



Teken en tekenbeten

NUMMER 3
Mei 2019

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

FARMACEUTISCH TIJDSCHRIFT

Verzeker uw toekomst! CuraNova 2018: 2,00%* rendement

Kies de beste oplossing voor u!

En stort nu al op uw aanvullend pensioencontract.
Een eenmalige storting of een doorlopende opdracht: beslis zelf!

Rendement:

- 2018: 1,00% netto gegarandeerd +1,00%* winstdeelname
- 2019: **1,00% NETTO gegarandeerd** + eventuele winstdeelname**

→ **100% fiscaal aftrekbaar**

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

www.curalia.be

info@curalia.be | 02/735.80.55

Curalia, de specialist voor uw pensioen



Curalia | Levensverzekeringsmaatschappij erkend onder nr 0809
* Globaal rendement onder voorbehoud van goedkeuring door de Nationale Bank en de Algemene Vergadering van de leden ** Winstdeelname is niet gegarandeerd en kan jaarlijks wijzigen.

- 5 **DOSSIER**
Teken en tekenbeten
- 12 **VERENIGING**
Geowacht: tijd voor update
- 16 **KAVA PRIJS**
Papierloze voorschrift
- 21 **VOORSCHRIFT GESTRIPT**
Neus keel oor
- 27 **TERZAKE**
Eerste kwartaal om niet snel te vergeten
- 32 **FISCAAL**
Nieuw wetboek vennootschappen
- 36 **COCKTAIL**
Daar is de lente!
- 37 **KAVA**
Agenda & personalia

Uit de comfortzone

Nog maar net verkozen als nieuw bestuurslid en ik kreeg al een eerste verrassende opdracht: een stukje voor het AFT schrijven om mezelf voor te stellen.

Ik ben Leen Coppens, getrouwd met Luc Mertens en samen hebben we drie zonen die nog studeren of net aan het werk zijn. Luc is als handelsingenieur vanaf het begin van zijn carrière steeds bezig geweest met IT en nieuwe technologie terwijl ik me voornamelijk bekommerde om de wetenschap en de best mogelijke zorg voor mijn patiënten. Nooit gedacht dat onze twee zo verschillende werelden zo met elkaar verweven zouden worden!



Ik ben gestart als titularis voor Europa apotheek in Antwerpen en heb me daar gedurende ruim twintig jaar volledig ingezet om een moderne apotheek uit te bouwen. Enkele jaren geleden besloot ik om het wat rustiger aan te doen en dichter bij huis parttime aan de slag te gaan als adjunct. Als een collega dringend een vervanger nodig heeft, wil ik ook nog geregeld een extra dagje inspringen. Zo kom ik in contact met veel verschillende apotheken die elk hun eigen klemtoon leggen bij het uitoefenen van eenzelfde beroep. Ik zie vele pijnpunten maar ook vele opportuniteiten.

‘Van elke collega kan ik iets leren, wat het uitermate verrijkend maakt!’

Gedurende een periode van zes jaar (2012-2018) zetelde ik eerst als raadslid en later als ondervoorzitter in de Provinciale Raad van de Orde der Apothekers. Daar leerde ik ons beroep

van een andere kant kennen, een erg boeiende periode waar we steeds op zoek gingen naar een evenwicht tussen de regels van de deontologie en de actuele uitoefening van ons beroep.

Elke dag werken we allemaal erg hard om iedere patiënt de gepaste zorg en een perfect advies te geven. Bovendien worden we geconfronteerd met steeds nieuwe technologieën die elkaar razendsnel opvolgen maar die tegelijk ook een opportuniteit moeten vormen. Anderzijds voelen we ons steeds vaker bedreigd door nieuwe spelers in onze wereld. We trachten een antwoord te vinden op het fenomeen van de internetapotheken, de apotheken in grootwarenhuizen ...

'Maar angst is een slechte raadgever. We moeten uitgaan van onze eigen sterkte en daarbij horen we **ZORG** centraal te zetten.'

Als we nieuwe digitale technologieën omarmen, kunnen ook wij een frisse beleving in onze apotheek creëren die een echte meerwaarde kan zijn.

Bovendien is communicatie belangrijker dan ooit! Een vlotte communicatie moet problemen vermijden of oplossen en onze boodschap duidelijk maken.

Op de eerste plaats de communicatie met onze **patiënten**. Zij moeten natuurlijk al de juiste informatie krijgen en bij ons terecht kunnen met hun vragen en zorgen. Het is aan ons om die informatie op een moderne manier te brengen, een gepersonaliseerde bijsluiter of wie weet zelfs een kijksluiter.

Een goede communicatie tussen de **collega's** onderling moet kunnen leiden tot efficiënter (samen)werken en snel kleine wrevels oplossen. Een hechte groep van zelfstandige apothekers kan elk met zijn eigenheid een sterk alternatief bieden voor de vele schaalvergrotingen.

De communicatie met de andere **zorgverleners** moet duidelijk maken dat de apotheker nog altijd DE specialist van het geneesmiddel is en die rol zullen we in het multidisciplinair overleg moeten blijven versterken. Het regelmatig organiseren van een MFO kan ons hierbij zeker helpen.

Ten slotte zullen we nog beter moeten leren communiceren met onze **softwareleverancier**, die ons als partner moet helpen onze weg te vinden in het bos van de vele digitale innovaties. Zij kunnen ons op weg zetten om een keuze te maken tussen de verschillende hulpmiddelen zodat we een meerwaarde kunnen bieden aan de patiënt en bovendien elk onze eigenheid kunnen behouden.

Als bestuurslid wil ik de komende jaren trachten mijn steentje bij te dragen om mee oplossingen te zoeken voor de vele uitdagingen die op ons af komen.

'Meer dan ooit zullen we onze krachten moeten bundelen om **SAMEN** een gepast antwoord te bieden, geholpen door de vele moderne technologieën.'

We moeten accepteren dat we uit onze comfortzone zullen moeten treden om als moderne apotheker een essentiële rol te spelen in de gezondheidssector.

Apr. Leen Coppens, nieuw bestuurslid sinds maart 2019

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

"save the date: KAVA zomerfeest op 22 juni"

Teken en tekenbeten

Nu de lente in het land is, komen mensen weer vaker buiten en in de natuur. Ook teken worden meer actief, en het aantal tekenbeten zal naar jaarlijkse gewoonte de komende maanden weer flink toenemen. Alhoewel de meeste tekenbeten geen aanleiding geven tot gezondheidsproblemen, is een tekenbeet niet altijd even onschuldig. Er circuleren echter heel wat misverstanden rond teken en de ziektes die ze kunnen overbrengen. Dit dossier brengt een overzicht met een focus op de risico's in onze streken en de aanbevelingen om tekenbeten en door teken overgebrachte ziektes te voorkomen.

Teken

Teken zijn bloedzuigende parasieten, nauw verwant aan mijten, die behoren tot de klasse van de spinachtigen. Teken komen wereldwijd voor, voornamelijk in vochtige en gematigde tot warme klimaten. Zowat alle teken maken deel uit van twee grote families. De schildteken (Ixodidae) tellen een 700-tal species en worden gekenmerkt door de aanwezigheid van een hard schild en vooruitstekende monddelen. De lederteken (Argasidae) hebben geen schild, een zacht lijfje met de monddelen onderaan en bestaan uit zo'n 200-tal species.

De levenscyclus van teken bestaat uit een passief ei stadium en drie actieve stadia: larve, nimf en volwassen teek. Volwassen teken zijn typisch 3 tot 5 mm groot, met een ovaal tot peervormig lijfje en acht poten. Volgezogen met bloed kan de volwassen teek tot 1 cm groot zijn. Larven hebben slechts zes pootjes en verwerven een extra paar bij de overgang naar het nimf stadium. Larven en nimfen zijn beduidend kleiner dan volwassen teken: ongeveer 2 mm, en daarom soms moeilijk zichtbaar met het blote oog.

Er is telkens een bloedmaaltijd nodig om van het ene naar een volgende stadium te kunnen overgaan. Afhankelijk van de soort kan de levenscyclus enkele maanden tot jaren in beslag nemen.



Figuur 1. De teek in verschillende ontwikkelingsstadia

Teken leven van het bloed van gewervelde dieren. Sommige soorten hebben een voorkeur voor een bepaalde gastheer, terwijl andere zich voeden aan verschillende dieren. Mensen kunnen fungeren als toevallige gastheren van bepaalde tekensoorten. Teken kunnen niet vliegen of springen, maar kruipen wel actief rond. Daarbij zullen sommige soorten in de omgevende vegetatie (zoals hoge grassen en struiken) naar boven kruipen en afwachten tot ze zich kunnen vastklampen aan een voorbijkomende gastheer. Andere soorten houden zich op in de nesten en schuilplaatsen van hun gastheer. Teken leven niet in bomen.

Eens vastgebeten zullen schildteken over het algemeen ter plekke blijven tot ze volledig volgezogen zijn, afhankelijk van de soort kan dit dagen tot weken duren. Daarbij zwellen ze belangrijk op en kan hun gewicht met een factor 200 tot 600 toenemen. Nadien laat de teek zich vallen, breekt een rustperiode aan en evolueert ze naar een volgend stadium. Lederteken gaan in het algemeen over tot frequentere en kortere bloedmaaltijden.

Teken in België

Tot 2011 werden in België veertien tekensoorten waargenomen, waarvan twee geassocieerd aan import van dieren vanuit het buitenland⁹. De meeste tekensoorten zijn 'nestblijvers', en zullen zodoende slechts zeldzaam aanleiding geven tot menselijke beten.

Ixodes Ricinus (schapenteek) en *Dermicater Reticulatus* daarentegen worden frequent teruggevonden in de ruimere omgeving. *Ixodes Ricinus* is de meest frequent voorkomende teek in België en Europa en kent een brede verspreiding in bossen, weiden, parken en tuinen. Ze is vooral actief van de lente tot de herfst.



Figuur 2. Een volwassen schapenteek

Ixodes Hexagonus is een nestblijvende teek, maar wordt frequent gevonden in de nesten van egels of andere dieren die zich kunnen ophouden in (stads)tuinen. Op die manier is ze verantwoordelijk voor heel wat van de tekenbeten bij mensen die anders weinig risico lopen. Deze teek bijt ook frequent honden en katten en is het ganse jaar actief.

Sommige teken hebben zich aangepast om te overleven in huizen en kunnen zeldzaam ook mensen bijten: *Rhipicephalus Sanguineus* is een tropische teek, die soms met honden wordt geïmporteerd; *Argus Reflexus* komt typisch voor bij duiven en kan gebouwen infesteren.

De distributie van teken varieert sterk regionaal. In België is deze informatie relatief schaars.

TekenNet (<https://teknnet.wiv-isp.be/>) is een onderzoeksproject van het federaal onderzoekscentrum Sciensano, waarbij sedert 2015 gegevens worden verzameld over de frequentie en distributie van tekenbeten in België. Resultaten en analyses zijn beschikbaar via de site.

Ziektes overgebracht door teken

Als potentiële overbrengers van verschillende ziektes fungeren teken als vectoren. Tekenbeten en ziektes overgedragen door teken zijn in opmars in Europa⁷, wellicht is dit het gevolg van zowel een toename van het aantal teken, als een stijgende populariteit van buitenactiviteiten. *Ixodes Ricinus* is veruit de voornaamste ziekte vector in onze contreien.

Tekenbeten worden in verband gebracht met zo'n 300 micro-organismen, slechts een kleine minderheid hiervan is echter ook daadwerkelijk ziekteverwekkend. Enkele daarvan zijn ook in België gedocumenteerd.

Lyme borreliose

Lyme borreliose is in Europa en Noord-Amerika de meest frequent voorkomende door teken overgebrachte ziekte. De aandoening wordt veroorzaakt door enkele bacteriën die deel uitmaken van het *Borrelia Burgdorferi* sensu lato complex. Besmetting gebeurt wanneer de bacterie tijdens de bloedmaaltijd vanuit het darmstelsel wordt overgedragen naar de speekselklieren van de teek en nadien wordt geïnjecteerd. Dit gebeurt zelden als de teek minder dan 12 tot 24 uur ter plekke blijft. Het vroegtijdig verwijderen van een teek na een beet zal het risico op transmissie dan ook drastisch verlagen.

De ziekte komt overal voor in België, maar wordt vaker gesignaleerd in de provincie Vlaams-Brabant, de Kempen en de Ardennen, overeenkomstig met zones met een hogere tekendensiteit. In België is de besmettingsgraad bij teken algemeen lager dan 20 %, met belangrijke regionale verschillen¹.

Het eerste teken van een infectie zal zich typisch voordoen als Erythema Migrans (EM): een rode vlek op de plaats van de tekenbeet, die op het verloop van enkele dagen tot weken gradueel groter wordt, soms met een centrale verbleking. Het letsel geneest normaal gezien vanzelf, ook zonder behandeling. Dit letsel wordt soms verward met een lokale inflammatoire of overgevoeligheidsreactie op de tekenbeet zelf, die meestal niet groter is dan 5 cm doorsnede, dikwijls jeukt en meestal na één tot enkele dagen verdwijnt.



Figuur 3. Een erythema migrans letsel

In een later verloop kan de infectie zich uitbreiden naar de rest van het lichaam, aanleiding geven tot meerdere EM letsels en verschillende organen aantasten: typisch gaat het om de hersenen en het zenuwstelsel (meest frequent leidend tot klachten van schietende pijnen en verlamingsverschijnselen), de gewrichten (aanleiding gevend tot pijnlijke en/of gezwollen gewrichten) en het hart (met risico op het ontstaan van hartritme stoornissen). Een dergelijke gedissemineerde infectie kan uitzonderlijk ook voorkomen zonder een voorafgaand EM letsel.

Lyme borreliose kan in alle stadia efficiënt worden behandeld met een antibioticacuur van twee tot vier weken, bij ernstige aantasting (zoals bij neuroborreliose) kan intraveneuze toediening zijn aangewezen. Er is geen evidentie voor een behandelingsduur langer dan vier weken, noch voor het persisteren van een infectie na een adequate behandeling¹⁰. Doxycycline is de eerste keuze voor stadia die een orale behandeling toelaten.

De typische presentatie van een EM met een eventuele anamnese van een tekenbeet vormt de sleutel tot de diagnose, alhoewel de helft van de patiënten zich geen tekenbeet kan herinneren. Enkel voor de gedissemineerde en geavanceerde stadia van Lyme borreliose is aanvullend serologisch onderzoek aangewezen. Een dergelijk onderzoek dient echter met de nodige omzichtigheid te gebeuren: zo wijst een positieve test op een eerdere blootstelling, maar niet noodzakelijk ook op een actieve ziekte van Lyme. Heel wat patiënten met een positieve test zullen nooit symptomen ontwikkelen. Bovendien blijft de serologie langdurig positief na een succesvolle behandeling. Anderzijds is serologie in de vroege stadia van een infectie (ten tijde van de aanwezigheid van een EM letsel) dikwijls nog negatief.

Op basis van gegevens van peilpraktijken tussen 2015 en 2017, werd in een recente studie de incidentie van EM geschat op 97,6/100 000 inwoners per jaar, die van Lyme neuroborreliose op 2,4/100 000/jaar en die van Lyme artritis op 2,1/100 000/jaar⁶. Een effectieve vaccinatie voor Lyme borreliose is op dit moment niet voor handen.

Anaplasmosis

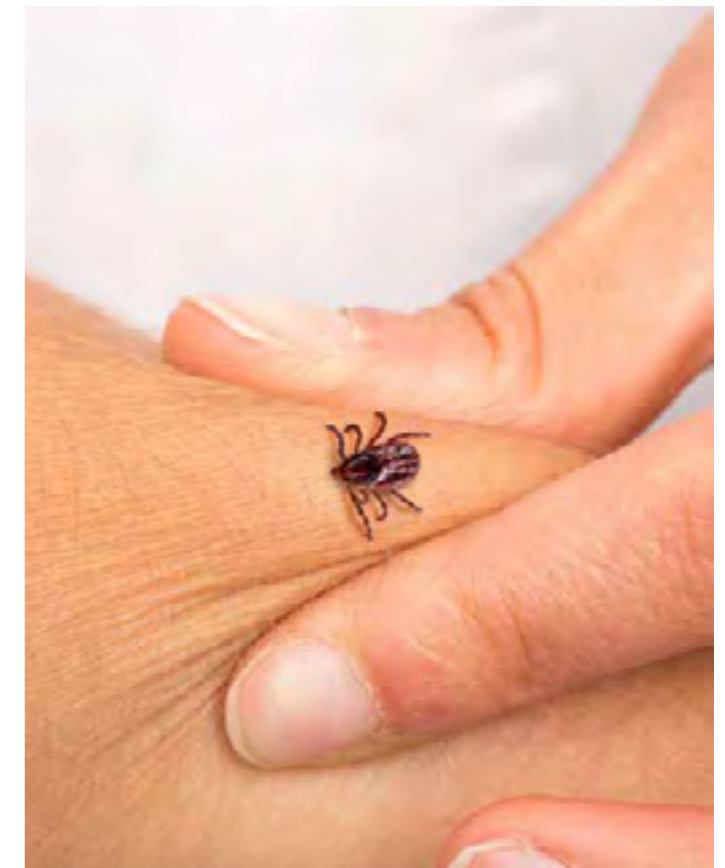
Anaplasmosis is een aandoening veroorzaakt door de bacterie *Anaplasma Phagocytophilum*, die zich manifesteert als een febrile aandoening met malaise. Vermoedelijk gaat de meerderheid van de infecties echter onopgemerkt voorbij. Zeldzaam kunnen zich ernstige ziektesymptomen voordoen, dit is vooral het geval bij personen met een verminderde afweer⁴. De behandeling is eenvoudig en bestaat uit toediening van doxycycline. Studies in België en Europa toonden een relatief hoge graad van seropositiviteit (compatibel met eerdere expositie): 2,9 - 5,7 % in de algemene bevolking⁵.

Babesiose

Babesiose is een aandoening veroorzaakt door de protozoale *Babesia spp.*, die vooral bij dieren frequente ziekteverwekkers zijn⁸. Menselijke infecties zijn zeldzamer en komen voornamelijk voor in Noord-Amerika. In Europa wordt de aandoening slechts zelden vastgesteld, alhoewel seroprevalentiestudies in België en Europa wijzen op actieve circulatie van deze pathogeen. Babesiose veroorzaakt een infectie van de rode bloedcellen. De meeste infecties verlopen zonder symptomen; levensbedreigende infecties werden zelden beschreven bij patiënten met een immuunstoornis of zonder milt.

Andere infecties

Andere infecties die in België door teken kunnen worden overgebracht zijn onder andere de bacteriële febrile aandoeningen Q fever (veroorzaakt door *Coxiella Burnetii*), rickettsiose (veroorzaakt door bepaalde *Rickettsia spp.*) en tularemie (veroorzaakt door *Francisella Tularensis*), alhoewel die zelden worden vastgesteld en met tekenbeten in verband kunnen worden gebracht. Op het Europese vasteland worden daarnaast ook



onder meer teken encefalitis, Crimean-Congo hemorrhagische koorts, 'tick borne relapsing fever' en erlichiose door teken overgedragen.

Teken encefalitis (TBE) is een virale infectie die voornamelijk voorkomt in Centraal, Oost- Europa en Balkan landen en het verre oosten. Er bestaan drie types: Europese, Siberische en Verre Oosten teken encefalitis. De ziekte circuleert voornamelijk tussen kleine knaagdieren en de teek. De mens kan geïnfecteerd worden in het begin van een tekenbeet: de ziekte wordt immers overgedragen via het speeksel. Ongeveer 2/3 van de infecties verloopt asymptomatisch. Bij de overige 20-30 % treden er wel klachten op en kan de ziekte bifasisch verlopen: de eerste fase wordt gekenmerkt door een atypisch griepaal syndroom, gevolgd door een klachtenvrije fase. Bij ongeveer 30 % van de mensen volgt er een tweede fase

met neurologische klachten. Het verloop van de ziekte en de prognose hangen af van het serotype. Het Europese subtype gaat gepaard met een mortaliteit van 2 % en neurologische restletsels bij 10 % die een tweede fase ontwikkelen. Het Verre Oosten type verloopt agressiever, is vaker monofasisch en gaat gepaard met een hogere mortaliteit; de Siberische vorm verloopt milder, maar gaat vaker gepaard met langdurige klachten.

Er bestaat een goed vaccin tegen tekenencefalitis. Vaccinatie is aanbevolen voor mensen die tijdens de lente, zomer of herfst reizen naar gebieden waar TBE endemisch is en daar veel buitenactiviteiten hebben gepland. In België is FSME-immun[®] op de markt (voor kinderen tussen 1 en 16 jaar is er FSME-immun[®] junior of een halve volwassen dosis). Er zijn minimaal twee vaccins nodig voor vertrek met liefst één maand tussen beiden. Een versneld schema met twee weken interval is ook mogelijk. Bij een hernieuwde blootstelling dient voor de start van het volgende tekenseizoen (5-12 maand later) een derde vaccinatie te worden toegediend, met een eerste boostervaccinatie drie jaar nadien. Voor België wordt vaccinatie momenteel niet aanbevolen³. Het vaccin wordt niet systematisch terugbetaald, hoewel sommige mutualiteiten in bepaalde omstandigheden een tegemoetkoming voor reis gerelateerde vaccinaties voorzien.



Preventie van door teken overgebrachte ziektes

Preventie spitst zich enerzijds toe op het vermijden van tekenbeten en anderzijds op het vroegtijdig en correct verwijderen van teken, na activiteiten die een verhoogd risico inhouden (wandtochten in de natuur, kamperen, jagen, tuinieren ...).

Preventie van tekenbeten

Volgende algemene maatregelen bij buitenactiviteiten zijn effectief om tekenbeten te voorkomen:

- Vermijd zo mogelijk gebieden waar teken zich kunnen ophouden: grasachtige, bestruikte en beboste zones.
- Blijf op de paden en loop niet door hoog gras.
- Kampeer niet aan de bosrand.
- Bedek het lichaam zoveel mogelijk met kleren, met de pijpen van de broek in de sokken.
- Draag stevige hoge schoenen.
- Draag licht gekleurde kleren zodat teken beter te zien zijn.
- Inspecteer kleren, rugzak en huisdieren na een tocht voor eventueel meegebrachte teken. Was kleren nadien op 60°, of behandel 15 minuten in de droger om onopgemerkte teken te verwijderen.

Verder wordt het gebruik van **insectenwerende middelen of repellents** aangeraden. Dat zijn producten die aangebracht op de huid insecten afstoten zonder ze te doden. Ze zijn helaas tegen teken slechts matig effectief. Voor een correct gebruik dienen alle niet-bedeekte lichaamsdelen zorgvuldig te worden ingesmeerd, waarbij contact met de slijmvliezen (ogen, mond), wondjes, eczeemvlekken of ernstige zonnebrand dient te wor-

den vermeden. Na aanbrengen dienen handen te worden gewassen. Afhankelijk van de werkingsduur dienen ze na een bepaalde tijd opnieuw te worden aangebracht. Indien zowel DEET als zonnecrème worden gebruikt, dient eerst de zonnecrème te worden gesmeerd en kan DEET na het indrogen worden aangebracht. Omwille van potentieel toxische effecten zijn ze bij *jonge kinderen* en *zwangeren* enkel aanbevolen wanneer de andere algemene maatregelen niet kunnen worden toegepast. Een aangepaste concentratie is dikwijls vereist. Na gebruik dienen ze te worden afgespoeld. Kinderen dienen steeds door een volwassene te worden ingesmeerd, waarbij dient te worden vermeden dat het product op de kinderhanden terecht komt.

Producten op basis van DEET (diethyl-m-toluamide of N,N-diethyl-3-methylbenzamide) 30-50 %, (p)icaridine, IR3535 of citriodiol-extract van eucalyptusolie (p-menthane 3,8 diol of PMD) kunnen worden gebruikt (zie tabel 1)².

- **DEET (diethyl-m-toluamide of N,N-diethyl-3-methylbenzamide) 30-50 %.** Voor kinderen vanaf zes maanden (verschillende richtlijnen zijn weliswaar niet consistent over de minimum leeftijd) en zwangere vrouwen tussen de 20-30 %. Wanneer DEET gebruikt wordt in combinatie met zonnecrème, dient eerst de zonnecrème te worden aangebracht. DEET vermindert de werkzaamheid van zonnecrème, dus een hogere beschermingsfactor is nodig. DEET tast kunststoffen aan.
- **(P)icaridine 20-25 %.** (P)icaridine mag worden gebruikt vanaf de leeftijd van twee jaar. Het gebruik door zwangeren mag, maar is weinig gedocumenteerd. Er is geen aantasting van kunststoffen.
- **IR3535 20-35 %.** Voor kinderen tussen zes maanden en twee jaar mag de formule tot 20 % worden gebruikt. Het gebruik door zwangeren is toegestaan, maar weinig gedocumenteerd.
- **Citriodiol-extract van eucalyptusolie** (ook genoemd p-menthane 3,8 diol of PMD) 20-25 %. Het gebruik door jonge kinderen vanaf zes maanden is toegestaan. Gebruik bij zwangeren is volgens de fabrikanten toegestaan, maar er zijn weinig gegevens over.

Tabel 1. Aanbevolen insectenwerende middelen met werkzaamheid tegen teken

Repellents kunnen ook op kleding worden aangebracht, maar het effect is zeer beperkt. Kleding die met een insecticide (permethrine) behandeld werd, is wel effectief maar mag niet bij kinderen gebuikt worden.

Vroegtijdig en correct verwijderen van teken

Tekenbeten zijn meestal pijnloos, en worden zelden spontaan opgemerkt. Teken bijten zich dikwijls vast op een warme plaats, waar de huid dun is. Vaak gaat het om plaatsen die bedekt zijn met kleren, of die niet direct zichtbaar zijn. Daarom is het belangrijk om na een buitenactiviteit het hele lichaam systematisch na te kijken voor teken (ook hoofd, haarlijn, achter de oren, oksels, bilnaad, liezen, knieholtes en tussen de tenen). Bij meerdaagse activiteiten dient dit minstens eenmaal per dag te gebeuren.

Als een teek wordt aangetroffen, dient die zo snel mogelijk te worden verwijderd met een fijne pincet of een aangepaste tekenverwijderaar (onder meer tekenlasso, tekenlepel, tekenkaart, tekenkoevoet). Hiervoor dient de kop van de teek zo dicht mogelijk tegen de huid worden vastgenomen en in een rustige beweging te worden verwijderd, zonder op het achterlichaam van de teek te knijpen. Als geen tekenverwijderaar bij de hand is, kan een lus gemaakt worden met een dun draadje of kan de teek verwijderd worden door met een scherpe nagel langs de huid te schrapen. Het aanbrengen van producten op de teek (zoals ether, alcohol of olie) of verbranden, draaien of platdrukken van de teek dient te worden vermeden. Na de verwijdering kunnen enkele kleine fragmentjes in de huid achterblijven. Dit houdt geen gevaar in, maar kan wel aanleiding geven tot een kleine ontsteking. Daarom wordt de zone rond de tekenbeet na verwijdering best gedesinfecteerd, bijvoorbeeld met 70 % alcohol.

Volgens de Belgische richtlijnen is er geen plaats voor de preventieve inname van antibiotica na een tekenbeet. Een serologische controle voor door teken overgebracht ziektes heeft in afwezigheid van symptomen ook geen zin. Best wordt de datum en plaats van de beet genoteerd. Gedurende één maand dient de plaats van de tekenbeet in de gaten gehouden te worden voor de eventuele ontwikkeling van een EM letsel. Indien een huidletsel compatibel met een EM of andere symptomen optreden, dient een arts te worden geraadpleegd.

Meer informatie

De campagne 'Wees niet gek. Doe de tekencheck!' van de Vlaamse overheid corrigeert mogelijke misverstanden omtrent tekenbeten en de ziekte van Lyme en informeert wat te doen om de ziekte van Lyme te voorkomen of te genezen. De site tekenbeten.be bundelt campagnemateriaal en meer informatie over teken, tekenbeten en door teken overgebrachte ziektes.

Op de website van het Instituut voor Tropische Geneeskunde www.reisgeneeskunde.be, kan meer info gevonden worden over teken encefalitis en de vaccinatie (met onder andere land specifieke informatie).



Figuur 4. Correcte verwijdering van een teek, naar de campagne 'Wees niet gek. Doe de tekencheck!' van de Vlaamse overheid



Besluit

- De meest frequent door teken overgebrachte ziekte in België is Lyme borreliose, de meeste tekenbeten zullen echter geen ziekte veroorzaken.
- Lyme borreliose is een aandoening met een typisch ziekteverloop, die in alle stadia over het algemeen effectief gediagnosticeerd en behandeld kan worden. Een positief serologisch onderzoek zonder compatibele symptomen behoeft geen behandeling.
- De belangrijkste preventieve maatregel voor Lyme borreliose is een snelle en correcte verwijdering van de teek na een beet.
- Andere maatregelen zoals gedragsaanpassing en gebruik van insectenwerende middelen zijn van belang voor de preventie van tekenbeten.
- Er is op dit ogenblik geen aanbeveling voor systematische vaccinatie voor teken encefalitis in België.

Referenties

1. Aanbeveling omtrent Lyme Borreliose (2017) van de federale overheid: http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/gids_lyme_borreliose_nl_march2017.pdf, laatst bezocht op 13/3/2019
2. Aanbevelingen van het Instituut voor Tropische Geneeskunde betreffende het gebruik van insectenwerende middelen: <https://www.itg.be/Files/docs/Reisgeneeskunde/NREPELLENTS.pdf>, laatst bezocht op 13/3/2019

3. Advies van de Hoge Gezondheidsraad betreffende de vaccinatie tegen tekenencefalitis (Tick-borne encefalitis, TBE): <https://www.health.belgium.be/nl/advies-9435-tbe>, laatst bezocht op 10/4/2019.
4. Bakken, J. S., & Dumler, S. (2008). Human granulocytic anaplasmosis. *Infectious disease clinics of North America*, 22(3), 433-448.
5. De Keukeleire, M., Vanwambeke, S. O., Cochez, C., Heyman, P., Fretin, D., Deneys, V., ... & Robert, A. (2017). Seroprevalence of *Borrelia burgdorferi*, *Anaplasma phagocytophilum*, and *Francisella tularensis* infections in Belgium: results of three population-based samples. *Vector-Borne and Zoonotic Diseases*, 17(2), 108-115.
6. Geebelen, L., Van Cauteren, D., Devleeschauwer, B., Moreels, S., Tersago, K., Van Oyen, H., ... & Lernout, T. (2018). Combining primary care surveillance and a meta-analysis to estimate the incidence of the clinical manifestations of Lyme borreliosis in Belgium, 2015-2017. *Ticks and Tick-borne Diseases*.
7. Heyman, P., Cochez, C., Hofhuis, A., Van Der Giessen, J., Sprong, H., Porter, S. R., ... & Papa, A. (2010). A clear and present danger: tick-borne diseases in Europe. *Expert review of anti-infective therapy*, 8(1), 33-50.
8. Hildebrandt, A., Gray, J. S., & Hunfeld, K. P. (2013). Human babesiosis in Europe: what clinicians need to know. *Infection*, 41(6), 1057-1072
9. Obsomer, V., Wirtgen, M., Linden, A., Claerebout, E., Heyman, P., Heylen, D., ... & Lempereur, L., 2013, Spatial disaggregation of tick occurrence and ecology at a local scale as a preliminary step for spatial surveillance of tick-borne diseases: general framework and health implications in Belgium. *Parasites & vectors*, 6(1), 190.
10. Stanek, G., Wormser, G. P., Gray, J., & Strle, F. (2012). Lyme borreliosis. *The Lancet*, 379(9814), 461-473.

Dr. Steven Declercq en dr. Ula Maniewski-Kelner
(beiden internist in het Instituut voor Tropische Geneeskunde Antwerpen)

Geowacht®: tijd voor een update!

Zeggen dat er zich het voorbije jaar een kleine aardverschuiving heeft voorgedaan binnen Geowacht® is allicht een understatement. Samenwerking met een nieuwe IT-partner, enkele wissels bij de operationele mensen én in het bestuur, de invoering van een nieuw Geowacht® systeem in september vorig jaar ... het heeft inderdaad meer weg van een tsunami.

In een gesprek met apr. Theo Dierickx, directeur van Geowacht® vzw en Linda Coppens, coördinator van het nationale wachtsecretariaat, maken we de balans op, komen de resultaten van de enquête aan bod en kijken we volop naar de toekomst!

Welke impact?

Laten we starten met een belangrijke nuancering. Het klopt dat er door een samenloop van omstandigheden heel wat personeelswijzigingen waren op verschillende plaatsen – zo werd apr. Jan Berghmans de nieuwe voorzitter van Geowacht® – maar dat speelde meer op de achtergrond. In principe heeft de gebruiker (elke apotheker maar ook diens patiënten) daarvan niet veel gemerkt. De nieuwe ploeg heeft zich vooral beziggehouden met de implementatie van afspraken die eerder al gemaakt werden; de 'kiemen' voor het nieuwe concept waren immers al veel eerder gelegd. Ook de publieke bekendmaking van de nachtwachten, een louter politieke beslissing, was toen al ingevoerd.

Gelaagd systeem

Het soms broze evenwicht tussen politieke en operationele strategieën is trouwens dezelfde moeilijke oefening die de voorgangers van deze ploeg al tot een goed einde moesten brengen. Wat dat betreft is er alvast weinig gewijzigd. Nochtans is de opdracht van de Geowacht® directeur relatief eenvoudig: zorgen dat alle acto-

ren goed op elkaar afgestemd zijn, dat het 'Geowacht® systeem' prima werkt en streven naar uitbreiding. De taken zijn daar trouwens goed afgelijnd.

Op **bestuursniveau** zitten alle betrokken lokale beroepsverenigingen rond de tafel, samen met een vertegenwoordiging van APB, VAN en de Franstalige zusterpartij AUP. Hier worden de strategische beslissingen genomen, wordt bekeken hoe opdrachten vanuit de overheid best ingevoerd worden en maakt men concrete keuzes op basis van de technische voorstellen en rekening houdend met het budget.

De **operationele** diensten moeten die voorstellen omzetten in goed werkende modellen en de technische continuïteit waarborgen. Zo was er dringend nood aan een nieuw spreidingsalgoritme, omdat het vorige toch te veel was opgesteld in functie van een eerder beperkte schaal. Met de uitbreiding naar andere regio's was er behoefte aan een standvastig en toekomstgericht model. Daarvoor werd de hulp van een extern IT bedrijf ingeschakeld, in nauwe samenwerking met de oorspronkelijke KAVA IT-ploeg die aan de wieg stond van Geowacht®, versterkt door Mattias Maton vanuit 'De Westvlaamse'. Linda Coppens begeleidde als coördinator van het wachtsecretariaat de verschillende lokale secretariaten in die overgang die in 2019 effectief van start ging. De voorbereiding en communicatie begon echter al veel eerder, herinner u de mails en begeleidende brieven die na de zomer verstuurd werden over de afkeur- en voorkeurdag, losse wachten etc.

De **lokale wachtsecretariaten** blijven een belangrijke spil in het systeem. Zij vormen het rechtstreekse aanspreekpunt voor apothekers die vragen hebben over wachtwissels en kunnen beter oordelen over (bijvoorbeeld) de correcte indeling per regio. Elke situatie is immers verschillend en dat kan enkel juist geïnterpreteerd worden door de lokale beroepsverenigingen, die uiteraard steeds het globale plaatje moeten bewaken.

Bovendien heb je dan nog eens de link naar **APB**. Op dat niveau worden de onderhandelingen gevoerd over het wachtsysteem, zij hebben de juiste info over bepaalde desiderata of verwachtingen van de overheid of de Minister. De website apotheek.be, waarop patiënten 24u/24u kunnen zien welke apotheek wanneer wachtdienst heeft, wordt gevoed met data van Geowacht®.

Kortom, Geowacht® is inderdaad een structuur met heel wat partners en geledingen ...

Cijfers en letters

Ook voor de apothekers veranderde er heel wat rond de wachten: naast de bekendmaking van de nachtwachten, was er dus de invoering van een nieuw systeem. Een noodzakelijke stap om een performante en structurele oplossing op nationale schaal uit te werken die (o.a.) rekening houdt met keuze voor wachten per dag, een belangrijke vernieuwing! Ook al werden de twee beslissingen onafhankelijk van elkaar genomen, voor sommige collega's was dat niet altijd even helder en transparant. Zo kwam er kritiek op de openbaring van die nachtwachten, hoewel Geowacht® daar strikt genomen niets mee te maken had. Maar ook de loskoppeling van de week- naar losse dagwachten zorgde voor wat deining. En al probeer je dat nog zo klantvriendelijk mogelijk te verklaren en toe te lichten, het was in alle eerlijkheid niet altijd een eenvoudige boodschap.

Van bij de start van beide nieuwe systemen werd dan ook beloofd om te peilen bij de apothekers zelf wat zij ervan vonden. Zo wordt elke apotheek die er een nachtwacht heeft opzitten steeds uitgenodigd om deel te nemen aan een bevraging waarin enkele standaardvragen worden gesteld rond aantal bezoeken 's nachts, afleveringen al dan niet op voorschrift, gebruik van wachtluik en mogelijke gevallen van (verbale of fysieke) agressie. Die gegevens worden door APB verzameld en van zodra daarover relevante info wordt bekendgemaakt, delen we die graag met alle apothekers.

Ook Geowacht® engageerde zich om het nieuwe systeem te laten evalueren door de gebruikers. Hierin zat immers *the proof of the pudding*: nagaan hoe alle apothekers hierover denken. Daarom was het ook belangrijk dat de deelname zo breed mogelijk was en de gegevens erg representatief. De ambitie van Theo Dierickx werd ruimschoots ingevuld. Dankzij enkele gerichte reminders namen er 1629 apotheken van de 2023 aangeslotenen bij Geowacht® deel. 80 % responsgraad op zo'n enquête is een knap resultaat en een bewijs dat dit materie is die de collega's niet onbewogen laat. Terecht ook!

De belangrijkste wijziging was de overgang naar afzonderlijke dagdelen, zowel in de week als tijdens het weekend. In de meeste regio's was er inderdaad eerder enkel een week- of weekendwacht. Nieuwsgierig hoe de apotheken deze overgang hebben verteerd?

Welk type wachtdienst verkiest u?		
1629 van 1629 mensen hebben deze vraag beantwoord		
1	Losse wachtdagen, ook in het weekend (d=2 elke dag iemand anders van wacht, ook in het weekend)	1.156 / 71%
2	Losse wachtdagen op maandag, dinsdag, woensdag, donderdag en vrijdag maar weekend in blok (zaterdag en zondag samen, met maximaal 1 nachtwacht)	223 / 14%
3	Blokken van 4 werkdagen en 3 weekenddagen (noot 2 nachten na elkaar)	215 / 13%
4	Geen voorkeur	35 / 2%

Figuur 1. Welk type wachtdienst verkiest u?

Het antwoord is overduidelijk: 71 % van wie de enquête invulde, kiest voor losse wachten, ook in het weekend. Zelfs als we die 20 % van apotheken die de enquête niet beantwoord hebben als 'niet akkoord met de losse wachtdiensten' beschouwen, dan heeft dus nog meer dan de helft van de aangeschrevenen wel voor losse wachten gestemd.

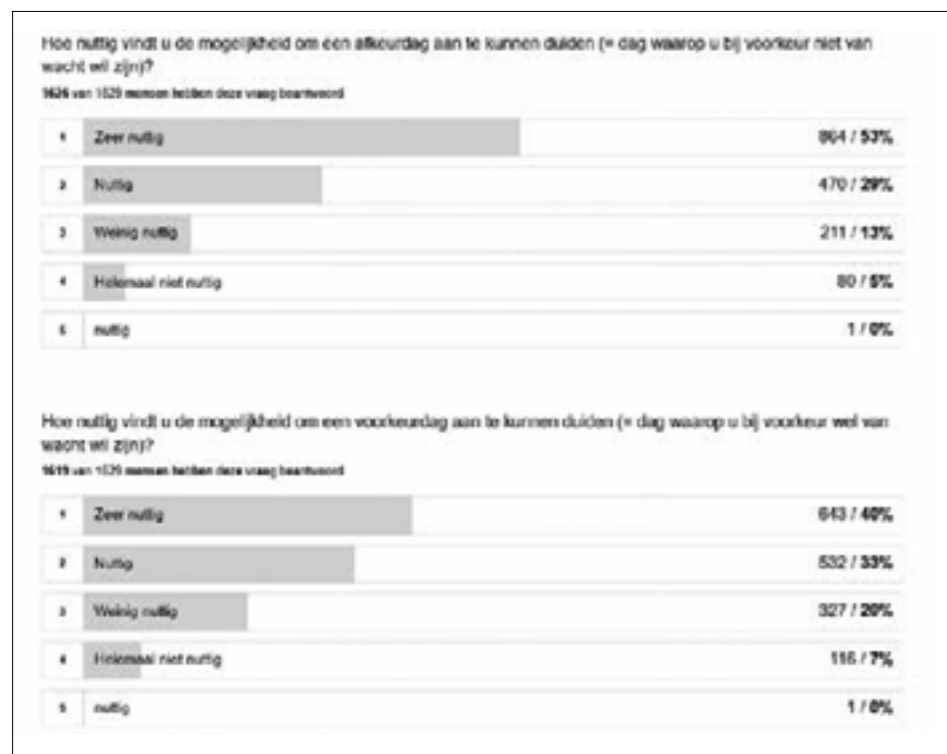
Hoe typeert u uw apotheek?		
1684 van 1629 mensen hebben deze vraag beantwoord		
1	Apotheek in stad of gemeente met minder dan 20.000 inwoners	622 / 38%
2	Apotheek in stad of gemeente met minimum 20.000 en maximum 50.000 inwoners	394 / 24%
3	Apotheek in randgemeente van grootstad	297 / 18%
4	Apotheek in grootstad (meer dan 100.000 inwoners)	178 / 11%
5	Apotheek in stad of gemeente (niet palend aan grootstad) met minimum 50.000 en maximum 100.000 inwoners	133 / 8%

Figuur 2. Type van deelnemende apotheken

Ook de representativiteit van de deelnemende apotheken zit goed, zoals blijkt uit *figuur 2*.

In de marge van de enquête werd ook gepeild naar de wenselijkheid van de bekendmaking van de nachtwachten. Materie waarop Geowacht® zelf geen impact heeft natuurlijk, maar wel boeiend om te bevragen. De antwoorden zijn echter niet eensluidend, er kwamen immers ook nog heel wat schriftelijke bedenkingen bij. Algemeen geeft men daar de voorkeur aan een betalend nummer, waarbij de financiering niet van de apotheken moet komen, maar betaald door Geowacht®, de patiënt, de overheid ... Al is het maar om de drempel tot de wachtapotheek wat te verhogen en echt apotheek van wacht te zijn in plaats van een nachtwinkel. Nogmaals, verzuchtingen die zich eerder op een ander (politiek) niveau afspelen.

Tenslotte bleek ook de mogelijkheid om een afkeur- of voorkeurdag te kunnen aanduiden in de smaak te vallen, *zie figuur 3*.



Figuur 3. Afkeur- en voorkeurdag

Alles rozengeur en maneschijn?

De grote deelname van de apotheken en de reacties sterken Geowacht® om verder te gaan op de ingeslagen weg. Het systeem van de afzonderlijke dagdelen wordt behouden, net als de mogelijkheid om een afkeur- of voorkeurdag aan te duiden.

Of alles dan van bij het begin vlot verlopen is en er geen aanpassingen nodig zijn?

Natuurlijk niet. De eerste periode heeft heel wat inzichten opgeleverd en ook enkele anomalieën die moesten worden aangepakt. Wanneer je alleen maar op een voorkeurdag wacht hebt, klopt het systeem natuurlijk niet. Zo moest er in sommige regio's nog flink worden gewisseld omdat heel wat collega's verhoudingsgewijs te veel wachten in het weekend hadden. 'Fairness' blijft een belangrijk criterium! Ook de indeling in sommige regio's en wachtsectoren bleek in de praktijk minder goed te werken dan op de IT-tafel getekend. De voorbije maanden hebben de lokale wachtsecretariaten nog flink wat finetuning gedaan, in goede samenspraak met het 'hoofdkwartier'.

Door nieuwe IT-aanpassingen zullen deze zaken bij volgende wachtberekeningen opgelost zijn.

Zoals vorig jaar beloofd kunnen de blackpoints voor volgend jaar nu opnieuw tijdig (en voor de zomervakantie) ingevoerd worden. Die uitnodiging vertrekt eerstdaags naar alle apotheken. Zo ken je tijdig jouw wachtkalender voor 2020.

Toekomstplannen

Geowacht® laat zich niet in slaap wiegen. Er is immers nog heel wat werk voor de boeg. Een van de belangrijkste en tevens meest complexe openstaande 'werven' betreft die van uniforme regels. Op termijn wil men inderdaad werken aan een gemeenschappelijk huishoudelijk reglement met afspraken rond wissels, ziekte en zwangerschap, spreiding ... die in alle situaties en regio's dezelfde zijn. Lijkt evident, maar op dit ogenblik zijn er nog verschillen. Een uitdaging die zeker in de context van Geowacht® haalbaar moet zijn!

Nico Carpriau



SOS BANCONTACT

- 7/7
- bel SOS-lijn
- reserveer online
- spoedlevering

KAVA stelt 2 mobiele betaalterminals ter beschikking aan haar tariferende klanten in geval van:

- panne van uw bancontacttoestel;
- uitvallen van uw internet of telefoonlijn;
- extra toestel nodig tijdens drukke periodes (bv. wachtdienst).

- ≡ Zeer voordelige tarieven
- ≡ 50 gratis transacties per dag
- ≡ Zelf afhalen of geleverd aan apotheek
- ≡ Geen abonnement vereist
- ≡ Geen wifi of internet nodig



BEL
03/280 15 19

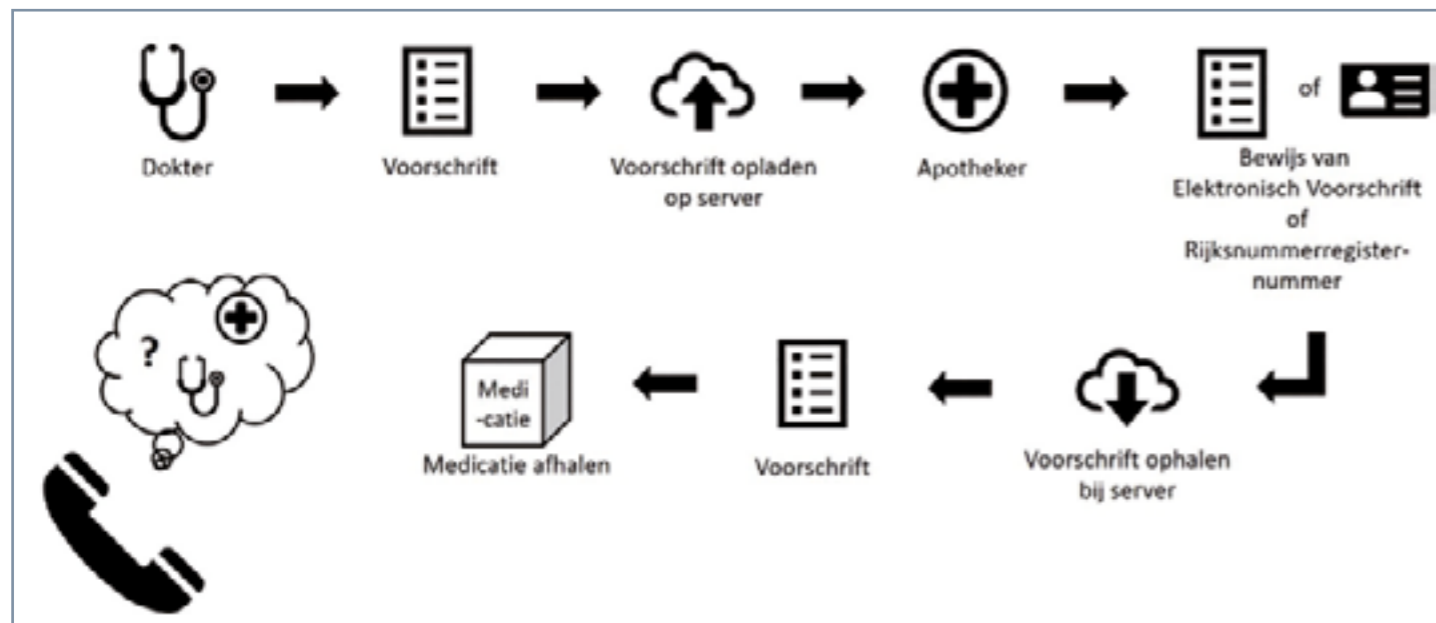
WWW.KAVA.BE/SOSBANCONTACT

Wat vinden patiënten van het papierloze voorschrift?

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

Onze maatschappij speelt zich meer en meer digitaal af en deze trend zet zich ook steeds meer verder in de gezondheidsector en de apotheek. In mijn masterthesis heb ik ingepikt op deze evolutie en heb ik onderzoek gedaan naar de invoering van het elektronische en papierloze voorschrift. In het bijzonder ben ik dieper ingegaan op de precieze werking en status van het hele proces, de mening en noden van de patiënten en de (digitale) toekomst voor de apotheek.

Zoals alle apothekers in België weten, werden voorschriften gedurende lange tijd met de hand geschreven. Daar komt verandering in. Het elektronische voorschrift kennen de meesten ondertussen al. Het is de verplichte vorm van het voorschrift voor bijna alle ambulante situaties en voor bijna alle ambulante artsen. Voor de elektronische voorschriften wordt Recip-e gebruikt. De voorschriften worden elektronisch gemaakt en beveiligd bewaard tot ze worden afgeleverd aan de patiënt. Dit afleveren gebeurt nog steeds door een apotheker die de patiënt zelf heeft gekozen. Momenteel gaat het elektronische voorschrift hand in hand met het afgedrukte bewijs van elektronisch voorschrift. Dat is vandaag een nog noodzakelijk element om toegang te krijgen tot het elektronische voorschrift. Het bewijs van elektronisch voorschrift bevat immers een RID (Recip-e identificatienummer). Dat is een unieke identificatie. Vanaf juni 2019 zou (de noodzakelijkheid van) het bewijs van elektronisch voorschrift verdwijnen. De geneesmiddelen op dit papierloze voorschrift zal de patiënt kunnen afhalen bij een apotheker naar keuze, met behulp van zijn eID en zijn rijksregisternummer. Dankzij de Personal Health Viewer, ook bekend als MijnGezondheid, zullen patiënten toegang krijgen tot de voor hen voorgeschreven voorschriften. Dit hele proces wordt voorgesteld in *figuur 1*.



Figuur 1. Overzicht van de werking van het elektronische voorschrift



Voor- en nadelen

Het elektronische voorschrift heeft een aantal voordelen. Een eerste groot voordeel van het elektronische voorschrift zou het verminderen van fouten zijn. Bijvoorbeeld labelfouten, verkeerde medicatie of dosis, verouderde geneesmiddelinformatie, gemiste allergieën of interacties. Deze fouten kunnen worden verminderd, maar er is nood aan een goed beslissingsondersteuningssysteem. Dit systeem staat in België nog niet op punt. Het elektronische voorschrift brengt echter nieuwe soorten fouten met zich mee en ook alarmmoeheid is een nieuw probleem. Verder zouden tijdsbesparing en efficiëntie voordelen zijn. De beperkte mogelijkheid voor fraude is ook een groot voordeel. Het voluit schrijven van de dosis en het aantal eenheden van verdovende middelen en psychotrope stoffen is niet langer nodig. Tot slot zouden ook een betere samenwerking tussen huisartsen en apothekers, een beter inzicht krijgen in wat de patiënt werkelijk inneemt en het makkelijker op te volgen van de therapietrouw voordelen zijn. Mogelijke voordelen zijn de tevredenheid van patiënten over het gezondheidssysteem, verminderde printkosten en papierbesparing.

Naast voordelen zijn er ook enkele nadelen aan het elektronische voorschrift. Bijvoorbeeld systeemstoringen. Voorschriften kunnen verloren gaan of kunnen niet worden opgehaald. Verder is ook de nood aan infrastructuur op huisbezoek of tijdens de wachtdienst een nadeel. Het moeilijker magistraal voorschrijven en voorschrijven van vrij verkrijgbare geneesmiddelen en homeopathie zijn

ook nadelig. De mogelijke winst van het elektronische voorschrift staat dus ook tegenover de kosten voor het systeem.

Recip-e

De vereniging Recip-e werd in 2007 opgericht en trad op als partner voor het pilootproject voor het elektronische voorschrift. In 2013 eindigde het pilootproject succesvol en begon de nationale uitrol.

De voorschrijver maakt een elektronisch voorschrift aan. Nadat het vercijferd is, wordt het verstuurd naar de Recip-e server. De patiënt gaat naar een apotheek van zijn keuze. De apotheker scant het RID en haalt zo het voorschrift op bij de server. De apotheker ontcijfert het voorschrift en kan de medicatie afleveren. Bij het afleveren houdt de apotheker, zoals vermeld op het bewijs van elektronisch voorschrift, geen rekening met handgeschreven aanvullingen. Het bewijs van elektronisch voorschrift heeft geen wettelijke waarde.

Een voorschrift moet een aantal gegevens bevatten. Zowel administratief als gegevens in verband met het geneesmiddel. De naam, voornaam en het adres van de voorschrijver moeten vermeld worden, net zoals de naam en voornaam van de patiënt. Daarnaast moet een handtekening, datum van opstellen en eventueel datum van uitvoering aanwezig zijn. De naam van het



geneesmiddel, de toedieningsvorm, sterkte, posologie en therapieduur moeten worden vermeld.

Ambulante voorschrijvers zullen worden verplicht om, wanneer de juridische procedures afgewerkt zijn, elektronisch voor te schrijven. Op deze verplichting zullen uitzonderingen bestaan: voorschrijvers die 62 jaar of ouder zijn en voorschrijvers op huisbezoek bij patiënten of in rust- en verzorgingstehuizen moeten niet elektronisch voorschrijven. Het papieren voorschrift is ook toegelaten in noodsituaties. Bijvoorbeeld bij dringende medische hulp, een buitenlandse voorschrijver of patiënt zonder rijksregister- of bisnummer.

Momenteel zijn er nog enkele problemen met het elektronisch voorschrift. Bijvoorbeeld het voorschrijven van magistrale bereidingen, voorschriften voor de Militaire Dienst, Politie en NIOOO en het voorschrijven door voorschrijvers zonder INSZ of voor patiënten zonder INSZ.

In de toekomst zal het onder andere mogelijk worden om geneesmiddelen papierloos af te halen door middel van de eID en het rijksregisternummer en dat één product overeenkomt met één RID. Zo zal de patiënt gemakkelijk kunnen beslissen welke producten hij wanneer wil afhalen.

Het elektronische voorschrift in de Europese unie

De Europese Unie wil graag een elektronische gezondheidszorg over de grenzen heen en dus dat EU-burgers met hun elektronisch voorschrift overal in de EU terecht kunnen. Verschillende interpretaties en implementaties van de gegevensbeschermings- en vertrouwelijkheidswetten zorgen er echter voor dat dit moeilijk is. Verder zijn de hoge kosten en het gebrek aan beveiliging niet

bevorderlijk. De Europese koplopers op het vlak van elektronisch voorschrijven zijn Denemarken, Zweden, Nederland en Estland. Verschillende andere landen hebben ook al stappen gezet (bijvoorbeeld het Verenigd Koninkrijk, Oostenrijk, Bulgarije, Kroatië, Cyprus, Tsjechië, Finland, Frankrijk en Duitsland).

Medische gegevens zijn gevoelig. Daarom moeten zowel patiënten, zorgverstrekkers en de overheid zich bewust zijn van het feit dat deze gegevens mogelijks ten prooi kunnen vallen van cybercriminelen. Om de privacy van patiënten te garanderen moet er voldoende geïnvesteerd worden in cybersecurity en moet de privacywetgeving nageleefd worden.

De toekomst van het voorschrift: de mening van patiënten

Het papierloze voorschrift is een volgende stap in de toekomst. Dit is voorlopig een onbestaand gegeven en dat moet steeds in het achterhoofd gehouden worden wanneer het gaat over

deze studie. Zowel voor de patiënt, zorgverlener en betrokken instanties is er nog veel onduidelijkheid over hoe dit papierloze voorschrift eruit zal zien en zal werken in de praktijk. Momenteel wordt er gewerkt aan goede alternatieven voor het afhalen van medicatie, het behouden van het overzicht, volmachten voor anderen en andere nog onbeantwoorde vragen. Ongeveer 63 % van de patiënten gaat wel eens medicatie op voorschrift halen voor anderen. Het belang van volmachten is dus groot. Frequent werd controle aangehaald als argument om te kiezen voor een afgedrukt voorschrift. 51 % verkiest een afgedrukt voorschrift boven een papierloos voorschrift. Dat werd bevestigd door de 31 % die het papierloze voorschrift als een bedreiging zag voor de zelfstandigheid betreffende de gezondheid. Verder vreesde 45 % dat het papierloze voorschrift het overzicht over de medicatie zou schaden. Het ophalen van medicatie voor anderen zonder voorschrift was ook een reële bezorgdheid. Er is dus nood aan een alternatief voor deze controle en een goed volmachtensysteem. Voor patiënten die overweg kunnen met een computer kan de *Personal Health Viewer* een zekere oplossing bieden. Algemeen zouden patiënten steeds een afdruk van het voorschrift moeten kunnen vragen aan hun arts.



Verder moet de apotheker zich meer inzetten om goede farmaceutische zorgen te bieden aan de patiënt. De toekomst van de apotheker hangt af van de meerwaarde die hij kan bieden. 34 % van de mensen overweegt immers medicatie op voorschrift te bestellen bij internetapotheken indien mogelijk. En slechts 26 % denkt dat een medicatieschema opstellen de taak van de apotheker is. De apotheker zou, met een uitbreiding van de huisapotheker en mogelijke investeringen in een online portaal, zichzelf kunnen profileren. De patiënt heeft immers altijd nood aan goed advies en een professional die op tijd nodige maatregelen kan treffen. De meerwaarde van deze kennis en inzet komt de patiënt en de apotheker ten goede.

Kortom, voor de apotheker staat er een nieuwe toekomst voor de deur. Het papierloze voorschrift zal onze werkwijze immers sterk

gaan veranderen. Hoe zullen we medicatie moeten klaarzetten als we geen papier meer hebben dat we kunnen meenemen naar de schuiven/kasten? Er werden tijdens mijn onderzoek enkele mogelijkheden geopperd voor dit probleem. Zullen we in de toekomst een ander soort handscanners met schermpjes gebruiken of medicatie klaarnemen met *glasses*, volgens het *pick to view principe*? Niet alleen voor ons, maar ook de patiënt zal de nodige veranderingen tegemoet gaan. Die verandering zullen wij mee moeten opvangen. Patiënten verder helpen met medicatieschema's en een overzicht van de beschikbare voorschriften. De internetapotheek evolutie zullen we tot slot ook moeten trotseren. Blijven investeren in goede farmaceutische zorg en in alternatieven voor de internetapotheek is de boodschap!

Apr. Laura Suykerbuyk en prof. dr. Wim Martinet (U Antwerpen)



Neus Keel Oor

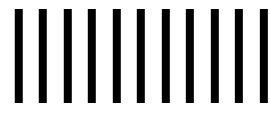
Uitgaand van een voorschrift ingezonden door een van onze redactieraadsleden of lezers lichten we in deze rubriek een casus toe die zich reëel in een officina heeft afgespeeld. Alle aspecten rond een voorschrift kunnen aan bod komen: van noemenswaardige magistrale formules, over minder alledaagse tarifiering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

Hilde, 42 jaar, komt in de apotheek en vraagt naar een xylometazoline neusspray. Hilde komt regelmatig in de apotheek, je weet dus dat ze xylometazoline al een aantal maanden aan het gebruiken is. Je had xylometazoline neusspray toen voorgesteld voor haar verkoudheid. Aangezien Hilde hypertensie heeft, geven we de voorkeur aan een lokale behandeling in plaats van orale therapie. Voor haar hypertensie neemt ze indapamide 2,5 mg en lisinopril 20 mg in. Door de hoeveelheid xylometazoline die ze op korte tijd kwam halen, heb je nu een vermoeden van rhinitis medicamentosa.

Rhinitis medicamentosa

Rhinitis medicamentosa of rebound congestie is een veel voorkomende aandoening als gevolg van overgebruik van nasale decongestiva zoals xylometazoline. Het is een geneesmiddel geïnduceerde, niet-allergische vorm van rhinitis waarbij nasaal mucosaslaim geïnduceerd of verergerd wordt door overmatig of foutief gebruik van nasale decongestiva. Meer dan de helft van



 0.00000.00.000		Naam en voornaam van de voorschrijver <i>Dr. AFT</i>
DOOR DE VOORSCHRIJVER IN TE VULLEN: Naam en voornaam van de rechthebbende: <i>Hilde, 42 jaar</i>		
Voorbehouden aan het verpakkingsvignet	<i>R/ Indapamide 2,5 mg 1 x per dag</i> <i>Lisinopril 20 mg 1 x per dag</i> <i>Xylometazoline neusspray.</i>	
Stempel van de voorschrijver AFT Lange Leemstraat 187 2018 Antwerpen	Datum en handtekening van de voorschrijver <i>15/05/2019</i>	
		Uitvoerbaar vanaf voornoemde datum of vanaf:
GENEESMIDDELENOVOORSCHRIFT		

de patiënten die een nasaal decongestivum in de apotheek komen halen, blijken overmatige gebruikers te zijn van een nasale decongestivum, een Belgische studie beweert zelfs dat het om 70 % van de gebruikers van nasale decongestiva gaat. Rhinitis medicamentosa kan optreden na langdurig gebruik van enkele maanden, maar ook na een kortere periode (langer dan de geadviseerde periode van vijf tot tien dagen). Zelfs na meer dan een jaar na het stoppen van het gebruik van nasale decongestiva, geraken deze patiënten vaak al binnen een paar dagen van hernieuwd gebruik terug in de vicieuze cirkel van overmatig gebruik.

Door langdurig en/of veelvuldig gebruik van nasale decongestiva heeft de patiënt steeds meer neusspray nodig om een effect te bereiken en kan bij stoppen reboundcongestie (rood-

heid, zwelling en rhinitis) optreden. Cijfers over de incidentie van deze reboundrhinitis ontbreken. De patiënt gaat steeds grotere hoeveelheden neussprays gebruiken en belandt, vaak onbewust, in een vicieuze cirkel.

Afhankelijk van welk nasale decongestivum er wordt gebruikt, is het risico op medicamenteuze rhinitis verschillend. De voorkeur gaat hier steeds naar de langwerkende preparaten, namelijk xylometazoline (bv. Otrivine®) en oxymetazoline (bv. Nesivine®). Andere lokale sympathicomimetica genieten nooit de voorkeur.

Het pathofysiologische mechanisme van rhinitis medicamentosa is nog niet volledig bekend, maar er zijn verschillende hypothesen. Een van de hypothesen is ischemie (onvoldoende doorbloeding) van de nasale mucosa door stimulatie van de α -2 receptoren waardoor er een intense vasoconstrictie van de submucosale arteriolen ontstaat. Deze ischemie zorgt dan voor oedeem. Bij een tweede hypothese is er sprake van een downregulatie van de α -adrenerge receptoren door negatief feedback mechanisme. Hierdoor ontstaat er vasodilatatie. Pathologische, inflammatoire en structurele veranderingen ter hoogte van de neusmucosa werden geobserveerd bij proefdieren.

Behandeling rhinitis medicamentosa

Als behandeling worden de nasale steroïden voorgesteld, die sinds 2017 ook als OTC-producten beschikbaar zijn. Meestal kan er afgebouwd worden over een periode van vier weken, waarbij de nasale corticoïden gecombineerd worden met spoelingen van zout water. Hypertone zoutoplossing heeft een zwak anti-oedemische werking. Ondertussen wordt de intranasale decongestiva geleidelijk afgebouwd, tot de patiënt ze helemaal niet meer gebruikt. Een exact afbouwschema is hiervoor niet voorhanden, maar dit kan je samen met de patiënt in de apotheek opmaken. Er is geen significant verschil opgemerkt tussen de verschillende nasale corticosteroïden. In tegenstelling van wat veel patiënten denken zijn er geen risico's verbonden aan het toedienen van nasale corticosteroïden, aangezien de systemische opname zeer beperkt is (amper 0,2 %). Daarenboven dienen deze neussprays niet afgebouwd te worden.

Corticosteroïden werken door inhibitie van het inflammatoire proces. Ze zorgen voor suppressie van verschillende stadia van het allergische ontstekingsproces. Zo wordt het enzym fosfolipase A2 bijvoorbeeld geïnhibeerd, waardoor arachidonzuur niet meer vrijgesteld kan worden uit het plasmamembraan en hierdoor geen prostaglandines gevormd kunnen worden. Hierdoor wordt een vermindering van mucosale oedeem en van de influx van inflammatoire cellen bekomen, terwijl ook de expres-



sie van cytokines en andere inflammatoire mediators wordt verhinderd.

Indien de behandeling met nasale corticosteroïden onvoldoende werkt, kunnen er orale corticoïden gedurende vijf dagen opgestart worden in plaats van de nasale corticosteroïden. Andere nasale medicatie zoals antihistaminica, cromoglycaat of anticholinergica hebben geen bewezen werking bij deze behandeling, waardoor ze niet als alternatief gebruikt kunnen worden. Een laatste optie is een chirurgische ingreep.

Farmaceutische zorg

Het opmerken van rhinitis medicamentosa is onder andere de taak van de huisapotheeker. Veel patiënten zijn niet op de hoogte van de risico's van dergelijke neussprays, waardoor een cor-

recte eerste uitgifte en een goede opvolging van de patiënten uiterst belangrijk zijn.

Bij patiënten met rhinitis medicamentosa is het belangrijk om de patiënt gerust te stellen en een correct voorstel naar afbouw te formuleren. Veel patiënten hebben nog een angst voor het woord cortisone. Bespreek dus zeker met de patiënt dat slechts 0,2 % van de cortisone in de spray in het bloed wordt opgenomen. Het product is veilig, ook bij levenslang gebruik, zelfs voor kinderen.

Ten slotte is het ook heel belangrijk dat de neusspray correct gebruikt wordt: eerst schudden met het flesje, naar beneden kijken, de spray weg van het neustussenschot mikken en dan verstuiven. De reden dat het weg van het neustussenschot gehouden moet worden is om bloederige wondjes die kunnen leiden tot een neusseptumperforatie te voorkomen. Als hulp hiervoor kan je de patiëntenfolder van APB over het goed ge-

bruik van ontzwelende neusdruppels en neussprays gebruiken, zie figuur hieronder. Zo vind je de folder ook digitaal: ga naar <https://www.apb.be> ► geneesmiddelen en farmaceutische zorg ► patiëntenfolders ► NKO.


Het goed gebruik van ontzwelende neusdruppels & neussprays

Naam geneesmiddel:

Een verstopte neus kan zeer vervelend zijn. Neusdruppels en een -spray kunnen dit snel verhelpen. Zij bevatten stoffen die de uitgezette bloedvaatjes in de neus weer doen samentrekken, waardoor ademen door de neus opnieuw makkelijker wordt.

Informatie over het gebruik van het geneesmiddel:

- Snuit zachtjes je neus voor elke toediening;
- Reinig de applicator na gebruik om verontreiniging tegen te gaan;
- Geef je geneesmiddelen niet door aan anderen, omwille van het gevaar op besmetting. Dit middel dient dus voor persoonlijk gebruik;
- Gebruik niet langer dan 5 dagen zonder doktersadvies;
- Enkel gebruiken indien nodig en maximaal 3 tot 4 maal per dag. Overmatig gebruik kan hartkloppingen, slapeloosheid en hoofdpijn veroorzaken.



Wat bij gebruik langer dan 5 dagen?
Als je na langdurig gebruik van deze middelen de behandeling stopzet, zullen de bloedvaten in de neus terug uitzetten. Het ademen via de neus wordt dan weer moeilijker. Zo ontstaat een afhankelijkheid aan neusdruppels en -sprays. Daarnaast kan langdurige toediening het neusslijmvlies en de reukzin aantasten.

Afhankelijk van de ernst van de afhankelijkheid duurt de ontwenningperiode enkele dagen tot weken. Een eerste stap is echter overtuigd te willen stoppen. Het zal niet altijd even gemakkelijk zijn om vol te houden, en dus om de neusdruppels en de -spray niet meer toe te dienen. Je zal namelijk het gevoel hebben dat je neus verstopt is. Volhouden is de boodschap!

Neusspoelingen en neussprays op basis van corticosteroiden kunnen je hierbij helpen. Raadpleeg hiervoor je apotheker of arts.

i Indien je nog vragen hebt, raadpleeg je apotheker of arts!

! Indien je na 5 dagen onvoldoende verbetering merkt, raadpleeg dan je apotheker of huisarts!

© Agence Nationale de Sécurité Médicament (ANSM) 2018



Hypertensie en decongestiva

Een eenheidsdosis van 60 mg pseudo-efedrine geeft bij hypertensiepatiënten een duidelijke verhoging van de bloeddruk en hartfrequentie. Hierdoor krijgt een lokale therapie de voorkeur boven de orale. Studies van de effecten van de andere decongestiva ontbreken, maar hier wordt hetzelfde effect verwacht. Extra voorzichtigheid is geboden voor de niet-selectieve bètablokkers (carvedilol (bv. Kredex®), labetalol (bv. Trandate®), propranolol (bv. Inderal®), sotalol (bv. Sotalex®) en timolol (bv. Geltim®)). Die mogen nooit gecombineerd worden met perorale alfa-mimetica wegens een te hoog risico op hypertensieve crisis en bradycardie.

Bronnen

- Mortuaire, G., et al., Rebound congestion and rhinitis medicamentosa: nasal decongestants in clinical practice. Critical review of the literature by a medical panel. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis, 2013. 130(3): p. 137-44.
- Mehuys, E., et al., Self-medication in persistent rhinitis: overuse of decongestants in half of the patients. J Allergy Clin Immunol Pract, 2014. 2(3): p. 313-9.

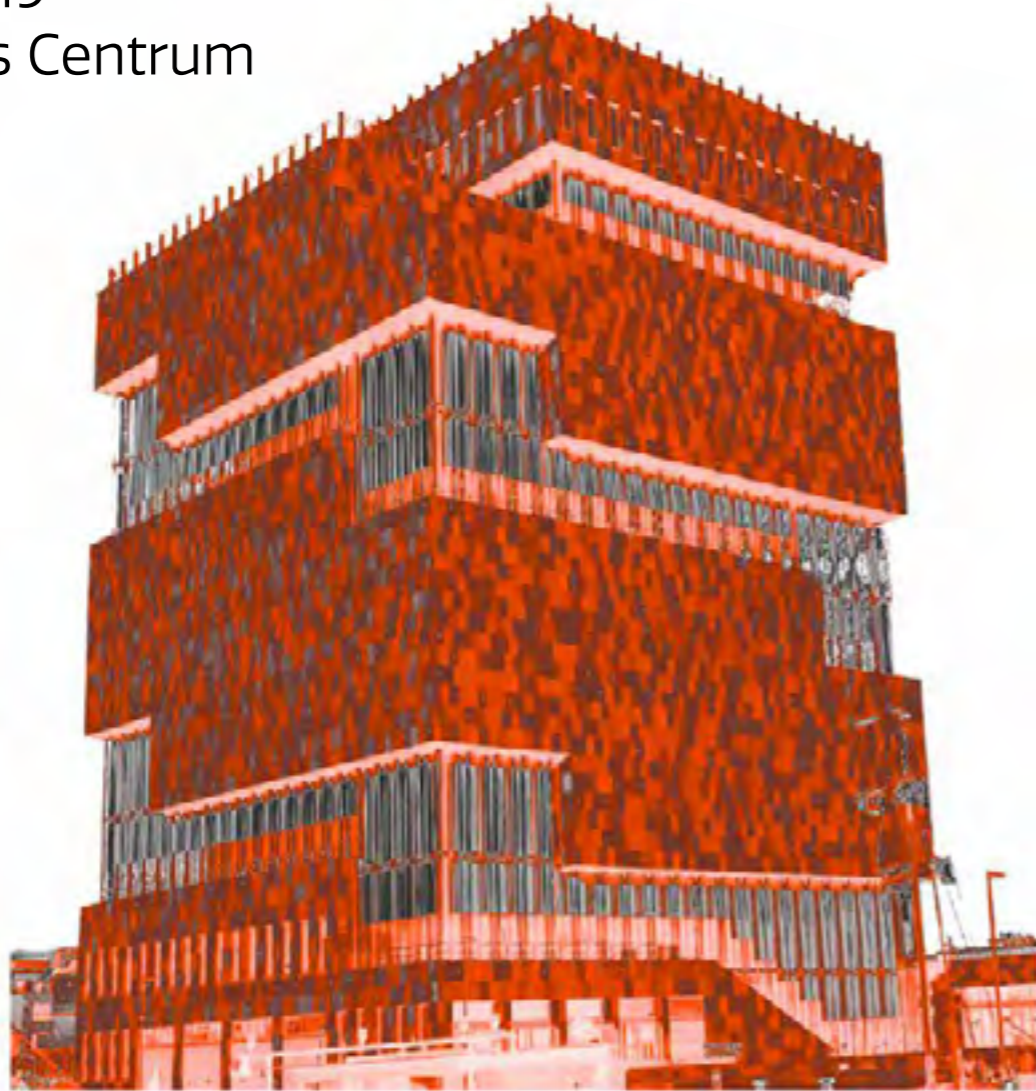
- Zucker, S.M., B.M. Barton, and E.D. McCoul, Management of Rhinitis Medicamentosa: A Systematic Review. Otolaryngol Head Neck Surg, 2019. 160(3): p. 429-438.
- Ramey, J.T., E. Bailen, and R.F. Lockey, Rhinitis medicamentosa. J Investig Allergol Clin Immunol, 2006. 16(3): p. 148-55.
- Eccles, R., K. Martensson, and S.C. Chen, Effects of intranasal xylometazoline, alone or in combination with ipratropium, in patients with common cold. Curr Med Res Opin, 2010. 26(4): p. 889-99.
- Merkus, P., et al., The 'best method' of topical nasal drug delivery: comparison of seven techniques. Rhinology, 2006. 44(2): p. 102-7.
- Heytens E. Overmatig gebruik van intranasale decongestiva: een observationele studie in de officina-apotheek. Masterproef. Universiteit Gent 2013-2014
- UZLeuven. Neussprays: decongestiva versus corticosteroiden 'niet meer terugbetalen? Een verkeerd signaal'
- De Loof H. Farmacotherapie en farmaceutische zorg I. Universiteit Antwerpen 2018-2019
- NHG standaard Allergische en niet-allergische rhinitis. Eerste herziening
- APB. Het goed gebruik van neusdruppels & -sprays

Apr. Anneleen Robberechts – Meduca

Het internationale ESCP workshop symposium komt naar KAVA !

17 – 18 mei 2019
KAVA Congres Centrum
Antwerpen

Dé kans voor Belgische officina-apothekers om dichtbij huis een internationaal congres mee te maken, op maat van de apotheker.



State of the art in anticoagulation therapy challenges and opportunities for pharmacists

Het symposium staat dit jaar in het teken van therapie met anticoagulantia. Korte, plenaire lezingen van (inter)nationale experts worden afgewisseld met praktijkgerichte, hands-on workshops door apothekers uit de praktijk.

Programma en inschrijven op www.kava.be/inschrijving-escp

Eerste kwartaal om niet snel te vergeten

Waarin voorzitter Philippe Van Reeth terugblijkt op de farmaceutische actualiteit van de voorbije maanden ...

Wanneer jullie deze bijdrage van Terzake lezen, is het nieuwe jaar alweer vier maanden ver. Ongelooflijk toch? Het lijkt alsof de nieuwjaarsrecepties nog maar pas achter ons liggen, maar ondertussen is er al heel wat gebeurd, hebben we te maken met een totaal veranderde politieke situatie en een regering in lopende zaken. Hoogste tijd dus om een overzicht te geven van wat op de bestuurstafels van APB, VAN en natuurlijk KAVA is besproken ...

APB

Visie 2025

De rode draad doorheen alle projecten is de visie 2025. Het staat vast dat de invulling van het apothekersberoep de komende jaren grondig zal veranderen, maar hoe willen we dat dat het beroep naar die toekomst toe evolueert? De grote uitdaging bestaat erin om een grote groep apothekers mee te nemen in dit verhaal. Dat op zich is al een strategische prioriteit: tegen 2025 minstens 3000 apotheken motiveren om een samen gedragen richting uit te gaan. Daarom was het ook zo belangrijk om aan 'Apotheek 3.0' (zie vorige AFT's) een doorstart te geven. Van de negen thema's worden er nog vijf weerhouden en verder uitgewerkt. Barbara Verboren neemt hiervan de coördinatie op zich en het is de bedoeling om in de tweede helft tot pilots te komen rond 'netwerk collaboration', 'group purchases', 'new services', 'image building' en 'home delivery'.

Kwaliteitsbeleid in de apotheek

Op de Bondsraad werd een visienota besproken, evenals een plan van aanpak. Bedoeling is om op termijn te komen tot benchmarking, intercollegiale toetsing en, wie weet, certificering. Het is alvast aan de sector in zijn geheel om deze verantwoordelijkheid, ook naar de buitenwereld op te nemen. Het beoordelen van apothekers door patiënten en het al dan niet vergoedbaar maken van diensten door de mutualiteiten zijn hierbij belangrijke aandachtspunten. Momenteel lopen er al heel wat initiatieven in het kader van kwaliteitszorg, maar het opstellen van gepaste en haalbare



KPI's blijft een moeilijke oefening. Ook op Vlaams niveau wordt hierrond gewerkt, in samenspraak met het pas opgerichte VIKZ (Vlaams Instituut voor Kwaliteitszorg). Er is dus nog veel werk aan de winkel!

Controles op het correct gebruik van het Gedeeld Farmaceutisch Dossier

De inclusiecriteria om in aanmerking te komen voor de vergoeding van de functie huisapotheker werden reeds in 2017 vastgelegd. Zo





ook het juiste gebruik van het GFD, wat zowel opladen als raadplegen betekent. Daar heerste bij de collega's echter veel onduidelijkheid rond, en de tarifieringsdiensten (TD's) hebben daarom gezamenlijk besloten om hier alsnog geen controles op uit te voeren. Het effectief aanmaken en afleveren van een medicatieschema zal waarschijnlijk één van de volgende controles zijn.

'Over de controlefunctie van de TD's is iedereen het eens, maar er dient dringend een traject uitgestippeld te worden om deze belangrijke taak in de praktijk te implementeren.'

Daarbij is ook een goede communicatie, zowel naar de apothekers als naar de TD's zeer noodzakelijk.

Daarnaast waren er ook nog een aantal heikele onderwerpen zoals de liberalisering van de medische hulpmiddelen, in het bijzonder de drug-alikes. Alhoewel vooraf aangekondigd, kwam dit toch nog vrij onverwacht. We zullen er alleszins op toezien dat de spelregels ook op de grootdistributie worden toegepast. Het eerste kwartaal was er zeker één om niet snel te vergeten. Denken we maar aan het afschaffen van de volumekorting voor psychotropen, de uitrol van de FMD richtlijn en de politiek onzekere situatie. Wat dit laatste betreft, heerst er momenteel nog zeer veel onduidelijkheid rond wat wel en niet nog door het parlement kan goedgekeurd worden. Komt de nieuwe spreidingswet er? Wat met het moratorium? Het is wachten op een Koninklijk Besluit, maar momenteel is het echt koffiedik kijken. Wat politiek belangrijk is (zoals de medische hulpmiddelen en de volume cliff) krijgt blijkbaar voorrang. Al de rest zou wel eens voor een volgende legislatuur kunnen zijn.

VAN

Ook voor VAN waren de eerste drie maanden goed gevuld: de oprichting van VIVEL (Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn) en het actieplan E-gezondheid waren er slechts enkele van. Opvallend is het vertrek van onze vrienden van de Westvlaamse. We vinden dit natuurlijk uiterst jammer, maar respecteren hun keuze. VAN is belangrijk als politiek lobbying orgaan voor alle Vlaamse apothekers. We blijven daarom de banden aanhalen en onze Westvlaamse collega's een warm hart toedragen en wie weet ...

'Samen staan we nu eenmaal sterker.'

Een tweede hot item was zeker het project **vaccinatie in de apotheek**. Iets wat al in vele andere (Europese) landen in de startblokken staat, maar waar wij hier maar niet in slagen. Apothekers mogen wettelijk gezien niet prikken en ook de weerstand van de

artsen is (nog) groot. Na inwinnen van juridisch advies bleek al snel dat we dit project voorlopig on hold dienen te zetten. Er wordt nu gezocht naar andere mogelijkheden om alsnog tot vaccinatie te kunnen overgaan. Wordt dus vervolgd.

KAVA

Ook rond de bestuursafdeling van KAVA waren de onderwerpen legio. Naast bovenstaande APB- en VAN-topics, kwamen ook volgende onderwerpen regelmatig aan bod ...

P-APP

De patiënt app, een initiatief van KAVA voor de ontwikkeling van een patiëntvriendelijke toepassing in het kader van mHealth. Ondertussen zijn we al aan de vijfde 'sprint' en wordt het steeds concreter. Next steps zijn het uitzetten van de governance en afspraken rond de financiering en businessmodellen. Alhoewel KAVA hier de lead neemt, is het wel de bedoeling om alle stakeholders hierbij te betrekken, inclusief de andere beroepsverenigingen en indien mogelijk ook APB. Streefdatum voor de lancering is eind 2019.





Geowacht

Geowacht, nog zo'n onderwerp dat op regelmatige basis terugkomt. Na de moeilijke uitrol van eind vorig jaar, blijken nu de grootste kinderziekten verholpen. De indeling van de sectoren blijft hierbij een aandachtspunt, een oefening die recent heeft plaatsgevonden. Bovendien is er een enquête afgenomen om na te gaan hoe de apothekers deze nieuwe regeling ervaren (*lees ook p. 12-14*). Een voorlopige conclusie is alvast dat de meeste van onze collega's (70 %) de huidige regeling met losse dagwachten wensen te behouden, zelfs in de weekends. Ook voor het al dan niet betalend aanbieden van een centraal nummer blijkt heel wat interesse. Dat dient echter nog verder verfijnd te worden.

Palliatieve koffer

PHA: een groot aantal apotheken van de KAVA regio was tijdens de wachtdienst steeds in het bezit van een palliatieve hulpkoffer. Door de invoering van de nieuwe wachregeling stopt Febelco echter met de verdeling. In samenspraak met PHA werd daarom naar een oplossing gezocht én gevonden. De samenstelling werd

aangepast en voor het overige (niet verplichte) materiaal, wordt gerekend op de goodwill van de apothekers om die vrijblijvend in huis te nemen. Het betreft een investering van ongeveer 50 EUR, met daaraan gekoppeld een e-learning en op termijn aanduiding op de wachtlijsten. 129 collega's hebben reeds toegezegd, een mooi resultaat.

Algemene Vergadering

Op dinsdag 26 februari vond de Algemene Vergadering plaats. Ondanks de matige belangstelling werd het een boeiende avond, met een overzicht van alle initiatieven en activiteiten waarvoor KAVA zich het afgelopen jaar heeft ingezet. Aansluitend volgde een modus operandi, over hoe op lokaal vlak een MFO te organiseren. Een boeiend onderwerp, en een warme oproep aan de apothekers om hier nog veel meer gebruik van te maken. We verwelkomen eveneens twee nieuwe bestuurders: collega's Leen Coppens en Rik Tobback. We wensen hen alvast heel veel succes toe in hun nieuwe functie.

Prijzdalingen: volume cliff

Medio maart viel dit plots uit de lucht. Inderdaad geen mooi verhaal, zeker gezien de laattijdige aankondiging en de geringe tijd die ons restte om het gentlemen agreement te doen naleven. Indien er dan toch iets positiefs over mag gezegd worden: het betreft vooral een waardedaling van de stock. Op de totale vergoedingsmassa heeft dit quasi geen impact, gezien het vorig jaar afgesloten akkoord met Minister Peeters tot stabilisering van de economische marge op het niveau van 2017. Jammer genoeg zijn dit zuiver politieke beslissingen, ingelepeld door het RIZIV en het kernkabinet. Als KAVA kunnen we dit alleen maar onder de aandacht blijven brengen van alle stakeholders en de reacties en het ongenoegen van de apothekers overmaken aan APB. En dat doen we ook!

En ten slotte, heet van de naald, de mededeling in de kranten dat MediMarket van plan is om op termijn ook apotheken in de Carrefour supermarkten te integreren. We kregen hierover heel veel reacties van bezorgde en boze apothekers. En dat is volledig terecht, want dit is niet het model waarvoor wij staan.

Beste collega's, we hebben de laatste maanden heel wat moeten verwerken. De lijst van onderwerpen hierboven zegt genoeg, en dat waren zeker niet allemaal positieve verhalen ... integendeel. Er is een grens aan alles, ook aan het geduld en de goodwill van de apothekers. 'As we speak' wordt nagedacht om tot actie over te gaan. Allicht, wanneer u het volgende AFT leest hoort u daarover meer ...

Apr. Philippe Van Reeth – voorzitter KAVA



Nieuw Wetboek van Vennootschappen en Verenigingen

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

In onze bijdrage in het AFT 07/18 van oktober 2018 hebben wij omstandig de inhoud van het voorontwerp van dit Wetboek voor Vennootschappen en Verenigingen besproken (verder wordt 'WVV' gebruikt). Dat artikel kan u ook nalezen op de website van Accountancy KAVA (accountancy.kava.be). Op 28 februari 2019 werd dit Wetboek door de Kamer van Volksvertegenwoordigers aangenomen. Het WVV is in werking getreden op 1 mei 2019.

In de voornoemde bijdrage van Accountancy KAVA hebben we u reeds met de krachtlijnen van het nieuwe wetboek laten kennismaken aan de hand van volgende titels:

1. Wetboek Vennootschappen en Verenigingen (WVV)

Het verenigingsrecht (o.m. de VZW's) wordt eveneens opgenomen (wel winsttoogmerk maar geen uitkering ervan aan stichters, leden, bestuurders ...).

2. Afschaffing onderscheid tussen burgerlijke en handelsvennootschappen

Alle vallen voortaan onder de rechtbank van koophandel, voortaan genoemd ondernemingsrechtbank.

3. Vermindering van het aantal basisvormen

(voortaan een viertal hoofdvormen)

4. Doorgedreven vereenvoudiging en flexibilisering bij de BV

(voortaan kort: besloten vennootschap)

5. Een overgangsregeling in drie fasen

Op uitzonderingen na hebben de meeste van onze vennootschappen in het algemeen en onze apotheek- of artsvennootschappen in het bijzonder de klassieke rechtsvorm van een 'besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid' of in het kort 'bvba'. Dat geldt ook voor onze holding- en managementvennootschappen.

Om die reden willen wij ons in dit artikel vooral toeleggen op de gevolgen van dit nieuwe WVV voor de klassieke bvba-rechtsvorm die voortaan dus de 'BV' wordt. Het spreekt voor zich dat door deze inhoudsbeperking er ook elementen zullen worden besproken die niet exclusief bij de besloten vennootschap horen maar ook op andere rechtsvormen slaan.

Voor de volledigheid. Volgende rechtsvormen verdwijnen:

- de tijdelijke vennootschap;
- de stille vennootschap;
- de coöperatieve vennootschap met onbeperkte aansprakelijkheid;
- het economisch samenwerkingsverband;
- de landbouwvennootschap;
- de commanditaire vennootschap op aandelen;
- de vennootschap met sociaal oogmerk;
- de eenpersoons-bvba;
- de starters-bvba.

De rechtsvormen die blijven:

- de bvba die BV wordt;
- de cvba die CV wordt;
- de maatschap;
- de vennootschap onder firma (VOF);
- de gewone commanditaire vennootschap (CommV);
- de naamloze vennootschap (NV);
- de Europese vennootschap, de Europese Coöperatieve Vennootschap, het Europees economisch samenwerkingsverband.



Nieuwe vennootschappen opgericht vanaf 1 mei 2019 zijn gehouden aan dit nieuwe WVV en de rechtsvormen erin opgenomen. Omzetting naar afgeschafte rechtsvormen kan niet meer. **Bestaande vennootschappen** zullen onder de huidige vorm voorlopig kunnen blijven bestaan tot 31 december 2023.

Let op: Voor bestaande vennootschappen wordt **de wet hoe dan ook van toepassing vanaf 1 januari 2020**. De bestaande statutaire bepalingen in strijd met de dwingende bepalingen worden dan als niet geschreven beschouwd, meer bepaald:

- de bepalingen inzake benamingen en afkortingen;
- de omzetting van kapitaal en wettelijke reserve naar vermogensrekening (zie verder);
- de liquiditeits- en balanstest op uitkeringen (zie verder).

U kan ook opteren om als reeds bestaande vennootschap nog vóór 1 januari 2020 de bepalingen van dit WVV toe te passen (opt-in systeem), maar dan zal u de statuten van uw vennootschap meteen aan de bepalingen van het wetboek moeten aanpassen (steeds een statutenwijziging voor notaris).

Zoals reeds vermeld, vooral de gevolgen voor de bestaande bvba's worden behandeld.

De oude bvba

We herinneren u aan de belangrijkste voorwaarden van de bvba zoals ze vandaag bestaan:

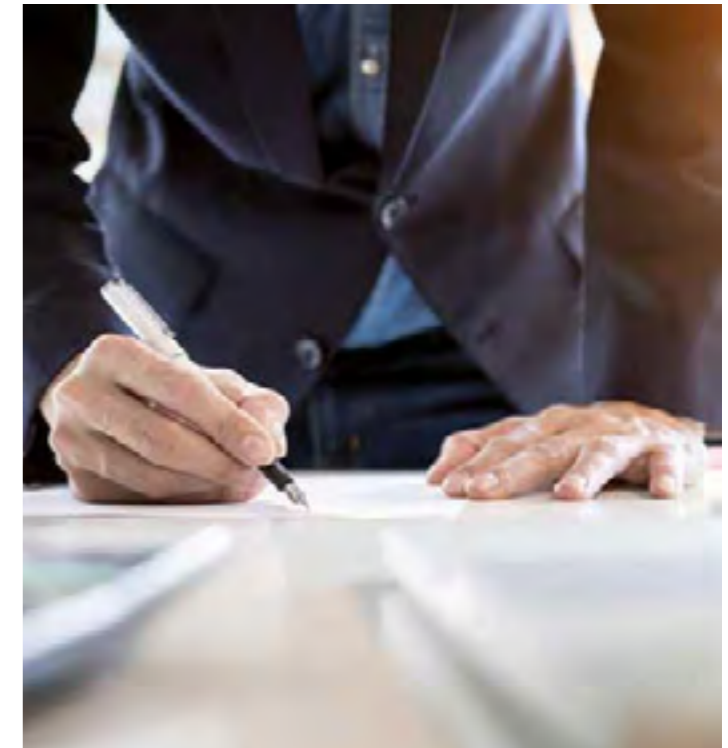
- Minimum twee vennoten, opstellen financieel plan bij oprichting, kapitaal 18 500,00 EUR waarvan minimaal 6200,00 EURO volstort en minstens 1/5^{de} per aandeel, authentieke oprichtingsakte (notaris).
- Wettelijke en statutaire beperking van aandelenoverdrachten.
- Minstens 1 zaakvoerder al dan niet statutair benoemd, voor bepaalde of onbepaalde tijd.
- Aandelen verplicht op naam door inschrijving in een aandelenboek.

Het nieuwe WVV houdt een doorgedreven vereenvoudiging in door o.m. te kiezen voor meer aanvullend recht en meer flexibiliteit. Het voorheen wat stringenter karakter van de voorwaarden van de bvba wordt nu verlaten ten gunste van de beoogde contractuele vrijheid tussen partijen (zie verder).

De nieuwe BV

De naam van de rechtsvorm (benamingen en afkortingen)

De 'bvba' (besloten vennootschap met beperkte aansprakelijkheid) wordt vervangen door 'BV' (Besloten Vennootschap).



Het kapitaal en de wettelijke reserve

Het minimum bedrag van het kapitaal wordt afgeschaft. Dat wil zeggen dat de oprichters van de BV dus vrij hun aanvangsvermogen kunnen bepalen.

Het verlaten van het begrip minimumkapitaal ontslaat de oprichters er niet van de vennootschap over een **'toereikend aanvangsvermogen'** te laten beschikken. Dat kan bijvoorbeeld wel onder de vorm van (achtergestelde) leningen van de vennoten, statutaire bevrozing van inbrengen, inbreng in natura (nog steeds met controle door een bedrijfsrevisor ...). Even vermelden dat voortaan ook 'arbeid' en 'knowhow' kunnen worden ingebracht tegen een winstaandeel.

Inbrengen in een BV zullen voortaan slechts uitgekeerd kunnen worden indien de statuten dit voorzien. Indien dit niet voorzien is, moet er een statutenwijziging doorgevoerd worden.

Door de afschaffing van het kapitaalbegrip houdt de BV aldus op een kapitaalvennootschap te zijn.

Er worden **strengere eisen gesteld inzake de inhoud van het financieel plan bij oprichting**. Zowel het formaat van dit plan als de criteria zullen worden vastgesteld. Hierop komen we in een latere bijdrage uitvoerig terug.

De afschaffing van het kapitaalvereiste heeft ook belangrijke gevolgen voor de grenzen van de uitkeerbare winst en voor de

toepassing van de alarmbelprocedure, die beiden in het oude wetboek aan het maatschappelijk kapitaal gekoppeld waren. Het bestuur van de BV krijgt hier een grotere aansprakelijkheid.

Volgens het nieuwe wetboek worden **uitkeringen voortaan onderworpen aan twee voorwaarden:**

1. Er mag niet tot uitkering besloten worden als het netto-actief negatief is, of ten gevolge van de uitkering negatief zou worden (de balanstest).
2. Het bestuursorgaan mag het uitkeringsbesluit slechts uitvoeren als het heeft vastgesteld dat de vennootschap na de uitkering haar schulden kan voldoen naarmate ze opeisbaar worden over een periode van minstens twaalf maanden af van de datum van de uitkering (de liquiditeitstest).

Deze dubbele toets geldt ook voor de alarmbelprocedure die moet worden toegepast als het netto-actief negatief is of zelfs negatief dreigt te worden en als het bestuursorgaan vaststelt dat het niet langer vaststaat dat de vennootschap haar schulden zal kunnen voldoen naarmate ze opeisbaar worden over een periode van minstens twaalf maanden.

Het kapitaal en de wettelijke reserve kunnen (door een statutenwijziging) uitkeerbaar worden gemaakt zo niet worden zij als een onbeschikbare eigen vermogensrekening beschouwd.

Door het wegvallen van een kapitaalbegrip valt mutatis mutandis ook de wettelijke reserve weg.

De mogelijke eenhoofdigheid

In de klassieke bvba moest u in principe met minstens twee aandeelhouders zijn. Deze verplichting wordt nu verlaten. Voortaan kan de BV dus opgericht en bestuurd worden door één natuurlijke- of rechtspersoon.

De mandataris van de BV

Op het vlak van bestuur verandert er weinig voor de BV. Deze wordt geleid door één of meerdere bestuurders (voorheen zaakvoerders genoemd) die elk integrale bevoegdheden hebben. Zoals dit voor alle vennootschappen en verenigingen geldt, kan dus ook binnen de BV een dagelijks bestuur worden ingericht (opgelet: steeds zelfstandigen, géén werknemers). De vaste vertegenwoordiger van de BV is voortaan steeds een natuurlijk persoon.



Er kan voor bestuurders **voortaan ook in een ontslagbescherming worden voorzien** door het afspreken van een opzegtermijn en/of een opzegvergoeding (voorheen enkele een ontslag 'ad nutum').

De aansprakelijkheid van de bestuurder (of het college van bestuurders) in de BV

De aansprakelijkheid van bestuurders van vennootschappen, verenigingen en stichtingen wordt wettelijk beperkt. Deze beperking geldt voor vorderingen van de vennootschap en van derden.

In functie van de omzet en het balanstotaal kan een bestuurder voortaan niet voor een hoger bedrag worden aangesproken dan tot een plafond tussen 125 000 en 12 000 000 EUR.

Deze beperking geldt enkel voor zogenaamd 'lichte' fouten en dus niet voor (bv.) een zware fout of herhaaldelijke lichte fouten. De beperking van aansprakelijkheid geldt bovendien nooit voor gevallen van bedrieglijk opzet of bij aansprakelijkheid bij fiscale en sociale schulden zoals onbetaalde sociale zekerheidsbijdragen, btw en bedrijfsvoorheffing. Dus misschien wel 'much ado about nothing' ...

Invoering van de statutaire zetelleer

Hiermee wordt bedoeld dat enkel de **statutaire zetel** geldt als criterium van welk vennootschaps- of verenigingsrecht effectief van toepassing is en dus nooit de werkelijke zetel (bv. buitenland).

Het stemrecht en de overdracht van aandelen

In de bvba moesten zowel de winstverdelingsrechten als het stemrecht evenredig zijn aan de inbreng van de verschillende aandeelhouders. Voortaan kunnen, mits een statutenwijziging, **aandelen met een meervoudig stemrecht worden uitgegeven.** Dit kan o.m. belangrijk zijn bij familiale planning.

De overdracht van aandelen van een BV is momenteel aan allerlei dwingende beperkingen onderworpen. **In de statuten zal men voortaan een vrijere overdraagbaarheid kunnen voorzien.** Tevens wordt de inkoop van eigen aandelen door de BV versoepeld. Bovendien wordt de uittreding van een aandeelhouder (en de berekening van zijn/haar scheidingsaandeel) alsook de uitsluiting wettelijk geregeld en kan dit dus in de statuten worden opgenomen.

In werking treden van het WVV

Integraal vanaf 1 mei 2019 voor nieuwe vennootschappen.

Vanaf 1 januari 2020 gaan de regels van het WVV voor bestaande vennootschappen, verenigingen en stichtingen daadwerkelijk in (met mogelijkheid van een opt-in, zie hiervoor). Vanaf 1 januari 2020 is het echter verplicht de statuten integraal aan te passen bij een eerste statutenwijziging.

31 december 2023 is de uiterste datum voor de statutenwijziging voor bestaande vennootschappen, verenigingen en stichtingen. Niet meer toegelaten rechtsvormen worden dan bij gebrek aan actie van rechtswege omgezet naar de meest erbij aanleunende rechtsvorm.

Besluit

Het is van 1999 geleden dat het Wetboek Vennootschappen werd ingevoerd. Het was, ondanks verschillende coördinaties, helemaal niet meer aangepast aan de behoeften van vandaag. Met dit nieuwe WVV beoogt de wetgever een doorgedreven flexibiliteit die vooral mooi tot uitdrukking komt in de bepalingen van de Besloten Vennootschap, rechtsvorm die in deze bijdrage de aandacht kreeg.

Het belang van het aanvullend recht of de mogelijkheid van de initiatiefnemers van de BV om te kunnen afwijken van de door de overheid ingestelde standaard aan wettelijke regels geeft de mogelijkheid om de onderneming te modelleren in functie van haar specifieke noden.

Daar waar de 'oude' bvba een strikt 'besloten' vennootschap was (aandelen moeilijk overdraagbaar), bestaat nu dus de mogelijkheid om ze desgewenst meer 'open' te maken. Ook de mogelijkheid van de beperking van de aansprakelijkheid van de bestuurder in functie van de grootte van de onderneming is een nieuw gegeven en qua aansprakelijkheidsverzekering misschien toch belangrijk.

Tenslotte: de nieuwe mogelijkheid om uit te treden uit de BV lastens het vennootschapsvermogen schept nieuwe mogelijkheden.

Sinds 1 mei is het dus zover. De nieuwe regels werden dan wet. Accountancy KAVA staat klaar om samen met uw notaris, u ten volle te begeleiden in uw transitie van bvba naar BV. Hebt u vragen, aarzel dan niet, wij zijn ter beschikking!

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

Daar is de lente!

Tijd voor de KAVA-sportievelingen om buiten te komen en hun beste beentje voor te zetten op de fiets of tijdens de Ten Miles ...



AGENDA 2019

DATUM	ACTIVITEIT	WAAR?	INLICHTINGEN TEL.
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	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
23/05/19	Zorgstrategische planning binnen de eerstelijnszorg	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
03/06/19	Efficiëntie- en tijdswinst in de apotheek	KAVA 20u00-23u00	03/280 15 01
05/06/19	IPSA Biologicals en biosimilars Prof. Apr. Declerck	KAVA 19u00-22u30	03/280 15 01
06/06/19	Interacties: CYP interacties	KAVA 20u00-20u30	03/280 15 01
11/06/19	Interacties: CYP interacties	KAVA 12u45-13u15	03/280 15 01
13/06/19	Interacties: CYP interacties	KAVA 12u45-13u15	03/280 15 01

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

PERSONALIA

Geboortes

LOUIS

Op 14 maart 2019, eerste kindje van collega's Thomas en Nele OLYSLAGER-WILLEMS uit Brasschaat; kleinkindje van collega en mevrouw Dirk en Katrine OLYSLAGER-Snoeckx uit Brasschaat; tevens kleinkindje van collega en mevrouw Patrick en Mieke WILLEMS uit Massenhoven, petekindje van collega Dorien OLYSLAGER uit Wuustwezel.

KAVA wenst de jonge ouders van harte proficiat!

Overlijdens

Op 25 maart 2019 overleed op de leeftijd van 78 jaar mevrouw Madeleine Corthout, echtgenote van de heer Leo Neefs; moeder van collega Inge NEEFS uit Reet.

KAVA betuigt de familieleden haar oprechte deelneming.



ANTWERPS FARMACEUTISCH TIJDSCHRIFT
NUMMER 3 - 2019

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

Hoofredacteur
Apr. Karen Delaetere

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

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

Redactieraad
- Aprs. K. Delaetere, S. Gielen, L. Hooft, D. Kenis,
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

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

In volgend AFT:

- *Dossier: Tinnitus*
- *Geneesmiddelenwijzer: terugblikken en vooruit kijken*
- *Interacties: maagbeschadiging*

AFT 4 van 2019 verschijnt begin juni!

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

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

Abonnementsvoorwaarden

Leden van de Koninklijke Apothekersvereniging van Antwerpen ontvangen het tijdschrift uit hoofde van hun lidmaatschap. Abonnementen voor niet-leden (€ 41,34/jaar inclusief btw) worden stilzwijgend telkens voor een jaar verlengd indien niet vóór 1 december een schriftelijke opzegging is ontvangen. Abonnementen kunnen worden onderschreven door storting van het verschuldigd bedrag op rek. nr. BE18 6451 3333 9265 met vermelding van referentie abonn. 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.

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 | info@pharmadecor.be



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. Van Breda & Co°**

Enkel voor ondernemers en vrije beroepen

www.bankvanbreda.be