



Migraine: nieuwe therapeutische inzichten

NUMMER 4
Mei 2018

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

FARMACEUTISCH TIJDSCHRIFT

Verzeker uw toekomst! CuraNova 2017: 1,90%* rendement



Het **CuraNova** pensioencontract:

Rendement:

- 2017 : 1,25% netto gegarandeerd + 0,65%* winstdeelname
- 2018 : 1,00% netto gegarandeerd + eventuele winstdeelname**

Hoogste fiscale aftrekbaarheid

→ Geniet er nu van!



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 Algemene Aandeelhoudersvergadering en de Nationale Bank.

** Winstdeelname is niet gegarandeerd en kan jaarlijks wijzigen.

5

DOSSIER
Migraine

12

VERENIGING
Bescherming
persoonsgegevens

18

Kinderziekten en fertiliteit

20

FARMA
PH18

24

FARMACEUTISCHE ZORG
MFO DOAC

27

VOORSCHRIFT GESTRIPT
Chronische pijn

30

FISCAAL
Pensioenovereenkomst

35

COCKTAIL
VAN stagedag

37

KAVA
Agenda en personalia

'Meten is weten' en 'Samen staan we sterker'

Deze twee slogans spreken voor zich. Maar in mijn laatste editoriaal als uittredend KAVA-bestuurslid, wil ik ze even extra onder de aandacht brengen. Want hoewel zeer voor de hand liggend, is het zoals bij vele zaken 'makkelijker gezegd dan gedaan'.

In de apotheek van de toekomst staat preventie centraal. Een goede apotheker is iemand die ertoe bijdraagt dat mensen minder ziek worden. Dat kan door preventief bepaalde waarden te meten, door de patiënt goed op te volgen en te informeren. In de digitale wereld van vandaag zijn de mogelijkheden legio. Belangrijk is de patiënten de juiste weg te tonen in deze nieuwe wereld.



Welke apps zijn betrouwbaar? Hoe moet je ze gebruiken? En vooral: hoe kan de patiënt met zijn apotheker en arts de juiste stappen zetten om gezonder door het leven te gaan?

Naast de samenwerking tussen apotheker en andere zorgverstrekkers, is ook de samenwerking tussen apothekers en groeperingen cruciaal. De tijden waarin de apotheker in zijn eentje een apotheek runt, zijn voorbij. Samenwerking is ook belangrijk om als één groep onze belangen te kunnen verdedigen en in

gesprek te gaan met zowel andere zorgverstrekkers als met de beleidsmakers.

In mijn jaren als bestuurslid was ik betrokken bij verschillende werkgroepen. Ik denk met veel plezier terug aan de soms heilige, doch uiterst constructieve discussies. Mannen, maar ook veel vrouwen, met goede inzichten die het verschil kunnen maken. Spijtig genoeg zien we dit niet vertaald naar kandidaturen voor het bestuur. Daarom sluit ik graag af met een warme oproep naar iedereen en zeker mijn vrouwelijke collega's: maak uw ideeën waar, engageer u en stel u kandidaat!

Ons beroep en onze toekomst zullen er wel bij varen.

Apr. Jean-Louis Moens
Afscheidnemend bestuurder van KAVA

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



KAVA fietst!

Zin om aan te sluiten bij een van de KAVA-ritten? Keuze tussen niveau van liefhebbers én professionals.

Meer info op www.kava.be/kava-fietst.

Migraine: nieuwe therapeutische inzichten

Een onderwerp waarop geen sleet komt, migraine, in de apotheek blijven we er vaak mee geconfronteerd worden. Zeker als er dan enkele nieuwe therapeutische inzichten aankomen, is het de moeite waard om hieraan nog eens een dossier te besteden ...

Inleiding

Migraine is een familiale aandoening die gekenmerkt wordt door aanvallen van hoofdpijn die gepaard gaan met gastro-intestinale symptomen en/of sensorische overgevoeligheid (licht, geluid, geuren, beweging). Typisch is de pijn aan één zijde van de schedel gelegen, waarbij de pijn eerder een kloppend karakter heeft⁸. Migraine begint vaak met prodromale symptomen die zich uren tot dagen vóór de pijn kunnen voordoen. Een typisch symptoom is onweerstaanbaar geeuwen². Deze fase kan gevolgd worden door zogenaamde aura die in 20 % van de migraine lijders voorkomen. Aura zijn neurologische symptomen die binnen het uur omkeerbaar zijn. In 90 % van de gevallen betreft het visuele aura. Die beginnen meestal als het waarnemen van een scotoom (vlek) die progressief groter wordt. Soms kunnen ook zigzaglijnen worden waargenomen, of vlekken verspreid over het gezichtsveld. Per definitie duren aura maximaal één uur. Meestal begint de hoofdpijnfase binnen het uur na het

beëindigen van de aura. Een migraineaanval duurt tussen de vier en 72 uur (zie kader).

De meest voorkomende vorm van migraine is de episodische. Hierbij lijden patiënten aan goed afgelijnde aanvallen die gescheiden worden door een hoofdpijnvrij interval. Vijf procent van de bevolking lijdt echter aan chronische migraine. Bij deze vorm komen er minimum vijftien hoofdpijndagen per maand voor. Van deze vijftien dagen dienen er acht dagen met migraine te zijn, of migraine gerelateerd te zijn. Zo kan de aanval zich initieel manifesteren als hoofdpijn van het spanningstype, doch waarbij deze gunstig reageert op de inname van typische antimigrainemiddelen (sumatriptan, ergotaminetartraat). De belangrijkste risicofactor voor chronische migraine is overgewicht. Andere risicofactoren zijn overmatig gebruik van cafeïne en nicotine, gebrek aan beweging, slaapproblemen en overmatig gebruik van pijnstillers.

Migraine gaat gepaard met belangrijke socio-economische repercussies. Op het niveau van het individu is er gereduceerde productiviteit en verlies van levenskwaliteit. Bovendien zijn er directe kosten voor het gebruik van de gezondheidszorg¹. Ten gevolge van een hoger aantal ziekte-dagen is er een hoger aantal dagen van gereduceerde productiviteit, met meer consultaties, meer bezoeken aan een spoedopname en meer hospitalisaties. De maatschappelijke kost van migraine bedraagt in de Verenigde Staten \$ 19,6 miljard per jaar.



Internationale criteria voor migraine zonder aura⁸

- 1 Minimum 5 aanvallen die voldoen aan criteria 2-4.
- 2 Een aanval duurt 4-72 uur (onbehandeld of succesvol behandeld).
- 3 Van de volgende karakteristieken voldoet de hoofdpijn aan minimum twee ervan: unilaterale lokalisatie, pulserende kwaliteit, matige tot hevige intensiteit, verergering door routine fysieke activiteit.
- 4 Tijdens de hoofdpijn is er minstens één begeleidend symptoom aanwezig: misselijkheid of braken, of beide; ofwel intolerantie voor licht én voor geluid.
- 5 Niet te wijten aan een andere aandoening (zoals hersenvliesontsteking of hersenbloeding).

Pathofysiologie van migraine

De pathofysiologie van migraine vereist een begrip van verschillende fysiologische aspecten. Zo zijn er pijnvezels waarvan de zenuwuiteinden eindigen bij de bloedvaten van de hersenvliezen die de pijnsignalen projecteren naar het ganglion van de drietakszenuw (eerste orde neuronen van het ganglion van Gasser). Die vezels hebben zodoende een duaal werkingsmechanisme. Enerzijds stellen zij neuropeptiden vrij ter hoogte van de wand van de bloedvaten; dit resulteert in vasodilatatie. Anderzijds worden zij geactiveerd om pijnsignalen te projecteren naar



het ganglion van Gasser. Deze pijninformatie geraakt uiteindelijk in het laagste deel van de zenuwkern (nucleus caudalis) in de hersenstam, om verder te projecteren naar de tweede orde neuronen ter hoogte van de thalamus⁶. De neuroanatomie van deze projecties vanuit durale bloedvaten – inclusief die vanuit het hoog cervicale ruggenmerg (C1 en C2) – wordt geduid als het trigeminocervicaal complex. Het belangrijkste neuropeptide dat vrijgesteld wordt is CGRP (calcitonin gene related peptide). Dit peptide zorgt voor de pijntransmissie, terwijl een ander peptide (VIP – vasoactief intestinaal peptide) enkel vasodilatatie induceert. Het is dus duidelijk dat zowel de vasodilatatie als de pijntransmissie een essentiële rol spelen in het complexe ziektebeeld van migraine.

Behandelingsmodaliteiten van migraine

In eerste instantie bestaat de behandeling van migraine uit maatregelen om de levenshygiëne te verbeteren (niet-medicateuze behandelingen), inname van geneesmiddelen tijdens een aanval en, indien frequente aanvallen, het gebruik van geneesmiddelen als preventieve therapie.

De migraineaanval geraakt beter onder controle wanneer er vroeg behandeld wordt, m.a.w. wanneer de hoofdpijn nog mild is. Een parenterale toediening is aangewezen bij patiënten die typisch gewekt worden door matige tot hevige hoofdpijn, of wanneer de pijn snel piekt. De patiënten met frequente migraineaanvallen moeten zich wel bewust zijn van het risico dat medicatie overgebruik hoofdpijn kan ontwikkelen (medication overuse headache). Zo dient het gebruik van enkelvoudige analgetica (niet-steroïdale anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAIDs), paracetamol en acetylsalicylzuur (ASA)) beperkt te worden tot vijftien dagen per maand. Het gebruik van serotonine agonisten en combinatiepreparaten – die verschillende analgetica combineren met stoffen als cafeïne – moet worden beperkt tot tien dagen per maand.

Aanvalstherapie

Enkelvoudige preparaten

Enkelvoudige preparaten worden vaak gebruikt als eerstelijns-therapie bij milde tot matige hoofdpijn. ASA, paracetamol en NSAIDs zijn cyclooxygenase inhibitoren⁷ en interfereren zodoende in de arachidonzuur cascade. Bij resistentie kan hieraan een migraine specifiek geneesmiddel worden toegevoegd (triptan of ergotaminetartraat).

	t _{1/2}	dosis
ASA	0,25	1000 mg
Naproxen	14	500-550 mg (tot 825mg)
Diclofenac	2	50 mg
Ibuprofen	2	400 mg

Tabel 1. Enkelvoudige analgetica⁷

Migraine-specifieke geneesmiddelen

Niet-specifieke serotonine agonisten

Het oudste product in deze klasse is ergotaminetartraat (ET). Gedurende decennia van de vorige eeuw was dit ergot-alkaloïde de gouden standaard ter behandeling van migraine aanvallen. Het anti-migraine effect wordt gemedieerd door serotonine agonisatie. Er zijn echter belangrijke neveneffecten aan verbonden. Ten gevolge van het dopamine agonistische effect – met stimulatie van het braakcentrum in de hersenstam – wordt 50 % van de patiënten misselijk na gebruik van ergotaminetartraat, of wordt bestaande misselijkheid verergerd². Inname van ET gaf eveneens aanleiding tot langdurige arteriële vasoconstrictie. Hierdoor is het gebruik absoluut tegenaangewezen bij patiënten met een cerebrovasculair of cardiovasculair risico. Het geheel van farmacodynamische eigenschappen van ET wordt geduid als *niet-specifieke serotonine agonisatie*. Ondanks het optreden van ernstige complicaties is ET in België nog steeds op de markt – in tabletvorm of als suppo – onder vorm van Cafergot® (ergotaminetartraat in combinatie met cafeïne). De ergot-alkaloïden zijn bijvoorbeeld in Duitsland wel af van de markt gehaald.

Specifieke serotonine agonisten: triptanen en ditanen

In de jaren '90 van dezelfde eeuw luidden de triptanen een nieuw tijdperk in⁵. Triptanen zijn *specifieke serotonine agonisten* die zodoende een lager vasculair en gastro-intestinaal risicoprofiel hebben. In 50 % van de gevallen leidt het gebruik van een 5-HT¹ agonist tot significante verbetering van de hoofdpijn binnen de een tot twee uur. Sumatriptan is de eerste selectieve serotonine receptoragonist die op de markt kwam. Het stimuleert vnl. de 5-HT_{1B}/5-HT_{1D} receptoren. Hierbij wordt de vrijstelling van CGRP (cfr. infra) ter hoogte van de zenuwuiteinden van pijnvezels geblokkeerd. De 5-HT_{1B} receptoren komen voor ter hoogte van de bloedvaten, de 5-HT_{1D} receptoren ter hoogte van neuronen. Sumatriptan is de enige 5-HT₁ agonist (Imitrex® 6 mg ampullen) die subcutaan (SC) kan worden geïnjecteerd. Logischerwijze is dit de snelst werkende vorm. In ongeveer 5 % van de patiënten treedt er echter een drukkend gevoel ter hoogte van de borstkas op. Zodoende werd gedacht dat Imitrex® een hartinfarct kon veroorzaken wat echter niet het geval blijkt te zijn. Desondanks wordt aan patiënten met een vasculair risicoprofiel afgeraden om

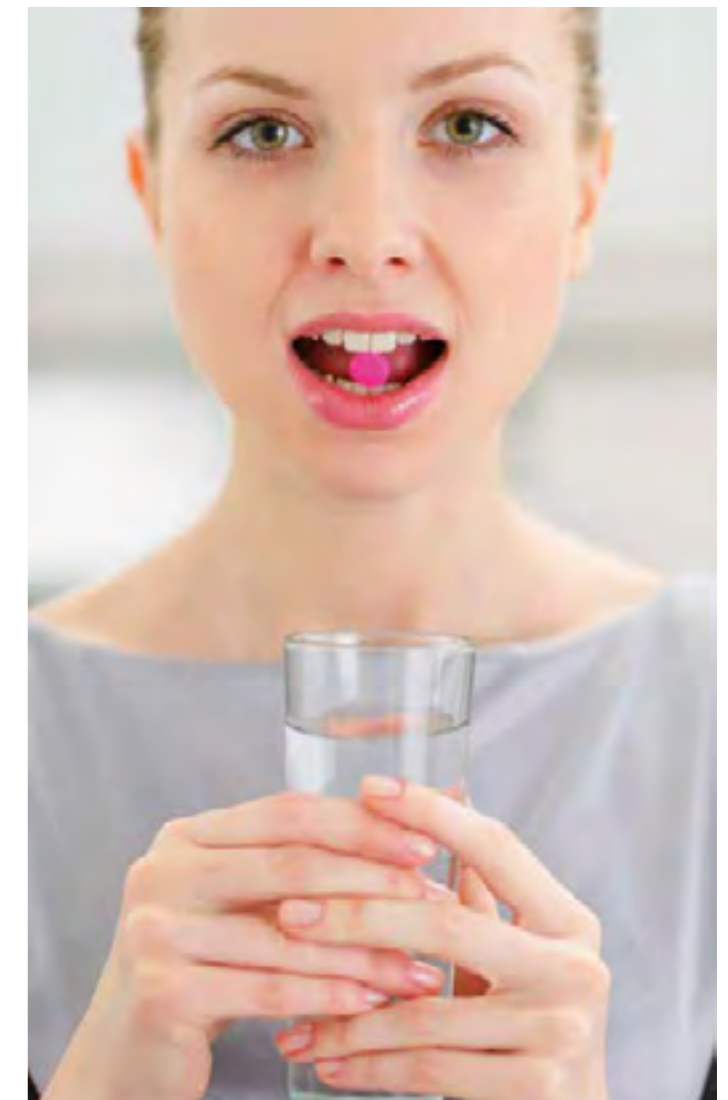
SC toegediende Imitrex® – en bij uitbreiding de perorale triptanen – te gebruiken.

Ditanen zijn 5-HT_{1F} receptor agonisten. Die receptoren worden teruggevonden ter hoogte van het trigeminocervicaal complex en het trigeminaal ganglion. Deze agonisten hebben geen enkel effect op het vasculair bed van de halslagader (a. carotis interna). Voorlopig wordt enkel lasmiditan bestudeerd in klinische studies.

Preventieve therapie

Klassieke geneesmiddelen

Preventieve therapie wordt gebruikt bij migrainepatiënten die frequente aanvallen vertonen. Meestal wordt preventieve therapie gebruikt vanaf drie aanvallen of meer per maand. Ze is van



belang om de migraine frequentie te reduceren, de respons op acute therapie te verbeteren en om het risico op evolutie naar chronische migraine te verminderen¹¹. De meest gebruikte profylactica zijn de bètablokkers (met propranolol als voornaamste voorbeeld), anti-epileptica (natriumvalproaat en topiramaat), calciumkanaalblokkers (flunarizine) en tricyclische antidepressiva (amitriptyline).

Rabkin ontdekte in 1966 dat propranolol nuttig was voor de behandeling van angina pectoris. Een patiënt rapporteerde echter ook dat tegelijkertijd zijn migraine verbeterde. Verschillende bètablokkers bleken eveneens werkzaam tegen migraine. De bètablokkers met partieel agonistische activiteit zijn echter niet nuttig².

De meest gebruikte anti-epileptica zijn topiramaat en natriumvalproaat. Beiden zijn efficiënter dan placebo in de reductie van het aantal migraine episodes. De dosis topiramaat bedraagt 25 à 100 mg daags; 200 mg daags is niet significant beter dan 100 mg. Neveneffecten zijn tintelingen – die kunnen worden tegengegaan door inname van kaliumsupplementen –, vermoeidheid, nausea, anorexie, abnormale smaak (bv. frisdranken die een metaalsmaak krijgen), depressie en de ontwikkeling van nierstenen. Natriumvalproaat (VPA) wordt gebruikt in een dosis vanaf 250 mg tot 1500 mg daags. Neveneffecten zijn verhoogde eet-

lust, gewichtstoename, haarverlies en beven¹⁰. Het gebruik van VPA is absoluut tegenaangewezen tijdens de zwangerschap wegens verhoogd risico op congenitale misvormingen.

Flunarizine is een calciumkanaalblokker. Het werd bestudeerd in de jaren '80 van de vorige eeuw in verschillende placebo gecontroleerde studies. De dosis bedraagt vijf tot tien mg daags na avondmaal. Neveneffecten zijn depressie, gewichtstoename, sedatie, en extrapyramidale symptomen resulterend in parkinsonisme (beven, bewegingsarmoede)⁹.

Tricyclische antidepressiva (TCA) worden zowel bij migraine als bij spanningshoofdpijn gebruikt². In bepaalde studies is amitriptyline vanaf 50 mg even efficiënt als propranolol. Het gebruik van TCA wordt echter beperkt door de mogelijke neveneffecten (sedatie, constipatie, droge mond, gewichtstoename).

De keuze van profylaxe hangt af van de comorbiditeit. Zo zal men eerder kiezen voor propranolol wanneer bij de migraine patiënt een essentiële tremor aanwezig is. Bij een gedeprimeerde migrainepatiënt moet worden vermeden om een behandeling te starten op basis van topiramaat. Natriumvalproaat kan dan weer wel worden gebruikt gezien dit stabiliserend werkt op de stemming. *Tabel 2* geeft een niet-exhaustief overzicht weer.



Botulinetoxine wordt pericranieel en paracervicaal ingespoten enkel en alleen in het geval van chronische migraine. Het injectieprotocol voorziet het toedienen van 155-195 eenheden Botox® in specifieke zones ter hoogte van het hoofd en de nek. De PREEMPT studie (Phase III Research Evaluating Migraine Prophylaxis Therapy) is een fase 3 studie die aangetoond heeft dat het periodisch toedienen van botulinetoxine – in dit geval werd Botox® om de twaalf weken geïnjecteerd – het aantal migrainedagen per maand bij de chronische migrainepatiënt significant doet dalen³. Op het eerste zicht lijkt het effect niet spectaculair omwille van het feit dat er zich in de placebogroep ook een reductie voordeed (8,7 migrainedagen per maand minder voor de verumgroep versus 6,3 migrainedagen per maand minder voor de placebogroep). Er was echter ook een significant verschil in de secundaire eindpunten, in het bijzonder een verbetering van de levenskwaliteit en een reductie in het aantal dagen per maand dat er pijnstillers worden genomen omwille van hoofdpijn.

Bètablokkers	dagelijkse dosis
Propranolol	40 – 240 mg
Metoprolol	50 – 200 mg
Anti-epileptica	
Natriumvalproaat	500 – 2000 mg
Topiramaat	50 – 200 mg
Calciumkanaalblokkers	
Flunarizine	5 – 10 mg
Tricyclische antidepressiva	
Amitriptyline	10 – 50 mg
Onabotulinum toxine A (Botox®)	155 – 195 U

Tabel 2. Migraine profylactica⁷

Nieuwe geneesmiddelen

CGRP peptide monoclonale antilichamen (-nezumab) en CGRP receptor monoclonale antilichamen (-numab) zijn nieuwe anti-migraine geneesmiddelen.

CGRP is een 37-aminozuur neuropeptide met krachtig vasodilaterend effect. Zijn expressie is het hoogst in het trigeminaal (drietakszenuw) ganglion en in de Aδ en C-vezel projecties naar cerebrale en durale (hersenvliezen) bloedvaten. Aδ- en C-vezels zijn traag geleidende zenuwvezels die belangrijk zijn in pijntransmissie⁶.

Monoclonale antilichamen als nieuwe migraine profylaxe werden ontwikkeld om het CGRP mechanisme te blokkeren¹¹. Drie antilichamen tegen het CGRP peptide werden positief bevonden in pla-

cebo gecontroleerde studies in episodische migraine profylaxe. Dit geldt ook voor het anti-CGRP receptor-antichaam erenumab. Eén CGRP monoclonaal antilichaam is werkzaam in chronische migraine (fremanezumab). Deze vorm van behandeling wordt goed verdragen waarbij weinig neveneffecten werden gerapporteerd.

Erenumab

Erenumab is een humaan monoclonaal antilichaam gericht tegen de CGRP receptor. Het werd bestudeerd in een multicentrische, gerandomiseerde, dubbelblind, placebo gecontroleerde studie ter behandeling van episodische migraine¹². Patiënten tussen 18 en 65 jaar oud met minimum vier en maximum veertien migrainedagen per maand werden geïncludeerd. Ze werden gerandomiseerd in drie groepen: twee verum groepen (4-wekelijks 70 of 140 mg erenumab SC toegediend) en één placebogroep. Er werden respectievelijk 317, 319 en 319 patiënten geïncludeerd (totaal aantal van 955). De studie duurde zes maanden. Het gemiddeld aantal migrainedagen per maand bedroeg 8,3. Het primaire eindpunt was het verschil in gemiddeld aantal migrainedagen per maand vanaf de vierde tot de zesde maand. De secundaire eindpunten waren een reductie van minimaal 50 % in het gemiddeld aantal migrainedagen per maand, de wijziging in aantal migrainedagen per maand waarbij migraine-specifieke geneesmiddelen werden gebruikt en de wijziging in score van fysieke hinder gerelateerd tot migraine. Er werd een statistisch significant verschil aangetoond in de afname van het gemiddeld aantal migrainedagen per maand: 3,2 voor de 70 mg groep, 3,7 voor de 140 mg groep en 1,8 voor de placebogroep. Wat betreft secundaire eindpunten had 50 % van de 140 mg groep minimaal 50 % reductie in gemiddeld aantal migrainedagen. De reductie in aantal migrainedagen per maand waarbij migraine-specifieke geneesmiddelen werden gebruikt, bedroeg 1,1 dagen in de 70 mg groep, 1,6 dagen in de 140 mg groep, en 0,2 dagen in de placebogroep. Er werd een lagere (betere) score wat fysieke hinder betreft bekomen in de verum groepen dan in de placebogroep. Het aantal neveneffecten in de erenumab groep en de placebogroep waren vergelijkbaar.

Fremanezumab

Fremanezumab is een CGRP monoclonaal antilichaam. Het werd onderzocht in een fase drie studie ter behandeling van chronische migraine¹³. Er werden 1130 patiënten bestudeerd in drie verschillende groepen. Groep één kreeg aan de start van de studie 675 mg fremanezumab SC toegediend en placebo op week 4 en week 8. Groep twee kreeg aan de start van de studie 675 mg fremanezumab SC toegediend en 225 mg op week 4 en week 8. Groep drie kreeg enkel placebo. Het percentage patiënten met een reductie van minimum 50 % in het gemiddeld aantal hoofdpijndagen per maand was 38 % in groep 1. In groep 2 bedroeg dit 41 % en 18 % in de placebogroep. In iedere fremanezumab groep kwamen leverfunctiestoornissen voor (1 %); in de placebogroep werd dit in minder dan 1 % van de gevallen gerapporteerd.



Besluit

De behandeling van migraine heeft een bijzondere weg in de afgelopen 30 jaar afgelegd. De jaren '90 van de vorige eeuw werden gekenmerkt door het gebruik van triptanen voor de acute migraineaanval. De jaren rond 2005 werden gekenmerkt door een nieuwe migraineprofylaxe onder vorm van topiramaat. Enkele jaren later werden de positieve resultaten van het gebruik van botulinetoxine in chronische migraine gepubliceerd. De afgelopen jaren zijn er positieve resultaten in het gebruik van monoklonale antilichamen tegen het CGRP mechanisme gemeld. Deze evolutie in de behandeling van migraine heeft bijgedragen tot verbetering van de levenskwaliteit van miljoenen migraine lijders.

Referenties

- 1) Burch R, Rizzoli P, Loder E (2018) *Headache The Prevalence and Impact of Migraine and Severe Headache in the United States: Figures and Trends From Government Health Studies*. 2018 Mar 12. doi: 10.1111/head.13281. [Epub ahead of print] Geraadpleegd op 16 maart 2018
- 2) Davidoff RA (1995) *Migraine: manifestations, pathogenesis, and management*. Pp. 47 – 54. F.A.Davis Company, Philadelphia
- 3) Diener HC et al. (2010) *CEPHALALGIA OnabotulinumtoxinA for treatment of chronic migraine: results from the double-blind, randomized, placebo-controlled phase of the PREEMPT 2 trial* 2010; 30 (7): pp 804-814
- 4) Dodick DW (2018) *Migraine*. LANCET Mar 6. pii: S0140-6736(18)30478-1. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30478-1. [Epub ahead of print] Geraadpleegd op 16 maart 2018

- 5) Ferrari MD, Goadsby PJ, Roon KI, Lipton RB (2002) *CEPHALALGIA. Triptans (serotonin, 5-HT_{1B/1D} agonists) in migraine: detailed results and methods of a meta-analysis of 53 trials*. 2002 Oct;22(8): pp 633-58
- 6) Goadsby PJ et al (2017) *PHYSIOL REV. Pathophysiology of Migraine: a disorder of sensory processing*. 2017 Apr;97(2): pp 553-622. doi:0.1152/physrev.00034.2015. Geraadpleegd op 16 maart 2018
- 7) Hauser SL, Josephson SA, English JD, Engstrom JW (2006) *Harrison's neurology in clinical medicine* pp 41 – 50. The McGraw-Hill Companies.
- 8) *Headache classification committee of the International Headache Society (IHS) (2018) CEPHALALGIA The international classification of headache disorders, 3rd edition* 2018; 38 (I): pp 1 – 211
- 9) Noboru T, Tfelt-Hansen P (2006) *Calcium antagonists in migraine prophylaxis*. Pp. 539 – 544. THE HEADACHES (2006) Lippincott, Williams & Wilkins. Philadelphia.
- 10) Silberstein SD, Tfelt-Hansen P (2006). *Antiepileptic drugs in migraine prophylaxis*. Pp. 545 - 552. THE HEADACHES (2006) Lippincott, Williams & Wilkins. Philadelphia.
- 11) Tso AR, Goadsby PJ (2017) *CURR.TREAT.OPTIONS.NEUROL. Anti-CGRP Monoclonal Antibodies: the Next Era of Migraine Prevention?* 2017; 19(8):27. Published online 2017 Jun 27. doi: 10.1007/s11940-017-0463-4. Geraadpleegd op 16 maart 2018
- 12) Goadsby PJ et al (2017) *N Engl J Med A controlled trial of erenumab for episodic migraine*. 2017 Nov 30;377(22):2123-2132. doi: 10.1056/NEJMoa1705848.
- 13) Silberstein SD, et al (2017) *N Engl J Med Fremanezumab for the preventive treatment of chronic migraine*. 2017 Nov 30;377(22):2113-2122. doi: 10.1056/NEJMoa1709038.

Dr. L. Herroelen
Neuroloog Consulent UZ Gasthuisberg



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

 **Bank
J. Van Breda & Co°**

Enkel voor ondernemers en vrije beroepen

www.bankvanbreda.be

Bescherming van persoonsgegevens

Wat is de impact van de nieuwe Europese regelgeving op uw praktijk?

De nieuwe Europese regelgeving over de bescherming van persoonsgegevens kreeg de benaming 'General Data Protection Regulation' of 'GDPR' mee, in het Nederlands 'Algemene Verordening Gegevensbescherming' of 'AVG'.¹ Doel is een kader te bieden voor het omgaan met persoonsgegevens van burgers binnen de Europese Unie (EU). Deze nieuwe regelgeving heeft ook impact op de bescherming van gegevens in de praktijk van huisartsen en apothekers.

Rechtmatig wil zeggen dat wie de gegevens verwerkt, dit met een degelijke gegronde reden doet. Dat kan de toestemming van de persoon zelf zijn, maar vaker gebeurt dit in het kader van een overeenkomst, een wettelijke verplichting van de verwerker, of redenen van vitaal of algemeen belang.

Met *behoorlijk* wordt bedoeld dat enkel die gegevens worden verwerkt die nodig zijn voor het doel. Informatie die niet strikt noodzakelijk is voor de verwerking, mag dus niet zomaar worden bijgehouden.

Ten slotte dient de verwerking *transparant* te zijn. De personen van wie de gegevens verwerkt worden, moeten worden geïnformeerd over welke categorieën van gegevens bewaard en verwerkt worden en wat er met hun persoonsgegevens gebeurt binnen de praktijk (o.a. welke gegevens, met wie worden de gegevens gedeeld, hoe worden ze bewaard ...).

Een privacyverklaring waarin deze zaken kort en op een heldere, verstaanbare manier worden toegelicht, kan helpen om dit aan uw patiënt te verduidelijken.

Toepassing regelgeving in de praktijk

Deze Europese regelgeving beschermt de gegevens van iedereen die zich in de EU bevindt en geeft meer garantie dat er op een verantwoorde wijze met gegevens wordt omgegaan, zeker nu sociale media de drempel verlagen om persoonsgegevens openbaar te maken.

Alle organisaties, bedrijven, instanties, personen die persoonsgegevens verwerken en werkzaam zijn binnen de EU, dienen zich aan de regelgeving aan te passen. Niet-EU organisaties die informatie van EU-burgers verwerken, moeten zich ook aan de regelgeving houden.

Kleine organisaties zijn niet vrijgesteld van de verordening: iedereen dient de regelgeving te implementeren en met evenveel zorg met persoonsgegevens om te gaan. De inleidende overwegingen, die de eigenlijke GPDR-artikels voorafgaan, benadrukken de aandacht die lidstaten dienen te hebben voor kleine, middelgrote en micro-ondernemingen.

De nieuwe verordening wordt vaak als een extra last opgevat, maar naast verwerkingsverantwoordelijke van persoonsgegevens is elke zorgverlener natuurlijk ook zelf burger in de EU en geldt de bescherming ook voor diens eigen persoonsgegevens.



Uitzondering voor gezondheidsgegevens

De GDPR kent een bijzondere status toe aan gevoelige persoonsgegevens, zoals gezondheidsgegevens. Bescherming van dit soort gegevens was ook al opgenomen in de huidige privacywetgeving (wet van 8 december 1992).

De verordening laat de lidstaten de ruimte om eigen accenten te leggen voor bijzondere categorieën zoals gevoelige persoonsgegevens. Binnen België houdt het Sectoraal Comité van de Gezondheid zich nu al bezig met machtigingen en privacyregels omtrent de gezondheidszorg. Dit Sectoraal Comité kan dus specifieke aanbevelingen voor zorgverleners maken.

Gevoelige persoonsgegevens mogen in principe *niet* verwerkt worden (artikel 9), tenzij omwille van bijzondere redenen. Voor zorgverleners is volgende uitzondering van toepassing:

*'(h) De verwerking is noodzakelijk voor doeleinden van preventieve of arbeidsgeneeskunde, voor de beoordeling van de arbeidsgeschiktheid van de werknemer, medische diagnoses, het verstrekken van gezondheidszorg of sociale diensten of behandelingen dan wel het beheren van gezondheidszorgstelsels en -diensten of sociale stelsels en diensten, op grond van Unierecht of lidstatelijk recht, of uit hoofde van een overeenkomst met een gezondheidswerker en behoudens de in lid 3 genoemde voorwaarden en waarborgen.'*¹

Zorgverleners mogen gezondheidsgegevens bijhouden en verwerken. Betrokkenen (dit zijn natuurlijke personen van wie de persoonsgegevens verwerkt worden) hebben binnen bepaalde grondslagen van de GDPR het recht om gegevens te corrigeren of te vragen ze te wissen. Dit recht van de burger geldt niet als er een wettelijke verplichting is om deze persoonsgegevens bij te houden. Voor medische gegevens is de bewaartermijn wettelijk vastgelegd op dertig jaar.

Verder stelt de Europese regelgeving dat de verwerking van gezondheidsgegevens toegelaten is, indien deze verwerkt worden door een beroepsgroep die onder het beroepsgeheim valt en zorgverlening als verwerkingsdoel heeft. Dit is een bijzonder aandachtspunt in praktijken waar naast huisartsen ook medisch secretariaatsmedewerkers of praktijkassistenten werkzaam zijn. Multidisciplinaire praktijken, waar andere zorgverleners (die onder het beroepsgeheim vallen) deel uitmaken van de praktijk, zijn onder deze bepaling gedekt. Voor medewerkers die niet onder de medische beroepen vallen, moet aan een toegangsbeperking worden gewerkt. Zo laten heel wat medische programma's verschillende rollen toe om te vermijden dat gevoelige gegevens worden ingekeken door onbevoegde personen.

GDPR, AVG ... wat betekent dat?

Identificeerbare persoonsgegevens

Het betreft alle informatie over een natuurlijke persoon die geïdentificeerd of identificeerbaar is. Concreet wil dit zeggen dat alle mogelijke informatie, ongeacht vorm en inhoud, die kan leiden tot de identificatie van een persoon, hieronder valt. Persoonsgegevens zijn dus niet beperkt tot de evidente zaken als naam, adres, rijksregisternummer ... maar kunnen alle aspecten van een persoon zijn: haarkleur, aantal kinderen, woonsituatie, enzovoort. Eén enkel element leidt misschien niet meteen tot de identificatie van een specifiek persoon, maar een combinatie van verschillende elementen kan dat wel. Een eerste aandachtspunt in de GDPR is dat er meer aandacht dient te zijn voor alle soorten informatie die aan een persoon gekoppeld kan worden.

Het gaat hierbij niet enkel om persoonsgegevens die op elektronische wijze verwerkt worden; verwerking van persoonsgegevens via papier vereist minstens evenveel aandacht. GDPR is het geheel van alle technische en organisatorische maatregelen voor de bescherming van elk gestructureerd geheel van persoonsgegevens.

Drie beginselen: rechtmatig, behoorlijk en transparant

De kern van de GDPR draait rond drie principes: de verwerking van gegevens dient 'rechtmatig, behoorlijk en transparant' te gebeuren. Wat betekent dit concreet?

Het is dus belangrijk te definiëren wie recht heeft op toegang tot welke gegevens en ook maatregelen te nemen om niet-geoorloofde inzage te beperken. Ook voor andere zorgverleners binnen de praktijk is deze stap belangrijk; niet elke zorgverlener heeft het recht om alle gegevens van een patiënt in te kijken, maar enkel de gegevens die kaderen binnen zijn of haar takenpakket en functie.

Als er voor medewerkers die niet onder de zorgberoepen met beroepsgeheim vallen, gegronde redenen zijn voor een beperkte toegang tot gevoelige persoonsgegevens (bijvoorbeeld een patiënt die belt om een afspraak en de klacht wordt genoteerd), kan dit gekaderd worden binnen de nieuwe regelgeving (verwerking om redenen van gerechtvaardigd belang). Er dient wel voor gezorgd te worden dat in de arbeidscontracten van de medewerkers een clause wordt opgenomen die hen mee bindt aan het beroepsgeheim. Deze clause sluit niet uit dat er maatregelen genomen moeten worden rond het toegangsrecht.

Wat moet er juist gebeuren?

Op de site van de Privacycommissie is een algemeen stappenplan terug te vinden om na te gaan of de praktijk klaar is voor de implementatie van de GDPR.²



Dit is een goede oefening om de bescherming van persoonsgegevens voor de eigen praktijk na te gaan. Welke gegevens verwerken we, op welke manier? Hoe worden ze bewaard, waar en hoe lang? Met welk doel? Wie heeft er toegang? Nemen we voldoende maatregelen om de gegevensbescherming te garanderen? Hebben we een plan van aanpak wanneer er toch iets misloopt? De eerste stap in een goede implementatie van de nieuwe verordening is voldoende bewustwording bij de verantwoordelijken voor de verwerking. Van daaruit worden dan de acties georganiseerd om de verordening in de praktijk te vertalen.

Stel een dataregister op

Een hulpmiddel om deze denkoefening te maken is het oplijsten van deze zaken in een dataregister of verwerkingsregister. Dat kan met een risicoanalyse voor elke categorie persoonsgegevens gecombineerd worden. Bijvoorbeeld: hoe verloopt de manier van verwerken? Wat zijn de risico's op lekken en welke stappen worden ondernomen om ze te voorkomen?

Dat kan gaan van het gebruik van de eHealthbox voor gegevensdeling met andere zorgverleners, het achter slot en grendel bewaren van papieren patiëntendossiers, met aandacht voor het veilig bewaren van de sleutel en kopieën (inclusief het bijhouden van een sleutelregister), het gebruik van verschillende wachtwoorden voor dossiers, geen gebruik van e-mail voor het uitwisselen van persoonsgegevens enzovoort.

Informeer uw patiënt

De kern van de GDPR is het proactief informeren van patiënten en medewerkers hoe er met de persoonsgegevens wordt omgegaan. Situeer het wettelijk kader en leg de maatregelen uit die in de praktijk worden genomen om de gegevens te beschermen en lekken te voorkomen.

Een privacyverklaring maakt duidelijk hoe er op een verantwoorde wijze met de persoonsgegevens van patiënten wordt omgegaan.

Hou ook rekening met de patiëntenrechten die stellen dat patiënten toegang moeten kunnen krijgen tot hun gegevens: hoe deze toegang regelen? Hoe inzage van de patiënt organiseren? Hoe ingaan op vragen van patiënten rond de inzage van het eigen dossier? Wie gegevens deelt via eHealth of Vitalink, kan de patiënt ook verwijzen naar de patiëntenplatformen waar de patiënt de opgeslagen informatie kan raadplegen.

Het is belangrijk om de patiënt die inzage wil, te begeleiden in dit proces, zodat de opgeslagen medische gegevens correct geïnterpreteerd worden.

Houd het medisch dossier bij

Een correcte verantwoording voor de verwerking van de persoonsgegevens en gevoelige persoonsgegevens is belangrijk. Verwerking van persoonsgegevens op basis van toestemming van de betrokkenen is hierbij lang niet de enige grondslag die gebruikt wordt. Houd er rekening mee dat deze verwerkingsgrond ook de meest uitgebreide bijkomende rechten voor de betrokkenen in-



houdt, zoals het recht op vergeten worden (wissen van opgeslagen informatie).

De belangrijkste grondslag voor huisartsen ligt bij het Globaal Medisch Dossier (GMD) en de verplichting om een medisch dossier met persoonsgegevens gedurende een bepaalde periode bij te houden.

Bespreek geïnformeerde toestemming

De geïnformeerde toestemming van de patiënt om gezondheidsgegevens te delen, regelt louter de uitwisseling van deze gegevens via eHealth en Vitalink. Als de patiënt toestemming geeft, komen zijn/haar persoonsgegevens centraal beschikbaar en kunnen ze enkel geraadpleegd worden door een zorgverlener met een therapeutische relatie. Wordt de toestemming ingetrokken, dan wordt de gedeelde informatie van het platform verwijderd. Voor patiënten die deze toestemming niet hebben gegeven, blijft de mogelijkheid bestaan om medische informatie met behandelende artsen uit te wisselen, maar dan wel via andere wegen dan de gegevensdeling via eHealth of Vitalink.

Registreer en meld datalekken

Hoe nauwkeuriger de voorgaande stappen zijn uitgevoerd, hoe kleiner het risico op datalekken. Bij een datalek hebben onbevoegden toegang tot persoonsgegevens of is er geen toegang tot de eigen gegevens na bijvoorbeeld een hacking.

Incidenten waar er mogelijk schade is voor de betrokkene (schending van de geheimhoudingsplicht of gevoelige gegevens bij onbevoegden) of die de rechten en vrijheden van betrokkene

schenden, moeten binnen 72 uur gemeld worden aan de toezichthouder (de Privacycommissie) door de verantwoordelijke databeheer van de praktijk. Het niet, of laattijdig melden van een datalek kan flinke boetes opleveren.

In sommige gevallen moet de betrokkene (bv. de patiënt van wie de persoonsgegevens gelekt zijn) ook rechtstreeks verwittigd worden. Neem als voorbeeld een brief die gezondheidsgegevens bevat en aan de verkeerde patiënt werd gestuurd. Als deze brief ongeopend wordt teruggestuurd, is er geen reden tot melding aan de patiënt. Werd de brief wel geopend, dan hebben onbevoegden toegang gekregen tot gevoelige informatie en bestaat het risico op schade voor de betrokkene: dan dient de patiënt wel persoonlijk op de hoogte te worden gesteld.

Elke praktijk is verplicht om een intern register bij te houden van alle datalekken. Dit document helpt ook ter ondersteuning om in de toekomst incidenten te voorkomen. Vergeet niet dat de meeste datalekken door eigen, menselijke fouten gebeuren; de kans dat een hacker op de loer ligt blijft eerder klein.

Draagbare opslagmedia zoals USB-sticks houden risico's in op inzage door onbevoegden, zeker als de informatie erop niet beveiligd is. Uitwisseling van persoonsgegevens via digitale weg dient veilig te gebeuren; vermijd dus e-mail maar gebruik de eHealthbox voor communicatie over patiënten. Controleer de veiligheid van de website telkens door na te gaan of het een 'https' website is (cfr. internetbankieren). Laat geen vertrouwelijke informatie rondslingeren op printers of scanners, gebruik verschillende

codes voor administratieve en gevoelige persoonsgegevens, of maak een onderscheid tussen printers voor administratieve doeleinden en andere doeleinden. Stel uw computer met patiëntgegevens zodanig in dat hij na maximum vijf minuten in slaapstand gaat en enkel met een paswoord opnieuw opgestart kan worden.

Laat uw databank ontwerpen

Data protection by design wordt sterk benadrukt in de nieuwe regelgeving en is ook een opdracht voor de softwarevendors. De constructie van de databank moet dusdanig ontwikkeld zijn dat metadata gemakkelijk ter beschikking gesteld kunnen worden, dat een getrapte toegang voor de verschillende medewerkers in een praktijk een feit wordt, dat het minimaliseren of wissen van gegevens selectief mogelijk gemaakt wordt (bijvoorbeeld van dossiers die niet meer in hun volledigheid behouden moeten worden) en dat het inzagerecht van de patiënt op een gemakkelijke en voor iedereen comfortabele manier kan verlopen.

Beveilig bestaande contracten

eHealth ontwikkelt veilige paden van gegevensuitwisseling tussen zorgverleners, maar ook de EMD-software die van de eHealthdiensten gebruikmaakt, moet garanties bieden om het risico op datalekken te minimaliseren. De meeste EMD-pakketten zijn met deze oefening bezig. Vraag een amendement aan het huidige contract om dit te waarborgen.



Een moderne artspraktijk maakt ook gebruik van een telesecretariaat, online agenda, tarificatiediensten en andere toepassingen. Ook voor deze leveranciers moeten dezelfde afspraken gemaakt worden als met de softwarevendors.

Let ook op databanken die u zelf bewaart over hulpverleners waar u mee samenwerkt, personeelsregisters, sollicitatiebrieven of een werfreserve die u aanlegt voor het geval een van de secretaresses vertrekt. Het gaat allemaal om persoonsgegevens.

Stel een verantwoordelijke aan

Een aantal specifieke bepalingen binnen de GDPR vermelden expliciet uitzonderingen voor individuele zorgverleners. Zo is een *'Privacy Impact Assessment'* of PIA (een gegevensbeschermingseffectbeoordeling) noodzakelijk bij een grootschalige verwerking van persoonsgegevens, maar niet voor een databank van persoonsgegevens van patiënten van een individuele arts of andere zorgprofessional.

Er is binnen de nieuwe regelgeving voor de individuele zorgprofessional geen verplichting om een functionaris gegevensbescherming aan te stellen. Het is aangeraden om binnen de praktijk een persoon aan te duiden die binnen de organisatie aandacht heeft voor de implementatie van de GDPR en de genomen maatregelen opvolgt. Deze verantwoordelijke voor databeheer kan een specifieke opleiding voor *Data Protection Officer (DPO)* volgen, of advies vragen aan een DPO.



Hoe beschermt eHealth persoonsgegevens?

Het eHealthplatform zorgt voor de veilige uitwisseling van persoonsgegevens, maar slaat zelf geen data op.

De basisdiensten van het eHealthplatform bieden zorgverleners een aantal beveiligde tools zodat gegevensdeling op een veilige manier kan verlopen³:

- **eHealthbox:** als veilig alternatief voor e-mail is er de eHealthbox (huisarts), een digitale brievenbus die beveiligd is en communicatie tussen zorgverleners mogelijk maakt (persoonlijke communicatie, of gericht aan een specialist in functie binnen een ziekenhuis).
- **Versleuteling van berichten:** via het eHealthplatform worden berichten verstuurd die end-to-end versleuteld zijn. Dat wil zeggen dat berichten die verzonden worden een specifieke sleutel toegekend krijgen en de informatie gecijferd wordt.
- **Gebruikers- en toegangsbeheer:** het systeem van toegang tot de eHealthdiensten werkt voorlopig met de elektronische identiteitskaart. Binnen het platform wordt vervolgens een toegangsmatrix geïmplementeerd, steeds met het oog op het garanderen dat enkel die zorgverleners toegang hebben tot de informatie waartoe ze gemachtigd zijn.
- **Controle van gegevens door logging:** een bijkomende controle gebeurt door het bijhouden van wie toegang kreeg tot het bekijken, wijzigen of verwijderen van bepaalde gegevens, van wie die persoon de gegevens opvroeg, via welke toepassing en wanneer dit gebeurd is.

Conclusies: alles anders op 25 mei?

De nieuwe regelgeving houdt een belangrijke mentaliteitswijziging in wat het omgaan met persoonsgegevens betreft. Inhoudelijk lagen de bepalingen van de privacywetgeving al zeer sterk in lijn met de GDPR-bepalingen. De wettelijke basis blijft dus grotendeels hetzelfde. Wel moet er bewuster omgegaan worden met persoonsgegevens. Alle zorgverleners dienen de denkoefening te maken over hoe er momenteel met patiëntgegevens wordt omgegaan en waar er verbeteringen mogelijk zijn.

Vanaf 25 mei moet duidelijk uitgeschreven worden hoe persoonsgegevens verwerkt worden, wie toegang heeft tot welke informatie, met welke rechtsgrond ze verwerkt worden en hoe lang ze bewaard worden. Ook een opsomming van de maatregelen die genomen worden om de veilige verwerking te verzekeren is nu noodzakelijk.

Literatuur

1. www.privacy-regulation.eu/
2. <https://gdpr-eu.be/wp-content/uploads/2016/12/STAP-PENPLAN-NL-V2.pdf>
3. www.ehealth.fgov.be/ehealthplatform/nl/basisdiensten

Elfi Goesaert is verantwoordelijke Kennisdomein ICT, Domus Medica; Hilde Philips is huisarts en onderzoeker aan de Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg (ELIZA), Universiteit Antwerpen, en Data Protection Officer (DPO).

Overgenomen uit Huisarts Nu 2018;47:80-3.

Meer info op www.kava.be/gdpr

Kinderziekten en fertiliteit

Op 22 en 29 maart schoolden heel wat apothekers zich bij over kinderziekten en fertiliteit. De lessenreeks werd georganiseerd vanuit JAVA, de Jonge Apothekers Van Antwerpen. Onze jonge apothekers gaven hun input over de verschillende onderwerpen die aan bod kwamen. Bovendien konden de deelnemers indien gewenst een extra avond over EHBO bij kinderen volgen of zich voorbereiden op deze lessenreeks met een e-learning over veel voorkomende kinderziekten. Die kennis testten we daarna tijdens een leuke quiz waarmee we de avond 'in gang' trapt. Volgende weetjes willen we jullie niet onthouden ...



Vroeger werd wel eens gezegd 'laat het kind maar goed huilen tijdens het aerosollen'. Bij huilende kinderen komt echter een groot deel van het actieve bestanddeel in de maag terecht in plaats van in de longen. Probeer daarom ouders aan te raden om ervoor te zorgen dat het kind rustig blijft zitten. Lukt dat niet, zet het apparaat dan eventjes uit.

Bij bronchiolitis door bv. een RSV-infectie kan je best onderstaande principes opvolgen.

- Minimal touch (niet te veel aanraken of verplaatsen, enkel wat noodzakelijk is bv. luier verversen).
- Goede neushygiëne.
- Voeding eventueel fractioneren: flesje in twee tot drie keer toedienen.



Kinderziekten in de praktijk

Kinderen met 'gewone' hoest en neusloop zijn er het ergst aan toe de eerste twee tot vier dagen, wat je ook doet ... Vaak komen ouders na een tweetal dagen in de apotheek, krijgen ze iets mee maar vinden ze dat dit (te) weinig soelaas biedt. De derde of vierde dag gaan ze naar de arts, krijgen soms antibioticum en vanaf de vijfde dag gaat het beter. Heel 'logisch' dus, want vanaf dan is het ergste vaak achter de rug.

Wat kan je sowieso best aanraden aan kinderen met hoest en neusloop?

- Veelvuldig reinigen van de neus met fysiologisch water op **lichaamstemperatuur**.
- Probeer hoestsiropen (vooral bij jonge kinderen) te vermijden ...



We mogen niet vergeten dat mazelen naast erg besmettelijk ook een dodelijke ziekte is! En zeker (ook) gevaarlijk is als je het als volwassene krijgt. Gezien de vaccinatiegraad in sommige gebieden daalt, breekt hier en daar een epidemie uit. In 2014 was er in Antwerpen nog een melding van 33 gevallen van personen met mazelen. Ook in Frankrijk woedt op dit moment een epidemie en wordt opgeroepen aan de zorgprofessionals om zich in te enten.

Bij kinderen die alleenstaande koorts hebben, met sufheid, geen hoest of neusloop, koorts die moeilijk zakt en eventueel braken moet je als zorgverlener altijd alert zijn voor een hersenvliesontsteking. Stuur een ongeruste ouder altijd door voor verder onderzoek!

Fertiliteit

Vanaf wanneer moet je een patiënte met moeilijkheden om spontaan zwanger te worden doorverwijzen?

We spreken van verminderde vruchtbaarheid als een koppel langer dan een jaar op regelmatige basis onbeschermd seksueel contact heeft.



Wanneer moeten we een patiënte sneller doorverwijzen?

Een patiënte kan best doorverwezen worden wanneer ze een onregelmatige of afwezige cyclus heeft, een voorgeschiedenis van endometriose, vaak last van gynaecologische infecties, gynaecologische chirurgie heeft ondergaan, gynaecologische klachten zoals pijnlijke regels, hevige regels, pijn bij betrekkingen of en ook familiale achtergrond zoals vroegtijdige menopauze kan een rol spelen.

Welk advies geef je best bij het afleveren van een ovulatietest? Wanneer kan de test best uitgevoerd worden?

Men moet steeds uitgaan van kortste cyclus. Een ovulatie vindt plaats 14 dagen voor menstruatie. De LH-piek vindt dan weer plaats 1-2 dagen voor ovulatie. Om te berekenen wanneer je moet starten met het uitvoeren van een ovulatietest doe je het aantal dagen van kortste cyclus - 17.

☞ **Bv. cyclus 28 dagen: start test dag 11**

Het zijn slechts enkele van de interessante topics die dr. Jonckheer en dr. Geysenbergh hebben aangekaart. Graag willen we ook onze sponsor, Johnson&Johnson bedanken voor het mee mogelijk maken van deze opleidingscyclus.

Charlotte Olivier en Joke Opsomer
Beroepsontwikkeling KAVA & Meduca

Pharmanology 2018

Er zijn nog zekerheden in het leven! Wie al een tijdje meedraait in de apothekerswereld, weet dat er in een even jaar niet alleen een (Europees of wereld)kampioenschap voetbal aankomt, maar natuurlijk ook de Farmabeurs. Naar goede traditie staat die geprogrammeerd in het derde weekend van oktober, deze keer van vrijdag 19 tot en met 21 oktober 2018. Maar naar even goede traditie is er ook voor deze editie stevig gesleuteld aan het concept, de inhoud en het programma. Het feit dat Farma vzw sinds kort geleid wordt door Geert Heungens als nieuwe voorzitter heeft daar uiteraard mee te maken. Collega Theo Dierickx kreeg als directeur in 2016 zijn vuurdoop en maakt nu de borst nat voor 'zijn' tweede beurs, waarvan de voorbereiding natuurlijk al eind oktober 2016 (onmiddellijk na de vorige beurs) begon. Achter Pharmanology en Farma vzw staat natuurlijk een heel team van medewerkers en bestuursleden, maar met Geert en Theo konden we toch de twee tenoren strijken voor een fijn gesprek. Dat trouwens niet alleen over Pharmanology ging ...

Gezonde ambities!

Theo Dierickx nam in 2015 de fakkel over van Luc Coppens als directeur van Farma vzw en kreeg zo de kans om de krijtlijnen voor de editie van 2016 zelf uit te tekenen. Omringd door een goede ploeg medewerkers en rechterhand Pieter Goossens, maar ook met de steun van het bestuur, voerde hij heel wat vernieuwingen in. Farmabeurs werd omgedoopt tot Pharmanology en kreeg een nieuw logo. Het was niet alleen een esthetische ingreep, want ook aan het concept werd sterk gesleuteld.

(Theo) 'De eerste editie was zeker een avontuur toen ik eraan begon! Ik kende de organisatie nog niet van binnenuit, moest me best wel inwerken en ook de omstandigheden waren niet evident. Enkele grote farmaceutische en innovatieve bedrijven haakten af omwille van economische redenen en ook de strengere eisen van het FAGG voor de exposanten speelden een rol. Terwijl in het verleden mijn voorgangers nog met wachtlijsten werkten ... iets waar-

van wij alleen maar konden dromen. We hebben dat proberen op te vangen in 2016 met bijkomende opleidingen en conferenties en terug meer de klemtoon te leggen op inhoud. De juiste keuze vind ik achteraf en ook voor de editie van 2018 willen we die weg inslaan. Pharmanology 2018 (PH 18) moet een weekend worden waarop elke apotheker aanwezig is, tenzij die wachtdienst heeft.'

Waarop voorzitter Geert fijntjes toevoegt dat hij de zondag van de beurs wachtdienst heeft, dus als een collega uit de buurt wisselen wil ... Is de directeur deze keer de constante in het verhaal, de samenstelling van het bestuur zelf wijzigde en dat had ook een impact op de operationele werking. Geert Heungens verdiende zijn sporen met verantwoordelijkheid binnen de lokale (Oost-Vlaamse) beroepsvereniging en trad in die hoedanigheid toe tot het bestuur van Farma vzw. Het feit dat hij na studies farmacie nog een bijkomende economische opleiding bij EHSAL volgde, was al een signaal van zijn bijzondere aandacht voor het bedrijfsmatige van een organisatie. Iets wat zeker van pas komt binnen Farma vzw.



(Geert) 'Toen de positie van voorzitter beschikbaar werd, heb ik het mandaat aanvaard met de ambitie om Farma vzw een duidelijker profiel en sturing te geven. Voor mij is dit jaar een transitiejaar om die visie nog meer uitgewerkt te krijgen. Dat doe je natuurlijk niet alleen, maar met de steun van het bestuur en de daadkracht van de operationele mensen. Het moet inderdaad langs twee kanten komen en daarvoor werk ik nu al goed samen met mijn collega Theo. Met dit team willen we een richting uitgaan die Farma vzw naar een hoger niveau tilt.'

Teamwork

Zowel de beurs als Farma vzw tot een hoger niveau tillen, het getuigt van gezonde ambitie van het Oost-Vlaamse duo. Een streefdoel dat je alleen maar kan bereiken als iedereen goed meewerkt. En dat lijkt elke editie steeds beter te lukken. In de levendige interactie tijdens het gesprek is duidelijk dat dit duo elkaars sparring partner is en dus uitdaagt om elke keuze in vraag te stellen.

(Theo) 'De apotheker moet echt de indruk hebben dat hij dit weekend niet mag missen, net omdat er allerlei dingen te zien en horen zullen zijn en dat er volop genetwerkt kan worden. Dat kan via een goed aanbod van de exposanten – het blijft natuurlijk een

beurs – maar ook op de opleidingen willen we inzetten. In die zin ben ik zeer tevreden over de samenwerking die partners als APB, IPSA, SSPF, AUP en VAN nu al hebben toegezegd. Samen met Farma vzw willen ze dezelfde kaart trekken, vanuit overtuiging en allerminst beschouwen ze het als een verplicht nummer.'

(Geert) 'Akkoord, maar vergeet niet dat het voor de apotheker even belangrijk blijft om naast die opleidingen ook bepaalde producten te kunnen vastnemen, vragen te stellen, alle mogelijkheden te onderzoeken. Afhankelijk van de fase van je beroeps carrière kan dat gaan over verbouwingen, keuzes voor cosmeticaproducten e.d. Dan kan je op de beurs terecht om te netwerken en in contact te komen met verschillende aanbieders.'

En dan heb je natuurlijk de bedrijven nodig. Zonder firma's geen beurs, dat is duidelijk. Op korte termijn wil Farma vzw alle ethische bedrijven terug kunnen verwelkomen. Zij het meer in het kader van een productvoorstelling, met aandacht voor het inhoudelijke dan een 'klassieke' stand. Dan wordt de toegevoegde waarde van de firma's nog meer visibel.

Tipjes van de sluier

Zo wordt er ondertussen in de coulissen volop gewerkt aan een sterk inhoudelijk programma, samen met firma's en koepelorga-



nisaties. Deelnemers moeten vooraf weten dat ze iets gaan leren en niet zomaar naar Brussel gaan om iets te drinken en collega's te groeten. 'Daarvoor hoef je écht niet die verplaatsing te maken. Je mag trouwens toch niet drinken als je rijdt ...', aldus een gevatte Theo Dierickx.

(Geert) 'Als apothekers zitten we op een kantelpunt, onze jobinhoud wijzigt voortdurend. Beroepsverenigingen zijn daarmee bezig en ook dat moet aan bod komen tijdens PH 18. We willen de apothekers helpen zich te oriënteren op die verschillende uitdagingen. Het positieve aanbod van APB en de andere koepels om over die toekomstvisie mee te denken stemt me alvast hoopvol. Vanuit Farma vzw hebben we zelf geïnvesteerd in een divers aanbod.'

Een voorzet die de directeur graag binnenkopt om al enkele nieuwigheden aan te kondigen, al zal de rest met mondjesmaat in de Farma nieuwsbrief verder toegelicht worden. Een nieuwsbrief die overigens opnieuw via de lokale beroepsverenigingen verdeeld zal worden.

(Theo) 'De populairste lessen van voedingsadviezen brengen we terug op de beurs, in een ander 'format' en gecombineerd met kookworkshops rond sportvoeding, diabetes, bijvoeding bij oncologische patiënten ... APB legde ook al zijn programma vast en kijkt naar de huisapotheker 1 jaar later, staat stil bij de strategische oefening 'pharmacy 3.0: don't panic, organize', brengt een overzicht van internationale trends in farmaceutische zorg bij de

ons omringende landen en plant een initiatief rond de kwaliteit van magistrale bereidingen.'

PH 18 zal praktischer gericht zijn dan vorige edities. In plaats van het over therapietrouw te hebben, zal het nu over heel concrete projecten gaan zoals rookstop. VAN toont de apotheek van de toekomst met aandacht voor screening en preventie. IPSA biedt een training rond wondzorg aan. Eigenlijk moet de bezoeker zich niet de vraag stellen óf hij een opleiding zal volgen, maar welke precies.

(Theo) 'Daarom zal die deelnemer zich vooraf al kunnen inschrijven voor bepaalde sessies. Dat is nieuw tegenover vorige edities. Het zal 'l'embarras du choix' zijn, maar liever dat dan te weinig interessante keuzes. Vandaar mijn pleidooi om voldoende tijd uit te trekken. Denk niet dat je met twee uur zal toekomen, want dan ga je toch veel gemist hebben en te weinig meerwaarde mee naar huis nemen ...'

In eigen handen

Het mag duidelijk zijn dat Farma vzw de beurs zelf wil blijven organiseren. Natuurlijk zijn externe commerciële partners meer dan geïnteresseerd om de beurs over te nemen, bevestigen beide

geïnterviewden, maar als apotheker weet je nu eenmaal veel beter wat er leeft in de sector en wat we willen aanbieden.

(Theo) 'Het is ook belangrijk om het stuur in eigen handen te houden en zo eigen klemtonen te blijven leggen, te kunnen investeren in opleidingen waarin commerciële partners minder geïnteresseerd zullen zijn. Net door voortdurend te vernieuwen blijft de beurs immers anno 2018 relevant.'

(Geert) 'Op Pharmanology gaat het ook om diensten en daar blijft het intermenselijke aspect essentieel. Daar moet je in contact komen met verschillende tendensen. Dat lukt niet alleen via het internet.'

De eigen regie in handen, geeft ook de mogelijkheid om duidelijke keuzes te maken. Nog wat voorbarig, maar de voorzitter denkt al na over 2020 ...

(Geert) 'We overwegen om bij een volgende editie voluit de kar van een professionele beurs te trekken en personen die niet de beroepstitel hebben niet meer toe te laten als bezoeker. Als we een aanbod creëren dat alleen openstaat voor de apotheker, dan zal het FAGG veel toleranter worden en kunnen we ook meer op ethische firma's mikken. Die zelf ook meer zullen mogen 'tonen'.

Klare taal: de doelgroep blijft de apotheker en zijn team. Een beurs voor het grote publiek zit er absoluut niet in!

Blijven vernieuwen

Natuurlijk blijft het hoofddoel van Farma vzw de organisatie van een vakbeurs. Maar een aardige spin-off daarvan zijn toch items als contingentering, winkeldochters, adviezen voor zelfzorg en zo veel meer. Voor velen blijft Farma vzw een nobele onbekende, terwijl de apotheker er in zijn praktijk bijna dagelijks mee te maken krijgt. Statutair bepaald moet de winst van de beurs terug geïnvesteerd worden in het beroep en hiervoor is er een belangrijke rol bij het bestuur én de apothekers gelegd!

(Geert) 'Als beursorganisator is het onze verantwoordelijkheid ervoor te zorgen dat de kwaliteit van de beurs en de opleidingen goed zit. En dat zullen we ook doen. Als de apotheker dan afwezig blijft, is dat voor hem een gemiste kans. Maar net zo goed moeten we met het bestuur de winsten doelbewust herinvesteren in onze sector. Het klopt dat de apotheker zich daarvan niet altijd bewust is.'

En toch gebeurt er heel wat ...

- Site van Farmacontingentering vzw werd vorig jaar in een nieuw jasje gestoken: gebruiksvriendelijker, performanter en veiliger!
- Er wordt volop overlegd om de Winkeldochters nog meer aanvaardbaar voor het FAGG en de overheid te maken door de groothandels erbij te betrekken. Ook dure winkeldochters zouden moeten kunnen worden uitgewisseld in een traceerbaar profiel. Want nu blijven apothekers met die dure producten in stock zitten en verdwijnen ze soms finaal in de vuilnisbak.
- Ondersteuning van projecten die door de beroepsverenigingen zijn ingediend en waarvoor Farma vzw middelen wil vrijmaken. Er werd een interne procedure opgesteld die in alle transparantie voor iedereen toegankelijk is. Ook de lokale apotheker kan een project indienen, mits steun van een beroepsvereniging. Voorwaarde is dat het project een levenskans heeft, dat het de farmaceutische zorg of de apotheker zelf ten goede komt, dat die middelen goed benut worden en bijvoorbeeld de lokale schaal van een projectvoorstel overstijgen.
- Lancering van het tweede deel van 'Adviezen voor zelfzorg'. Een naslagwerk dat ook anno 2018 relevant is, gebruikt wordt in de academische opleiding en in de officina praktijk – voor stagiairs én apothekers – vaak van onschatbare waarde is. Zeker in een markt die sterk aan het evolueren is met een aantal voorschrijfplichtige geneesmiddelen die vrij van voorschrift komen.
- Farmacompodium staat voor enkele belangrijke uitdagingen. Hier worden de lijnen binnen het bestuur verder uitgetekend voor een structurele oplossing.

Boeiende vooruitzichten voor het najaar dus. Hou de PH18-nieuwsbrief zeker in de gaten. En graag tot in oktober!

Nico Carpriau – Beroepsopdrachtgever KAVA



Veilig gebruik van directe orale anticoagulantia

Apixaban (Eliquis®), edoxaban (Lixiana®), dabigatran (Pradaxa®) en rivaroxaban (Xarelto®) behoren tot de directe orale anticoagulantia (DOAC), een nieuwere generatie orale anticoagulantia die elk jaar meer en meer wordt voorgeschreven.

Naast de praktische verschillen met de klassieke anticoagulantia (geen INR-bepaling noodzakelijk, vaste dosis) brengt het gebruik van DOAC andere uitdagingen met zich mee: instellen van de juiste dosis, omgaan met geneesmiddeleninteracties en bevorderen van de therapietrouw.

Enkele uitdagingen ...

Hoewel DOAC reeds meerdere jaren beschikbaar zijn, krijgt een derde van de patiënten met een direct oraal anticoagulans (DOAC) toch geen aangepaste dosering voorgeschreven. Ofwel een te hoge dosis met een verhoogd risico op bloedingen, ofwel een te lage dosis, waarbij deze onvoldoende bescherming biedt en kan leiden tot een verhoogd risico op beroerte^(1,2,3). Bij het instellen van de juiste dosis moet men ondermeer rekening houden met patiënt specifieke factoren zoals leeftijd, nierfunctie, gewicht, bloedingsrisico en comedicatie. In de praktijk blijkt dat dit onvoldoende wordt opgevolgd, hoewel dit nochtans wetenschappelijk goed onderbouwd is en goed gedocumenteerd in de bijsluiter en de richtlijnen van de *Europese Society of Cardiology* (ESC).

Een tweede uitdaging ligt bij het voorkomen van mogelijke geneesmiddel gerelateerde problemen (GGP) die kunnen optreden, voornamelijk geneesmiddelinteracties. Een aantal geneesmiddelen kunnen immers klinisch relevante farmacokinetische of -dynamische interacties veroorzaken, waarbij een dosisaanpassing of verdere opvolging mogelijk is.

In uitzonderlijke gevallen is er zelfs een contra-indicatie en mag de medicatie niet worden afgeleverd. Deze klinisch relevante interacties kunnen worden gedetecteerd en afgehandeld worden door de apotheker, in overleg met de arts⁽⁴⁾.

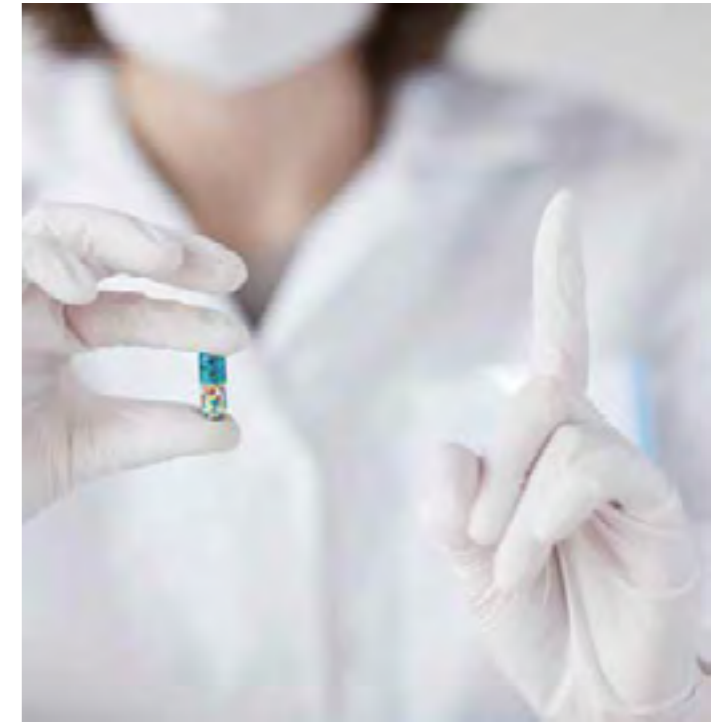
En *last but not least*, therapietrouw of de mate waarin de patiënt zijn medicatie inneemt zoals voorgeschreven. Gezien de korte halfwaardetijden (+/- (als in ca.) 10-17u) van de verschillende DOAC, kan zelfs één gemiste dosis de bescherming tegen cerebrovasculaire accidenten (CVA) reeds verminderen⁽³⁾. Ondanks het idee en gevoel dat al onze patiënten therapietrouw zijn en er klaarblijkelijk geen probleem is, tonen diverse studies toch aan dat een grote groep patiënten therapieontrouw is. Dat kan betekenen dat er tijdens de behandeling innames worden vergeten, maar betekent ook dat patiënten vroegtijdig stoppen met de therapie (tussen 15-40 % stopt vroegtijdig)⁽⁵⁾. De reden waarom patiënten therapieontrouw zijn, is zeer individueel maar educatie, betrokkenheid en duidelijke informatie over de behandeling zijn doorslaggevende factoren.

Drie uitdagingen, die we niet alleen kunnen aanpakken. Een samenwerking huisarts/ huisapotheker dringt zich op.

Het Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO) brengt huisarts en huisapotheker samen en focust op de kwaliteitsverbetering van het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen.

Een voorbeeld van een Medisch-Farmaceutisch Overleg is de opvolging van de directe orale anticoagulantia (DOAC). Dit overleg is een ideale gelegenheid om na te gaan wat 'de andere' allemaal weet en kan en waar samenwerking kan leiden tot een verhoogde veiligheid voor de patiënt. Het programma geeft de gelegenheid om tot concrete afspraken te komen tussen huisarts en huisapotheker.

Dit geaccrediteerde kwaliteitsbevorderend programma geeft ook de kans om de kennis over anticoagulantia op te frissen. Vergeet zeker geen tegemoetkoming van het RIZIV aan te vragen.



Doelstelling van het MFO

Met dit Medisch Farmaceutisch Overleg (MFO) willen we huisarts en huisapotheker motiveren om samen het risico op trombo-embolische events voor de patiënt te verminderen. Dit MFO focust dus op kwaliteitsverbetering van voorschrijven en afleveren van DOAC en niet op de keuze tussen DOAC of VKA.

Waarom zou ik dit volgen?

De huisarts en huisapotheker beschikken samen over een aantal troeven om de veiligheid van een patiënt met een DOAC te verhogen door ervoor te zorgen dat de mogelijke risico's bij het voorschrijven en afleveren van een DOAC worden verminderd. Niet alleen bij het voorschrijven van de juiste dosis voor de juiste patiënt, maar ook bij het afhandelen van mogelijke geneesmiddel interacties en detecteren van mogelijke therapieontrouw spelen beide partners een cruciale rol.

Door dit geaccrediteerde kwaliteitsbevorderend programma te volgen, zal u eerst en vooral uw kennis omtrent de DOAC opfrissen, maar anderzijds is dit MFO een ideale gelegenheid om na te gaan wat 'de andere' allemaal kan. U zal dus bepaalde aspecten



kunnen aanklaarten, die dan kunnen leiden tot concrete afspraken tussen huisarts en huisapotheker.

Door te kiezen voor dit geaccrediteerd programma, kan u er dus mee voor zorgen dat uw patiënt met een direct oraal anticoagulans beter wordt omkaderd door zijn huisarts en huisapotheker.

Hoe ziet zo'n avond eruit?

Binnen dit geaccrediteerd kwaliteitsbevorderend programma willen we de huisarts en huisapotheker motiveren om duidelijke afspraken te maken over het voorschrijven en afleveren van DOAC, om zo tot een kwaliteitsverbetering te komen. Dat doen we door de drie aangehaalde uitdagingen aan te kaarten binnen het overleg aan de hand van casuïstiek.

- Het MFO wordt als volgt opgebouwd:
- Uitdagingen binnen praktijk en officina
 - Bespreken casuïstiek (plenair of in groepjes)
 - Maken van afspraken
 - Kiezen van kwaliteitsindicatoren

Na het overleg kan u er zelf voor kiezen om een evaluatie van het MFO te laten plaatsvinden aan de hand van kwaliteitsindicatoren. Hierbij wordt dan, na een bepaalde periode, teruggekoppeld over de gemaakte afspraken en geëvalueerd in welke mate het MFO een impact heeft gehad op de kwaliteit van voorschrijven en afleveren.

Let wel: dit is geen verplicht onderdeel van het kwaliteitsbevorderend programma.

Vorbereiding en didactische materialen

Als deelnemer aan dit MFO dient u zelf geen voorbereiding te treffen. De regioverantwoordelijke of organisator dient echter wel contact op te nemen met KAVA of Domus Medica, zodat deze de nodige informatie krijgt om dit MFO tot een goed einde te brengen.

Domus Medica heeft, in samenwerking met Koninklijke Apothekers Vereniging Antwerpen (KAVA), de nodige ondersteuning voorzien. Naast het ter beschikking stellen van een getrainde moderator (arts of apotheker), kan u eveneens beschikken over een praktische gids rond het veilig gebruik van DOAC, ontwikkeld door KAVA, waarmee u de volgende dag direct aan de slag kan.

Referenties

1. Inappropriate doses of direct oral anticoagulants in real-world clinical practice: prevalence and associated factors. A subanalysis of the FANTA-SIIA Registry
Martín Ruiz Ortiz Javier Muñiz Paula Raña Míguez Inmaculada Roldán Francisco Marín María Asunción Esteve-Pastor Angel Cequier Manuel Martínez-Sellés Vicente Bertomeu Manuel Anguita ...
EP Europace, eux316, <https://doi.org/10.1093/europace/eux316>
2. Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulant Dosing in Patients With Atrial Fibrillation and Renal Dysfunction.
Yao X1, Shah ND2, Sangaralingham LR3, Gersh BJ4, Noseworthy PA5.
J Am Coll Cardiol. 2017 Jun 13;69(23):2779-2790. doi: 10.1016/j.jacc.2017.03.600.
3. Van Brabant H, San Miguel L, Fairon N, Vaes B, Henrard S, Boshnakova A, Cook R, Davies R, Karnad A, Lovell A, Dubois C. Antistolling en voorkamerfibrillatie – Synthese. Health Technology Assessment (HTA). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2016. KCE Reports 279As. D/2016/10.273/97.
4. Pharmacists' role in handling problems with prescriptions for antithrombotic medication in Belgian community pharmacies.
Desmaele S1, De Wulf I, Dupont AG, Steurbaut S.
Int J Clin Pharm. 2015 Aug;37(4):656-68. doi: 10.1007/s11096-015-0106-3. Epub 2015 Mar 31.
5. Adherence in the treatment with oral anticoagulation therapy (OAT)
Rydant Silas
RIZIV/INAMI consensus meeting "Rational use of OAT in the treatment of AF and VTE"
6. Van Brabant H, San Miguel L, Fairon N, Vaes B, Henrard S, Boshnakova A, Cook R, Davies R, Karnad A, Lovell A, Dubois C. Antistolling en voorkamerfibrillatie – Synthese. Health Technology Assessment (HTA). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2016. KCE Reports 279As. D/2016/10.273/97.

Apr. Silas Rydant – Meduca

Meer weten: mail.beroepsondersteuning@kava.be



Chronische pijn

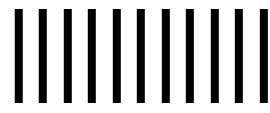
Uitgaand van een voorschrift ingezonden door een van onze redactieraadsleden of lezers lichten we in deze rubriek een casus toe die zich reëel in een officina heeft afgespeeld. Alle aspecten rond een voorschrift kunnen aan bod komen: van noemenswaardige magistrale formules, over minder alledaagse tarifiering 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!

Chronische pijn is pijn die bijna dagelijks voorkomt, langer dan drie maanden blijft bestaan en niet meer in verhouding staat tot opgelopen lichaamsschade. Het is een belangrijk maatschappelijk probleem met een beduidende impact op de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren van de patiënt. Pijn is een onplezierige gewaarwording die een fysische, sensoriele maar ook emotionele en psychosociale, spirituele en culturele component kan hebben. Pijn is normaal een signaal van het lichaam om aan te tonen dat er iets mis is. Bij chronische pijn loopt het vaak mis op gebied van deze signalisatie, waardoor een overprikkeling blijft bestaan. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen terminale chronische pijn, dikwijls ten gevolge van kanker, en chronische pijn bij een niet-terminale patiënt zonder maligniteiten. Die laatste vergt een andere aanpak en bespreken we verder in deze casus.

Behandeling

De vele componenten van pijn maken dat de aanpak het meest zinvol is in een interprofessioneel team dat ook die psychosociale deelluiken bekijkt. Een van de uitdagingen rond pijnbehandeling blijft dat pijn tot hiertoe nog niet objectief gemeten



 0.00000.00.000		Naam en voornaam van de voorschrijver <i>Dr. De Gaper</i>	
DOOR DE VOORSCHRIJVER IN TE VULLEN: Naam en voornaam van de rechthebbende: <i>Josephine, 82 jaar</i>			
Voorbehouden aan het verpakingsvignet		<i>R/ Maxifen TTS 50, te wisselen om de 4^{de} u</i> <i>Oxydom instant 5 mg, 1 tablet bij doorbraakpijn</i> <i>Laxido natura 50 zakjes, 2 zakjes/dag</i> <i>Dulcolax, indien nodig</i>	
Stempel van de voorschrijver AFT Lange Leemstraat 187 2018 Antwerpen		Datum en handtekening van de voorschrijver <i>15/05/2018</i>	
Uitvoerbaar vanaf voornoemde datum of vanaf:			
GENEESMIDDELENVOORSCHRIFT			

kan worden. Enkel door middel van vragenlijsten kan er bij de patiënt gepeild worden naar de intensiteit en de aard van de pijngewaarwording.

Bij chronische pijn zouden niet-medicamenteuze maatregelen zoals aangepaste beweging gecombineerd met niet-opioïde pijnstillers zoals paracetamol en NSAID's de eerste behandeloptie moeten zijn. Ook andere klassen van geneesmiddelen kunnen een plaats hebben in de behandeling van chronische pijn zoals antidepressiva en anticonvulsiva, zeker als de pijn een gemengd karakter krijgt tussen somatische en neuropatische pijn.

Indien, ondanks deze aanpak, de pijn toch blijft zal vaak naar de sterkere opioïde analgetica gegrepen worden. Opioiden hebben een duidelijke plaats bij acute pijn en terminale pijn. Het gebruik van opioïden bij chronische niet-oncologische pijn blijft evenwel controversieel omdat zo'n behandeling dikwijls evolueert naar afhankelijkheid en na een tijd heel sterk kan gaan lijken op een verslavingsproblematiek.

Opioïd crisis

Tijdens de laatste 30 jaar is het gebruik van opioïden drastisch gestegen, vooral door het gebruik bij chronische niet-terminale pijn. Een hogere incidentie van opiaatverslaving en dood door overdosis zijn hier het jammere gevolg van. In de US is het probleem het meest prominent en spreekt men van een ware opioïde-epidemie. In de laatste 15 jaar is het aantal doden door overdosis opioïden er verdrievoudigd.

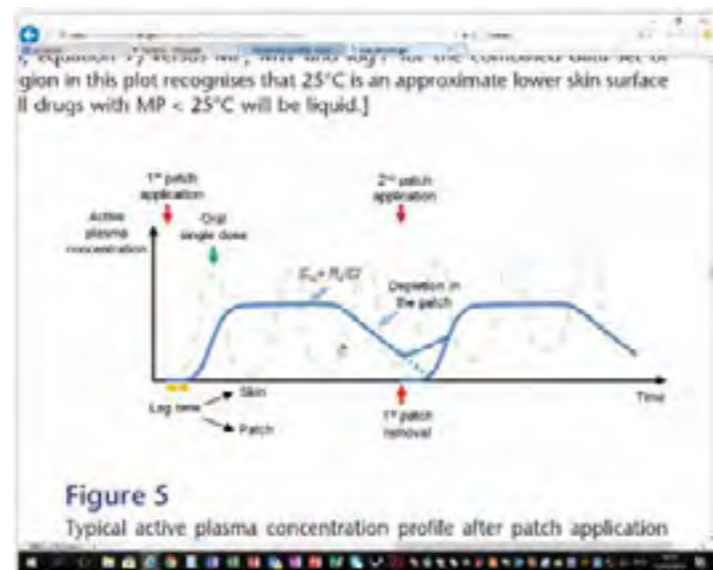
In het verleden werden opioïden voorbehouden voor acute of terminale pijn. Rond 1985 werd naar aanleiding van een aantal studies ook het algemeen gebruik bij chronische pijn gepromoot. Het comfort van de patiënt zou hierdoor verbeteren zonder – zo werd gesteld – al te veel verslavingsproblemen of nevenwerkingen. In werkelijkheid werd het een ander verhaal. Agressieve marketing van firma's (voor bv. Oxycotin®) en misleidende informatie stimuleerde artsen in de eerste lijn om opioïden veel te vaak voor te schrijven met de bekende gevolgen. Harde sensibilisering met de nadruk op preventie en interdisciplinaire aanpak moeten het gebruik nu terugdringen.

Josephine

Onze patiënt krijgt Matrifen® pleisters voor de behandeling van chronische pijn. Matrifen® 50 is een transdermaal therapeutisch systeem (TTS) dat fentanyl bevat in een matrix waaruit de fentanyl met een snelheid van 50 µg/uur wordt vrijgege-

ven. Fentanyl is een sterke agonist van de μ -receptor waardoor sterke pijnstilling en een sederend effect ontstaat, het werkt ongeveer tachtig keer krachtiger dan morfine. Combinatie van verschillende doseringen van Matrifen® pleisters op hetzelfde moment is mogelijk om een juiste dosis te bekomen (bv. Matrifen® 50 en 12,5). In tegenstelling tot wat de SKP van Matrifen® vermeldt, kan de pleister eventueel geknipt worden indien een halve dosering gewenst is. Dit geldt voor alle fentanyl pleisters in België op de markt, gezien er geen reservoir TTS systemen meer zijn.

Matrifen® pleisters worden normaal om de 72 u gewisseld. Hier vermeldt de arts dat de pleister al na 48 u vervangen mag worden. In sommige gevallen kan het inderdaad zijn dat de pijnbestrijding tijdens de laatste dag niet meer afdoende is omwille van gewijzigde kinetiek naar het einde van de werkingsduur van de pleister toe. In dit geval kan het zijn dat de pleisters al 24 u vroeger vervangen kunnen worden. Dat geeft, dankzij de kinetiek van de pleister, nooit een probleem voor overdosering.



Figuur 1. PMID 25560046

De belangrijkste nevenwerkingen van fentanyl zijn slaperigheid, duizeligheid, misselijkheid en obstipatie. Van deze nevenwerkingen zal vooral de obstipatie ook op langere termijn een probleem geven. Fentanyl is een substraat van CYP3A4, waardoor er moet opgepast worden met combinaties van geneesmiddelen die het CYP3A4 remmen (gevaar voor overdosering met voornamelijk ademhalingsdepressie) of induceren (gevaar voor ineffectiviteit). In de VOS nota van het BCFI vinden we dat alle TTS systemen op de NO-SWITCH lijst staan. Wijzigen van het ene naar het andere merk van Fentanyl pleisters is dus niet aangewezen, tenzij men uiteraard niet anders kan en de switch bovendien goed opgevolgd wordt.

Bij doorbraakpijn kan de patiënt nog extra gebruik maken van Oxynorm®. Oxynorm® is een orodispergeerbare tablet die oxycodone bevat, een krachtig opioïd analgeticum. Het is een volledige agonist van de μ , κ en δ opiaatreceptoren en het is twee maal sterker dan morfine. In vijf jaar tijd is het gebruik in België bijna verdubbeld. Ook hier zijn de frequentste nevenwerkingen sedatie, duizeligheid, misselijkheid en braken. Oxycodon is een substraat van CYP3A4 en CYP2D6 waardoor er bij remmers en inducers van deze CYP-isoenzymen klinisch belangrijke interacties kunnen optreden. Door CYP2D6 polymorfisme kunnen er grote individuele verschillen bestaan in de afbraaksnelheid van oxycodone. Sterke individuele opvolging bij opstart en dosis-aanpassingen is essentieel.

Nevenwerkingen en voorzorgen

Zoals eerder gemeld, geven opioïden bij opstart vaak sedatie, duizeligheid, misselijkheid, braken en obstipatie. Op de obstipatie na verbeteren deze nevenwerkingen na enige tijd. Obstipatie wordt best al bij aanvang van de therapie opgevangen door dagelijks een osmotisch laxativum toe te dienen zoals macrogol (Laxido®) eventueel in combinatie met een contactlaxativum zoals Dulcolax®.

Minder vaak komen ook verwardheid, hallucinaties en angst voor. Deze nevenwerkingen kunnen worden opgevangen door een antipsychoticum toe te dienen.

Vooral bij ouderen moeten we extra alert zijn voor nevenwerkingen. Opioiden hebben dikwijls een sterker effect bij ouderen. De nieren zijn betrokken in de afbraak van de meeste opioïden. Toxiciteit is dus meer waarschijnlijk bij oudere patiënten met een verminderde glomerulaire filtratie. Vooral het valrisico en de kans op fractures neemt sterk toe bij het toedienen van opioïden aan ouderen. Bovendien is er een link tussen opioïd gebruik en cognitieve achteruitgang.

Een belangrijke taak voor de apotheker bij afleveren van opioïden ligt erin de patiënt steeds bewust te maken van de sterke werking van de medicatie en mogelijke risico's op verslaving en overdosering. Zeker voor fentanyl in een TTS-systeem is het nooit overbodig om de gevaren extra in de kijker te zetten, zeker als er kinderen in de omgeving van de patiënt aanwezig kunnen zijn. Ook gebruikte fentanyl pleisters bevatten nog voldoende product om voor kinderen fataal te kunnen zijn. Pleisters dienen na gebruik dus steeds dubbel geplooid te worden en ook na gebruik buiten het bereik van kinderen gehouden te worden.

Besluit

Wanneer niet-medicamenteuze adviezen en niet-opioïde analgetica onvoldoende effect hebben bij chronische pijn die niet terminaal, acuut of van oncologische aard is, kunnen opioïden ingezet worden. Toch moeten steeds de risico's afgewogen worden, zeker bij oudere patiënten. De gevaren voor verslaving, gewenning en overdosering liggen steeds op de loer. Pijn is geen situatie waarin er een tekort aan endogene opiaten is. Pijn is een probleem met vele gezichten waarin een interdisciplinaire aanpak onontbeerlijk is. Als apotheker kunnen we onze rol optimaal spelen door de patiënt optimaal in te lichten en op te volgen.

Wil je meer leren over chronische pijn en welke opioïden je wel en niet kan combineren? KAVA organiseerde dit voorjaar vijf webinars die je helpen het medicatieschema te optimaliseren. Eén van de webinars kaderde in dit thema. Contacteer opleiding@kava.be om de opname van de webinar pijn te ontvangen. Dit najaar organiseren we vier avonden oprissing praktijkgerichte farmacologie. De eerste les gaat over pijn, de volgende over maag & darmen, Parkinson en depressie. Meer info volgt!

Referenties

1. Aanpak van Chronische pijn in de eerste lijn. EBM Practice Net. Feb 2017
2. Exploring the use of chronic opioid therapy for chronic pain. Med Clin N Am 100 (2016) 81-102
3. SKP Matrifen en Oxynorm
4. Managing pain in older adults. Clin Geriatr Med 2016 32(4):725-735
5. Chronic pain, chronic opioid addiction : a complex nexus. J Med Toxicol 2016 12 :54-57
6. How good intentions contributed to bad outcomes : The opioid crisis. Mayo Clin Proc 2018 :93(3) :344-350

Apr. Dominique Jans

De pensioenovereenkomst voor zelfstandigen (POZ)

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

Wie bijvoorbeeld een apotheekvennootschap wenst op te richten omwille van de individuele pensioentoezegging (verder IPT) moet voortaan rekening houden met een nieuwe vorm van pensioenopbouw ZONDER (apotheek)vennootschap, de **pensioenovereenkomst voor zelfstandigen (verder POZ) genaamd**. Ondertussen werd de wet in het Belgisch Staatsblad gepubliceerd (BS 30 maart 2018). Tijd dus om een aantal zaken verder te bekijken.

Waarover gaat het?

Samengevat zullen zelfstandigen, meer bepaald natuurlijk personen, vanaf 30 juni 2018 een bijkomende mogelijkheid verwerven tot de fiscaal vriendelijke opbouw van een extra pensioen. Het zal dus niet langer enkel mogelijk zijn dit te realiseren via de zogenaamde IPT d.m.v. een vennootschap. Niettemin zijn er wel een aantal opmerkelijke verschillen.

We kennen reeds het VAPZ (vrij aanvullend pensioen voor zelfstandigen). Dat blijft behouden, hieraan verandert niets. M.a.w., zowel bedrijfsleiders, vrije beroepers als éénmanszaken (apothekers) kunnen vandaag reeds een VAPZ opbouwen. Dat blijft ook zo voor de toekomst. Het is trouwens zeker interessant dat te blijven doen. Ook aan de bestaande regels m.b.t. het pensioensparen en langetermijnsparen (levensverzekering) verandert er niets. Het VAPZ blijft – ook na de invoering van de POZ – fiscaal de interessantste vorm van pensioenopbouw.

Voor 2018 zijn voor het VAPZ de volgende bedragen van toepassing:

- Het maximaal bedrag voor 2018 bedraagt 8,17 % van het belastbaar beroepsinkomen met een absoluut maximum van 3187,04 EUR.
- Voor een sociaal VAPZ bedraagt het 9,40 % met een absoluut maximum van 3666,85 EUR.

Vandaag is (was) het wel zo dat enkel bedrijfsleiders bijkomend nog een aanvullend pensioen kunnen opbouwen en dit op een fiscaal interessante manier. Maar hiervoor is het oprichten van een (apotheek)vennootschap een noodzaak. Dat zal nu (enigszins) veranderen, dankzij de POZ ...

Voor wie van toepassing?

De POZ is mogelijk voor die zelfstandigen (natuurlijke personen) die een vrij beroep of éénmanszaak (apotheek) uitoefenen in hoofd- of bijberoep (die minstens drie jaar actief zijn en een voldoende minimaal bedrag aan sociale bijdragen betalen). De meewerkende echtgenote/wettelijk samenwonende en de zelfstandige helper,



die weliswaar minstens onder de minimum sociale zekerheidsbijdragen in hoofdberoep vallen, komen ook in aanmerking. Diegenen die (enkel) een mandaat als bedrijfsleider hebben in een (apotheek)vennootschap en hiervoor een bezoldiging onttrekken, komen dan weer niet in aanmerking.

M.a.w. zelfstandigen die eerst zonder vennootschap actief zijn geweest (de zogenaamde apotheek-eenmanszaken) en een POZ opstarten, kunnen later besluiten als ze als bedrijfsleider actief te worden in een apotheekvennootschap, om binnen deze context een IPT-verzekering op te starten.

Denken we maar aan een apotheker die eerst actief was als ondernemer (dus zonder vennootschap) en later de overstap maakt naar een apotheekvennootschap. In dat geval zal bij de berekening van de 80 % grens van de IPT, rekening moeten worden gehouden met het POZ-pensioenkapitaal indien ook de reeds gepresteerde carrière (backservicejaren) buiten de vennootschap meegeteld wordt (zie verder).

Een andere mogelijkheid bestaat erin dat een zelfstandige apotheker twee activiteiten uitoefent, één zonder vennootschap en een andere activiteit wel via een vennootschap. In het eerste geval ontvangt hij winsten of baten, in het tweede geval een bezoldiging als bedrijfsleider. In deze situatie kunnen POZ en IPT naast elkaar bestaan zolang ze beiden de 80 % grens respecteren (zie verder).

Fiscaal voordeel

De bijdragen voor het aanvullend POZ-pensioen genieten een belastingvermindering van 30 % (+ bijkomende gemeentebelastingen). Let wel dat ook hier (zoals bij de IPT) er in een maximum voorzien wordt. Ook hier komen enkel de bijdragen in aanmerking in die mate dat er voldaan wordt aan 'een' 80 % regel. Het begrip 80 % regel kennen we al langer inzake de IPT. Ook hier wordt nu bij de POZ een 80 % regel in het leven geroepen. Deze 80 % regel is weliswaar vergelijkbaar doch niet dezelfde als die van de IPT.

De nieuwe 80 % regel

De 80 % regel, zoals we die reeds lang kennen, zorgt ervoor dat de wettelijke en extra-wettelijke toekenningen, naar aanleiding van de pensionering, uitgedrukt in jaarlijkse renten (dat dan wordt omgezet naar een kapitaal d.m.v. een coëfficiënt, veelal 16,1004), niet meer bedragen dan 80 % van de laatste normale bruto jaarbezoldiging. Die toekenningen worden bovendien berekend volgens de normale duur van de beroepswerkzaamheid.

Concreet betekent dit het volgende

$$EWP \leq N \times (80 \% \times T - WP) / D - EWP(\text{andere})$$

Waarbij:

EWP = extra wettelijk pensioen

EWP (andere) = extra wettelijk pensioen dat elders reeds opgebouwd werd (bv. VAPZ).

Let wel, enkel het gedeelte dat gevormd wordt met betaalde premies tijdens de voorbije jaren die gevaloriseerd worden in de teller van de loopbaanbreuk. Concreet zijn dit de betaalde premies vanaf 2018. Dus niet het opgebouwde VAPZ van vóór 2018.

N = het aantal reeds gepresteerde en nog te presteren jaren

WP = het wettelijk rustpensioen

D = de normale duur van de beroepswerkzaamheid (40 jaar);

T = het referentie-inkomen zijnde het gemiddelde van het gecorrigeerd belastbaar beroepsinkomen als zelfstandige zonder vennootschap en dit over de afgelopen drie jaar.

Voor de POZ is de manier van berekening dus enigszins gelijkwaardig aan die van de IPT, maar er zijn echter wel enkele wezenlijke verschillen.

Wie een apotheek (éénmanszaak) of een vrij beroep uitoefent, kent immers geen bezoldiging. Vandaar dat de wetgever een ander begrip moest invoeren. Ook is er dan geen sprake van een 'constant inkomen'. Hiermee bedoelen we dat het inkomen jaar op jaar erg kan verschillen. Bij sommige vrije beroepen is dit echter vrij stabiel gezien de uitgeoefende discipline (bv. een specialist anesthesist), maar dit is echter niet altijd het geval. Denken we hierbij maar aan een apotheek, waar vaak uiteenlopende variabele kosten gemaakt worden.

Voor de POZ en de te hanteren 80 % regel wordt daarom de notie 'normale bruto jaarbezoldiging' (die we kennen van de IPT) vervangen door: **het gemiddelde van de winst, baten (en bezoldigingen van een meewerkende echtgenoot) van de drie vorige belastbare tijdperken**.

Kortom voor de POZ neemt men het gemiddelde van de inkomsten van de voorbije drie kalenderjaren. Let wel, een negatief resultaat dient mee te worden opgenomen, waardoor het gemiddelde van die drie jaren daalt. Dit geeft dus ook elk jaar een nieuwe berekening van de POZ (zie boven). Bij de IPT is dit geen of minder een probleem omdat de bruto jaarbezoldiging een jaarlijks gelijk bedrag kan uitmaken.

Wie nog geen drie jaar actief was, zal de 80 % regel moeten berekenen door het gemiddelde te nemen voor die periode waarin wel een dergelijke activiteit werd uitgeoefend. Bijvoorbeeld bij een zelfstandige apotheker die nog maar twee jaar beroepsmatig actief is, zal men het gemiddeld inkomen van de voorbije twee jaar in aanmerking moeten nemen. Een zelfstandige apotheker echter die in het jaar waarin hij als apotheker start, zal voor de hoogte van de premie een inschatting moeten maken van zijn/haar inkomsten voor dat belastbare tijdperk. Let wel het inkomen wordt niet fictief verhoogd (geen pro rata temporis op jaarbasis).

Wat de winst, baten (of bezoldigingen van een meewerkende echtgenoot) betreft, wordt er geen rekening gehouden met de winsten of baten van een vorige beroepswerkzaamheid.

De winsten, baten of bezoldigingen van een meewerkende echtgenoot worden in aanmerking genomen ná aftrek van de beroepskosten. Maar met uitzondering van de bijdragen voor het sociaal statuut en de bijdragen voor het VAPZ. Of zoals het ontwerp het verwoordt: *'Wat de bezoldigingen van werknemers en bedrijfsleiders betreft, wordt voor de toepassing van de 80 pct.-regel rekening gehouden met de bezoldiging vóór aftrek van de sociale bijdragen werknemer/zelfstandige ('bruto jaarbezoldiging'). Om tot een equivalent referentie-inkomen te komen voor zelfstandigen zonder ven-*

nootschap, stelt de regering voor om rekening te houden met de winst, baten en bezoldigingen van een meewerkende echtgenoot verminderd met de beroepskosten, met uitzondering echter van de bijdragen voor het sociaal statuut (beroepskosten als bedoeld in artikel 52, 7°, WIB 92) en de bijdragen voor het Vrij Aanvullend Pensioen voor Zelfstandigen (beroepskosten als bedoeld in artikel 52, 7°bis, WIB 92).'

Op deze manier wil men dus een equivalent referentie-inkomen creëren zoals dat bestaat voor werknemers en bedrijfsleiders nl. een bruto jaarbezoldiging.

Wanneer we de aangifte PB (personenbelasting) er even bijnemen, dan berekenen we dit (op basis van de codes) op de volgende wijze:

- Eenmanszaak (winsten - apotheken):
code (1/2)600 – code (1/2)606 + sociale bijdragen + VAPZ
- Vrij beroeper (baten – bv. artsen):
code (1/2)650 – code (1/2)1657

Met eventuele meerwaarden wordt er verder, zoals reeds vermeld, geen rekening gehouden. De bedoeling is immers om zoveel als mogelijk de bruto jaarbezoldiging die van toepassing is bij de IPT te benaderen.

Verder zal voor de berekening van de 80 % regel in beginsel rekening worden gehouden met de normale duur van de beroepswerkzaamheid (40 jaar).

De aangepaste 80 % regel in het kader van de nieuwe tweede pijler voor zelfstandigen, moet ook worden afgetoetst aan het totale bedrag van de wettelijke en extra wettelijke pensioenen, met uitzondering van de derde-pijlerpensioenen (bv. pensioensparen). Zo zal ook rekening moeten worden gehouden met het VAPZ dat door de zelfstandige werd opgebouwd vanaf het sluiten van de pensioenovereenkomst (zie hoger).

Voor de toepassing van de aangepaste 80 % regel, zullen voor de loopbaanbreuk in de teller de gepresteerde jaren als zelfstandige vanaf het sluiten van de pensioenovereenkomst en tot maximum tien effectief gepresteerde jaren van beroepswerkzaamheid voorafgaand aan het kwartaal waarin de pensioenovereenkomst werd gesloten in aanmerking worden genomen, naast het aantal nog te presteren jaren tot de in de pensioenovereenkomst vermelde pensioenleeftijd. Opgelet echter: wat betreft de jaren van beroepswerkzaamheid gepresteerd voorafgaand aan het kwartaal waarin de pensioenovereenkomst werd gesloten, kunnen de jaren gepresteerd vóór 2018 niet in rekening worden gebracht.

De *noemer* is gelijk aan de normale duur van de beroepswerkzaamheid, dus 40 jaar. De loopbaanbreuk kan echter nooit meer bedragen dan 1 (dus maximum 40/40).

Voorbeeld

Een gehuwde ondernemer-apotheker van 45 jaar oefent reeds meer dan tien jaar zijn beroep uit als natuurlijk persoon (apotheker zonder vennootschap). Hij zal actief blijven tot zijn 67 jaar. Hij start in 2018 met een POZ.

Zijn referentie-inkomen bedraagt 50 000 EUR. Hij heeft reeds een VAPZ opgebouwd ter waarde van 90 000 EUR.

Maximaal POZ-kapitaal dat kan worden opgebouwd:
 $((80 \% \times 50\ 000 - 14\ 650) \times (67-45)/40 - (90\ 000/16,1004)) \times 16,1004$

Eindkapitaal bedraagt : **134 470 EUR**

Er kunnen inhaalbijdragen (zogenaamde backservice) worden betaald voor maximaal tien jaren van beroepswerkzaamheid voorafgaand aan het sluiten van de pensioenovereenkomst. Ook hier geldt dat enkel de vanaf 1 januari 2018 gepresteerde jaren hiervoor in aanmerking komen.

In de 'loopbaanbreuk' valt hier dus een opmerkelijk verschil op tussen de POZ en de IPT omdat de jaren gepresteerd vóór 2018 niet in rekening worden gebracht. Bij de IPT kunnen bedrijfsleiders dat

wel! Zij kunnen de gepresteerde jaren in de vennootschap en maximaal tien jaar van een buiten de vennootschap (bv. als apotheker éénmanszaak), uitgeoefende beroepswerkzaamheid mee opnemen in de teller van de breuk.

In ons voorbeeld van hierboven, is bij de POZ de teller 22 jaar (nl. 67 – 45). Wanneer het een IPT zou zijn (en de apotheker richt nu een vennootschap op) dan bedraagt de teller: 10 (maximaal aantal jaren voor de voorheen uitgeoefende beroepsactiviteit als apotheker) + 22 = 32 jaar.

Wat dan zou resulteren in het volgende eindkapitaal:
 $((80\% \times 50\ 000 - 14\ 650)) \times ((67-45+10)/40) - (90\ 000/16,1004) \times 16,1004$

Eindkapitaal bedraagt: **236 515 EUR**

Een niet onaardig verschil van 102 045 EUR in het voordeel van de IPT (of in het nadeel van de POZ), afhankelijk hoe u het bekijkt. Tenslotte zal zoals bij de IPT, over de POZ-premies een premietaks verschuldigd zijn van 4,4 %. Deze taks is niet verschuldigd bij VAPZ-premies.

Belastbaarheid van de uitkering

De uitkeringen van de POZ zullen worden belast aan een tarief van 10 % (+ gemeentebelastingen) wanneer de uitkering gebeurt bij leven en dit vanaf de leeftijd waarop de zelfstandige voldoet aan de voorwaarden om zijn vervroegd rustpensioen op te nemen of naar aanleiding van zijn overlijden. Uitkeringen op een ander tijdstip (de vraag is wanneer dit mogelijk is, want een uitkering voor de pensioenleeftijd is immers niet toegelaten) zullen tegen een tarief van 33 % (+ gemeentebelastingen) belast worden.

Bijkomend zijn over de uitkeringen evenzeer de RIZIV-bijdrage (3,55 %) en de solidariteitsbijdrage (van 0 % tot 2 %) verschuldigd.

Vastgoedfinanciering en POZ

Bij de IPT en het VAPZ kennen we dit al langer. Maar ook een POZ zal kunnen worden aangewend om een voorschot op te nemen of in pand te geven tot het waarborgen van een hypothecair krediet met als doel een onroerend goed (gelegen in de Europese Economische Ruimte) te verwerven, te bouwen, te verbeteren, te herstellen of te verbouwen. Verder is ook hier de afzonderlijke taxatie niet van toepassing doch wel het belastingstelsel van de fictieve omzettingrente op de eerste schijf van 79 970 EUR (bedrag Aj. 2019) wanneer het gaat over de enige woning die uitsluitend bestemd is voor het persoonlijk gebruik van de zelfstandige (leningnemer) en zijn gezin.



Overzicht

Hierbij vindt u een overzicht van de verschillende fiscale pensioen-spaarvormen met o.m. de fiscale gevolgen.

	VAPZ (sociaal VAPZ)	Pensioensparen	Langetermijnsparen	POZ	IPT
Maximale premie	3167,04 (€ 3.646,85)	€ 940,00	€ 2.260,00	80% grens POZ	80% grens IPT
Fiscaal voordeel op stortingen					
Ingehouden premietaks op elke storting (leven/overlijden)					
(Eindbelasting)					
Voorbeeld	Leeftijd 35 jaar, tot 65; looptijd 30 jaar Jaarlijkse storting 200 EUR Jaarlijkse geschat rendement 2% Fiscaal voordeel VAPZ geschat aan 50% gemeentelijke opcentemen 2% abstracte van ins. stapkosten				
Fiscaliteit	(Sociaal) VAPZ	Pensioensparen	Langetermijnsparen	POZ	IPT
Bruto storting op jaarbasis	€ 100,00	€ 100,00	€ 100,00	€ 100,00	€ 100,00
Ingehouden premietaks	0%	0%	2%	4,40%	4,40%
Bruto storting na premietaks	€ 100,00	€ 100,00	98,04	95,79	95,79
Kapitaalwinst aan 2% over 30 jaar					
Geschat bruto eindkapitaal (indien van toepassing)	€ 4.137,94	€ 4.137,94	€ 4.056,81	€ 3.963,55	€ 3.963,55
5,55% ZN- & soldaatwet	€ 229,69	nvt	nvt	€ 219,98	€ 219,98
Fixe over-rente vanaf 65 (gedurende 10 jaar)		Anticipatief op 60	Anticipatief op 60	éénmalig op 65	éénmalig op 65
Berekeningsbasis	€ 156,33	€ 3.267,09	€ 3.203,03	3.743,57	3.743,57
Belast aan	42,80%	8,00%	10,60%	10,70%	10,70%
Per jaar	€ 66,91				
Geschatte belasting	€ 669,10	€ 261,37	€ 320,30	€ 400,56	€ 400,56
Geschat netto eindkapitaal	€ 3.239,19	€ 3.876,58	€ 3.735,50	3.343,01	3.343,01
Fiscaal voordeel per storting	53,50%	32,10%	32,10%	32,10%	29,58%
Netto storting op jaarbasis	€ 46,50	€ 67,90	€ 67,90	€ 67,90	€ 70,42
Geschat nettorendement	5,01%	3,94%	3,74%	3,11%	2,90%
Fiscale ranking	1	2	3	4	5

Bank J. Van Breda & C° nv

Besluit

De POZ (Pensioenovereenkomst voor Zelfstandigen) is een alternatieve, nieuwe vorm van pensioenopbouw die fiscaal een voordeel oplevert en dit voor wie zonder vennootschap een beroepsactiviteit als apotheker wil uitbouwen. Dat neemt niet weg dat de bestaande vormen van pensioenopbouw van belang zijn en dat ook blijven. Hierbij denken we aan (in het bijzonder) het VAPZ, pensioensparen en langetermijnsparen (levensverzekering). Weliswaar zijn telkens de kenmerkende maxima en limietbedragen van belang. De POZ komt er nu als een extra mogelijkheid bij.

Wel is de loopbaanbreuk bij de POZ een niet onbelangrijk verschil met de IPT. Bij de POZ kunnen immers de jaren van vóór 2018 niet in aanmerking genomen worden. Bedrijfsleiders daarentegen kunnen niet alleen hun gepresteerde jaren in de apothekervenootschap vóór het sluiten van de IPT mee opnemen in de 80 % grens maar zelfs tot maximaal tien jaren van een voorheen uitgeoefende beroepswerkzaamheid buiten de apothekervenootschap.

Vandaar dat we kunnen besluiten dat het POZ een extra fiscaal voordeel oplevert, maar niet als vervanging mag aanzien worden van de bestaande vormen van pensioenopbouw.

De toekomst zal natuurlijk het succes van de POZ uitwijzen.

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

**Bij Accountancy KAVA
weet men er meer over. Contacteer daarom**

Accountancy KAVA cbva
Consciencestraat 41, 2018 Antwerpen
Tel. 03/280 15 49
accountancy@kava.be - www.accountancy.kava.be



Stagedag te Febelco – 18/04/18

Het stagejaar zit er bijna op. Nog enkele laatste examens en dan verwachten we alle laatstejaars op de KAVA startersavond (4 juli 2018) om het academiejaar in schoonheid af te sluiten en hen welkom te heten als collega-apotheker. Maar vooraleer het zover is, was er nog die andere mooie traditie. De stagedag met alle beroepsverenigingen, onder de vlag van het Vlaams Apothekersnetwerk (maar met heel wat vertrouwde KAVA-gezichten) samen met Febelco.



Op woensdag 18 april konden de studenten in de voormiddag genieten van een gevarieerd aanbod praktijkgerichte sessies. Na een fijne lunch was er een 'speeddate' op de VAN-beurs met heel wat beursstandjes, in samenwerking met (onder andere) de farmaceutische industrie.

Geniet mee van enkele sfeerfoto's en gaag tot op de startersavond van KAVA!



AGENDA 2018

DATUM	ACTIVITEIT	WAAR?	INLICHTINGEN TEL.
14/05/18	IPSA: nierinsufficiëntie deel II - Prof. Dr. Van Biesen	U Antwerpen 20u15-22u15	02/219 00 39
15/05/18	IPSA: FTA diabetes 1 - Apr. Puttemans	KAVA 20u15-22u15	02/219 00 39
17/05/18	Webinar medicatieschema: Parkinson	Virtueel: 20u-20u30	03/280 15 01
22/05/18	Diabetes: multidisciplinaire aanpak loont!	KAVA 20u15-22u15	03/280 15 01
23/05/18	IPSA: nierinsufficiëntie deel I - Prof. Dr. Van Biesen	U Antwerpen 20u15-22u15	02/219 00 39
29/05/18	Escape game ROOKSTOP	KAVA 20u15-22u15	03/280 15 01
30/05/18	IPSA: Fazodem	KAVA 20u15-22u15	02/219 00 39
5/06/18	Webinar medicatieschema	Virtueel: 12u45-13u30	03/280 15 01
7/06/18	Webinar medicatieschema	Virtueel: 20u-20u30	03/280 15 01
11/06/19	GGG + e-learning diabetes	KAVA 20u15-22u15	03/280 15 01
19/06/19	GGG + e-learning diabetes	KAVA 20u15-22u15	03/280 15 01
22/06/18	KAVA ledenfeest	KAVA Congrescentrum 20u	03/280 15 01

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

PERSONALIA

Geboortes

LAUREN

Op 19 maart 2018, tweede kindje van collega en mevrouw Silas en Paulien RYDANT-Meert uit Dendermonde.

MARIE

Op 30 maart 2018, eerste kindje van de heer en collega Dirk en Silke Smet-VERSTRAETE uit Brecht; kleinkindje van collega Paul VERSTRAETE uit Berchem.

KAVA wenst de jonge ouders van harte proficiat!

Overlijdens

Op 16 maart 2018 overleed op de leeftijd van 95 jaar collega Rosa VERHEYEN uit Antwerpen, weduwe van de heer Flor Van Haver.

Op 18 maart 2018 overleed op de leeftijd van 90 jaar collega Roland THONE uit Deurne, echtgenoot van mevrouw Lena Lebeer; vader van collega Marc THONE uit Deurne.

Op 19 maart 2018 overleed op de leeftijd van 66 jaar collega Etienne BRAECKMAN uit Mariakerke, broer van collega Geneviève BRAECKMAN uit Gent.

KAVA betuigt de familieleden haar oprechte deelneming.



ANTWERPS FARMACEUTISCH TIJDSCHRIFT
NUMMER 4 - 2018

96^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
abonnements allerlei abonnn@kava.be
accountancy acc@kava.be
tarifieringsdienst tarifieringsdienst@kava.be
juridische aangelegenheden jurist@kava.be
personeelszaken personeel@kava.be
algemeen info@kava.be

Redactieraad
- Aprs. K. Delaetere, S. Gielen, L. Hooft,
D. Kenis, E. Maes en A. Robberechts.
- N. Carpriau en A. Meskens.

De wachtdienstregeling Antwerpen is te bekomen

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

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

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

In volgend AFT:

- *Dossier diergeneeskunde*
- *Klare labowaarden 'malaria'*
- *Medisch Farmaceutisch Overleg 'diabetes'*
- *KAVA Congrescentrum*

AFT 5 van 2018 verschijnt in 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 (€ 40,28/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 2018. 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.

PHARMANOLOGY

● 19 - 20 - 21 OKTOBER 2018 ●

SAVE THE DATE

De tweejaarlijkse vakbeurs
voor ELKE apotheker en assistent.



Meer dan 100
deelnemende
bedrijven



Meer dan
6300
bezoekers



Tientallen
boeiende
lezingen

www.PHARMANOLOGY.be



pharmadécor

APOTHEEKINRICHTING | AMENAGEMENT D' OFFICINES



Postweg 297 | 1602 Vlezenbeek
T 02 532 43 56 | Fax 02 532 15 46
www.pharmadecor.be | info@pharmadecor.be