



## De rol van voedings- supplementen bij burn-out

NUMMER 2  
**Maart 2019**

97<sup>e</sup> jaargang  
verschijnt maandelijks  
behalve januari, juli en augustus

FARMACEUTISCH TIJDSCHRIFT

# 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](http://www.curalia.be)  
[info@curalia.be](mailto:info@curalia.be) | 02/735.80.55  
Curalia, de specialist voor uw pensioen



Curalia | Levensverzekeringsmaatschappij erkend onder nr 0809  
\* Winstdeelname is niet gegarandeerd en kan jaarlijks wijzigen.

5

DOSSIER  
Burn-out

VERENIGING

12

Medisch Farmaceutisch overleg

15

Jaarverslag 2018

20

Siilo: veilig communiceren?

24

FARMACEUTISCHE ZORG  
Interacties: complexvorming en serotonerg effect

27

VOORSCHRIFT GESTRIPT  
Correct antibioticagebruik

32

FISCAAL  
UBO-register

36

COCKTAIL  
KAVA stagedag

37

KAVA  
Agenda & personalia

## Klimaat- spijbelaars

Een editoriaal is hét moment om vooruit te blikken en te dromen van een betere toekomst. Je kan neerschrijven wat je denkt en wat je wil bereiken. Mijn vorige editoriaal heb ik gewijd aan 'samenwerking'; onder collega's maar ook onder beroepsverenigingen. Ondanks de onvermijdelijke hobbels in de weg, gaat deze samenwerking de goede richting uit. Getuige de webinars rond interacties die werden ontwikkeld door BAF, KLAV, KOVAG en KAVA samen. Ik durf te hopen dat ook jullie ondertussen de weg gevonden hebben naar samenwerking ...

Deze keer gooi ik het over een andere boeg. Aan actuele onderwerpen geen gebrek: les gilets jaunes, Aalst Carnaval, Trump, maar vooral de 'klimaatspijbelaars' vormen een inspiratiebron. Scholieren die op de barricades staan voor een betere wereld. Studenten die elke donderdag opnieuw ergens in het land betogen. Niet om een dagje vrij te hebben op school, maar wel om de politiek en maatschappij wakker te schudden. Ze eisen concrete, duidelijke, toekomstgerichte maatregelen die ervoor zorgen dat de klimaatopwarming met bijhorende schade binnen de perken blijft.

Ook binnen ons beroep is de klimaatopwarming volop bezig, waarbij de wereld rondom reeds flink opgewarmd is. Het meerjarenkader, dalende marges, online concurrentie, apotheken die moeten sluiten ... Het zijn geen eenvoudige tijden voor zelfstandige apothekers. Maar toch moeten we durven vooruitkijken en dromen. 'The future is already here', zo beschreef onze voorzitter Philippe Van Reeth in zijn nieuwjaarspeech de apotheek van 2026. Een moderne, geautomatiseerde apotheek die is uitgegroeid tot een preventie- en oriëntatiecentrum bij uitstek. Een plaats waar je terecht kan voor professioneel farmaceutisch advies, verbonden via een app en andere communicatiekanalen.

'Binnen KAVA zijn er reeds heel wat klimaatspijbelaars.'



Ze zetten zich in om ervoor te zorgen dat onze eigen klimaatopwarming niet boven de 2° Celsius gaat. Collega's die zich in hun vrije tijd inzetten om naar vergaderingen te gaan van een werkgroep, de eerstelijnszone (ELZ) of die de tijd nemen een MFO te organiseren. En hoewel het misschien niet altijd zichtbaar is aan het oppervlak, gebeurt er binnen het bestuur best heel wat. Via onze vertegenwoordigers in verschillende organisaties en talloze informele contacten, maar ook achter de schermen laten we steeds onze stem horen.

Maar om in de apotheek te werken die Philippe beschreef hebben we nog meer klimaatspijbelars nodig. Daarom roep ik iedereen, in het bijzonder jonge collega's, op om niet langs de zijkant te blijven staan. Om niet enkel op Facebook te roepen dat de temperatuur aan het stijgen is, maar ook effectief mee te denken en te doen. Het is door zelf initiatieven te nemen dat je de wereld kan veranderen.

En dan komt mijn vorig editoriaal weer kijken: samenwerken. Collega's die samenwerken zijn meer gewapend voor de toekomst. Als bestuur willen we jullie een perspectief bieden. Zo zijn we volop bezig met de ontwikkeling van een app. Daarnaast bestaat Symfonia dat de mogelijkheid biedt om apotheken beter te laten samenwerken en tenslotte willen we jullie, onze apothekers, nog meer betrekken in de strijd tegen onze klimaatopwarming. Hopelijk laten jullie je inspireren door de nieuwjaarspeech van Philippe en dit editoriaal.

Om af te sluiten wil ik nog even van de gelegenheid gebruik maken om onze twee nieuwste bestuursleden Rik en Leen welkom te heten in ons bestuur. Zij zijn al langer klimaatspijbelaar en zullen hun strijd zeker en vast nog opdrijven. En laat me toe om ook jongere collega's warm te maken om de volgende jaren in het bestuur te komen.



Apr. Silas Rydant – bestuurslid KAVA

Niet mee eens, aanvullende ideeën, 100 % akkoord ... uw reacties zijn steeds welkom op [aft@kava.be](mailto:aft@kava.be)!



## De rol van voedings-supplementen bij burn-out

Burn-out. Het is een populaire term in de omgangstaal en iedereen heeft er een mening over. Zelfs de Nederlandse cabaretier Youp van 't Hek. Niet te verwonderen, want burn-out komt overvloedig aan bod in de media (krant, radio, TV, getuigenissen van bekende Belgen ...). Helaas bestaat er voor dit syndroom nog geen officieel erkend diagnosecriterium. Het gevolg? Over burn-out circuleren veel halve waarheden en kwetsende mythes.

Gezondheidscijfers liegen niet. Volgens deze data is burn-out een psychosociale aandoening met een ernstig invaliderend karakter die bijdraagt tot de sterke stijging van langdurig zieken. Gezondheidsprofessionals en werkgevers moeten beseffen dat burn-out werkgerelateerd is. Daarom zijn het tijdig opsporen van alarmsignalen, het correct diagnosticeren, preventieve maatregelen en intense opvolging van de patiënt absoluut noodzakelijk om deze pathologie te voorkomen en te behandelen.



Figuur 1. Het aanwijzen van de oorzaak van burn-out is complex en vooral het resultaat van een samenspel tussen werksituatie, privésfeer en persoonlijke kwetsbaarheden.

De behandeling van burn-out is gericht op het herstel van de balans tussen draagkracht en draaglast bij het individu. Het stimuleren van de patiënt tot een actieve probleemoplossende houding is noodzakelijk. Voedingssupplementen vervullen een ondersteunende bijrol. Ze kunnen worden overwogen om secundaire klachten van burn-out zoals slaapproblemen of goedsschommelingen te milderen. Maar net zoals geneesmiddelen zijn voedingssupplementen nooit de oplossing voor het burn-outsyndroom.

### Nieuwe praktijkinstrumenten

Burn-out is actueel maar niet nieuw. De Duits-Amerikaanse psycholoog Herbert Freudenberger schreef het eerste artikel over dit ziektebeeld al in 1974. Na een grondige studie en analyse publiceerde Christina Maslach in 1981 de Maslach Burnout Inventory (MBI). Emeritus professor Maslach is een autoriteit op het gebied van burn-out. Meer dan 35 jaar na verschijningsdatum is de MBI nog een vaak gebruikt instrument om burn-out op te sporen.

Door het gebrek aan duidelijke diagnosecriteria en een wel omschreven problematiek is burn-out voor veel gezondheidswerkers een vaag omschreven begrip. Maar de wetenschap over burn-out staat niet stil. De kennis over en de ervaring met dit ziektebeeld zijn aanzienlijk geëvolueerd. De MBI is waardevol maar zacht uitgedrukt een beetje gedateerd. De hoogste tijd voor nieuwe meetinstrumenten om burn-out te definiëren en op te sporen.

Oorspronkelijk werd burn-out opgevat als een syndroom van drie samenhangende verschijnselen: uitputting, cynisme en competentieverlies. Deze visie komt slechts gedeeltelijk overeen met de praktijk. Door interviews af te nemen bij een 40-tal praktijkexperten kwam een onderzoeksgroep van de KULeuven (Arbeids-, Organisatie- en Personeelspsychologie) tot de conclusie dat burn-out bestaat uit vier kernsymptomen: uitputting, cognitief controleverlies, emotioneel controleverlies en mentale afstand.

Kenmerk	Uitputting	Cognitief controleverlies	Emotioneel controleverlies	Mentale afstand
<b>Klacht</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vermoeidheid</li> <li>Op en leeg voelen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geheugen ↓</li> <li>Aandacht ↓</li> <li>Concentratie ↓</li> <li>Prestaties ↓</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Heftige emotionele reacties (woede, huilbuien)</li> <li>Lage tolerantiegrens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Terugtrekking uit de werksituatie</li> </ul>

Tabel 1. De vier kernsymptomen van burn-out volgens een onderzoeksgroep van de KULeuven (Desart et al. 2017).

Naast de kernsymptomen worden ook een aantal bijkomende symptomen geïdentificeerd zoals depressieve en spanningsklachten. Deze symptomen zijn niet typisch voor burn-out maar eerder een gevolg van opgestapelde stress door de kernsymptomen. Depressieve klachten en spanningsproblemen zijn vaak de eerste redenen om professionele hulp te zoeken.

SECUNDAIRE KLACHTEN BIJ BURN-OUT		
Depressieve klachten	Spanningsklachten	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sombere stemming</li> <li>Schuldgevoelens</li> <li>Gebrek aan levenslust</li> <li>Moeilijk plezier ervaren</li> <li>Suïcidale neigingen</li> </ul>	<p><b>Psychosomatisch</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hartklachten</li> <li>✓ Ademhalingsproblemen</li> <li>✓ Maagpijn</li> <li>✓ Darmproblemen</li> <li>✓ Pijnklachten</li> <li>✓ Malaise</li> </ul>	<p><b>Gedragsmatig</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Insomnia</li> <li>✓ Piekeren</li> <li>✓ Angstaanvallen</li> </ul>

Tabel 2. Secundaire klachten bij burn-out zijn vaak de redenen om professionele hulp te zoeken.

## Risicofactoren

Werkgerelateerde, individuele en sociale factoren hebben een invloed op het ontstaan van burn-out. Verschillende auteurs zijn van mening dat een prestatiegericht maatschappijmodel een zeer belangrijke bron is van burn-out. Volgens de meeste onderzoeken speelt de werksituatie zelfs een grotere rol bij de ontwikkeling van burn-out dan de individuele kenmerken (kwetsbaarheden).

De factor werk is niet beperkt tot betaalde arbeid. Werk is elke gestructureerde en doelgerichte activiteit in een verplicht karakter. Dus ook studies, vrijwilligerswerk, sporten in competitieverband tot zelfs de dagelijkse waslijst met huishoudelijke taken behoren tot de 'werksfeer'.

Door een tekort aan prospectieve studies is het onmogelijk om een oorzakelijk verband te leggen tussen de verschillende factoren (werk, individu, sociaal) en het ontstaan van burn-out. Elk associatie is vatbaar voor interpretatie. Bovendien kan elke factor een risico, een oorzaak of een gevolg van burn-out zijn.

### Gelimiteerd overzicht met mogelijke risicofactoren voor burn-out

- ✓ Toegenomen tijdsdruk: opstapelende rollen en taken die moeten worden uitgevoerd.
- ✓ Individualisering: traditioneel sociaal weefsel verdwijnt langzaam, sociale relaties berusten eerder op concurrentie dan op solidariteit.
- ✓ Digitalisering van de leefwereld (email, sociale media ...): continu wordt een onmiddellijke reactie verwacht.
- ✓ Prestatiedruk: steeds meer en beter presteren zowel op het werk als in de vrije tijd.
- ✓ De macht van het meten: kwantiteit op de werkvloer primeert op kwaliteit.
- ✓ Ideologie van zelfmanagement: elke persoon is verantwoordelijk voor zichzelf (financieel, relationeel, opleiding, gezondheid).
- ✓ Persoonlijke kwetsbaarheid.
- ✓ Moeite hebben met de complexe en veeleisende maatschappij.
- ✓ Passieve of vermijdende copingstijl: goed willen doen voor anderen, geen nee kunnen zeggen.
- ✓ Thuiswerkers.
- ✓ Alleenstaanden.
- ✓ Lage sociaal-economische status.
- ✓ Ouder dan 50 jaar.

Conclusie? Geen enkele factor met uitzondering van werkdruk (werklust) kan het ontstaan van burn-out verklaren. Werkdruk verwijst naar de *subjectieve ervaring* dat de draaglast hoger is dan de draagkracht. Noch leeftijd noch geslacht blijken een uitlokkende factor te zijn. Wanneer oudere werkenden uitvallen, is hun herstelperiode langer. Afhankelijk van de context waarin ze voorkomen kunnen persoonlijkheidskenmerken beschermend of faciliterend werken.

## Differentiaal diagnose

Uitputting, gemoedsschommelingen en andere klachten zijn niet beperkt tot het burn-out syndroom. Omdat er geen officieel diagnosecriterium voor burn-out bestaat, steunt de vaststelling op een medische uitsluitingsdiagnose na complete evaluatie van het psychisch en lichamelijk functioneren van de patiënt. Ook screening naar organische ziektebeelden (bv. hypothyroïdie) met een vergelijkbaar klachtenpatroon is nodig.

### Stress

- Direct gevolg van professionele stressfactoren.
- Zin van het werk staat niet centraal.
- Is tijdelijk of chronisch.
- Kan elke werknemer treffen.
- Gaat niet noodzakelijk gepaard met negatieve houdingen t.o.v. anderen.
- De sociale steun en copingstrategieën kunnen bemiddelen tussen stress en burn-out.

### Depressie

- Emotionele uitputting en prikkelbaarheid.
- Raakt alle aspecten van het leven.
- Gekenmerkt door een verlies van interesse en levenslust.
- Lager zelfbeeld, doemdenken, minder vitaliteit.
- Een voorgeschiedenis van depressie kan een burn-out in de hand werken.

### Fibromyalgie

- Veroorzaakt door een lange blootstelling aan stress.
- Pijn in spieren en botten.
- Niet veroorzaakt door het werk.

### Chronische vermoeidheid

- Algemene vermoeidheid.
- Duikt op na een psychische spanning of langdurige stress.
- Niet systematisch veroorzaakt door het werk.

### Werkverslaving

- Enorm veel tijd doorbrengen op het werk.
- Moeilijk afstand nemen van het werk.
- Werk afleveren dat verder gaat dan de verwachting van de opdrachtgever.
- Privéleven lijdt onder de werkijsver.
- Belangrijk van het werk en de overmatige betrokkenheid kan leiden tot een burn-out door uitputting van de energiereserves.

### Burn-out

- Belangrijke rol van de zin van het werk in het opduiken van het syndroom.
- Gevolg van langdurige, aanhoudende stress.
- Treft vooral mensen die het werk heel belangrijk vinden.
- Negatieve houding en gedrag t.o.v. collega's, klanten, patiënten ...
- Cynisme.

### Burn-out

- Emotionele uitputting en prikkelbaarheid.
- Specifiek gebonden aan het werk.
- Behoud van interesse in de aspecten van het leven die geen verband houden met het werk.
- Beter zelfbeeld en realisme, meer vitaliteit dan bij een depressie.
- Een burn-out kan afglijden in een depressie.

### Burn-out

- Veroorzaakt door een lange blootstelling aan stress.
- Fysieke pijn is geen centraal symptoom.
- Doet zich voor op het werk.

### Burn-out

- Emotionele vermoeidheid.
- Duikt op na een psychische spanning of langdurige stress.
- Gebonden aan het werk.

### Burn-out

- Treft personen die hoge verwachtingen hebben van hun werk.
- Typische uitputting niet het gevolg van een sterke betrokkenheid bij het werk.

Tabel 4. Momenteel bestaat er voor burn-out geen officieel erkend diagnosecriterium. Tijdens de anamnese is het nodig om andere (fysieke, psychische ...) ziektebeelden uit te sluiten.



## Behandelingsstrategie

Burn-out is een alarmsignaal om een niet-duurzame levenswijze op te geven. Gevolg? Elke behandelingsstrategie moet ingrijpen op de werksituatie, op de persoonlijke sfeer en bevat verschillende vormen van psychotherapie (bv. cognitieve gedragstherapie, relationele vaardigheden, ontspanningsoefeningen zoals yoga en qi gong, mindfulness). Het is de enige mogelijkheid voor het individu om uit te rusten, erbovenop te komen, na te denken, weer zin te krijgen in het leven en opnieuw aan de slag te gaan.

De begeleiding van een patiënt met burn-out moet gebeuren door een professional met klinische expertise van het werkmilieu en de psychodiagnostiek. Elke individuele interventie volgt een multidimensionele aanpak. Het klinische beeld van een burn-out is complex. Daarom is het onmogelijk om op elke vorm van burn-out dezelfde interventiestrategie toe te passen.

Ook eenvoudige maatregelen dragen hun steentje bij. Matige sportbeoefening aangepast aan de fysieke mogelijkheden van de patiënt zijn een essentieel onderdeel van elke burn-out therapie. Bewegen helpt stress verminderen, brengt structuur in de dag en vult andere behandelingen aan. In principe zijn alle sporten van toepassing maar de voorkeur gaat uit naar die met weinig kans op lichamelijk letsel of gewrichtsschade (bv. wandelen, zwemmen ...).

Medicamenteuze interventies (bv. antidepressiva, benzodiazepines) hebben in principe geen plaats in de behandeling van burn-out en worden door de huidige richtlijnen ook niet aangeraden. Het risico bestaat dat de patiënt de verbetering van het klachtenpatroon toeschrijft aan het geneesmiddel en niet aan zijn eigen kunnen en kracht. In een crisissituatie kunnen farmacologische behandelingen overwogen worden.

## Klinische relevantie voedingssupplementen

Tijdens de behandeling van burn-out spelen voedingssupplementen een ondersteunende rol om secundaire klachten (slapeeloosheid, spijsverteringsproblemen, gemoedsschommelingen, verminderde stressweerstand) aan te pakken.

De lijst met potentiële interventies is reusachtig en varieert van vitaminen, mineralen, fytotherapeutica tot en met andere nutraceuticals zoals melatonine, SAMe, tryptofaan, spijsverteringsenzymen en probiotica.

Het is een onmogelijke opdracht om deze allemaal op een overzichtelijke en voor de praktijk bruikbare manier op te lijsten in dit artikel. Alleen plantaardige interventies (als monotherapie) bestudeerd in gerandomiseerde klinische studies en in relatie met de belangrijkste secundaire klachten van burn-out (slaapstoornissen, depressieve stemming en vermoeidheid) werden weerhouden.

Toegegeven dat het een extra inspanning vraagt om dit te controleren maar adviseer alleen voedingssupplementen waarvan de fabrikant kan aantonen dat een equivalente samenstelling en dosering van het voedingssupplement werd getest in humane studies. Alleen die hebben een plaats binnen de farmaceutische zorg.



Figuur 2. Eenvoudige bewegingsoefeningen (bv. wandelen) zijn een belangrijk onderdeel van elke burn-out behandeling.



### DEPRESSIEVE STEMMING

Plant	Kwaliteitscontrole en posologie
<b>Saffraan</b> ( <i>Crocus sativus</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• extract van zuivere (100 %) saffraanstampers</li> <li>• standaardisatie: crocine, picrocrocine of safranal</li> <li>• 30 - 100 mg saffraan per dag</li> </ul>
<b>Sint-Janskruid</b> ( <i>Hypericum perforatum</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• extracten gebruikt in klinische studies: LI-160, LoHyp-57, STW3, STW3-VI, WS 5570, WS 5572 en ZE 117</li> <li>• standaardisatie: hyperforine of hypericine</li> <li>• equivalent van 900 - 1000 mg gedroogd kruid per dag</li> </ul>

### SLAAPPROBLEMEN

Plant	Kwaliteitscontrole en posologie
<b>Valeriaan</b> ( <i>Valeriana officinalis</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• equivalent van 300 mg - 2 g wortel een half uur voor het slapen gaan</li> <li>• standaardisatie: valereenzuur</li> <li>• vooral nuttig bij inslaapproblemen</li> </ul>
<b>Passiebloem</b> ( <i>Passiflora incarnata</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• equivalent van 500 mg - 2 g gedroogd kruid (bovengrondse delen) een half uur voor het slapen gaan</li> <li>• standaardisatie: vitexine</li> <li>• vooral nuttig bij doorslaapproblemen</li> </ul>

### VERMOEIDHEID (FYSIEK, MENTAAL)

Plant	Kwaliteitscontrole en posologie
<b>Rozenwortel</b> ( <i>Rhodiola rosea</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• droog wortelextract (DER 1,5-5:1) op basis van ethanol (67-70 % V/V)</li> <li>• standaardisatie: rosavine</li> <li>• 144 - 200 mg per dosis met een maximale dagdosis van 400 mg</li> </ul>
<b>Ginseng</b> ( <i>Panax ginseng</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• standaardisatie: ginsenosiden</li> <li>• witte ginseng: equivalent van 250 mg - 2 g wortelpoeder/dag</li> <li>• rode ginseng: equivalent van 600 mg - 1,8 g wortelpoeder/dag</li> </ul>



## Samenvatting

Burn-out is een werkgerelateerde psychosociale aandoening met een ernstig invaliderend karakter die bijdraagt tot de sterke stijging van langdurig zieken. Daarom zijn het tijdig opsporen van alarmsignalen, het correct diagnosticeren, preventieve maatregelen en intense opvolging van de patiënt absoluut noodzakelijk om deze pathologie te voorkomen en te behandelen.

Volgens een nieuwe expertvisie bestaat burn-out uit vier kernsymptomen: uitputting, cognitief controleverlies, emotioneel controleverlies en mentale afstand. Naast die kernsymptomen worden ook een aantal bijkomende symptomen geïdentificeerd zoals depressieve en spanningsklachten. Gemoedsschommelingen, vermoeidheid en slapeloosheid zijn vaak de eerste redenen om professionele hulp te zoeken.

Kortom: wanneer iemand in de apotheek langdurige klachten (enkele maanden) heeft van slapeloosheid, vermoeidheid, futloosheid of sombere stemming moet je die persoon altijd doorverwijzen naar de huisarts. De huisarts op zijn beurt zal doorverwijzen naar gespecialiseerde gezondheidsprofessionals (zoals psychologen). De aanpak van burn-out is altijd multidisciplinair.

Ook is burn-out een alarmsignaal om een niet-duurzame levenswijze op te geven. Een succesvolle behandelingsstrategie grijpt in op de werksituatie, op de persoonlijke sfeer en bevat verschillende vormen van psychotherapie (bv. cognitieve gedragstherapie, relationele vaardigheden, ontspanningsoefeningen zoals yoga en qi gong, mindfulness).

Tijdens de behandeling van burn-out spelen voedingssupplementen een ondersteunende rol om secundaire klachten (slapeloosheid, spijsverteringsproblemen, gemoedsschommelingen, verminderde stressweerstand) aan te pakken. Alleen voedingssupplementen waarvan de fabrikant kan aantonen dat een equivalente samenstelling en dosering van het voedingssupplement werd getest in humane studies hebben een plaats binnen de farmaceutische zorg.

## Referenties

- Advies van de Hoge Gezondheidsraad nr 9339. Burn-out en werk. 2017.
- Arring NM, Millstine D, Marks LA, Nail LM. Ginseng as a Treatment for Fatigue: A Systematic Review. *J Altern Complement Med.* 2018 Jul;24(7):624-633.
- Bent S, Padula A, Moore D, Patterson M, Mehling W. Valerian for sleep: a systematic review and meta-analysis. *Am J Med.* 2006 Dec;119(12):1005-12.
- Community herbal monograph on Panax ginseng C.A.Meyer, radix. EMA/HMPC/321233/2012.
- Community herbal monograph on Passiflora incarnata L., herba. EMA/HMPC/669740/2013.
- Community herbal monograph on Rhodiola rosea L., rhizoma et radix. EMA/HMPC/232091/2011.
- Cropley M, Banks AP, Boyle J. The Effects of Rhodiola rosea L. Extract on Anxiety, Stress, Cognition and Other Mood Symptoms. *Phytother Res.* 2015 Dec;29(12):1934-9.
- Desart, S., Schaufeli, W.B., & De Witte, H. Op zoek naar een nieuwe definitie van burn-out. 2017. [www.kuleuvenblogt.be](http://www.kuleuvenblogt.be)

- European Union herbal monograph on Hypericum perforatum L., herba (traditional use). EMA/HMPC/45508/2017.
- European Union herbal monograph on Valeriana officinalis L., radix. EMA/HMPC/150848/2015.
- Hulme K, Safari R, Thomas S, Mercer T, White C, Van der Linden M, Moss-Morris R. Fatigue interventions in long term, physical health conditions: A scoping review of systematic reviews. *PLoS One.* 2018 Oct 12;13(10):e0203367.
- Hung SK, Perry R, Ernst E. The effectiveness and efficacy of Rhodiola rosea L.: a systematic review of randomized clinical trials. *Phytother Res.* 2011 Feb 15;18(4):235-44.
- Ishaque S, Shamseer L, Bukutu C, Vohra S. Rhodiola rosea for physical and mental fatigue: a systematic review. *BMC Complement Altern Med.* 2012 May 29;12:70.
- Kim HG, Cho JH, Yoo SR, Lee JS, Han JM, Lee NH, Ahn YC, Son CG. Anti-fatigue effects of Panax ginseng C.A. Meyer: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *PLoS One.* 2013 Apr 17;8(4):e61271.
- Ng QX, Venkatanarayanan N, Ho CY. Clinical use of Hypericum perforatum (St John's wort) in depression: A meta-analysis. *J Affect Disord.* 2017 Mar 1;210:211-221.
- Ngan A, Conduit R. A double-blind, placebo-controlled investigation of the effects of Passiflora incarnata (passionflower) herbal tea on subjective sleep quality. *Phytother Res.* 2011 Aug;25(8):1153-9.

- NHG-Standaard Overspanning en burn-out.
- Punja S, Shamseer L, Olson K, Vohra S. Rhodiola rosea for mental and physical fatigue in nursing students: a randomized controlled trial. *PLoS One.* 2014 Sep 30;9(9):e108416.
- Ravindran AV, Balneaves LG, Faulkner G, Ortiz A, McIntosh D, Morehouse RL, Ravindran L, Yatham LN, Kennedy SH, Lam RW, MacQueen GM, Milev RV, Parikh SV. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 5. Complementary and Alternative Medicine Treatments. *Can J Psychiatry.* 2016 Sep;61(9):576-87.
- Sarris J. Herbal medicines in the treatment of psychiatric disorders: 10-year updated review. *Phytother Res.* 2018 Jul;32(7):1147-1162.
- Shafiee M, Arekhi S, Omranzadeh A, Sahebkar A. Saffron in the treatment of depression, anxiety and other mental disorders: Current evidence and potential mechanisms of action. *J Affect Disord.* 2018 Feb;227:330-337.
- Tóth B, Hegyi P, Lantos T, Szakács Z, Kerémi B, Varga G, Tenk J, Pétervári E, Balaskó M, Rumbus Z, Rakonczay Z, Bálint ER, Kiss T, Csopor D. The Efficacy of Saffron in the Treatment of Mild to Moderate Depression: A Meta-analysis. *Planta Med.* 2019 Jan;85(1):24-31.

Dr. Apr. Geert Vergote

Gastprofessor associatie KULeuven - Directeur Verno Scientific BVBA



# Zaffranax®

## Positief humeur & Emotioneel evenwicht

Een synergetisch nutri-complex op basis van gestandaardiseerd saffraanextract, vitamines B en magnesium.



Voor gebruik bij emotionele periodes<sup>1</sup>, bij stress<sup>2</sup> & professionele vermoeidheid<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Saffraan helpt het emotioneel evenwicht te bevorderen en een positieve instelling te behouden. <sup>2</sup> Foliumzuur draagt bij aan een gezonde psychologische functie inclusief aan de weerstand tegen stress en helpt vermoeidheid te verminderen.



# Medisch Farmaceutisch Overleg – vier jaar later



Huisarts en huisapotheker zijn medische professionals die goed opgeleid zijn om medicatie voor te schrijven en af te leveren. Desondanks blijven er (onvoorziene) geneesmiddel gerelateerde problemen optreden die kunnen leiden tot hospitalisatie en zelfs overlijden. Denk maar aan therapieontrouw, geneesmiddeleninteracties en verkeerd gebruik van medicatie (te hoge/lage dosis, onder- en overgebruik). De huisarts en huisapotheker hebben een gedeelde verantwoordelijkheid om dit risico te verminderen. Samenwerken blijkt in de praktijk echter niet eenvoudig, om uiteenlopende redenen. Een professionele structuur voor interprofessionele communicatie en overleg is nodig, maar ook gezamenlijke opleidingen en tenslotte, het onderling vertrouwen. Om die reden werd het interprofessioneel overleg in België in het leven geroepen, het Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO).

## MFO, wat is dat nu weer?

In april 2015 werd een wettelijk kader gecreëerd waardoor artsen en officina-apothekers lokaal, in kleine groep, gestructureerd overleg kunnen organiseren. Dit kan op gemeentelijk vlak, maar ook op kring- of LOK-niveau plaatsvinden. Hierbij wordt de samenwerking gestimuleerd met als doel de (geneesmiddel gerelateerde) zorg te verbeteren voor de patiënt. Deze samenwerking wordt ook wel 'Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO)' genoemd. De focus binnen het MFO ligt op **'het rationeel voorschrijven, het afleveren en het veilig gebruik van geneesmiddelen.'**

Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO) stelt je met andere woorden in staat om lokaal met huisartsen en apothekers vooraf vastgelegde problemen bespreekbaar te maken. Dit gebeurt in een fysiek overleg, waaruit mogelijke, praktijkgerichte oplossingen geformuleerd worden. Het RIZIV stelt verschillende 'kwaliteit bevorderende' programma's ter beschikking. Dit zijn kant-en-klare pakketten rond diverse thema's waarover u lokaal zelf een MFO

of 'lokaal project' kan organiseren. Per MFO of lokaal project stelt het RIZIV tot € 2500 ter beschikking.

Surf naar onze website [www.medischfarmaceutischoverleg.be](http://www.medischfarmaceutischoverleg.be) voor meer info.

**'De meerwaarde van een MFO is dat we de patiëntenzorg kunnen optimaliseren door de expertise van de arts en apotheker samen te brengen.'**

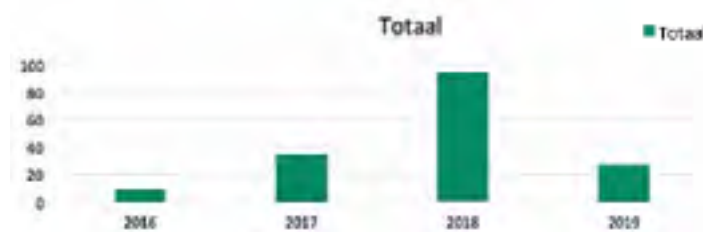
*Dr. Peter Dieleman (Mortsel)*

## Hoever staat het MFO nu?

Alle begin is moeilijk. Om diverse redenen werden in de eerste twee jaar na het KB slechts 9 MFO's of 'lokale projecten' georganiseerd. In 2017 waren het er 34, in 2018 is dit aantal gestegen naar 94. Dit jaar zijn er al 27 MFO's georganiseerd wat het totaal in België op 164 brengt (Vlaanderen 133; Wallonië 31). Oost-Vlaanderen bezet de eerste plaats met 40 lokale projecten, Antwerpen volgt op een mooie tweede plaats met 32 projecten. Bij navraag blijkt dat er nog eens vijf projecten in de steigers staan en iets doet ons vermoeden dat het daarbij niet blijft in Antwerpen. We blijven immers volop inzetten zodat er in jouw gemeente of buurt ten minste één MFO wordt georganiseerd in 2019. Daarom gaan we de komende maanden langs bij de verantwoordelijken van de eerstelijnszones om hen te informeren en te sensibiliseren. Maar ook jij, als individuele apotheker, kan bij ons terecht met al jouw vragen!

**'Het was een geslaagde, leerrijke avond met positieve feedback van collega's.'**

*Apr. Katrien Verlinden (Merksem)*



Tabel 1. Aantal MFO's in België

**'Het MFO is zeer goed verlopen. We zijn geslaagd in ons opzet. Alvast enorm bedankt voor de opvolging!'**

*Apr. Wim Van Hulst (Ekeren)*

## Welke onderwerpen zijn er zoal?

Het RIZIV stelt verschillende kwaliteit bevorderende programma's ter beschikking, waaruit u kan kiezen. Het meest populaire blijkt 'Multidisciplinaire aanpak van chronische nierinsufficiëntie (CNI)', dat 22 keer werd georganiseerd. Polyfarmacie, interacties, magistraal en diabetes vervolledigen de top 5. Naast deze top 5 hebben KAVA en Domus Medica andere interessante programma's uitgewerkt zoals TNF-remmers, DOAC of huisapotheker. Vóór de zomer verwachten we ook een nieuwe lading onderwerpen waaronder rationeel gebruik van opioïden, vaccinatie en antibiotica. Aan inspiratie geen gebrek!

**'We hebben gekozen voor de DOAC omdat het thema duidelijk afgebakend en beheersbaar is. Met specifieke problemen (dosisverlaging, interacties) die klinische gevolgen kunnen hebben. Net daarom zijn zijn goede afspraken tussen huisarts en huisapotheker noodzakelijk.'**

*Dr. Etienne Cooreman (Hofstade)*

## Hoe pak je het aan?

De eerste keer een MFO organiseren neemt best wat voorbereiding in beslag. Je moet bijvoorbeeld op voorhand met de arts het onderwerp en doelstellingen bepalen en de aanvraag indienen. Daarnaast zijn er een aantal praktische zaken waarmee je rekening moet houden: wie nodig je uit (gemeente, nabije collega's ...), wanneer laat je het plaatsvinden, wie zal de avond modereren ... Ook achteraf moet er een verslag gemaakt worden. Om het jullie zo eenvoudig mogelijk te maken, bieden we vanuit KAVA volledige ondersteuning bij het volledige proces. We zorgen er eveneens voor dat de accreditatie en financiering in orde worden gebracht.

**'Door de ondersteuning van Domus Medica en KAVA hadden we wel het gevoel alles onder controle te hebben. Zo kregen we tijdens de train-the-trainer opleiding een inhoudelijke training en mochten we de powerpoint presentaties gebruiken. Ook bij de aanvraag en het verslag konden we steeds op ondersteuning rekenen, wat toch wel een hele hulp is.'**

*Apr. Astrid Van Wilder (Hofstade)*

Ook inhoudelijk zorgen we ervoor dat jullie op ons kunnen rekenen. Voor elk programma dat we zelf hebben ontwikkeld, organiseren we meerdere train-the-trainer sessies. Opleidingen voor artsen en apothekers om enerzijds de inhoudelijke kennis bij te spijkeren en anderzijds tips&tricks te geven om zelf een MFO te organiseren. Daarnaast komen we graag tot bij jullie om alles toe te lichten.

**'Ik wist niet wat een MFO was en hier werd toch de juiste informatie gegeven, in correcte taal.'**

*Dr. Marc Van Duffel (Lommel)*



**'Alvast bedankt voor de duidelijke info via e-mail en de goede les van daarstraks! Het zat echt goed in elkaar en was kort en duidelijk. Waren de lessen/infoavonden altijd maar zo. Ook de arts van ons dorp die mee was, vond het écht goed!'**

*Apr. Geertrui Put (Loksbergen)*

## Waar willen we naartoe?

Voor interprofessioneel overleg op een 'hoger niveau' wordt vaak naar Nederland gekeken. Daar wordt dit farmacotherapeutisch overleg (FTO) genoemd. In België zijn we echter nog maar de eerste stapjes aan het nemen in het overleg tussen huisarts en officina-apotheker. Het komt geregeld voor dat lokale artsen en apothekers elkaar enkel kennen van aan de telefoon. Daar moet verandering in komen als de zorg echt verbeterd moet worden.

In een ideale wereld ...

- bestaan er officiële, vaste 'MFO-groepen' (geografisch en regionaal bepaald). Zij komen één tot twee keer per jaar samen om de kwaliteit van zorg te verbeteren.
- zijn er 'indicatoren' bepaald, waaraan de kwaliteit van zorg kan gemeten worden. De indicatoren mogen echter geen doel op zich worden, maar moeten een basis vormen voor het gezond verstand.
- worden deze indicatoren automatisch gemonitord, ter beschikking gesteld per regio en vergeleken per regio.
- valt het MFO binnen de permanente vorming voor zowel huisarts als apotheker.
- worden er financiële middelen ter beschikking gesteld van deze MFO-groepen, om alles te organiseren, te coördineren en op te volgen.

## FAQ's

### Wie kan/mag een MFO organiseren?

Elke arts of apotheker kan in principe een MFO organiseren. De aanvraag moet echter wel samen worden ingediend. Meer en meer zien we dat artsen vanuit hun LOK (verplichte navorming) zelf een MFO organiseren. Probeer daarom in overleg te gaan met de LOK-verantwoordelijke van de huisartsen in jullie buurt. Informeer ook steeds je collega's uit de buurt, misschien willen ze wel helpen met te organiseren.

### Hoeveel deelnemers moeten er zijn?

Momenteel is er geen wettelijk minimum bepaald, maar probeer te mikken op een groep tussen de 15 en 25 deelnemers. Zo blijft het nog voldoende interactief en bereik je toch heel wat collega's.

### Wat is een erkende moderator?

Momenteel kan iedereen zelf een MFO modereren, de term 'erkende moderator' bestaat dus niet. We raden echter zeer sterk aan om, ten einde het MFO succesvol te laten verlopen, een getrainde moderator in te huren. Of je kan zelf een train-the-trainer volgen, dan ben je perfect in staat om zelf een MFO te leiden.

### Hoe wordt de moderator betaald?

De moderator moet steeds een onkostennota of factuur opmaken. Hij/zij kan deze ofwel rechtstreeks naar het RIZIV sturen, ofwel naar de organisator van het MFO, die het dan doorsturen naar het RIZIV.

### Waarvoor kan ik bij KAVA terecht?

Voor zo goed als elke stap bij het organiseren van een MFO. Heb je interesse? Vul dan het online formulier in op de website [www.medischfarmaceutischoverleg.be/ondersteuning](http://www.medischfarmaceutischoverleg.be/ondersteuning) en we contacteren je zo spoedig mogelijk.

Apr. Silas Rydant – Meduca



# KAVA-jaarverslag 2018

Op de algemene vergadering van 26 februari l.l. was het, na vele jaren met collega Dirk Olyslager, nu aan de 'nieuwe' secretaris van de vereniging om het jaarverslag toe te lichten. Kris Deckers nam na de verkiezing vorig jaar die rol inderdaad over en Dirk werd ondervoorzitter.

Voorwaar geen makkelijke taak: een heel jaar vatten in enkele beelden en actiepunten, is bij voorbaat al een onmogelijke opdracht of verloren zaak. Want door te kiezen, doe je onrecht aan al het werk dat dagelijks door collega's in de officina gebeurt, of medewerkers op KAVA in hun reguliere taken om de apotheker te ondersteunen rond tarifiering, fiscaliteit, IT, opleidingen, personeelszaken, groepsaankopen en communicatie ... maar toch een beetje onder de radar verdwijnt. Omdat we in een jaaroverzicht nu eenmaal bepaalde klemtonen moeten leggen.

## The proof of the pudding ...



Eind 2017 formuleerde het KAVA bestuur deze nieuwe 'visie':

'KAVA geeft me de zekerheid dat ik aangesloten ben bij een moderne netwerkorganisatie die voortdurende innovatieve en vooruitstrevende doelen definieert. Op basis hiervan reikt KAVA me de nodige tools aan om mijn maatschappelijke relevantie te versterken, mijn verantwoordelijkheid op te nemen en mijn rol als apotheker te laten evolueren. KAVA doet dit door mij een

proactieve, nabije dienstverlening aan te bieden, met een rechtstreekse, wederkerige betrokkenheid.'

Toegegeven, daaruit straalt heel wat ambitie, misschien wat Antwerpse hoogmoed. En toch hopen we dat we het afgelopen jaar op verschillende terreinen en domeinen die missie effectief in de praktijk hebben omgezet. 'The proof of the pudding is in the eating'. Laten we de lakmoesproef toepassen in dit jaarverslag.

Een beroepsvereniging voor apothekers die anno 2019 relevant wil zijn, moet (1) durven investeren, (2) een voortrekkersrol blijven spelen in farmaceutische zorg, (3) dikwijls alert zijn en kort op de bal spelen, (4) blijven vernieuwen en (5) strategisch denken. Zo heb ik ook meteen de vijf pijlers opgesomd waaraan ik dit overzicht heb opgehangen.

## Durven investeren



Een kunstig schilderij om de eerste pijler te illustreren. Voor de liefhebbers onder ons: Van Gogh met 'De zaaier'. Om relevant te blijven moet je als beroepsvereniging durven investeren: regelmatig nieuwe zaadjes inplanten, ze oogsten wanneer ze rijp zijn en dan opnieuw beginnen telen. Van Gogh stierf arm, de parallel gaan we dus niet helemaal doortrekken. KAVA heeft de voorbije jaren flink geïnvesteerd in mensen en middelen. Dan is het ook leuk om daarvan de vruchten te kunnen plukken. Enkele concrete voorbeelden ...



In 2018 vond eindelijk de officiële opening van het **KAVA congrescentrum** plaats. De bloed, zweet en tranen die het project ons gekost hebben, zijn we gelukkig al deels vergeten. Na een plechtige opening in juni met heel wat vooraanstaande mensen uit de politiek en onze sector en – amper twee weken later – een schitterend feest voor alle collega's, zijn de zalen eindelijk in gebruik. En of ze gebruikt worden! De vergaderzalen, het auditorium, de tuinzaal, Mortier 1&2 zijn al vaste begrippen geworden. Leden hebben vlot de weg gevonden naar hun nieuwe thuis, gelukkig nog steeds op hetzelfde adres. Maar ook heel wat nieuwe huurders, uit de medische wereld en daarbuiten, genieten van de professionele infrastructuur. Dit huis heeft een prachtige fundering en een mooie toekomst.

Samenwerking was al een van de pijlers bij onze 175-jarige viering, straks tien jaar geleden. Dat vertaalde zich het voorbije jaar in concrete **operationele akkoorden** met de collega's van **Oost-Vlaanderen, Limburg en Vlaams Brabant**. Doelstelling is om onze leden en klanten nog beter te ondersteunen: zowel kwalitatief als kwantitatief. Zonder onze lokale klemtoon en eigenheid te verliezen natuurlijk. Het werd concreet in de nauwere contacten rond samenwerking met de tarifieringsdiensten, waarbij KAVA de lead blijft nemen met eigen tarifieringssoftware die voor verschillende diensten draait. Maar natuurlijk ook en vooral in de opleidingen die binnenkort op verschillende locaties gegeven zullen worden aan dezelfde tarieven. Zo was er al een uitgebreid gemeenschappelijk stagecomité tot tevredenheid van de vier universiteiten en komen er later dit jaar ook opleidingen aan rond interacties, detectie kwetsbaren en 'time and lean management'. Ook in de groepsaankopen gaan we op zoek naar nog betere dienstverlening en tarieven en tegelijk een nieuw aanbod.

Het feit dat we al enkele jaren in een goede verstandhouding 'samenwonen' met **Domus Medica** in de Lange Leemstraat leidt ook tot een vruchtbare samenwerking. Samen met de artsen werden het voorbije jaar enkele MFO-pakketten ontwikkeld die goedgekeurd werden door het RIZIV en klaar voor gebruik zijn. We stelden ook een gebruiksvriendelijke website op en bieden dito ondersteuning aan voor arts én apotheker. Meer info hierover in het artikel in dit AFT (p. 12-14). De invoering van het GGG diabetes was een nieuwe belangrijke stap richting de rol van apotheker binnen farmaceutische zorg, maar net daarvoor hadden (en hebben) we die arts ook nodig als voorschrijver. We organiseerden eind mei een gemeenschappelijke infoavond over diabetes, de rol van het GGG en een aanbod rond MFO. Laten we daarvan meteen een traditie maken, in mei 2019 plannen we een gelijkaardig initiatief rond opioïden.

Tenslotte is ook de **eerstelijnswerking** een pijler waarop we de voorbije jaren stevast hebben ingezet. Nu de regionale indeling in eerstelijnszones eindelijk afgerond is, zijn we fier te kunnen stellen dat onze apothekers in elke regio een belangrijke rol spelen in veranderteam en/of –forum. Maar net hier is het onze rol

om die collega-apothekers volop te ondersteunen in die heel belangrijke taak die doorgaans volledig vrijwillig en onbaatzuchtig opgenomen wordt. Dat doen we door hen op te leiden in vergaderstechnieken, ervaringen te laten uitwisselen, sprekers vanuit de Vlaamse overheid uit te nodigen en hun lokale activiteiten en projecten zoveel mogelijk inhoudelijk en financieel te ondersteunen.

## Voortrekkersrol in farmaceutische zorg



Ook voor de tweede pijler zoeken we voor de achtergrond onze inspiratie bij kunst van onze Noorderburen. De apotheek van Anton Pieck doet in niets denken aan de farmaceutische zorg die tegenwoordig zo'n centrale rol vervult. Maar de rol van farmaceutisch geschoold vertrouwenspersoon blijft nog wel geldig. De kloof die wel eens verondersteld wordt te bestaan tussen theorie en praktijk, als het op farmaceutische zorg aankomt, hebben we ook het voorbije jaar steeds meer overbrugd.

De cyclus '**medication review**' wordt het voorbije jaar hernomen, met enkele inhoudelijke wijzigingen, maar evenveel enthousiasme bij een nieuwe lading cursisten. Ondertussen tellen we bijna 50 apothekers die een grondige scholing volgden rond alle aspecten die met zo'n review te maken hebben en in staat zijn een geprotocolleerd gesprek te voeren in het kader van medication review. Hierop blijven inzetten, zulke cursussen blijven aanbieden en tegelijk ijveren voor een billijke vergoeding. Het blijft een van de speerpunten van het KAVA bestuur en onze dagelijkse werking.

Vanuit de praktijk reiken we de hand naar de academische wereld en omgekeerd. Collega Anneleen Robberechts wordt vanaf vorig jaar parttime vrijgesteld door KAVA om aan een **doctoraat** te werken rond farmaceutische zorg en medication review. Een boeiende kruisbestuiving vanuit de praktijk en degelijk ondersteund door de Universiteit Antwerpen en de Vrije Universiteit Brussel. Dat heet dan langetermijndenken.

Maar ook de **opfriscursus farmacologie** gooide hoge ogen. Nochtans was ook dit een beredeneerde gok, want laat je die materie niet beter over aan de specialisten? Andermaal bleek de keuze om de lessen te laten geven door collega's uit de praktijk, wetenschappelijk en inhoudelijk ondersteund door specialisten en deskundigen uit de academische wereld, een juiste zet. Ongeveer 50 personen volgden in het voorjaar de webinars rond vier pathologieën en in het najaar evenveel avondlessen in september. Een formule die we in 2019 zullen herhalen, maar met andere onderwerpen (antibiotica, neus/keel/oor etc.).

## Kort op de bal



Als beroepsvereniging moeten we regelmatig kort op de bal spelen, plannen wijzigen omdat de actualiteit dat vereist en, ja, soms ook brandjes blussen. Net als in de apotheek, toch. Maar dan is het onze rol als KAVA om onze leden volledig te ondersteunen met informatie, diensten en communicatie. Waar brandde het in 2018 zoal? Of beter en positiever geformuleerd: waar slaagden we erin onze apothekers te ondersteunen bij taken en verplichtingen van bovenaf?

**GDPR**. Het vierletterwoord dat heel 2018 domineerde en in mei plots erg acuut werd. Vanaf het begin hebben we de apothekers ondersteund met een pragmatische benadering en vooral veel info in het AFT, de nieuwsbrieven, nuttige templates, posters voor in de apotheek, de opleiding die we samen met Domus Medica uitwerkten en finaal op vier locaties aanboden. Accountancy KAVA profileerde zich hier als een proactieve speler.

2018 was ook het eerste jaar dat de **huisapotheker** integraal werd gehonoreerd. Achter de schermen betekende dat niet alleen in uw officina, maar ook bij de softwarehuizen en bij onze eigenste tarifieringsdienst heel wat investering om alles wettelijk geregeld te krijgen. Al kon de communicatie vanuit de overheid daar, op zijn zachtst gezegd, een pak beter.

De bui van de distributie van de '**medical devices**' via de supermarkten zagen we al in de zomer hangen. Achter de schermen werd er druk gelobbyd met verschillende instanties om een wettelijke basis te vinden zodat tegengas geboden kon worden. Nog tijdens de zomer lanceerden we een oproep via een vlog naar de collega's om te brainstormen over een goed antwoord. Tegelijk kozen we voor een constructieve houding, door de nadruk te leggen op de toegevoegde waarde van de apotheker bij de aflevering van dit soort producten. Het resultaat daarvan zijn de drie infosessies en workshops die rond deze periode worden georganiseerd in KAVA en bij de collega's van KFK en de Wase apothekers.

De invoering van de afzonderlijke dag- en nachtwachten had en heeft ook impact op de verdeling van de **palliatieve koffer** in een groot grondgebied van KAVA. Een directe aanleiding om de samenstelling kritisch onder de loep te nemen, samen met huisartsen en PHA en na te denken over andere distributie nu het voor de groothandel logistiek niet meer haalbaar is. Eerstdaags komen we met een concreet voorstel naar de apotheken uit die regio.

De invoering van een nieuw **GGG** rond diabetica betekende een opportuniteit en daarom organiseerden we op korte termijn een infoavond, samen met artsen en de zorgtrajectpromotoren.

We eindigen hier met opnieuw een letterwoord: **FMD**, dat vorig jaar aan de horizon kwam gloren en ook in 2019 nog zijn schaduw zal werpen. De Falsified Medicines Directive (FMD) had normaal in februari in voege moeten gaan, maar u weet dat de deadline niet behaald werd. Maar ook hier betekende de invoering een grote impact op het werk van tarifiering en de apothekersoftwarebedrijven.

## Blijven vernieuwen



Toegegeven, innoveren zit er wel elk jaar bij, maar dat is KAVA nu eenmaal aan zichzelf verplicht. Wat vandaag vergezocht lijkt of ongevoel, is morgen vanzelfsprekend. Zoals sommige kunst, inderdaad. Daarom probeerden we ook in 2018 de toon te zetten.



In opleiding focussen we steeds meer op **webinars en e-learnings**. Alle KAVA-leden krijgen gratis toegang tot een digitaal webplatform waarop tegenwoordig al heel wat e-learnings beschikbaar zijn. Lessen die vanuit Meduca – de hyperactieve 'spin-off' van KAVA die zich met opleidingen bezighoudt – worden uitgewerkt in opdracht van VAN, IPSA, de industrie of KAVA zelf en die we zo ruim mogelijk willen aanbieden. Soms geïntegreerd in een les (diabetes), soms als een apart project of actie (griep en pneumokokken vaccinatie) en regelmatig inspelend op de actualiteit (jodiumtabletten). De belangstelling is enorm, dat kunnen we echt monitoren met download- en andere gebruikersgegevens.

Ook in communicatie naar onze leden boren we andere kanalen aan. Nog voorzichtig gestart, maar ondertussen brachten we onze boodschap toch al vijf keer met een **vlog**, een videoboodschap: toelichting rond standpunt medical devices, promo voor medication review, info over de MFO ondersteuning en nog enkele andere items passeerden het voorbij jaar de revue.

Of wat te denken van een initiatief rond een patient app, de **P-APP**. Een initiatief dat eerst nog een nawee van een van de KAVA-werkgroepen naar aanleiding van het meerjarenkader leek, maar sinds de zomer een stevige doorstart heeft gekregen met heel veel ambitie en volutarisme. Maar ook een dosis gezond verstand en de juiste partners rond de tafel. Enkel op die manier kan je resultaten boeken ...

Vernieuwing ook door **lokale projecten** op te zetten met de industrie (project hartfalen), met de overheid en welzijnssector (Antwerpen Zuid op schema) en met UNIZO (project rond therapietrouw).

Een lijn die zich logisch ook doortrekt in de projecten die niet enkel een KAVA-stempel dragen, maar waarbij we toch sterk betrokken blijven in ontwikkeling en aansturing. De keuze van Farma vzw om op de editie van **Pharmanology 2018** nog meer in te zetten op opleiding en nieuwe projecten was gedurfd maar werd zeker geapprecieerd zoals bleek uit de evaluatie achteraf en de tevredenheidsscore van de meeste standhouders. Maar ook **Geowacht** sloeg een andere weg in, aan de slag met een nieuwe ploeg op ontwikkelaar- en bestuursniveau net op het moment dat we voor ingrijpende technologische vernieuwingen en uitdagingen stonden. Spannend! In 2019 volgt nog een grootschalige bevraging naar jullie ervaring met de nieuwe wachttregeling. Want we willen de vinger aan de pols blijven houden natuurlijk.

Accountancy KAVA blijft ook innoverend en inhoudelijk het verschil maken met de concurrentie. **Yuki** maakt de apothekers ook fiscaal en boekhoudkundig klaar voor een nieuw tijdperk!

## Strategisch denken



De laatste pijler van onze werking van het afgelopen jaar is die van de **strategie**. Heel veel van onze tijd gaat inderdaad naar overleg op alle niveaus en met alle 'soorten' gesprekspartners. Het landschap van de gezondheidszorg is veelgelaagd en complex, de uitdagingen zijn enorm. Een oefening die we heus niet meer alleen kunnen maken: niet KAVA als cavalier seul tegenover de andere apothekers; evenmin de apothekers als cavalier seul tegenover de andere zorgverleners.

Dus moeten er samenwerkingen worden opgezet, **netwerking** is niet toevallig het jaarthema van 2019. Soms een eenmalig partnership, maar steeds meer structurele banden en verbindingen. Voor jullie op het terrein zijn die inspanningen niet altijd onmiddellijk zichtbaar of tastbaar. En ook voor wie in de praktijk deelneemt aan die vergaderingen gaat het soms allemaal wat trager of minder apotheekgericht dan we zouden wensen. Maar gelukkig blijven die mensen de kracht vinden om ervoor te blijven gaan.

Collega's die ook in de Bondsraad meedachten over een strategische oefening van apotheek 3.0. Collega's die op VAN niveau aan projecten werkten rond preventie, griepvaccinatie, eerstelijnswerking en politieke top. Collega's die meeschreven aan de missie/visie/strategie oefening van KAVA.

En zo maak ik de cirkel rond. Hopelijk tonen deze projecten van het voorbij jaar en alle ideeën voor 2019 volledig aan dat KAVA inderdaad een **moderne netwerkorganisatie** is, die voortdurende **innovatieve en vooruitstrevende doelen** definieert. En die aan haar leden-apothekers nodige tools levert om hun **maatschappelijke relevantie** te versterken, hun **verantwoordelijkheid** op te nemen en hun rol als apotheker te laten **evolueren**. Dit alles door een **proactieve, nabije** dienstverlening en een rechtstreekse, wederkerige betrokkenheid.'



## Slot

KAVA was ook in 2018 haar hyper kinetische zelve, met een uitgebreid aanbod aan opleidingen in grote groepen of kleine workshops, honderden contacten met de diverse KAVA-diensten en -medewerkers via telefoon of op mail, geanimeerde vergaderingen en werkgroepen etc.

We namen in 2018 afscheid van deze collega's: Etienne Braeckman, Lodewijk Hendrickx, Ben Huyghe, Frank Janssens, Marie-Louise Peeters, Roland Thoné, Carlos Tytgat, Jacqueline Van Reeth, Rosa Verheyen, Paul Warlop en Jos Weyns.

KAVA telde op 1 januari 2018 1197 leden, onder wie 1073 werkende leden, 37 meewerkende leden, 51 corresponderende leden en 36 apothekers die 1 jaar afgestudeerd zijn.

*Apr. Kris Deckers en Nico Carpriau*





# Veilig communiceren in de zorg: wat met Siilo?

Veilig met collega's kort informatie uitwisselen, andere zorgverleners contacteren om vragen te stellen rond een bepaald ziektebeeld of patiënt, communiceren met collega's in dezelfde regio ... het is geen evidentie meer sinds de Europese richtlijn ter bescherming van persoonsgegevens in mei overal van kracht werd. De eHealthbox is hier de standaardoplossing, maar heeft zijn beperkingen naar gebruiksgemak en inzetbaarheid in snelle, korte communicatie tussen zorgverleners. In het verleden werden mail en Whatsapp hiervoor breed gebruikt in de zorg, maar die hebben op veiligheidsvlak te weinig garanties om gebruikt te worden in een zorg-context. In een gezamenlijke zoektocht stuitte Domus Medica en KAVA op Siilo, een app voor zorgverleners. We bekijken hier het gebruik ervan in de praktijk, welke veiligheids garanties ze bieden en vooral, hoe dit correct kan ingezet worden naast de bestaande veilige middelen van communicatie in de zorg.

## Korte introductie

Siilo is een app die ontwikkeld werd in Nederland en zich profileert als 'de gratis messenger voor elke professional in de zorg'. Een toepassing die op enkele jaren tijd niet alleen in Nederland zeer goed ingeburgerd is, maar ondertussen ook aan een meer dan gestage opmars bezig is in België, Europa en de rest van de wereld. Op dit ogenblik maken er reeds 10 000 zorgverleners gebruik van Siilo in België, zijn er maandelijks ca. 1500 medische chat groepen actief en worden er maandelijks meer dan 1,6 miljoen berichten uitgewisseld tussen. In tegenstelling tot wat haar naam doet vermoeden, wil Siilo net de silo's tussen de verschillende zorgberoepen doorbreken en transparante professionele communicatie stimuleren. Siilo refereert namelijk aan een veilige afgesloten omgeving waar informatie niet uit lekt.

Gebruiksgemak is essentieel als nieuwe toepassingen snel opgenomen moeten worden. Net daarom refereert Siilo zo uitdrukkelijk aan WhatsApp. Omdat WhatsApp al in de zorg werd gebruikt, zonder voldoende veiligheids garanties, wou men op dat vlak een alternatief aanbieden. Eens je de app hebt gedownload, voelt de omgeving erg vertrouwd aan voor wie wel eens met WhatsApp werkt. Je kan gesprekken starten via deze app: één op één of naar meerdere personen in een groep. Aan die berichtjes kan je eenvoudig foto's of andere bijlagen voegen. Je kan zelf groepen aanmaken of vragen toegevoegd te worden tot bestaande 'vindbare' groepen. Je bent direct verbonden met alle zorgverleners uit je eigen contactenlijst die ook Siilo gebruiken. Het grote verschil bestaat erin dat je je voor Siilo als zorgverlener moet registreren (lees verder) en dan onmiddellijk ook alle andere geverifieerde zorgverleners kan opzoeken buiten je eigen contactenlijst. Verder bestaat er ook een desktop versie van Siilo waarbij je een smartphone enkel nodig hebt om via een QR code in te loggen op je pc.

## Aan de slag met Siilo

Siilo heeft twee diensten: de gratis Siilo messenger app voor individuele gebruikers en de betalende Siilo Connect beheer tool voor organisaties. Als zorgverlener kan je met die gratis Siilo messenger zo aan de slag. De betalende versie richt zich vooral op organisaties die hun medewerkers in een eigen netwerk binnen Siilo willen beheren en biedt mogelijkheden rond broadcasting, koppelingen met andere softwaretools etc.

1. Download de app via 'App Store' of 'Google play'.
2. Doorloop de registratie.
3. Geef toegang tot uw contacten binnen het adresboek van uw telefoon.
4. Stel een 5 cijferige pincode in. De data wordt versleuteld van zodra de app voor tien minuten niet wordt gebruikt.
5. Verifieer de verificatiemail binnen de 24 u.



## Siilo in de praktijk

Het aantal toepassingen waarvoor het in Nederland gebruikt wordt is behoorlijk uitgebreid. KNMP, de Nederlands apothekersvereniging, gebruikt de betalende versie actief als communicatiemiddel naar haar leden. De meer dan 2800 apothekers die aangesloten zijn op het KNMP netwerk ontvangen realtime informatie over recalls en andere 'breaking news'.

Ondertussen communiceren al meer dan 125 000 zorgverleners met de app. Artsen en apothekers wisselen informatie over voorschriften of kunnen een 'minder urgente' vraag stellen waarvoor ze hun collega niet onmiddellijk telefonisch hoeven te storen. De laagdrempeligheid van de app kan daarbij helpen, al zijn daaraan natuurlijk ook enkele valkuilen verbonden (zie verder). Vaak worden er regionale groepen opgestart, naar aanleiding van een FTO (farmacotherapeutisch overleg, in Vlaanderen bekend als MFO). Maar ook in de tweede lijn wordt de app al regelmatig gebruikt: voor de uitwisseling van labowaarden, de bespreking van een casus onder specialisten ...

### Nederland is België niet

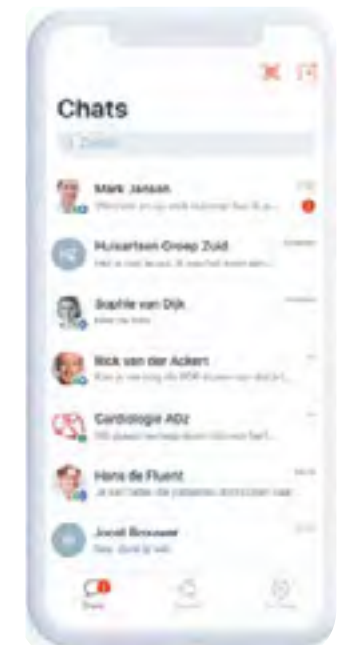
Natuurlijk kan je de Nederlandse voorbeelden niet één op één vertalen naar de Vlaamse context. Labowaarden delen tussen arts en apotheker bijvoorbeeld mag hier (nog) niet. Ook de cultuur is verschillend. Nederlanders zijn nu eenmaal iets mondiger en zullen bijvoorbeeld sneller casuïstiek bespreken met collega's, ook al kennen ze elkaar niet echt.

### Toch beweegt er al heel wat op het terrein

In het kader van de gemeenschappelijke GDPR opleiding voor arts en apotheker (voorjaar 2018) werd tijdens de vier infosessies al verwezen naar Siilo als veiliger alternatief voor mail of Whatsapp. Sommige artsen en apothekers hebben dat snel opgepikt en zelfs al geïntroduceerd in hun kring.

Zo maakte dokter Tim Vertongen, de voorzitter van HANA vzw (Huisartsen Noord Antwerpen) na de GDPR opleiding een Siilogroep waarop alle huisartsen van de huisartsenkring konden aansluiten. Nadien hebben ze dit initiatief in de huisartsenkring op verschillende manieren bekendgemaakt: via de algemene vergadering, in de nieuwsbrief, een voorstelling op de navorming, een affiche in de wachtpost en het infomoment voor HAIO's en starters in de kring. Tegelijk werd ook aan de collega apothekers uit de eerstelijnszone Noord Antwerpen gevraagd om toe te treden. Apotheker Karen Delaetere maakte hiervoor reclame op een infomoment voor de apothekers uit de regio en via andere social media. Het feit dat de vraag vanuit de artsen werd gesteld, hielp zeker bij de verspreiding. Ondertussen bestaan er in die regio aparte groepen voor artsen en voor apothekers én een gemeenschappelijke groep. Onderwerpen die ter sprake komen zijn dringende mededelingen (een tijdje rond impetigo en botulisme), noodsituaties, onduidelijke voorschriften, vragen rond aanpassingen ...

In de eerstelijnszone Antwerpen Zuid (Hoboken, Kiel en Wilrijk) werd Siilo geïntroduceerd bij de apothekers, toen bleek dat hun Facebookgroep in het post GDPR tijdperk geen veilig alternatief meer was. De overstap werd snel gemaakt; de collega's gebruiken het om elkaar individueel of in groep vragen te stellen, afspraken te maken etc. Ook een grote groep artsen uit die regio zit op Siilo. Dat werd onder meer duidelijk in het kader van het project 'Zuid op Schema', waarbij in de hele regio wordt gewerkt op kennis van het medicatieschema bij zorgverlener en burger. Tijdens drie MFO's die werden georganiseerd over het medicatieschema, was het heel opvallend dat de artsen en apothekers zelf verwezen naar Siilo als een veilig en handig communicatiemiddel tussen beide zorgverleners.



## Siilo en veiligheid

Wanneer het medische gegevens betreft, is er altijd extra aandacht nodig voor de veiligheid van applicaties. Vandaar ook de vele controles en checks die systemen als eHealth inbouwen bij het uitwisselen van informatie tussen zorgverleners. Het is geen evidentie in de huidige commerciële markt om het bos door de bomen te zien, en tussen alle bedrijven die claimen 'GDPR-proof' te zijn, de echte veilige systemen te onderscheiden van systemen waar er niet voldoende garanties zijn wat betreft de veilige verwerking van gegevens.

Siilo zet sterk in op hun veiligheidsaspect, een must voor een applicatie die zich richt op zorgverleners. Op de website van Siilo zijn heel wat documenten terug te vinden die de veiligheidsmaatregelen die genomen worden, uitgebreid toelichten. Enkele aspecten lichten we er hier uit:



- Identificatie en registratie van zorgverleners: een bezorgdheid in het uitwisselen van medische gegevens is zeker zijn dat de informatie bij de juiste persoon belandt. Siilo werkt met zelfregistratie, maar vraagt daarbij bijkomende bewijsstukken om de identiteit van de persoon die zich registreert te bevestigen. Indien het een zorgverlener betreft, wordt de functie onderzocht en of deze toehoort aan de identiteit van de zorgverlener. In het geval van een huisarts of apotheker wordt een kopie van de identiteitskaart gevraagd, en wordt het Riziv-nummer gecontroleerd in de bestanden die beschikbaar zijn op de Riziv-website. Hoewel dit minder feilloos is als de automatische link die de eHealthsystemen legt tussen identiteit en zorgberoep, is dit een uitvoerige controle.
- Alleen zorgverleners vinden elkaar in het databestand van Siilo. Wie geen erkend zorgverlener is op Siilo, of wie nog niet volledig is geregistreerd, kan alleen zorgverleners zien uit zijn/haar eigen telefoon contactenlijst, maar niet op zoek gaan naar andere zorgverleners in het systeem. Enkel geregistreerde zorgverleners kunnen zoeken in het volledige databestand van Siilo.
- End-to-end encryptie: om het onderscheppen van boodschappen te voorkomen, worden deze van verzendpunt tot eindpunt versleuteld verzonden. Siilo kan deze berichten zelf ook niet lezen. Meer info over het encryptie-systeem is terug te vinden op de website van Siilo.
- Opslag in de EU: er is geen enkele toegang tot de gegevens die via Siilo worden uitgewisseld, en de informatie wordt opgeslagen op servers die in de EU staan. De servers conformeren daarenboven aan verschillende veiligheidslabels. Bovendien zijn niet alleen de servers, maar is Siilo zelf ook ISO 27001 gecertificeerd.
- Alle berichten en media in Siilo worden versleuteld en separaat van de persoonlijke data op de telefoon achter een pin toegang opgeslagen.

- Siilo heeft een eigen beveiligde camerafunctie waarmee medische foto's genomen kunnen worden om onder andere te voorkomen dat medische foto's in de persoonlijke foto rol van de gebruiker belanden.
- Mogelijkheid tot anonimatie van gegevens: een aantal tools binnen Siilo staan toe dat foto's die doorgestuurd worden, geanonimiseerd kunnen worden. Bovendien wordt de metadata (zoals tijd en locatie van de foto) verwijderd. Dat helpt om de identificeerbaarheid van de patiënt te beperken of uit te sluiten.
- Tijdelijke opslag van gegevens: er is een bewaartermijn van 30 dagen voor de berichten in Siilo. Enkel bij actieve actie van een gebruiker kunnen berichten langer worden bewaard. De korte bewaartermijn zorgt ervoor dat eventuele medische informatie die gedeeld wordt, beperkt bewaard wordt, wat kans op misbruik of problemen bij een inbreuk op de veiligheid reduceert.

Er is dus heel wat aandacht besteed aan de veiligheid van het systeem en men probeert zo veel mogelijk rekening te houden met de zorgcontext, waar identificatie en authenticatie van zorgverleners zeer belangrijk is als er medische informatie moet worden uitgewisseld. Toch is dit niet het enige aspect dat speelt in veilige communicatie, ook de zorgverleners zelf moeten correct informatie uitwisselen én de bestaande systemen moeten allemaal correct worden gebruikt. De volgende sectie gaat hier dieper op in.

## Zorgverleners en veiligheid

De veiligheid van een tool is één zaak, belangrijker is het verantwoord omgaan met de beschikbare middelen om gegevens te delen. In de veiligheidsdocumenten van Siilo wordt meermaals

op de verantwoordelijkheid van de zorgverleners die de applicatie gebruiken gewezen in het veilig omgaan met persoonsgegevens en zeker gevoelige gegevens zoals gezondheidsgegevens. Onderstaande opsomming geeft enkele aandachtspunten aan. Let erop dat deze lijst niet exhaustief is. Deze aandachtspunten zijn daarenboven niet beperkt tot het gebruik van Siilo, in alle communicatie met andere zorgverleners rond patiëntgegevens dienen dezelfde punten in acht genomen te worden.

- Wees zeker van de identiteit van de zorgverlener waarmee je deelt: Siilo geeft indicaties rond de verificatiestatus van de zorgverleners in de applicatie. Wees ook zelf voldoende aandachtig dat je wel degelijk je vragen aan de juiste collega-zorgverlener stelt.
- Een veilig systeem wil niet zeggen dat alles gedeeld mag worden: een veilig platform dat je in staat stelt om te communiceren met andere zorgverleners is geen vrijgeleide om alle mogelijke informatie te gaan uitwisselen. Een aantal vuistregels dienen telkens in acht genomen te worden:
  - Enkel die informatie die relevant is voor de vraag – wis of laat informatie weg die niet relevant is.
  - Heeft de andere zorgverlener een therapeutische relatie met de patiënt – indien je dit niet zeker weet of niet kunt verifiëren, wees dan zeker voorzichtig met de informatie die gedeeld wordt: een algemene medische vraag aan een collega stellen is mogelijk, maar laat in elk geval alle mogelijke informatie weg die een specifieke patiënt zou kunnen identificeren.
- Gebruik elk systeem waarvoor het bedoeld is – er zijn in België al een aantal systemen in gebruik om documenten uit te wisselen tussen zorgverleners:
  - de eHealthbox, waarlangs laboresultaten, verwijsbrieven ... rechtstreeks naar zorgverleners worden gestuurd, en waarmee in sommige dossiersystemen de informatie ook meteen in het medisch dossier belandt.
  - de kluisen, zoals Vitalink, met informatie uit de eerstelijns, zoals medicatieschema, Sumehr, vaccinatiegegevens, bevolkingsonderzoeken ...
  - de hubs, met informatie uit de tweede lijn, met labo-resultaten, beeldvormingsresultaten ...

Voor deze systemen bestaan er verschillende controlesystemen om de identiteit en rol van elke zorgverlener na te gaan. Ook zijn er in sommige gevallen beperkingen op de toegang van documenten afhankelijk van het type zorgverlener. Zo is een Sumehr enkel toegankelijk voor artsen en patiënten. Gebruik geen parallelle systemen als Siilo om bijvoorbeeld een Sumehr door te sturen naar een verpleegkundige. Dit gaat in tegen de spelregels van het eHealthplatform en geeft informatie aan een zorgverlener die daar niet toe gemachtigd is. Voor korte vragen, verduidelijkingen, aanvullingen kan Siilo gebruikt worden. Het is geen apart dossier-systeem. Zorg er ook voor dat informatie die relevant is voor het medisch dossier van de patiënt, daar ook in belandt. Hou geen informatie apart op je pc bij die eigenlijk in het medisch dossier thuishoort.

## Goede afspraken

Het succes van Siilo staat of valt met goede afspraken, zoveel is duidelijk. Van zodra het medium wordt misbruikt om (bijvoorbeeld) commerciële boodschappen te brengen, interne frustraties of meningen te ventileren, smalltalk te delen ... zullen de gebruikers snel afhaken.

In de huisartsenkring van Antwerpen Noord werden er op het kringbestuur eerst duidelijke afspraken gemaakt over het gebruik: enkel voor dringende en belangrijke mededelingen, gelaateerd aan (coördinatie van) patiëntenzorg of delen van casuïstiek. Dan werd er nagedacht over wat apothekers vinden dat huisartsen moeten weten en vice versa en welk medium gebruikt moet worden voor welke boodschap. Zo is er een grote behoefte aan een lijst van ontbrekende geneesmiddelen, maar die kan beter via een mail of nieuwsbrief gedeeld worden.

Zulke afspraken kan je best communiceren in de Siilo groep zelf. Wat zelfregulering kan daarbij helpen. In Nederland gebeurt het wel eens dat de 'moderator' van een groep zelf ingrijpt wanneer iemand die afspraken niet naleeft. Maar net zo goed kan het een arts of apotheker zelf zijn die zijn collega even tot de orde roept wanneer het oneigenlijk gebruikt wordt.

## Slot

In het huidige landschap van digitale tools en in een context van steeds grote belang van privacy en GDPR-regels, lijkt Siilo voldoende aandacht te hebben voor veilige communicatie tussen zorgverleners onderling. Toch is het belangrijk meer te doen dan de app even te downloaden om dan te zien waarvoor het gebruikt kan worden. Als je de stap zet, bekijk het dan meteen in een ruimer perspectief. Bespreek het met je collega's uit de buurt, ga na hoe de andere zorgverlener (arts, apotheker) erover denkt. En vooral: maak afspraken met elkaar over goed gebruik. Denk aan de focus die je wil leggen. Een goede portie 'gezond verstand' helpt je al aardig op weg. Test het eerst met een beperkte, maar enthousiaste groep. Kijk vooral naar welke informatie via de app kan gedeeld worden, en welke informatie langs de andere bestaande beveiligde kanalen moet lopen. Het moet vooral een tool zijn die aanvullend kan werken op de eHealth-diensten die er beschikbaar zijn, en ze niet vervangen.

KAVA en Domus Medica bekijken verder op welke manier 'good practices' gedeeld kunnen worden rond veilige communicatie tussen zorgverleners. Want in een multidisciplinaire setting moeten we zeker het goede voorbeeld geven.

*Elfi Goesaert - verantwoordelijke van het Kennisdomein ICT, Domus Medica.*

*Nico Carpriau - beroepsopdrachtgever KAVA*



# Interacties – complexvorming en serotonerg effect

2019 is een **INTERACTIEF** jaar. Samen met BAF, KLAV en KOVAG organiseert KAVA dit jaar vijf online sessies waar uitgebreid aandacht wordt besteed aan zes veel voorkomende interacties. De cursisten kunnen niet alleen het webinar volgen (en nadien de opgenomen versie herbeluisteren), maar beschikken ook over een poster om de theorie met collega's in de apotheek te overlopen, kunnen een beroep doen op een helpdesk en krijgen verdere achtergrondinfo. Deze artikels bundelen we in deze nieuwe AFT reeks over 'interacties'. In deze bijdrage gaan we dieper in op complexvorming en serotoninesyndroom.

## Complexvorming

### Voorschrift Fero-gradumet® - Norfloxacin® EG

#### Situatieschets

Mevrouw Peeters (52 jaar) komt in de apotheek met twee voorschriften. Op het eerste voorschrift staat Fero-gradumet® 525 mg, wat ze al een tijdje moet nemen omwille van ijzertekort. Nu heeft ze een acute urineweginfectie, waarvoor de arts Norfloxacin® 400 mg EG 2 tabletten per dag voorschreef.

#### Wat?

Fero-gradumet® is een langwerkend ijzerpreparaat. De werkzame stof is ijzersulfaat heptahydraat (525 mg per tablet), wat equivalent is aan 105 mg ijzer. Het ijzersulfaat zit in een omhulling van poreus plastic hars, die een langzame afgifte van de werkzame stof mogelijk maakt. Het geleidelijk afgegeven ijzersulfaat wordt geabsorbeerd in de dunne darm. De absorptie neemt toe naarmate de ijzerdeficiëntie van het organisme groot is en neemt af van zodra de ijzerreserves zijn aangevuld of bij overbelasting. Hoelang het ijzer in het maag-darmkanaal aanwezig is, is niet exact geweten. De normale dagelijkse dosering is één keer per dag één tablet.

Norfloxacin is een fluorochinolon. Het wordt als antibioticum gebruikt bij gecompliceerde en ongecompliceerde, acute en chronische infecties van de hogere en lagere urinewegen (behalve gecompliceerde pyelonefritis) en infecties van de urinewegen die verband houden met urologische chirurgie of nefrolithiase (niersteen). De normale dagelijkse dosering is twee keer per dag 400 mg. Opgelet, omwille van snelle resistentie wordt het gebruik van fluorochinolonen beperkt.

#### Mechanisme van interactie

Ijzer vormt, naast bijvoorbeeld aluminium en magnesium, een onoplosbaar complex met norfloxacin in het maag-darmkanaal. Hierdoor vermindert de opname van norfloxacin, waardoor het antibiotisch effect kan verminderen.

#### Afhandeling

Het is niet bekend hoelang ijzer met gereguleerde afgifte complexering in maag-darmkanaal kan veroorzaken. Hierdoor is het de veiligste oplossing om Fero-gradumet® te vervangen door ijzer zonder gereguleerde afgifte (zoals Losferron®) en dan rekening te houden met een inname interval. Hiervoor hanteren we liefst een inname van norfloxacin minimum 2u voor inname van Losferron® of 4 tot 6u na de inname van Losferron®.

### Voorschrift Fosamax® - Steovit®

#### Situatieschets

Mevrouw Janssens (74 jaar) komt in de apotheek voor het eerst met een voorschriftje van Fosamax® 70 mg. Ze neemt al een tijdje Steovit® D3 citroen 500 mg/400 I.E. kauwtabletten.

#### Wat?

Fosamax® 70 mg bevat alendroninezuur, een bisfosfonaat, dat gebruikt wordt bij een van volgende aandoeningen:

- Behandeling van osteoporose bij gemenopauzeerde vrouwen ter preventie van fracturen, inclusief heupfracturen en fracturen van de wervelkolom.
- Preventie en behandeling van osteoporose, geïnduceerd door glucocorticoiden bij vrouwen.
- Behandeling van osteoporose bij de man ter preventie van wervelfracturen.

Wekelijks dient de patiënt één tablet in te nemen, 's morgens op een nuchtere maag.

Steovit® D3 citroen 500 mg/400 I.E. kauwtablet bevat calciumcarbonaat overeenkomend met 500 mg calcium, cholecalciferol-



concentraat (poedervorm) overeenkomend met 400 I.E. (10 microgram) cholecalciferol (vitamine D3). Het wordt hier gebruikt als adjuvans bij een specifieke behandeling van osteoporose bij patiënten die een risico lopen op een vitamine D- en calciumtekort. De dagelijkse standaarddosering is één kauwtablet per dag.

#### Mechanisme van interactie

Aangezien bisfosfonaten een zeer lage biologische beschikbaarheid hebben, is een goede absorptie van uiterst belang. Bisfosfonaten vormen niet-resorbeerbare complexen met verschillende metaalionen, wat zeer nefast is voor de biologische beschikbaarheid. Daarbij komt nog dat de patiënt niet snel zal merken dat het bisfosfonaat geen therapeutisch effect heeft als er complexvorming optreedt.

#### Afhandeling

Zorg dat de patiënt Steovit® ten minste 1 uur na Fosamax® inneemt. Aangezien je de patiënt aanraadt om Fosamax® 's morgens in te nemen en ze Steovit® al 's avonds innam, is er (indien dit innameschema wordt gevolgd) geen extra aandacht nodig voor deze interactie.

## Take home message interacties met complexvorming

Bij interacties met complexvorming is het zeer belangrijk om na te gaan of de interactie in eerste instantie niet vermeden kan worden door een van de twee geneesmiddelen te vervangen door een alternatief. Indien dit niet mogelijk is, raadpleeg dan steeds de wetenschappelijke bijsluiters voor het juiste interval dat aangeraden wordt, zodat de twee geneesmiddelen elkaars opname niet beïnvloeden.

## Serotoninesyndroom

### Voorschrift Contramal® - Remergon®

#### Situatieschets

Meneer Simons (33 jaar) neemt al drie maanden Remergon® 30 mg. Hij heeft sinds kort zeer veel pijn aan zijn rug, waarvoor Contramal® 50 mg drie keer per dag werd voorgeschreven door zijn huisarts.

#### Wat?

Contramal® 50 mg wordt gebruikt bij de behandeling van matig tot ernstige pijn. De gebruikelijke dosis is 50-100 mg tramadolhydrochloride om de 4 tot 6 uur.

Tramadol is een opioïd analgeticum met centrale werking. Het is een niet-selectieve zuivere agonist van de  $\mu$ -,  $\delta$ - en  $\kappa$ -opioïdreceptoren, met een hogere affiniteit voor de  $\mu$ -receptoren. Andere mechanismen die bijdragen tot de analgetische effecten zijn de inhibitie van de neuronale reuptake van noradrenaline en serotonine.

Remergon® is als tetracyclisch antidepressivum geïndiceerd bij volwassenen voor de behandeling van episoden van depressie in engere zin of anders gezegd een depressie die niet wordt afgewisseld door manische periodes. De werkzame dosis ligt gewoonlijk tussen 15 en 45 mg per dag, de begindosis is 15 of 30 mg.

Mirtazapine vergroot de beschikbaarheid van noradrenaline en serotonine door de sterke blokkade van de presynaptische adrenerge  $\alpha$ -receptoren (die ook op serotonine-producerende neuronen aanwezig zijn). Het is eveneens een sterke serotonine antagonist van de 5HT<sub>2</sub>- en 5HT<sub>3</sub>-receptor, waardoor de 5HT<sub>1</sub>-receptoren selectief worden geactiveerd. Mirtazapine heeft daarnaast ook een sterke antihistaminerge werking.

**Mechanisme?**

Tramadol en mirtazapine werken op een andere manier in op het serotonerg systeem. Tramadol remt specifiek de serotonineheropname, terwijl mirtazapine zorgt voor een toename van de serotonineafgifte.

Doordat ze beiden op een verschillende manier inwerken op het serotonerg systeem, is er hier een verhoogd risico op het serotoninesyndroom.

**Afhandeling**

Aangezien we de interactie willen proberen te vermijden, stellen we voor een andere pijnstillertje te geven die niet inwerkt op serotonine. Pijnstillers zoals fentanyl, methadon, pethidine en tramadol laten we dus best achterwege. Afhankelijk van de situatie kan een NSAID of paracetamol codeïne hier een optie zijn. Een andere mogelijkheid is om mirtazapine te vervangen, maar dit is al een veel moeilijker scenario aangezien men dit niet zomaar wenst te vervangen als de patiënt stabiel is.

Indien beide geneesmiddelen niet vervangen kunnen worden, blijft er de mogelijkheid om beide geneesmiddelen te behouden. Neem hiervoor zeker contact op met de arts. Ook is het dan belangrijk om de patiënt goed te informeren over mogelijke serotonerge symptomen, zoals zweten, tachycardie, hyperthermie, rigiditeit, myoclonus (korte, onvrijwillige samentrekking van een spier of groep spieren), veranderingen in mentale status met verwarring, prikkelbaarheid en extreme agitatie leidend tot delirium en coma. Indien er een van deze symptomen wordt opgemerkt, dient de patiënt zonder aarzeling contact op te nemen met de arts.

**Take home message interacties met serotoninesyndroom**

Ga bij serotonerge geneesmiddelen steeds na via welk mechanisme de geneesmiddelen inwerken op het serotonerg systeem. Als de geneesmiddelen serotonine beïnvloeden via verschillende mechanismen, is de kans op het serotoninesyndroom veel groter dan wanneer ze er via hetzelfde mechanisme op inwerken. Het serotoninesyndroom komt niet veel voor. Toch weten we dat, hoe meer geneesmiddelen inwerken op serotonine, hoe hoger het risico op serotoninesyndroom is, wat een fatale afloop kan betekenen. Probeer daarom steeds preventief de interactie waar mogelijk te vermijden!

**Bronnen**

- SKP Fero-gradumet®, SKP Norfloxacin®, SKP Fosamax®, SKP Contramal®, SKP Remergon®
- Commentaren geneesmiddelenbewaking. HealthBase 2018-2019
- Farmacotherapeutisch Kompas <https://www.farmacotherapeutischkompas.nl/>
- Liekens S, Foulon V. Handboek Farmaceutische zorg voor patiënten met depressie. Acco 2013

Meer info [www.kava.be/interacties](http://www.kava.be/interacties)  
Apr. Anneleen Robberechts

- AFT 2/19 complexvorming + serotonerg effect
- AFT 4/19 maagbeschadiging
- AFT 6/19 CYP-interacties
- AFT 8/19 QT-verlenging
- AFT 9/19 nierinsufficiëntie

# Correct antibioticagebruik

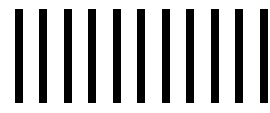
*Uitgaand van een voorschrift ingezonden door een van onze redactieraadsleden of lezers lichten we in deze rubriek een casus toe die zich reëel in een officina heeft afgespeeld. Alle aspecten rond een voorschrift kunnen aan bod komen: van noemenswaardige magistrale formules, over minder alledaagse tarifiering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

Jan is ernstig ziek. Hij hoest, voelt zich algemeen slecht en heeft hoge koorts. Hij is een gekende diabetes patiënt. De dokter denkt aan pneumonie en beslist antibiotica voor te schrijven. Wegens een bekende stockbreuk van Augmentin Retard® schrijft hij een combinatie van amoxiclav en amoxicilline voor, zodat er toch 4 g amoxicilline kan gegeven worden zonder de maximale dosis van clavulaanzuur (375 mg/dag) te overschrijden. Voor de koorts krijgt Jan paracetamol aan drie keer per dag 1000 mg en voor het hoesten te onderdrukken codeïne in een suikervrije siroop. Bovendien wordt er Enterol® opgestart.

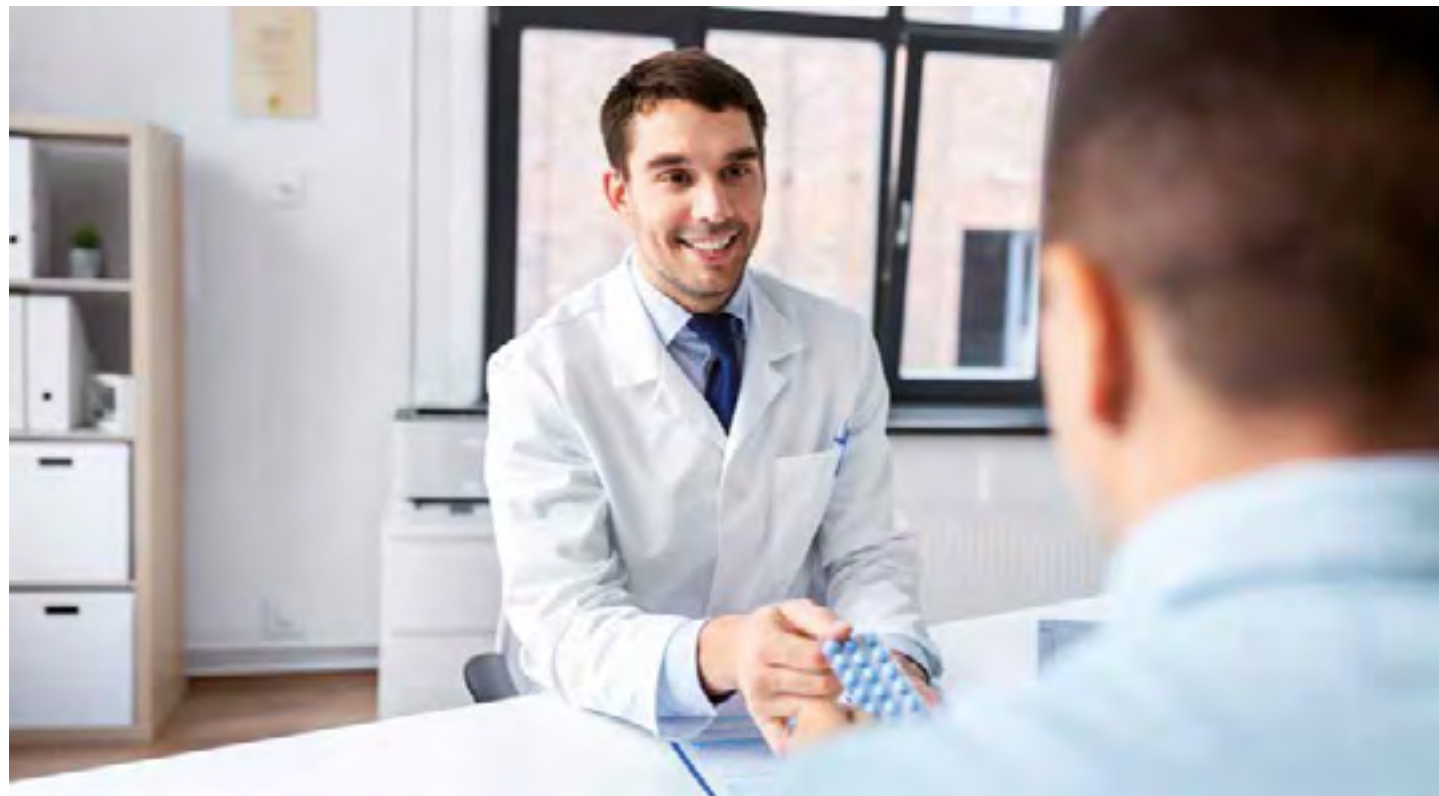
**Wordt Jan goed behandeld?**

De antibioticatherapie die bij Jan wordt opgestart, komt overeen met wat de BAPCOC (Belgian Antibiotic Policy Coordinating Committee) richtlijnen voorschrijven voor 'Community Acquired Pneumonia' (CAP). CAP is een longontsteking die buiten het ziekenhuis of zorginstelling wordt opgelopen en die kan veroorzaakt worden door een brede waaier aan pathogenen.



 0.00000.00.000		Naam en voornaam van de voorschrijver Dr. AFT	
DOOR DE VOORSCHRIJVER IN TE VULLEN: Naam en voornaam van de rechthebbende: Jan, 74 jaar			
Voorbehouden aan het verpakingsvignet		R/ Amoxiclav 0,75/125 mg 3 x /dag 7 dagen  Amoxicilline 500mg 3 x /dag 7 dagen  Paracetamol 1000mg 3 x /dag Indien nodig bij koorts  Toux-san Codeïne 3 x /dag 15 ml Indien nodig bij hoest  Enterol 20 caps 2 x /dag	
Stempel van de voorschrijver AFT Lange Leemstraat 187 2018 Antwerpen		Datum en handtekening van de voorschrijver 31/03/2019	
		Uitvoerbaar vanaf voornoemde datum of vanaf:	
<b>GENEESMIDDELENVOORSCHRIFT</b>			





*Streptococcus pneumoniae* is verantwoordelijk voor ongeveer 50 % van de gevallen. Andere pathogenen die CAP kunnen veroorzaken zijn o.a. *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella* spp., en influenza virussen.

Gezien de co-morbiditeit (diabetes) en de hogere leeftijd wordt er gekozen voor een breed spectrum behandeling met amoxicilline en clavulaanzuur. Deze behandeling moet zeven dagen volgehouden worden. Zowel amoxiclav 875 mg als Augmentin Retard® kunnen worden gebruikt. Bij amoxiclav is het belangrijk de drie innamemomenten zo goed mogelijk te spreiden over 24 u. Augmentin Retard® is een verlengde afgifte vorm waarbij er tweemaal per dag 2 g amoxicilline wordt ingenomen, terwijl de totale hoeveelheid clavulaanzuur slechts 250 mg per dag is, wat een betere gastro-intestinale tolerantie geeft. Bij stockproblemen van Augmentin Retard® kan men niet overschakelen op amoxiclav 875 mg 4 x per dag omdat dan de maximale dosis van clavulaanzuur overschreden wordt. Bij een combinatie van amoxiclav 875 mg met amoxicilline 500 mg kan de dosis van amoxicilline wel verhoogd worden naar 4 g per dag zonder boven de maximale dosis van clavulaanzuur te komen.

Wanneer Jan op een vroegere therapie met amoxicilline allergisch zou gereageerd hebben, moeten er alternatieve antibiotica gebruikt worden. Penicilline allergie kan op verschillende manieren tot uiting komen: onmiddellijke IgE-gemedieerde re-

acties of uitgesteld niet-IgE-gemedieerde reacties. In het eerste geval is er kruisallergie mogelijk met andere  $\beta$ -lactam antibiotica (10 %) en wordt als alternatief het moxifloxacin (400 mg 1x/dag, 7 dagen) naar voren geschoven. Bij een niet IgE-gemedieerde allergie kan men ook cefuroxim (500 mg 3x/dag, 7 dagen) gebruiken.

Indien er geen beterschap optreedt bij Jan binnen de 48 u kan een neo-macrolide aan de behandeling toegevoegd worden (bv. azithromycine 500 mg 1x/dag, 3 dagen), al moet in deze situatie zeker hospitalisatie overwogen worden.

## Correct antibiotica gebruik

De BAPCOC richtlijnen voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk werden opgesteld om een rationeler antibiotica gebruik te stimuleren en zo de dreiging van toenemende resistentie te verminderen. Eén van de voordelen van de gids is dat deze heel specifiek is opgesteld op de Belgische microbiële situatie, die heel anders kan zijn dan die in de rest van de wereld. Een heel handige tool in de officina dus.

Om antibiotica correct te gebruiken moet men de 4D-strategie indachtig houden: Drug, Dose, De-escalation en Duration.

In de eerste plaats moet het **juiste antibioticum (drug)** gekozen worden en moet hier zo snel mogelijk mee gestart worden. Bij een empirische therapie in de eerste lijn waarbij een bepaald antibioticum wordt opgestart zonder cultuurafname is dat natuurlijk moeilijk en kan er enkel rekening gehouden worden met epidemiologische gegevens van bepaalde ziekteverwekkers. Bij een gerichte therapie die gebaseerd is op het antibiogram van een bepaalde kiem kan een specifiek antibioticum ingezet worden dat dikwijls een smaller spectrum heeft dan bij de empirische therapie.

Een tweede belangrijk item is het instellen van de **juiste dosis (dose)** en doseerfrequentie van het antibioticum. Een te hoge dosis is potentieel toxisch voor de patiënt, een te lage dosis is onvoldoende effectief en kan resistentie in de hand werken. We kunnen de meeste antibiotica onderverdelen in concentratieafhankelijke antibiotica en tijdsafhankelijke antibiotica. Bij concentratieafhankelijke antibiotica is de hoogte van de piekserumconcentratie belangrijk, bij tijdsafhankelijke antibiotica is de tijdsduur belangrijk waarbij de concentratie van het antibioticum hoger is dan de inhiberende concentratie. Concentratieafhankelijke antibiotica (bv. fluorochinolones) moeten slechts 1x/dag gedoseerd worden terwijl tijdsafhankelijke antibiotica (bv.  $\beta$ -lactam antibiotica) meerdere keren per dag moeten worden gedoseerd.

Met **de-escalatie** bedoelt men het vernauwen van het spectrum door een meer gericht antibioticum te kiezen nadat men de gevoeligheid van de kiem heeft onderzocht met een antibiogram. Het initieel ingesteld breed spectrum antibioticum wordt dan vervangen door een ander antibioticum met een smaller spectrum waarvoor de kiem zeker gevoelig is.

Als laatste is ook de **duur** van de therapie (**duration**) belangrijk, soms wordt er tegenwoordig geopteerd voor een kortere therapie. Zo is de huidige behandelduur voor CAP zeven dagen terwijl er evidentie bestaat dat drie-vijf dagen even doeltreffend zou zijn en minder risico geeft op resistentie.

## Resistentie

Wereldwijd worden jaarlijks massaal veel antibioticabehandelingen voorgeschreven (200-300 miljoen). Heel veel medische verwezenlijkingen van de laatste decennia zoals chirurgie, orgaantransplantatie, behandeling van prematuren etc. zouden niet mogelijk zijn zonder effectieve behandeling van bacteriële infecties. Dit veelvuldig gebruik leidt tot resistente bacteriën. In gebieden waar er veel antibiotica worden gebruikt zoals in Zuid-Europa is het aandeel resistente bacteriën duidelijk groter dan in gebieden waar men spaarzamer omspringt met antibiotica. Resistentie ontwikkelt zich als een gevolg van mutaties in de

bacteriën die de kiem minder gevoelig maken voor het antibioticum. Continu antibioticagebruik maakt dat deze aangepaste bacteriën worden uitgeselecteerd en de bovenhand krijgen. Suboptimale antibioticatherapie helpt om de gemuteerde bacteriën uit te filteren. Indien we niet zuiniger zullen omspringen met antibiotica zullen niet- of moeilijk behandelbare bacteriële infectieziekten hun tol eisen in de nabije toekomst.

## Welke adviezen kan je Jan nog geven?

Het is belangrijk Jan er op te wijzen dat hij plichtsbewust zijn antibioticabehandeling moet uitvoeren volgens de juiste frequentie en op de meest optimale tijdstippen mooi gespreid over 24 u. Hij mag zeker niet vroeger stoppen als het beter gaat. De overschot aan tabletten nadat hij zijn therapie heeft beëindigd kan hij best terug binnen brengen in de apotheek. Het is immers zeker niet de bedoeling om op eigen initiatief terug antibiotica op te starten met de restjes uit de huisapotheek. Als er na 48 u geen beterschap optreedt, kan Jan best terug contact opnemen met de arts.

## Als apotheker

Controleer de dosis en de doseerfrequentie van elke antibiotica-behandeling die je meegeeft. Voor kinderen doe je er goed aan het na te rekenen. Een te lage dosis kan schadelijker zijn dan een te hoge dosis. Leg de BAPCOC richtlijnen op een makkelijk consulteerbare plek. Zo heb je alles binnen handbereik als er informatie op het voorschrift ontbreekt. Documenteer nevenwerkingen en allergieën, ook de aard van de allergie en de snelheid waarmee deze optrad bij de patiënt kan belangrijke info zijn



voor het farmaceutisch dossier van de patiënt. Blijf hameren op therapietrouw aan doseringsfrequentie en therapieduur. Adviseer actief om restjes antibiotica binnen te brengen. In een recente studie werd aangetoond dat apothekers een belangrijke rol kunnen spelen in het terugdringen van antibioticaresistentie door een aantal acties in te voeren rond de eerste uitgifte van antibiotica.

## Probiotica

Jan krijgt van de arts ook nog een doosje Enterol® voorgeschreven. De evidentie voor effectiviteit van probiotica is zeer beperkt. Enkel de duur van de diarree zou een beetje verkorten (ongeveer één dag) bij behandeling met *S. boulardii* (Enterol®). Zeker geen must om het aan te bevelen, al kan het bij deze patiënt ook geen kwaad.

## Referenties

- BAPCOC richtlijn 2012: [http://www.bcfi.be/legacy\\_assets/antibioticagids-nl.pdf](http://www.bcfi.be/legacy_assets/antibioticagids-nl.pdf)
- <https://www.gebruikantibioticacorrect.be/>
- Antibiotica gids UZ Leuven: <http://www.uzleuven.be/antibioticagids/2017/read.html>
- IPSA syllabus 2018
- Pinzone MR et al. Duration of antimicrobial therapy in community acquired pneumonia: less is more. *ScientificWorldJournal*. 2014 Jan 21;2014:759138. PMID: 24578660
- Laxminarayan R. et al. Antibiotica resistance – the need for global solutions. *Lancet Infect Dis* 2013 1057-1098 PMID24252483
- Bishop C et al. Community pharmacy interventions to improve antibiotic stewardship and implications for pharmacy education : A narrative overview. *Res Social Adm Pharm* 2018 30616-8 PMID30279131

*Apr. Dominique Jans – praktijkassistent Departement Farmaceutische Wetenschappen U Antwerpen*



U zorgt voor het welzijn van uw patiënten, zorgt u evengoed voor uw eigen toekomst?

Uw vennootschap als motor van uw privé-inkomsten.

**Bank**  
**J.VanBreda&C°**

Enkel voor ondernemers en vrije beroepen

[www.bankvanbreda.be](http://www.bankvanbreda.be)



# Het UBO-register

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.

Inmiddels is het zogenaamde UBO-register ('Ultimate Beneficial Owner'), waarvan reeds lang sprake was, ook daadwerkelijk toegankelijk voor mandaathouders. Dit register betreft een onderdeel van de wet van 18 september 2017 tot voorkoming van het witwassen van geld en de financiering van terrorisme en tot beperking van het gebruik van contanten. U was o.m. als vennootschap wettelijk verplicht vóór 31 maart e.k. het nodige te doen. Inmiddels is zeer recentelijk deze datum verschoven naar 30 september 2019. In deze bijdrage vindt u een bondige beschrijving van de verplichtingen aangaande dit UBO-register.

## Welke verplichtingen worden wettelijk opgelegd?

De Wet voorziet in de verplichting (1) voor vennootschappen, vzw's en stichtingen (ook internationale) om toereikende, accurate en actuele informatie over hun uiteindelijke begunstigden in te winnen en bij te houden en (2) voor bestuurders om binnen de maand gegevens over de uiteindelijke begunstigden elektronisch naar het UBO-register te sturen.



## Over welke uiteindelijke begunstigden gaat het?

Het gaat het om drie soorten juridische entiteiten, namelijk vennootschappen, (internationale) vzw's en stichtingen, trusts en andere juridische entiteiten die vergelijkbaar zijn met trusts. Het is hierbij zonder belang of de entiteit rechtspersoonlijkheid heeft of niet. Maatschappen vallen dus ook onder de UBO-verplichtingen.

### Worden beschouwd als uiteindelijke begunstigden in het geval van vennootschappen

1. De natuurlijke perso(o)n(en) die rechtstreeks of onrechtstreeks een toereikend percentage van de stemrechten of van het eigendomsbelang in deze vennootschap houdt/houden, met inbegrip van het houden van aandelen aan toonder. Een door een natuurlijke persoon gehouden belang van meer dan vijftientig procent van de stemrechten of van meer dan vijftientig procent van de aandelen of het kapitaal van de vennootschap, geldt als een indicatie van een toereikend percentage van de stemrechten of van het direct belang.
2. De natuurlijke perso(o)n(en) die zeggenschap heeft/hebben over deze vennootschap via andere middelen (bv. aandeelhoudersovereenkomst, het recht om de leden van de raad van bestuur te benoemen, vetorecht).
3. De natuurlijke persoon of personen die behoort/behoren tot het hoger leidinggevend personeel, indien na uitputting van alle mogelijke middelen en op voorwaarde dat er geen gronden voor verdenking bestaan, geen van de bedoelde personen sub 1 en 2 is geïdentificeerd, of indien er enige twijfel bestaat of de geïdentificeerde persoon of personen de uiteindelijke begunstigde(n) is, respectievelijk zijn.



### Worden beschouwd als uiteindelijke begunstigden in het geval van (internationale) vzw's en stichtingen

1. De leden van de raad van bestuur.
2. De personen die gemachtigd zijn de vereniging te vertegenwoordigen.
3. De personen belast met het dagelijks bestuur van de (internationale) vereniging of stichting.
4. De stichters van een stichting.
5. De natuurlijke personen of, wanneer deze personen nog niet werden aangeduid, de categorie van natuurlijke personen in wier hoofdzakelijk belang de (internationale) vereniging zonder winstoogmerk of stichting werd opgericht of werkzaam is.
6. Elke andere natuurlijke persoon die via andere middelen uiteindelijke zeggenschap over de (internationale) vereniging of stichting uitoefent.

### Worden beschouwd als uiteindelijke begunstigden in het geval van trusts, fiducieën en andere juridische constructies die daarmee vergelijkbaar zijn

1. De oprichter.
2. De fiduciebeheerder(s) of trustee(s).
3. De eventuele protector.
4. De begunstigden, of wanneer de personen die de begunstigden van de fiducie of van de trust zijn, nog niet werden aangeduid, de categorie van personen in wier hoofdzakelijk belang de fiducie of de trust werd opgericht of werkzaam is.
5. Elke andere natuurlijke persoon die wegens het feit dat hij directe of indirecte eigenaar is of via andere middelen, uiteindelijke zeggenschap over de fiducie of de trust uitoefent.

## Waarom wordt het UBO-register nuttig geacht?

Het register is een onderdeel van de in Europa gevoerde strijd tegen witwaspraktijken, fiscale fraude en terrorismefinanciering. Naast overheden en de fiscus hebben ook economische beroepsbeoefenaars, notarissen, advocaten en banken toegang. Ook burgers krijgen (weliswaar een beperkte) inzage in de data.

## Wat indien u niet, niet tijdig of onjuist registreert?

Bij niet-registratie loopt u als bestuurder of zaakvoerder van een informatieplichtige entiteit persoonlijk het risico op een boete tussen 250 en 50.000 euro. Ook als de gegevens of bewijsstukken onvolledig of onjuist zijn, riskeert u een financiële sanctie. Hier is natuurlijk het woord 'persoonlijk' zeer belangrijk.

## Wat kan de accountant-belastingconsulent inzake het UBO-register voor u betekenen?

U zal zelf kunnen vaststellen, dat deze bijkomende wettelijke verplichting wel degelijk een omslachtige verrichting uitmaakt. Als informatieplichtige moet u een aantal basisgegevens van uw UBO's opgeven zoals naam, geboortedatum, nationaliteit en adres. Ook de 'categorie' van UBO, datum van het ontstaan als uiteindelijk begunstigde, de procentuele participatie in het kapitaal, de stemafspraken inzake het stemrecht of het rechtstreekse of onrechtstreeks beslissingsrecht, vetorechten enzovoort, maar ook de nodige stavingstukken waaruit dit alles mag blijken. Indien u verkiest dit zelf te doen, geeft u die gegevens dus ten laatste op 30 september 2019 door via MyMinFin, waarna u met wat doorklikken in het UBO-register terechtkomt. Tevens vindt u daar ook een uitgebreide handleiding om dit tot een goed einde te brengen.



Zo u dat wenst, kan uw accountant of belastingconsulent deze taak voor u waarnemen. Daarvoor is het echter vereist dat er een geldige elektronische volmacht wordt verleend die tevens geldt voor de toekomstige aanpassingen.

Voor vele andere verrichtingen met de overheid, zoals BIZTAX, TAX-ON-WEB, btw, werd wellicht vroeger reeds een elektronische volmacht verleend. Nu is dat dus ook wenselijk voor het UBO-register.

U onthoudt dat ondanks het verlenen van de elektronische volmachten, u tegelijkertijd steeds zelf de volle bevoegdheid behoudt. De volmachten zijn bovendien steeds herroepbaar.

## Wat dient u hoe dan ook concreet zelf (als uiterste minimum) te doen, zelfs al krijgt de accountant-belastingconsulent een mandaat?

Sinds korte tijd is zoals reeds aangehaald, de overheid klaar met de module voor de mandatarissen en is het dus mogelijk om de accountant-belastingconsulenten een bijkomend elektronisch

mandaat voor de UBO-verplichtingen te verlenen. Op die wijze kan deze dan de wettelijke verplichting die op uw vennootschap rust, tijdig opnemen.

De inrichting van het UBO-register van uw vennootschap moet bovendien jaarlijks worden nagekeken, weliswaar met de verplichting om elke wijziging van de UBO-gegevens binnen de maand mee te delen.

Voor alle duidelijkheid: de cliënten van Accountancy KAVA die onder deze wettelijke verplichting vallen worden individueel aangeschreven om zich, al dan niet met mandaat, tijdig in regel te stellen. Zij hoeven m.a.w. momenteel zelf niets te doen.

## Conclusie

1. Het UBO-register (Ultimate Beneficial Owner) is een onderdeel van de wet van 18 september 2017 tot voorkoming van het witwassen van geld en de financiering van terrorisme en tot beperking van het gebruik van contanten.
2. Het gaat om een wettelijke verplichting die ten laatste moet nageleefd worden op 30 september 2019. Het niet naleven heeft eventueel ernstige sancties tot gevolg.
3. Buiten het oorspronkelijk inrichten ervan dient het minstens jaarlijks te worden nagekeken en desgevallend te worden aangepast.
4. U kan als zaakvoerder of bestuurder aan iemand anders een mandaat verlenen om dit in uw naam en voor uw rekening waar te nemen.
5. De cliënten van Accountancy KAVA die onder deze wetgeving vallen, worden tijdig individueel begeleid bij de creatie van hun UBO-register.

Mochten er echter nog vragen zijn, aarzel dan zeker niet, wij staan voor u klaar!

*Team Accountancy KAVA*

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

## stagedag 20 maart 2019



De vierde en laatste volledige stagedag voor de laatstejaarsstudenten farmacie. Opnieuw een mooie opkomst van 75 studenten. Voorschriftenanalyse (al het elfde jaar op rij!), huidverzorging, darmkanker en kennismaking met twee productgamma's huidverzorging zorgden voor een gevarieerde stagedag. Het zit er voorlopig even op. We wensen de sympathieke stagiairs veel succes met hun laatste stagedagen, hun laatste examens en de verdediging van de masterproef.

Iedereen wordt terug op KAVA verwacht op dinsdag 2 juli, wanneer we hen traditioneel feestelijk welkom heten in het beroep als 'echte starters'.



# AGENDA 2019

DATUM	ACTIVITEIT	WAAR?	INLICHTINGEN TEL.
1/04/19	Webinar neus keel oor	KAVA 12u45-13u15	03/280 15 01
1/04/19	IPSA: IBD Prof. De Vos	UA 20u00-23u00	03/280 15 01
2/04/19	Voeding: sport	De Link (Herentals) 20u15-22u15	03/280 15 01
4/04/19	Webinar neus keel oor	KAVA 20u00-20u30	03/280 15 01
18/04/19	Interacties: maagbeschadiging (online webinar)	KAVA 20u00-20u30	03/280 15 01
23/04/19	Interacties: maagbeschadiging (online webinar)	KAVA 12u45-13u15	03/280 15 01
24/04/19	IPSA: systemische corticosteroiden Apr Wouters	KAVA 19u00-22u30	03/280 15 01
25/04/19	Senioren voordracht	KAVA 14u00-17u30	03/280 15 01
29/04/19	Interacties: maagbeschadiging (online webinar)	KAVA 12u45-13u15	03/280 15 01
29/04/19	IPSA: laboparameters deel II Apr. Tommelein	UA 20u00-23u00	03/280 15 01
6/05/19	Webinar endocrien	KAVA 12u45-13u15	03/280 15 01
6/05/19	Efficiëntie- en tijdswinst in de apotheek	KAVA 20u00-23u00	03/280 15 01
8/05/19	APINTO -Fazodem	KAVA 20u30-22u00	03/280 15 01
9/05/19	Webinar endocrien	KAVA 20u00-20u15	03/280 15 01
14/05/19	JAVA - NKO	KAVA 20u15-22u15	03/280 15 01
14/05/19	FTA - NKO	KAVA 20u15-22u15	03/280 15 01
15/05/19	IPSA: microbiom en darmflora Prof. Dr. De Schepper	KAVA 19u00-22u30	03/280 15 01
17/05/19	ESCP	KAVA 8u30-20u00	03/280 15 01
18/05/19	ESCP	KAVA 8u30-20u00	03/280 15 01
20/05/19	Efficiëntie- en tijdswinst in de apotheek	KAVA 20u00-23u00	03/280 15 01
21/05/19	IPSA: FTA - luchtwegaandoeningen	KAVA 19u30-22u30	03/280 15 01
23/05/19	Senioren voordracht	KAVA 14u00-17u30	03/280 15 01
23/05/19	APINTO -Fazodem	KAVA 20u30-22u00	03/280 15 01
28/05/19	JAVA - oogaandoeningen	KAVA 20u15-22u15	03/280 15 01
28/05/19	FTA - oogaandoeningen	KAVA 20u15-22u15	03/280 15 01

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

## PERSONALIA

### Geboortes

#### JUUNE

Op 13 januari 2019, eerste kindje van de heer en collega Niels en Elke Massart-VAN DEN BULCK uit Lint.

#### MIKKEL

Op 13 februari 2019, eerste kindje van de heer en collega Thomas en Sarah GIELEN (collega AFT-redactieraadslid) uit Lint.

#### CHARLES

Op 12 maart 2019, derde kindje van de heer en collega Jeffi en Dorine Willemsen-VERHAERT uit Ekeren.

KAVA wenst de jonge ouders van harte proficiat!

### Overlijdens

Op 24 januari 2019 overleed op de leeftijd van 78 jaar collega Paul WARLOP uit Brasschaat, echtgenoot van collega Frieda VAN OECKEL; vader van collega Ine WARLOP uit Antwerpen.

Op 26 februari 2019 overleed op de leeftijd van 39 jaar de heer Mark Mestdagh, echtgenoot van mevrouw Laura Cornette; zoon van collega Jan MESTDAGH uit Rijmenam; broer van collega Frank MESTDAGH uit Sint-Idesbald.

KAVA betuigt de familieleden haar oprechte deelneming.





ANTWERPS FARMACEUTISCH TIJDSCHRIFT  
NUMMER 2 - 2019

97<sup>e</sup> 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, M. Madany, E. Maes, A. Robberechts en F. Van kerckhoven.  
- 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](http://www.daddykate.be)

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

## In volgend AFT:

- *Dossier teken*
- *Geneesmiddelenwijzer: terugblikken en vooruit kijken*
- *KAVA masterproef: wat vinden patiënten van het papierloze voorschrift*

AFT 3 van 2019 verschijnt in april!

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



[www.natural-energy.org](http://www.natural-energy.org)



Totaalinrichting  
-  
Van ontwerp  
tot uitvoering  
-  
Eigen productie



Agencement total  
-  
De la conception  
à la réalisation  
-  
Propre production



Postweg 297 | 1602 Vlezenbeek  
T 02 532 43 56 | Fax 02 532 15 46  
[www.pharmadecor.be](http://www.pharmadecor.be) | [info@pharmadecor.be](mailto:info@pharmadecor.be)