://www.medischfarmaceutischoverleg.be/>

Elfi Goesaert - verantwoordelijke van het Kennisdomein ICT, Domus Medica

Dit artikel is gepubliceerd in Huisarts Nu, het wetenschappelijk tijdschrift van huisartsenvereniging Domus Medica en wordt als volgt gerefereerd: Goesaert E. Het multidisciplinaire medicatieschema. Huisarts Nu 2019;48:35-7.

Zorgverlener	Rol in het multidisciplinair medicatieschema	Verantwoordelijkheid
Huisapotheker	<ul style="list-style-type: none"> Aanmaak van het medicatieschema (indien er geen is). Inlichten patiënt en andere zorgverleners over aanmaak van medicatieschema. Inzage en wijzigen van het schema. Toevoegen van informatie. 	<ul style="list-style-type: none"> Controle op correctheid en volledigheid van alle soorten medicatie en supplementen. Bewaken van interacties en intoleranties. Nieuwe en correcte informatie inbrengen over voorgeschreven én niet voorschriftplichtige medicatie. Contacteren van de voorschrijvende arts bij problemen die buiten de therapeutische intentie van de arts vallen.
Apotheker	<ul style="list-style-type: none"> Inzage en wijzigen van het schema. Toevoegen van informatie. 	<ul style="list-style-type: none"> Nieuwe en correcte informatie inbrengen over voorgeschreven én niet-voorschriftplichtige medicatie. Contacteren van de voorschrijvende arts bij problemen die buiten de therapeutische intentie van de arts vallen.
GMD-houdend huisarts	<ul style="list-style-type: none"> Aanmaak van het medicatieschema (indien er geen is). Inlichten patiënt en andere zorgverleners over aanmaak van medicatieschema. Inzage en wijzigen van het schema. Toevoegen van informatie. 	<ul style="list-style-type: none"> Controle op correctheid en volledigheid van voorgeschreven medicatie. Bewaken van interacties en intoleranties. Nieuwe en correcte informatie inbrengen over, voorgeschreven aangepaste of gestaakte medicatie.
Huisarts/wachtarts	<ul style="list-style-type: none"> Inzage in het schema. Wijzigen van het schema. Toevoegen van informatie 	<ul style="list-style-type: none"> Nieuwe en correcte informatie inbrengen over voorgeschreven, aangepaste of gestaakte medicatie. Bewaken van interacties en intoleranties.
Patiënt/vertrouwenspersoon	<ul style="list-style-type: none"> Centrale rol: toestemming geven en inkijken van alle informatie. Verbindingspersoon tussen alle zorgverleners. 	<ul style="list-style-type: none"> Geïnformeerde toestemming geven. Inzage in alle ingebrachte informatie. Informatie doorgeven aan zorgverleners.
Thuisverpleegkundige	<ul style="list-style-type: none"> Informereren van GMD-houdend huisarts over problemen bij het volgen van het medicatieschema. 	<ul style="list-style-type: none"> Opvolgen van een correcte inname van de geneesmiddelen uit het medicatieschema. Terugkoppelen naar GMD-houdende huisarts Afleverproblemen medicatie rapporteren aan (huis)apotheker.

Tabel 1. Taken en verantwoordelijkheden van zorgverleners in het kader van het samenwerken aan het multidisciplinair medicatieschema.

Ondanks het tekort aan vaccins ...

De kaap van 1 miljoen griepvaccins afgeleverd door de apotheek toch overschreden!

2018 was niet alleen het jaar met een tekort aan griepvaccins in de apotheek, maar ook het jaar waarin het aantal afgeleverde griepvaccins in de Vlaamse apotheken opnieuw steeg! Zo hebben we dus nog beter alle risicopersonen kunnen bereiken. Eind november en begin december ontvingen we de eerste berichten dat de griepvaccins uitgeput waren, zowel bij de groothandel als in de apotheken. De lokale beroepsverenigingen en VAN hebben onderzocht of het overschot aan vaccins in de ziekenhuizen via het eerstelijns circuit verdeeld kon worden.

Ondanks het snelle antwoord van onze collega's uit de ziekenhuizen en hun bereidheid om de eerstelijnszorg te depanneren, moesten we deze denkpiste uit ons hoofd zetten omwille van juridische redenen en de dreiging voor de beroepsaansprakelijkheid van zowel de ziekenhuis- als de huisapotheeker. Daarnaast is het onduidelijk

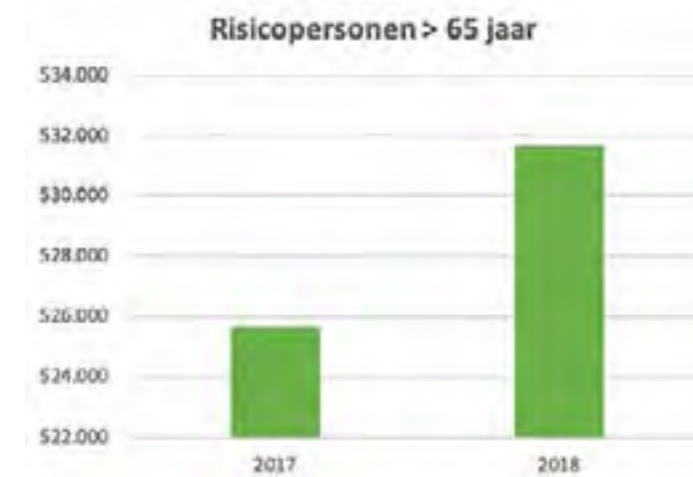


of er bij de bedrijfsgeneeskunde nog optimalisaties mogelijk zijn. Vaccinatie op het werk zou zich moeten toespitsen op personen uit de risicodoele groepen. Toch mogen we tevreden zijn met de huidige resultaten: er is een stijging in het aantal afgeleverde griepvaccins in alle leeftijdscategorieën ten opzichte van vorig jaar. Onderstaande grafieken geven dit visueel weer voor de huidige VAN-partners.



Blijf inzetten op pneumokokkenvaccinatie

Griep zorgt elk jaar opnieuw voor vele slachtoffers, maar ook de gevaarlijke pneumokokbacterie verdient onze aandacht. Anders dan bij griepvaccinatie, kan het vaccin tegen pneumokokken gedurende het hele jaar worden toegediend en kent het geen echt 'vaccinatie seizoen'. We blijven dus aansporen om minstens elke persoon tussen de 65 en 85 jaar die de laatste vijf jaren niet gevaccineerd werd, een pneumokokkenvaccinatie (PCV-13) aan te raden. Dat geldt ook voor personen met een chronische hart-, long-, lever- of nieraandoening. Minstens 8 weken later volgt het tweede vaccin (PPV-23). Herinner je patiënt daaraan! Een directe terugbetaling is niet mogelijk voor deze vaccins, maar alle ziekenfondsen voorzien wel een tussenkomst. Geef dus zeker een BVAC-attest mee.



Apr. Marleen Haems (VAN)



URIAGE
EAU THERMALE

INNOVATIE

Xémose

DE 1^e OLIEBALSEM DIE DE ZEER DROGE HUID BESCHERMT

VOORKOMT NIEUWE OPSTOTEN, 48U* LANG



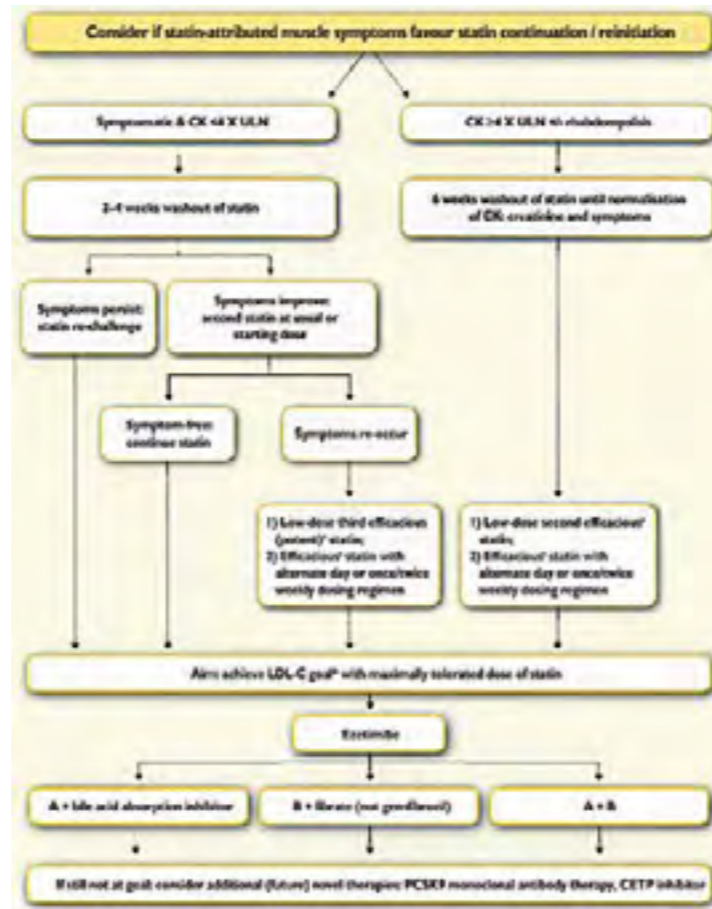
VERZACHTENDE OLIEBALSEM
TEGEN KRABBELEN

Statines en spierpijn: worden de guidelines opgevolgd?

In de vorige AFT's kon u reeds kennismaken met de inzending voor de KAVA-prijs (AFT 7/2018) en die van de publieksprijs (AFT 8/2018). Maar er zat nog meer kwaliteit in de masterproeven die de laatstejaarsstudenten farmacie van de UAntwerpen vorig academiejaar schreven. Zoals deze bijdrage van Jeffrey Cortebeek en Tessa Uytendhouwen en hun promotor professor dr. Nina Hermans. Wie zelf een synthese van zijn masterproef in het AFT wil publiceren, kan nog steeds een mail sturen naar aftredactie@kava.be.

Statines zijn 3-hydroxy-3-methylglutaryl-CoA-reductase remmers (HMGCR) en inhiberen de synthese van cholesterol. De geneesmiddelen zijn daarom voornamelijk geïndiceerd bij patiënten met hypercholesterolemie. Daarnaast hebben statines ook enkele pleiotrope effecten, die een belangrijke rol spelen in de preventie van cardiovasculaire aandoeningen.

Vandaag de dag is de therapietrouw aan statines echter gedaald. Eén jaar na opstart volgen meer dan 67 % van de patiënten de statinetherapie niet meer correct of zetten ze die zelfs stop. De voornaamste oorzaak van dit probleem is het optreden van nevenwerkingen. De meest voorkomende en bekendste bijwerking is statine-geassocieerde spierpijn, ook wel statin associated muscle symptoms (SAMS) genoemd. In de dagelijkse praktijk komen spierklachten voor bij ongeveer 10 tot 20 % van de patiënten die een statine gebruiken. Deze cijfers zijn echter zeer afhankelijk van het nocebo-effect. Patiënten die reeds de nevenwerking kennen of vermeld krijgen bij afgifte/voorschrift van het geneesmiddel zijn ook geneigd om deze klacht sneller te ervaren. Indien patiënten zeer therapieontrouw omgaan met hun statine waardoor de aangeraden dosis van het geneesmiddel niet wordt ingenomen, zullen de mortaliteit en het cardiovasculair risico opnieuw toenemen. Een correcte behandeling en opvolging zijn dus zeer belangrijk. In deze masterproef wordt nagegaan of de richtlijnen omtrent het behandelen van statine-geassocieerde spierpijn (figuur 1) worden opgevolgd.



Figuur 1. Richtlijnen voor het behandelen van statine-geassocieerde spierpijn. Naar: A. Catapano et al, ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias, 2016, 37(39), 2999-3058 (16). Algorithm for treatment of muscular symptoms during statin treatment.

Alertheid voor de aanwezigheid van risicofactoren voor het ontstaan van spierklachten en het gebruik van potentieel interfererende geneesmiddelen spelen een zeer belangrijke rol. Enkele risicofactoren betreffen leeftijd, geslacht, gestalte, etc. Geneesmiddeleninteracties langs het CYP-enzym, de OATP- en P-gp-transporteiwitten zijn eveneens niet onbelangrijk. Ook dienen de lever- en nierfunctie van de patiënt goed te worden opgevolgd, aangezien statines deels door de lever worden gemetaboliseerd en via de nier worden uitgescheiden. Spierpijn

is echter geen makkelijk te onderzoeken klacht. Het exacte mechanisme achter deze nevenwerking is tot op heden nog niet volledig uitgeklaard. Er zijn meerder pathways die instaan voor het ontwikkelen van SAMS en bijgevolg een synergetisch effect hebben op de myotoxiciteit. Een correcte diagnose is hierdoor de eerste stap in de behandeling van SAMS. Bij patiënten die klagen van spierpijn moet worden nagegaan of deze pijn wel degelijk statine-gerelateerd is. Een lichamelijk onderzoek kan bijvoorbeeld uitwijzen wanneer het gaat om spierpijn met een andere oorzaak, zoals artrose of een peesontsteking. Overigens kunnen enkele termen, zoals myalgie, myopathie, myositis en myonecrose, als hulpmiddel dienen bij het diagnosticeren en categoriseren van de ernst van de spierpijn, aangezien er geen specifieke meetinstrumenten bestaan om myopathie nauwkeurig genoeg te onderzoeken. Daaropvolgend is de ernstigste vorm rhabdomyolyse, wat absoluut dient vermeden te worden. Het wordt bij de patiënten gekenmerkt door zeer donkere/bruine urine. Verder bestaat er ook een klinisch index formulier waarbij de relatie tussen de klinische symptomen (nieuwe of onverklaarbare spierklachten) en statines kan worden ingeschat, aan de hand van een scoretabel (figuur 2). Deze scoretabel is samen met nog andere nuttige informatie omtrent SAMS terug te vinden in de Nederlandse brochure van Teva® onder de link: https://a4mstatic.actito.be/media/MediQuality/TEVA/Passion%20de%20la%20cardio/Reminder_Passion_Cardio/TEVCAR_Leavebehind_nl.pdf. Een gouden standaardmethode voor de identificatie van SAMS bestaat echter niet.

Klinische symptomen (nieuwe of overklarede spierklachten)		De-challenge (evolutie na stoppen statine)	
Regionaal patroon (selecteer hoogste toepasbare puntenaantal)		Beterschap na stoppen <2 weken	2
Symmetrische pijn aan heupflexoren/dijsbeen		Beterschap na stoppen pas binnen 2-4 weken	1
Symmetrische kuitpijn		Geen beterschap binnen de 4 weken na stoppen.	0
Symmetrische pijn proximaal bovenste ledematen		Re-challenge (evolutie na herstarten statine)	
Asymmetrische, asymmetrische of intermitterende pijn		Zelfde klachten treden terug op binnen de 4 weken	3
		Zelfde klachten treden terug op pas na 4-12 weken	1
Tijds patroon		Statin Myalgia Clinical Index Score	
Klachten starten binnen de 4 weken na start statine	3	Pijn waarschijnlijk statine-gerelateerd	9-11 punten
Klachten starten tussen 4-12 weken na start statine	2	Pijn mogelijk statine-gerelateerd	7-8 punten
Klachten starten >12 weken na start statine	1	Pijn waarschijnlijk NIET statine-gerelateerd	<7 punten

Figuur 2. Klinisch index formulier van TEVA®. Naar: TEVA®, Praktische aanpak van statine-geassocieerde spierklachten in de praktijk, 2018 (74). SAMS-CI SCORE.

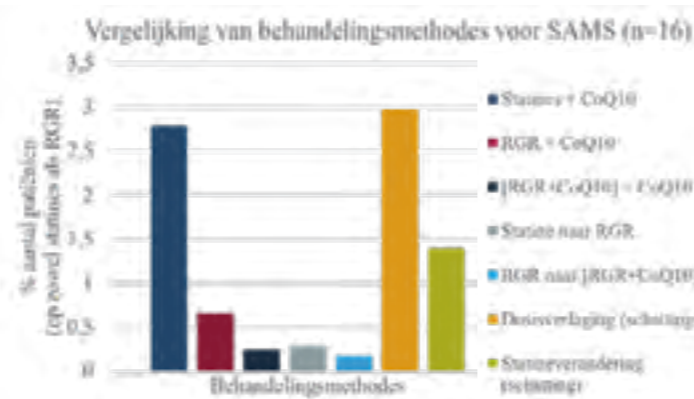
Bij de behandeling van SAMS wordt de controle van creatine kinase (CK)-waarden frequent op de eerste plaats gezet, ondanks musculoskeletale klachten ook zonder stijging in CK-waarden kunnen voorkomen. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen CK-waarden < 4 x de upper limit of normal (ULN) en CK-waarden > 4 x ULN tot 10 x ULN. Onafhankelijk van deze bloedwaarden zal het statine steeds tijdelijk worden gestaakt om ofwel de CK-waarden terug te doen normaliseren of te evalueren of de klachten van spierpijn blijven aanhouden. Bij herintroductie van het statine gaat de voorkeur uit naar een iets lagere dosis. Ook is het mogelijk om een alternatief statine op te starten, voorkeur gevend aan prava- en rosuvastatine. Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) krijgt echter ook zeer weinig meldingen van spierpijn bij fluvastatine. Het overschakelen naar of combineren met andere cholesterolverlagers, zoals fibraten, bevindt zich meer onderaan in de richtlijnen. Dit geldt ook voor supplementen die Co-enzyme Q10 (CoQ10) bevatten, aangezien er voor deze producten onvoldoende wetenschappelijk bewijs is.

Het doel van deze masterproef is het zoeken naar de verschillende behandelingsmethodes voor SAMS die vanuit de apotheek en de huisartsenpraktijk worden uitgevoerd. Het tweede doel is om zicht te creëren op de toekomstige SAMS-behandeling en opvolging van de richtlijnen, aan de hand van laatstejaarsstudenten farmaceutische wetenschappen en geneeskunde. De gegevens voor deze masterproef werden daarom enerzijds verzameld uit patiënthistorieken van de aanwezige apotheeksoftware (Greenock®, Sabco® en voornamelijk Farmad®), anderzijds uit korte interviews (max. 15') met huisartsen. Dit onderzoek werd uitgevoerd in de regio Oost-Vlaanderen en Antwerpen (richting Oost-Vlaanderen) over een periode van ongeveer één tot twee maanden. Naast de statines werden dus ook de supplementen met CoQ10 en RGR onderzocht (tabel 1). Ook werd een vragenlijst/enquête voor laatstejaarsstudenten farmaceutische wetenschappen en geneeskunde adhv Qualtrics® opgesteld. Door gebruik te maken aan de hand van verschillende sociale media, zoals Facebook, kon dit gemakkelijk worden verspreid. De studenten zijn afkomstig van de Universiteit van Gent en Antwerpen, waarbij de enquête na een periode van één maand eveneens werd afgesloten. Er dient echter rekening te worden gehouden met het feit dat de laatstejaarsstudenten geneeskunde na hun zes jaar opleiding nog een master in de Huisartsgeneeskunde moeten volgen en hun mening gedurende deze periode nog sterk kan veranderen.

STATINES		CoQ10	RGR	RGR+CoQ10
Atorvastatine®	Prareduct®	Q10-Quatral®	Cholesfytol (plus)®	Arterin plus®
Atorstatine®	Crestor®	UbixX®	Arterin®	CholixX RED®
Atorasat®	Rosuvastatine®	Ostrin Q10®	RedixX®	Biocure Cholesterol Long Action®
Lipitor®	Simvastatine®	Pharma Nord Bio Q10 Gold/Super®	Bio-Balance Red Yeast®	Choledoc Q10®
Totalip®	Zocor®	Revogan Coenzyme Q10 (+ Magnesium)®	Choledoc®	Mannavital Rode Gist Rijst (+ Q10)®
Pravastatine®	Cholemed®	Pharma Nord Bio-Active Q10®	Controchol®	
Pravasine®				

Tabel 1. Alle statines en supplementen met CoQ10 en/of RGR die tijdens het onderzoek in de aanwezige apotheeksoftware van de apotheek werden opgezocht.

In totaal namen er 16 titularis apothekers en 16 artsen deel aan het onderzoek. Dit komt overeen met 6852 patiënten op statines in 16 apotheken. De enquête daarentegen werd door 31 laatstejaarsstudenten farmaceutische wetenschappen en 45 studenten geneeskunde ingevuld. De resultaten uit ons onderzoek laten zien dat de richtlijnen niet altijd worden opgevolgd. Bij de artsen werd zowel het tijdelijk staken van het statine als CoQ10-suppletie bij de statinetherapie als de voorkeursbehandeling voor SAMS aanzien. Een dosisverlaging werd echter liever niet toegepast. Dat komt overeen met de antwoorden uit het korte interview met de apothekers. Ook zij vonden CoQ10-suppletie zeer belangrijk, gevolgd door respectievelijk het meegeven van een alternatief statine en een dosisverlaging. Dat spreekt echter de resultaten uit de patiënthistorieken van de apotheeksoftware tegen. Hierbij kwamen de dosisverlagingen als winnaar naar boven, gevolgd door respectievelijk CoQ10-suppletie en het meegeven van een alternatief statine (figuur 3). Ook laatstejaarsstudenten geneeskunde blijken een dosisverlaging niet meteen een slechte keuze te vinden. CoQ10-suppletie is daarentegen geen behandelingsmethode die routinematig mag worden doorgevoerd, aangezien er onvoldoende wetenschappelijk bewijs voorhanden is. Er wordt vanuit de apotheek tevens te weinig doorgestuurd naar de arts. Beide instanties laten weten dat er weinig tot geen contact is met elkaar in verband met de behandeling van SAMS. De enquête toont echter dat studenten farmaceutische wetenschappen dit naar de toekomst toe veel vaker zouden doen. Zij hebben namelijk minder vertrouwen in supplementatie met CoQ10 als behandeling van SAMS en verwijzen liever door naar de arts en/of zouden zelfs ook telefonisch contact nemen.



Figuur 3. Vergelijking van behandelingsmethodes voor SAMS (n=16). De verschillende behandelingsmethodes voor SAMS die in de 16 onderzochte apotheken het meest worden toegepast.

Het onderzoek suggereert ook dat indien een alternatief statine als behandeling van SAMS wordt opgestart er niet altijd de juiste keuze wordt gemaakt. Indien de verschillende behandelingsmethodes (voor het behandelen van SAMS) worden gelijkgesteld/weerspiegeld aan het aantal patiënten met last van SAMS, dan zou tot 9 % van alle patiënten op statines last hebben van spierpijn. Rekening houdend met de verkoopcijfers zou spierpijn bij 6 % van alle patiënten op pravastatine, 7 % van alle patiënten op simvastatine, 8 % van alle patiënten op rosuvastatine en 9 % van alle patiënten op atorvastatine voorkomen. Fluvastatine zou

daarentegen tot 0 % risico hebben op SAMS, hoogstwaarschijnlijk door het grote verschil in verkoopcijfers. Ook bij huisartsen ging de voorkeur eerder naar pravastatine, ondanks het feit dat rosuva- en atorvastatine de twee opeenvolgende keuzes waren. De laatstejaarsstudenten geneeskunde verkiezen actueel zelfs simva- en atorvastatine bij de behandeling van SAMS. Dit zou, in vergelijking met zowel de literatuur als onze resultaten, echter niet de juiste keuze zijn.

In relatie tot RGR zou, vanuit de patiëntendata van de apotheeksoftware, zowel bij statines als het supplement spierpijn kunnen worden ervaren. Slechts 25 % van de huidige artsen zouden het statine overschakelen naar dit supplement. Dit cijfer ligt iets hoger bij de studenten geneeskunde. Ondanks dat maar 4 % van de studenten zich goed vertrouwd vindt met het supplement zou tot 42 % RGR wel aanraden bij het voorkomen van SAMS. Enkele redenen hiervoor betreffen het feit dat RGR een supplement is en niet wordt terugbetaald aan de patiënt, daarnaast zou RGR ook niet ideaal zijn bij hoog risico patiënten of in secundaire preventie.

Deze studie ondersteunt vervolgens de verwachtingen dat het nocebo-effect een invloed heeft op de frequentie van spierpijn bij statines. Door zowel de titularis apothekers, de huisartsen als ook de studenten farmaceutische wetenschappen (tijdens de stage) wordt spierpijn als mogelijke nevenwerking bij statines vermeld. Indien CoQ10-suppletie tussen apotheken die de nevenwerking wel of niet vermelden, wordt vergeleken, valt er op dat de cijfers procentueel veel hoger liggen bij de apotheken die de nevenwerking wel vermelden (tabel 2).

Wordt spierpijn als nevenwerking vermeld?	Ja	Soms	Neen
Aantal apotheken = 'a'	6	4	6
Totaal aantal patiënten in 'a' = 'b'	2528	1478	2846
% aantal patiënten van 'b' die CoQ10 bij het statine kregen.	4,0 %	2,6 %	2,8 %
% aantal patiënten van 'b' die van statine overgeschakeld werden naar RGR.	0,3 %	0,3 %	0,4 %
% aantal patiënten van 'b' die een dosisverlaging kregen.	4,8 %	3,3 %	2,3 %
% aantal patiënten van 'b' die een alternatief statine kregen.	1,6 %	1,6 %	1,6 %

Tabel 2. Vergelijking van de statinetherapie aanpassingen in de verschillende apotheken, afhankelijk van de vermelding dat statines met spierpijn gepaard kunnen gaan. (n=16)

Bij de interpretatie van deze resultaten dient er steeds rekening te worden gehouden met het feit dat het onderzoek een zeer beperkte steekproef is. De 16 apotheken en huisartsenpraktijken zijn gevestigd in de regio Oost-Vlaanderen en Antwerpen (richting Oost-Vlaanderen). Enkele cijfers uit de apotheek waren ook

schattingen en geen exacte aantallen. Niet alle supplementen die op de markt zijn werden eveneens gecontroleerd. Tot slot kunnen supplementen ook buiten de apotheek, online, worden aangekocht en hierdoor zullen de verkoopcijfers van deze producten ook hoger liggen dan is ingeschat.

In de toekomst wordt de massaverkoop van CoQ10 best vermeden. Het supplement is een mogelijke behandeling bij SAMS, wegens het mogelijke positief effect op de subjectieve vermoeidheidssensatie en fysieke prestatie, maar wordt tot op heden te routinematig opgestart. De CoQ10-concentraties in de myocyten zullen tijdens de statinetherapie ook onveranderd kunnen blijven, waardoor supplementatie onnodig is. Vervolgens is het ook ongekend of de capsules voldoende in de spier worden opgenomen en of de capsules voldoende gedoseerd zijn. Het zou beter zijn dat de patiënt vanuit de apotheek vaker wordt doorverwezen naar de huisarts. Eventueel zou de brochure van Teva® een hulp kunnen bieden voor een correcte diagnose omtrent SAMS. Bij de richtlijnen dient echter wel te worden vermeld dat de CK-waarden niet altijd verhoogd zijn. Misschien is het daarom ook nuttig om de richtlijnen te herbekijken voor zowel deze laatst vernoemde groep patiënten alsook de apotheek, die geen zicht heeft op CK-waarden. Meer onderzoek naar de frequentie van spierpijn bij statines is nodig, aangezien uit ons onderzoek blijkt dat rosuva- en atorvastatine geen voorkeursstatines zijn, terwijl het FAGG de meeste problemen meldt bij simva- en atorvastatine. Daarnaast is een evaluatie van de frequentie van spierpijn bij RGR eveneens gewenst, aangezien er in België alvast geen instantie is die hierover beschikt.

Aprs. Jeffrey Cortebeek en Tessa Uytendhouwen en prof. dr. Nina Hermans (U Antwerpen)

Wat brengt 2019?

Een nieuw jaar brengt ons meestal wat nieuwe regels en wetten. Net als de voorbije jaren, lijsten we graag de voornaamste wijzigingen op sociaal en juridisch vlak voor jullie op. Let wel: al deze maatregelen werden aangekondigd, maar een groot deel hiervan werd nog niet gepubliceerd. Gezien de huidige situatie van onze regering (in lopende zaken), is de precieze ingang van deze maatregelen niet duidelijk.

Tijdscrediet en thematische verloven

De thematische verloven (ouderschapsverlof, verlof voor medische bijstand en palliatief verlof) kunnen binnenkort meer flexibel opgenomen en beter gespreid worden in de tijd. Daarnaast wordt het mogelijk om het ouderschapsverlof 1/10^e op te nemen. Al deze wijzigingen gelden steeds mits akkoord van de werkgever.

Ouderschapsverlof 1/10

Ouderschapsverlof zal 1/10^e opgenomen kunnen worden. De mogelijkheid om dit voltijds, 1/2^e en 1/5^e op te nemen blijven behouden. *De koninklijke besluiten worden verwacht in 2019.*

Flexibiliteit thematisch verlof

- Voltijds ouderschapsverlof en verlof voor medische bijstand zal in weken i.p.v. in maanden opgenomen kunnen worden.
- Halftijds ouderschapsverlof zal per maand i.p.v. per twee maanden opgenomen kunnen worden.

De gemiddelde werkbreek is voortaan ook op een langere periode dan op weekbasis mogelijk. *De koninklijke besluiten worden verwacht in 2019.*

- Palliatief verlof 1/5^e of 1/2^e kan flexibel gespreid worden over een periode van een maand. *Dit is al in werking.*

Tijdscrediet eindloopbaan

Landingsbanen zijn sinds 1 januari 2019 pas mogelijk vanaf 60 jaar. Vroeger instappen vanaf 55 jaar is niet meer mogelijk. *Dit is nog niet gepubliceerd.*

Tijdscrediet met motief opleiding wordt verlengd

Het tijdscrediet voor het volgen van een opleiding die leidt tot een knelpuntberoep, wordt uitgebreid met 12 maanden extra uitkeringen. Dit brengt het recht op 48 i.p.v. 36 maanden. *Dit is nog niet gepubliceerd.*

Zelfstandig in bijberoep en ouderschapsverlof

Het zal voortaan mogelijk zijn om gedurende de opname van ouderschapsverlof de activiteiten als zelfstandige in bijberoep voort te zetten. *Dit is nog niet gepubliceerd.*

'Kind met handicap' in kader van ouderschapsverlof en adoptieverlof

Bij het begrip 'handicap' houdt men niet langer louter rekening met de invaliditeit van het kind. Er wordt ook gekeken naar de gevolgen van de aandoening op de integratie van het kind of op de belasting van het gezin. *Dit is al in werking.*



Adoptieverlof en invoering pleegouderverlof

De regelgeving met het oog op de versterking van het adoptieverlof en tot invoering van het pleegouderverlof wordt aangepast en verduidelijkt.

Adoptieverlof

Zes weken, per adoptieouder, voor een minderjarig kind. Vanaf 2019 komt er om de 2 jaar telkens een week bij, te verdelen tussen de adoptieouders. *Dit is al in werking.*

Pleegouderverlof

Voor langdurige pleegzorg: 6 weken per pleegouder. Vanaf 2019 komt er om de 2 jaar telkens een week bij, te verdelen tussen de pleegouders. *Dit is al in werking.*

Stijging van het loon door de taxshift

Sinds 2016 zorgt de taxshift jaarlijks voor een stijging van de netto lonen en in januari 2019 treedt het laatste luik in werking. Iedereen krijgt een belastingvrije som van 8680 EUR. *Dit is al in werking.*

Vrij aanvullend pensioen voor werknemers: VAPW

Niet te verwarren met het vrij aanvullend pensioen voor zelfstandigen (VAPZ). De werknemer kan aan de werkgever vragen inhoudingen op het nettoloon te doen die worden doorgestort naar een pensioeninstelling naar keuze. Dit beperkt zich tot werknemers die nu geen of slechts een lage tweede pensioenpijl hebben. De bijdragen zijn beperkt tot 1600 EUR per jaar. *Dit is goedgekeurd maar nog niet gepubliceerd.*

Tewerkstelling en einde arbeidsovereenkomst

Er zullen verschillende aanvullende maatregelen komen om de werkgelegenheid te stimuleren.

Snellere inschrijving als werkzoekende

Er geldt een nieuwe verplichting voor ontslagen werknemers om zich sneller in te schrijven als werkzoekende (binnen één maand). De werkgever dient de ontslagen werknemer hier attent op te maken. *Dit is nog niet gepubliceerd.*



Ontslagvergoeding en opleiding

Wanneer de werknemer aan zijn werkgever vraagt om een deel (maximaal een derde) van zijn opzegvergoeding te besteden aan een opleiding, zal de werkgever hier zowel fiscaal als parafiscaal voor gestimuleerd worden. *Dit is nog niet gepubliceerd.*

Outplacement en medische overmacht

Voor elke werknemer waarvan het contract wordt beëindigd wegens medische overmacht, dient de werkgever outplacement te voorzien (1800 EUR) om de kans op herintreding op de arbeidsmarkt te vergroten. De werknemer mag weliswaar niet medisch ongeschikt verklaard zijn voor elke werkherhvatting. *Dit is al in werking.*

Outplacement via VDAB

Een werknemer (45+) die geen outplacement krijgt terwijl hij hier wel recht op heeft, dient dit rechtstreeks aan de VDAB te melden. De VDAB zal dan een outplacementtraject opstarten. *Dit is al in werking.*

Strengere voorwaarden SWT

De leeftijds- en loopbaanvoorwaarden om nog op SWT (Stelsel van Werkloosheid met bedrijfsToeslag) te kunnen gaan, zullen worden verstrengd.

- Individuele SWT 62 jaar: 41 jaar loopbaan i.p.v. 40. Voor vrouwen 35 jaar loopbaan (elk jaar nadien één jaar erbij, tot 41 jaar vanaf 2025).

- SWT bij bedrijven in herstructurering of moeilijkheden: 59 jaar (en 60 jaar vanaf 2020) i.p.v. 56 jaar.
- Verstrenging van de vrijstelling van de aangepaste beschikbaarheid (enkel wanneer men minstens 63 jaar is of 41 jaar loopbaan heeft – 65 jaar en 43 jaar loopbaan vanaf 2020). *Dit is nog niet gepubliceerd.*

Verder werken na pensioen

Werknemers die na een volledige loopbaan van 45 jaar, verder blijven werken, kunnen voortaan ook verder pensioenrechten blijven opbouwen. Men wil ook het 'halftijds pensioen' invoeren. *Dit is nog niet gepubliceerd.*

Zachte landingsbanen

Er komt een individueel recht voor werknemers om een 'zachte landingsbaan' te vragen. Voordien was een sectorale cao of een cao op ondernemingsvlak/ wijziging van het arbeidsreglement nodig. Voortaan zal ook een schriftelijke individuele overeenkomst tussen werkgever en werknemer volstaan.

Dit zou gelden vanaf 1 januari 2019 maar is nog niet volledig goedgekeurd.

Mobiliteit

Het **mobilitetsbudget** zorgt ervoor dat een werknemer die een bedrijfswagen heeft of ervoor in aanmerking komt, de vrijheid krijgt om zelf zijn keuze van vervoer te organiseren. Men kan dit budget aanwenden voor een milieuvriendelijker wagen, duurzame vervoersmiddelen of vervoersdiensten of tot slot voor extra loon (drie pijlers van milieuvriendelijkere vervoersoplossingen). De werkgever beslist of hij een mobilitetsbudget aanbiedt en de werknemer beslist of hij hierop wenst in te gaan. *Dit zou gelden vanaf 1 maart 2019 maar is nog niet volledig goedgekeurd.*

De **mobilitetsvergoeding** (cash for car) wil men toegankelijker maken. Het is nu ook mogelijk voor werknemers die geen bedrijfswagen hebben, maar ervoor in aanmerking komen. Het bedrag van de vergoeding is niet langer statisch maar kan stijgen of dalen bij een functiewijziging. *Dit zou gelden vanaf 1 januari 2019 maar is nog niet volledig goedgekeurd.*

Vlaams opleidingsverlof

Het vroegere educatief verlof wordt vanaf 1 september 2019 in Vlaanderen omgedoopt tot het opleidingsverlof. Enkel opleidingen gericht op de arbeidsmarkt en de loopbaan zullen voortaan



nog in aanmerking komen. Een voltijdse werknemer zal jaarlijks recht hebben op 125 uur opleidingsverlof. *Dit geldt vanaf 1 september 2019.*

Het bonusplan volgens cao 90/3

Een nieuw en elektronisch standaardformulier van de toetredingsakte moet ingediend worden om een plan van niet-recurrente resultaatsgebonden voordelen in te voeren. Het model is terug te vinden op <http://www.werk.belgie.be>, onder 'Arbeidsreglementering - Niet-recurrente resultaatsgebonden voordelen/Bonusplannen - Procedures en formulieren'. *Dit is al in werking.*

De kinderbijslag heet voortaan het Groeipakket

Voor elk kind vanaf 1 januari 2019 geboren in Vlaanderen, krijg je als ouder hetzelfde basisbedrag van 163,20 EUR. Dat is onafhankelijk van het aantal kinderen in het gezin of hun leeftijd. Kinderen geboren vóór 2019 behouden de basisbedragen van de oude regeling (de kinderbijslag), aangevuld met een leeftijdsbijslag op 6, 12 en 18 jaar. *Dit is al in werking.*

Wat is er belangrijk om te weten in ons paritair comité 313:

INDEX: Zowel de barema's als de reële salarissen worden vanaf 1 januari 2019 met 2 % verhoogd voor al het personeel.

De afspraken gemaakt in het sectorakkoord van 20/12/2017 blijven geldig: een recurrent voordeel van 602 EUR (250 EUR en 352 EUR) bruto wordt jaarlijks toegekend.

- De helft van de premie wordt uiterlijk toegekend op 1 juli en de andere helft op 31 december.
- De deeltijdse werknemer heeft recht op de premie pro rata de tewerkstelling.
- De werkgever moet de premie slechts betalen pro rata het aantal dagen waarop de werknemer normale werkelijke arbeid verricht.
- De werkgever kan zelf kiezen hoe hij deze de premie zal toekennen (als bruto premie of als extralegaal voordeel).

*Evy Van Sant
Personeelsverantwoordelijke KAVA*

De hervorming van het huwelijksvermogensrecht

Deze fiscale rubriek wordt inhoudelijk uitgewerkt door accountancy KAVA in samenwerking met externe belastingconsulenten. De keuze van de artikels is dus écht op maat van officina apothekers

In het eerste deel van de bijdrage over deze materie werd reeds melding gemaakt dat gedurende de laatste maanden de hervorming van ons erfrecht regelmatig en uitgebreid in de pers aan bod kwam (AFT 9/18). We zouden hierdoor mogelijks nog vergeten dat ook het huwelijksvermogensrecht (op sommige punten zelfs ingrijpend) gewijzigd is en dit ook met ingang van 1 september 2018. De laatste grote hervorming van het huwelijksvermogensrecht dateert immers van 1976. Ook hier werd het dus tijd de nodige wijzigingen aan te brengen en af te stemmen op een aantal maatschappelijke behoeftes. Vermits erfrecht en huwelijksvermogensrecht hand in hand gaan, vermelden we in dit artikel een aantal zaken die van belang kunnen zijn.

De bedoeling van de wetgever bij deze hervorming was drieërlei nl. ten eerste een aantal onduidelijkheden uit de wereld te helpen door het zogenaamd wettelijk huwelijksstelsel op een aantal zaken aan te passen en te verfijnen. Daarnaast wou hij ook het stelsel van scheiding van goederen op een aantal zaken aanpassen om zo de 'hardheid' van het stelsel enigszins te verzachten. En als derde tenslotte, de positie van de langstlevende echtgenoot in het huwelijksvermogensrecht en het erfrecht te verbeteren.

Verbetering van de positie van de langstlevende echtgenoot in het huwelijksvermogensrecht en het erfrecht

Hier zijn ook een aantal wijzigingen opgetreden die niet onbelangrijk zijn.

De afschaffing van het onderscheid in erfrecht naargelang het gekozen huwelijksvermogensstelsel

Waar zat het probleem?

Wie huwde onder een 'gemeenschapsstelsel' en één van beide sterft (geen kinderen), dan verwerft de langstlevende het aandeel van de erflater in het gemeenschappelijk vermogen in volle eigendom + het eigen vermogen erflater in vruchtgebruik. Indien gehuwd onder een 'stelsel van scheiding van goederen' en één van beide sterft (zonder kinderen), dan verwerft de langstlevende het eigen vermogen van de erflater in vruchtgebruik.

De gevolgen hiervan kunnen zeer belangrijk zijn. Stel u voor dat Luk en Martine (geen kinderen) huwden onder het stel-

sel scheiding van goederen, niets regelden omdat zij het belang er nog niet van inzagen gezien hun jonge leeftijd, een apotheek(vennootschap) uitbouwden waarbij alle aandelen op naam van Luk staan en plots ... overlijdt Luk.

Gevolg: Martine zal het moeten stellen met het vruchtgebruik op het eigen vermogen (in casu de aandelen) van Luk. Voor Martine waren m.a.w. de financiële gevolgen niet min. Zij diende tevreden te zijn met het vruchtgebruik op de aandelen van de apotheekvennootschap. De blote eigendom van deze aandelen gaat naar broers/zusters/ouders ... van Luk!

Wanneer zij daarentegen huwden onder het wettelijk stelsel dan waren de aandelen van de apotheek voor 100 % van Martine. Toch niet onbelangrijk! Het is wel zo dat aan deze situatie kon verholpen worden door bijvoorbeeld de opmaak van een testament of beding van aanwas of een schenking enz. Maar dat wordt in de praktijk vaak vergeten. Ten onrechte ...

Maar de wetgever komt in sommige gevallen ter hulp door de langstlevende echtgenote (in casu Martine), ongeacht het gekozen huwelijksvermogensstelsel, de volle eigendom te laten erven van het vermogen dat men (exclusief) samen heeft opgebouwd (enkel in geval van samenloop met andere erfgenamen dan de afstammelingen van de erflater). Samen opgebouwd betekent hier het vermogen dat men exclusief in onverdeeldheid bezit.

Let op met wat in ons voorbeeld alsnog een probleem is, met de



nieuwe wet blijft Martine er zeer slecht vanaf komen (want de aandelen staan enkel op naam van Luk en zijn dus geen onverdeeld vermogen). Actie nemen blijft hier dus een noodzaak!

Eenvoudig voorbeeld: Els en Jan zijn gehuwd onder scheiding van goederen. Zij hebben geen kinderen. De beide ouders van Els leven nog. Els heeft een beleggingsportefeuille (enkel op haar naam) en heeft samen met Jan een appartement (in onverdeeldheid). Els sterft ...

De toebedeling van de nalatenschap gebeurde / gebeurt: **vóór de wijzigingen:**

Jan erft het vruchtgebruik op (de helft) van het appartement en van de ganse portefeuille. De ouders van Els erven de blote eigendom op het appartement en de portefeuille.

vanaf de wijzigingen:

Jan erft de portefeuille in vruchtgebruik en de woning in volle eigendom. De ouders van Els erven de portefeuille in blote eigendom.

De erfgerechtigden in de vierde orde verliezen hun erfrechtelijke roeping in samenloop met de langstlevende echtgenote/echtgenoot

Naast wat hierboven reeds werd vermeld verliezen erfgerechtigden van de vierde orde (dit zijn de andere erfgenamen dan de kinderen, de grootouders, de ouders, broers en/of zussen en hun kinderen) hun erfrechtelijke roeping in samenloop met de langstlevende echtgenoot.

De mogelijkheid om de langstlevende echtgenote/echtgenoot te onterven in nieuw samengestelde gezinnen

Voortaan wordt het mogelijk de langstlevende partner bijkomend te onterven wanneer één van de echtgenoten kinderen uit een eerdere relatie heeft (de Valkeniersclausule). Vóór de wetswijziging was het niet mogelijk om de langstlevende het vruchtgebruik van de gezinswoning en de huisraad/inboedel te ontnemen. Voortaan kunnen de echtgenoten in hun huwelijkscontract of wijzigingsakte overeenkomen om de langstlevende echtgenote/echtgenoot wél het vruchtgebruik op deze gezinswoning en huisraad/inboedel te ontnemen.



Let wel: om deze persoon niet zomaar op straat te doen belanden, kan deze langstlevende wel tijdens een overgangperiode van zes maanden, vanaf het overlijden, gebruik maken van de mogelijkheid om deze gezinswoning te mogen blijven bewonen en dus ook de huisraad/inboedel evenzeer te mogen gebruiken.

Varia

Naast wat reeds vermeld werd, zijn er nog een aantal andere wijzigingen de moeite waard om kort te vermelden.

Bij een voorhuwelijkse gezamenlijke aankoop van een onroerend goed, mogelijkheid tot anticipatieve inbreng

De wetgever wil tegemoetkomen aan een maatschappelijk gegeven. Hoe vaak komt het niet voor dat koppels voor het huwelijk gezamenlijk een woning aankopen die later in de huwelijksgemeenschap dient te worden ingebracht. Mensen kopen immers ook alsmat jonger een onroerend goed aan (cfr. media oktober 2018) en later wanneer zij toch beslissen te huwen (bv. omwille van een gezinsuitbreiding), wensen zij deze woning in te brengen in de huwelijksgemeenschap.

Deze transactie kan voortaan eenvoudiger en dus met minder kosten tot gevolg. Opgelet: het is wel vereist dat elk van de partners eigenaar is van de helft in volle eigendom van het onroer-

rend goed (dus bv. geen 40 % - 60 % verdeling en ook geen vruchtgebruik/blote eigendomsverdeling).

Voortaan is het mogelijk dat deze partners in de aankoopakte van het onroerend goed reeds een zogenaamde 'anticipatieve inbreng' voorzien. Deze anticipatieve inbreng resulteert erin dat wanneer zij later huwen dit onroerend goed automatisch tot het gemeenschappelijk vermogen gaat behoren (tenzij de echtge-



noten hierop terugkomen in hun huwelijkscontract). Zo vermijdt men dus een tweede bezoekje (nl. de aankoop én de opmaak van het huwelijkscontract) bij de notaris.

De afschaffing van het verbod op een verkoop tussen echtgenoten

Een verkoop tussen echtgenoten, behoudens wettelijke uitzonderingen, was verboden (zie art. 1595 BW). Dit verbod is achterhaald en wordt dan ook afgeschaft.

Besluit

De wijzigingen m.b.t. het huwelijksvermogensrecht zijn bij velen wat vergeten geraakt omwille van het gewijzigde erfrecht. Neemt niet weg dat de doorgevoerde hervorming bijzonder belangrijk is. Niet in het minste voor veel ondernemers (apothekers) of vrije beroepen waar met vennootschappen wordt gewerkt. Het is dan vaak ook geen overbodige luxe sommige zaken terug tegen het licht te houden. Dit zowel uit civielrechtelijk standpunt als vanuit

fiscaal standpunt. Huwelijksvermogensrecht, erfrecht en fiscaal recht zijn drie takken van het recht die met mekaar verbonden zijn. De praktijk leert echter dat bij veel personen dit onvoldoende geweten is of de volgorde (veelal ten onrechte) anders opgesteld. Uw vertrouwenspersoon (accountant, notaris, advocaat, bankier, ...) kan u hierbij ongetwijfeld verder ook adviseren ...

Marc Gielis - Verantwoordelijke fiscaal en patrimoniaal advies – Expert Van Breda Advisory - Belastingconsulent bij Bank J.Van Breda & C° NV

Bij Accountancy KAVA
weet men er meer over. Contacteer daarom

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



KAVA Nieuwjaarsreceptie 4/1/19

Na enkele mooie edities in zaal Horta, blij om terug op KAVA het nieuwe jaar in te zetten ...



AGENDA 2019

DATUM	ACTIVITEIT	WAAR?	INLICHTINGEN TEL.
19/02/19	Medische hulpmiddelen workshop en beurs	KAVA 20u15-22u15	03/280 15 01
21/02/19	Focus op interacties: Complexvorming + serotonerg effect	Webinar 20u-20u30	03/280 15 01
25/02/19	Medische hulpmiddelen workshop en beurs (met Wase apothekers)	extern 20u15-22u15	03/280 15 01
25/02/19	IPSA biologics en biosimilars (prof. Declerck)	extern 20u00-23u00	03/280 15 01
26/02/19	Focus op interacties: Complexvorming + serotonerg effect	Webinar 12u45-13u15	03/280 15 01
26/02/19	Algemene statutaire vergadering KAVA + toelichting MFO	KAVA 20u00-23u00	03/280 15 01
28/02/19	Senioren voordracht	KAVA 14u00-17u30	03/230 51 78
11/03/19	IPSA: FTA - farmaceutische zorg bij TNF-remmers	KAVA 8u30-12u30	03/280 15 01
11/03/19	Webinar antibiotica	KAVA 12u45-13u15	03/280 15 01
12/03/19	Medication review casusavond	KAVA 20u15-22u15	03/280 15 01
14/03/19	Medische hulpmiddelen workshop en beurs (met KFK)	extern 20u15-22u15	03/280 15 01
14/03/19	Webinar antibiotica	KAVA 20u00-20u15	03/280 15 01
19/03/19	Startwebinar medication review	KAVA 12u30-13u30	03/280 15 01
20/03/19	Stagedag: huidverzorging en farmaceutische patiëntenzorg deel 2	KAVA 8u30-17u00	03/280 15 01
20/03/19	IPSA: schildklier (apr. Bruylants)	KAVA 19u00-22u30	03/280 15 01
23/03/19	Weekend medication review	KAVA 13u00-18u30	03/280 15 01
24/03/19	Weekend medication review	KAVA 9u30-16u30	03/280 15 01
25/03/19	IPSA laboparameters (apr. Tommelein)	extern 20u00-23u00	03/280 15 01
28/03/19	Senioren voordracht	KAVA 14u00-17u30	03/230 51 78

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

PERSONALIA

Geboortes

LAURE-ANNE

Op 15 november 2018, eerste kindje van de heer en collega Frederik en Maxime Derweduwen-VAN EETVELDE uit Rupelmonde.

EMILE

Op 3 december 2018, eerste kindje van de heer en collega Bjorn en Christien Blockx-SIERENS uit Brasschaat.

JACK

Op 9 december 2018, eerste kindje van de heer en collega Sandy en Jessica Moens-CHEUNG uit Antwerpen.

KAVA wenst de jonge ouders van harte proficiat!

Overlijdens

Op 13 december 2018 overleed op de leeftijd van 67 jaar collega Mimi PEETERS uit Hoogstraten, echtgenote van collega Guy FRANSEN; moeder van collega Joeri FRANSEN uit Hoogstraten.

Op 16 december 2018 overleed op de leeftijd van 87 jaar de heer André Smets, echtgenoot van mevrouw Victorine De Boeck; grootvader van collega Ilse SMETS uit Wilrijk.

KAVA betuigt de familieleden haar oprechte deelneming.



ANTWERPS FARMACEUTISCH TIJDSCHRIFT
NUMMER 1 - 2019

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

Hoofredacteur
Apr. Karen Delaetere

Verantwoordelijke uitgever
Apr. Kris Deckers
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 abonnn@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, S. Gielen, L. Hooft,
D. Kenis, E. Maes en A. Robberechts.
- N. Carpriau en A. Meskens.

De wachtdienstregeling Antwerpen is te bekomen

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

Lay-out en Druk
Daddy Kate nv
Laarbeeklaan 70 • 1090 Brussel
Tel: 02 333 00 00
www.daddykate.be

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

In volgend AFT:

- *Bariatric en medicatie*
- *KAVA masterproef: Statines en spierpijn - worden de guidelines opgevolgd?*
- *Voorschrift gestript: antibiotica*
- *MFO: waar staan we nu*
- *Jaarverslag 2018*

AFT 2 van 2019 verschijnt in maart!

Wenst u artikelen 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 bijsluiters; 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 (€ 41,34/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 2019. Losse nummers zijn verkrijgbaar aan € 5,50. Adreswijzigingen en dergelijke dienen uitsluitend te worden gericht aan de Administratie van het AFT, Lange Leemstraat 187, 2018 Antwerpen of via abonn@kava.be.

FOCUS OP INTERACTIES

2019 wordt een INTERACTIEF jaar. In vijf online sessies die je thuis of in de apotheek kan volgen – gespreid over het hele jaar – staan we uitgebreid stil bij zes veel voorkomende interacties. Niet alleen een update van je kennis (werkingsmechanisme, risico en afhandeling), maar ook tips om ze in de officinapraktijk echt systematisch af te handelen. Met nieuwsbrieven, posters en artikels zorgen we ervoor dat ook het hele apotheekteam mee is.

VOORBEELD

MECHANISME

RISICO & ERNST

AFHANDELING

GELIJKAARDIG

5 WEBINARS
per sessie lichten we een interactie helemaal door

5 MINI-POSTERS
nuttige 'take home messages' op één blad voor het hele apotheekteam

5 ARTIKELS
als eerste krijg je per interactie extra achtergrondinformatie

NIJWSBRIEVEN
regelmatig een update met bijkomende tips, vragen en suggesties

HELPDESK
voor alle vragen over de zes besproken interacties

WEBINARS

- 01 COMPLEXVORMING + SEROTONERG EFFECT**
di 26/02 (12u45-13u15) of do 21/02 (20u-20u30)
- 02 MAAGBESCHADIGING**
di 23/04 (12u45-13u15) of do 18/04 (20u-20u30)
- 03 CYP-INTERACTIES**
di 11/06 (12u45-13u15) of do 06/06 (20u-20u30)
- 04 QT-VERLENGING**
di 10/09 (12u45-13u15) of do 12/09 (20u-20u30)
- 05 NIERINSUFFICIËNTIE**
di 26/11 (12u45-13u15) of do 28/11 (20u-20u30)

	5 WEBINARS	PER WEBINAR
Leden*	€ 100 (of € 60**)	€ 25
Niet-leden*	€ 150 (of € 90**)	€ 35

*Lidmaatschap bij BAF, KAVA, KLAV of KOVAG
** Bij gebruik van KMO-portefeuille
Prijzen exclusief 21% btw

Inschrijven

www.kava.be/interacties

Na bevestiging kan je je niet meer uitschrijven. Je kan je inschrijving wel doorgeven aan een collega.

Uw pensioen op uw lijst goede voornemens?



Wacht er dit jaar niet mee!

Stort nu al op uw Aanvullend Pensioen contract.
Een eenmalige storting of een doorlopende opdracht: beslis zelf!

- 100% fiscaal aftrekbaar
- Rendement 2019: **1,00% NETTO** + eventuele winstdeelname*

Begin van het jaar storten levert één jaar extra interest op!

www.curalia.be

info@curalia.be | 02/735.80.55

Curalia, de specialist voor uw pensioen

