



Tinnitus ten gevolge van lawaaiblootstelling

NUMMER 4
Juni 2019

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

FARMACEUTISCH TIJDSCHRIFT

Totaalinrichting
-
Van ontwerp
tot uitvoering
-
Eigen productie



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



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

6

DOSSIER
Tinnitus

11

VERENIGING
Time and lean

14

E-learning

16

FARMACEUTISCHE ZORG
Reizigerstrombose

18

Interacties

22

FISCAAL
Dividenden en vennootschap

28

COCKTAIL
Bruisend voorjaar

29

KAVA
Agenda & personalia

'It's the economy, stupid!'

Rik Tobback werd op de Algemene Vergadering van februari i.l. samen met zijn collega Leen Coppens verkozen tot kersvers KAVA-bestuurslid. Een van de eerste opdrachten die je als KAVA-bestuurder krijgt, is een voorstelling van jezelf via het AFT editoriaal. Rik is meer een man van het gesproken dan het geschreven woord, dus hielp het AFT een handje om die uitgesproken gedachten en ideeën neer te schrijven. Vandaar dit eerder atypische, maar daarom niet minder persoonlijke editoriaal!

Een vliegende start

Rik studeerde in 1985 af als apotheker aan de VUB en kon meteen aan de slag in de apotheek die hij al in januari van datzelfde jaar had overgenomen. Een apotheek overnemen nog voor je afgestudeerd bent ... Toegegeven, een uitzonderlijke omstandigheid die hij om begrijpelijke redenen niet meteen aan zijn toenmalige professoren vertelde. Het typeert zijn hands on aanpak en vooral ondernemerszin, de rode draad ook in zijn professionele carrière. In die 35 jaar bouwde hij samen met zijn echtgenote, ook apotheker, drie apotheken uit. Een zeer actieve rol achter de balie vervult hij tegenwoordig minder, Rik houdt zich nu vooral bezig met het zakelijke luik van de drie apotheken.

Laatbloeier

Eerste vaststelling: op relatief late leeftijd zet hij zijn eerste stappen in de beroepsvereniging en -verdediging. In die carrière als apotheker die hem zoveel gegeven heeft, wil hij nu ook het engagement aangaan om iets terug te doen voor het beroep. Het apotheeklandschap is de afgelopen 35 jaar zo sterk veranderd, dat hij vindt dat er nood is om zich in te zetten. Rik is ervan overtuigd dat de krachten meer moeten worden

gebundeld, niet alleen met apothekers onderling, maar ook met andere partners als de groothandel, de apotheeksoftwarebedrijven, Curalia, APB ...

De kiem van zijn engagement binnen KAVA werd dus pas recent gelegd. Naar aanleiding van het akkoord dat met Minister De Block werd afgesloten, heeft hij zich extra ingezet rond de goedkeuring van het meerjarencader. Zo werd dankzij KAVA een positieve bijdrage geleverd om het meerjarencader in goede banen te leiden dat finaal resulteerde in een gewaarborgde en geïndexeerde economische marge op het kabinet Peeters. Ook in het dossier van de medical devices – toen aangekondigd werd dat die voortaan via andere kanalen verdeeld zouden worden – vond Rik dat er proactiever moest worden gehandeld. Daarom ging hij met enkele collega's mee gesprekken aan met de koepelorganisatie Med Tech. Het is niet helemaal toevallig dat hij met twee 'economische' dossiers zijn eerste stappen in de beroepsvereniging zette. Het leerde hem dat je soms toch wel het verschil kan maken in onderhandelingen. Maar vooral ook het inzicht hoe belangrijk het is dat je een mandaat hebt om te onderhandelen. Om dit mandaat van de apothekers te krijgen, heeft hij zich kandidaat gesteld voor het bestuur van KAVA.

Advies ... onze maatschappelijke taak

Een cultuurpessimist kan je Rik bezwaarlijk noemen. Als je vraagt in welke mate het apotheeklandschap de voorbije 35 jaar wijzigde, is dat volgens hem geen eenduidig negatief of pessimistisch verhaal. Zijn analyse is meer die van de realistisch-pragmaticus. Anno 2019 kan je inderdaad stellen dat de dreiging komt van de grotere parafarmacie shops en de online apotheken, maar in het verleden voerde de zelfstandige apotheek een gelijkaardige strijd met de mutualiteitsapotheken.

Het verschil met de concurrentie kan je als apotheker zelf maken. Hoe iedereen dat dan inkleurt, staat de individuele apotheker vrij: zolang het maar in het wettelijke kader past. Rik is echter van mening dat het persoonlijk advies aan de patiënt de voornaamste schakel is voor het voortbestaan van ons beroep. Het is immers juist die adviesrol waarin de zelfstandige apotheker zich onderscheidt.

KAVA kan daarin een belangrijke rol spelen door te faciliteren en te helpen, maar het staat de individuele apotheker vrij om zelf de richting te bepalen. Die eigen identiteit en tendens van de apotheek moet ervoor zorgen dat niet elke apotheek in het-



zelfde keurslijf wordt geduwd. De patiënt gaat dan zelf kiezen in welke apotheek hij zich het beste voelt.

Die nadruk op de adviesrol is ook meteen het belangrijke speerpunt van Riks engagement in het KAVA bestuur. Dit is een maatschappelijke rol die de apotheker moet blijven voeren, maar waarvoor hij ook correct vergoed moet worden. Het inkomen dat je via de apotheek verwerft, staat steeds meer onder druk en volstaat tegenwoordig amper om als enig hoofdinkomen het gezin te onderhouden. Wil je als beroepsgroep ernstig worden genomen, moet die adviesrol ook gehonoreerd worden door de overheid. En juist daar knelt tegenwoordig het schoentje. De huisapotheker is immers geen extra inkomen voor de apotheker, maar enkel een verschuiving binnen de bestaande enveloppe van het beroep. Daarvoor wil Rik zich mee inzetten. Zo wil hij opnieuw vertrouwen en rust brengen bij de jongere collega's voor wie het steeds minder gemakkelijk wordt een apotheek over te nemen en die steeds minder geneigd zijn die sprong te wagen. De apotheker zal immers nog jaren zijn rol in de eerstelijnszorg vervullen.

Naar meer transparantie en participatie

De tweede klemtoon die hij wil leggen tijdens zijn mandaat als bestuurslid is aandacht voor KAVA als organisatie zelf: zowel wat het bedrijf als de beroepsvereniging betreft.

De leden zijn nog te weinig op de hoogte van wat KAVA doet of toch te weinig betrokken. Tekenend voor die analyse vond hij de opkomst bij de Algemene Vergadering. Een sleutelmoment voor elke organisatie, want daar worden de jaarcijfers toegelicht, de plannen voor het nieuwe werkjaar uitgezet en bestuurders verkozen. Hij betreurt die lage opkomst en wil er mee werk van maken om het tij te keren, o.a. door de transparantie te verhogen. Waarom geen bestuursverslagen online (en beveiligd) beschikbaar stellen voor de leden, waarom niet nadenken over elektronische vormen van stemming tijdens een A.V., waarom niet meer kleine ad hoc werkgroepen oprichten binnen het bestuur om concrete dossiers voor te bereiden ... ? Het zijn enkele ballonnetjes die hij oplaait en die vast nog wel op de bestuurs- tafel zullen verschijnen.

In de korte tijd dat hij actief is als bestuurder viel het Rik al op hoeveel afkortingen gebruikt worden – en bij de doorsnee apotheker onbekend zijn – binnen KAVA en APB (wow, vidis ...) en

hoeveel verschillende projecten er lopen. Misschien is het voor de verdere professionalisering wel wenselijker om in te zetten op enkele projecten en daarvoor volledig te gaan, eerder dan een te ruim aanbod. Een bestuur moet trouwens geen vriendenclub zijn, er moet ruimte zijn voor botsende meningen. Op voorwaarde dat ze nadien wel tot een finale en loyaal gedragen conclusie leiden.

Ook voor KAVA als bedrijf wil hij die lijn doortrekken. KAVA moet ten dienste staan van de apotheker en hem faciliteren in de uitoefening van zijn beroep. De apotheker moet in deze tijden meer zuurstof krijgen. Als apothekersvereniging zijn we een van de weinige belangenorganisaties met eigen diensten (tarifiering, opleiding, evenementen ...). Dat aanbod moet steeds kritisch worden bekeken, het argument 'we doen het al jaren zo' mag niet tellen.

Dit gaat hij proberen te bereiken met de belangrijke principes van 'good governance' voorop.

U merkt het: Riks interesse gaat voornamelijk naar de economische dossiers en de werking van de vereniging, vandaar de knipoog naar een bekend citaat van oud-president Clinton in de titel van dit artikel.

Apr. Rik Tobback – KAVA-bestuurslid sinds maart 2019

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

"save the date: KAVA zomerfeest op 22 juni"



Tinnitus ten gevolge van lawaai blootstelling

Tinnitus, ook wel oorsuizen genoemd, betreft het horen van een geluid in de afwezigheid van een externe geluidsbron^[1]. De prevalentie van tinnitus bedraagt 10 à 15 % in de volwassen populatie waarbij in een derde van de gevallen een significante belemmering in het dagelijkse leven wordt ervaren. Bijkomende problemen geassocieerd met tinnitus zijn slaapproblemen, angststoornissen, sociale afzondering, gehoorproblemen, concentratieproblemen en depressie waardoor de levenskwaliteit aanzienlijk kan verminderen^[2]. In Vlaanderen kampen naar schatting 750 000 mensen met tinnitus. Via extrapolatie van een Nederlandse studie^[3] naar de Vlaamse situatie wordt de algemene, jaarlijkse kost van tinnitus (dokterskosten, verminderde productiviteit op de werkvloer en depressie) geraamd op 5315 EUR per patiënt. Een van de meest voorkomende oorzaken van tinnitus is gehoorschade ten gevolge van lawaai blootstelling. Gezien huidige therapievormen de tinnituskachten wel mogelijks kunnen verminderen maar niet volledig wegnemen, blijft preventie van lawaai geïnduceerde gehoorschade van groot belang.



veel inspanningen geweest om gehoorschade te voorkomen bij werknemers. Wanneer een werknemer wordt blootgesteld aan meer dan 85 dB gedurende 8 u per dag, dienen er acties ondernomen te worden ter preventie of reductie van de blootstelling. Bij het overschrijden van 80 dB moeten de werknemers gehoorbescherming ter beschikking hebben. Wanneer 85 dB wordt overschreden moet de werkgever erop toezien dat de werknemers de individuele gehoorbescherming ook consequent gebruiken.

Beroepsmatige lawaai blootstelling

Lawaai blootstelling bij volwassenen is vaak ten gevolge van beroepsmatige blootstelling. Sectoren waar hoge lawaainiveaus worden opgemeten zijn onder andere bouwnijverheid, transport, overheid (defensie, politie), industrie, muziek, horeca, landbouw, kinderdagverblijven en de recreatiesector zoals overdekte zwembaden of sporthallen. Gehoordaling of doofheid ten gevolge van lawaai blootstelling op het werk is dan ook reeds lange tijd opgenomen in de lijst van beroepsziekten in België. Hoewel vroeger zeker onderschat, zijn er het laatste decennium

Recreatieve lawaai blootstelling

Lawaaischade ten gevolge van luide muziek blootstelling is een toenemend probleem in de huidige maatschappij waarbij voornamelijk adolescenten een risicopopulatie vormen. De soundscape of geluidsomgeving van de jongeren de dag van vandaag is gevuld met allerlei activiteiten of situaties waarin ze worden blootgesteld aan luide muziek. In de huidige samenleving is er praktisch altijd en overal de mogelijkheid tot het luisteren naar muziek. Naast het bezoeken van festivals, concerten, lokale fuiven, nachtclubs en danscafés, is het gebruik van draagbare

muziekspelers bij jongeren enorm populair. De Universiteit van Antwerpen en het Universitair Ziekenhuis Antwerpen deden onderzoek naar de prevalentie van lawaai geïnduceerde symptomen bij de Vlaamse jeugd aan de hand van een epidemiologisch onderzoek bij 4136 middelbare en universitaire studenten^[4, 5]. Aan de hand van een uitgebreide vragenlijst werd gepeild naar de prevalentie van gehoorsymptomen na recreatieve lawaai blootstelling met speciale aandacht voor het symptoom van tinnitus. Reeds 18 % van de bevroegde jongeren rapporteerde permanente tinnitus – aanwezig langer dan drie maanden – in één of beide oren, ontstaan na eenmalige of frequente recreatieve lawaai blootstelling. Tinnitus van tijdelijke aard kwam voor bij 75 % van de jongeren waarbij een significante stijging met leeftijd duidelijk was gecorreleerd met de stijging van sociale muziekactiviteiten met de leeftijd. De aanwezigheid van de tijdelijke tinnitus varieerde tussen twee uren en één dag. Bij 3,5 % persisteerde de tijdelijke tinnitus gewoonlijk langer dan een dag. Niettemin maakte de meerderheid (95 %) van de jongeren zich geen zorgen voor het ontwikkelen van permanente tinnitus op termijn. 39 % rapporteerde soms een tijdelijke vermindering van gehoor gewaar te worden, 11 % merkte dit zelfs altijd op na lawaai blootstelling. Ondanks het frequent voorkomen van gehoorsymptomen na lawaai blootstelling, was het gebruik van gehoorbescherming minimaal en beschermd slechts

4,7 % van de jongeren het gehoor tijdens luide evenementen. Tijdelijke tinnitus wordt door de Vlaamse jeugd verkeerdelijk niet als een alarmsignaal aanschouwd en het feit dat het telkens weer verdwijnt, lokt daarom geen beschermend gedrag uit.

Draagbare muziekspelers

Een ander fenomeen, zeer populair bij de jeugd, is het veelvuldig gebruik van draagbare muziekspelers. Die kunnen worden gebruikt met 'oortjes' of met een 'koptelefoon'. Er is geen goed of fout in het gebruik van het ene of het andere. Het enige dat 'fout' kan zijn is de instelling van het volume waarnaar men luistert. 60 % van de Vlaamse jongeren gebruikt dagelijks een draagbare muziekspeler gedurende 30 minuten tot een uur^[5]. In de helft van de gevallen wordt het volume voornamelijk ingesteld op het (bijna) luidste niveau wat op termijn een risico inhoudt voor het ontwikkelen van gehoorschade en/of tinnitus. Wanneer men het geluidsniveau telkens op 'matig' instelt, vormt het gebruik van draagbare muziekspelers geen probleem. Echter, wanneer is het niveau te luid? In het algemeen kan je stellen dat je best uit het hoogste kwart van de volumecapaciteit wegblijft. Luister je toch aan hoger niveau, dan doe je





dit best niet te lang. Er bestaan ondertussen heel wat apps die kunnen dienen als begrenzer en dus zullen aangeven wanneer je een 'veilig' niveau overschrijdt en die ook in staat zijn de muziek zelf stiller te zetten wanneer je toch een tijdje aan hoger niveau hebt geluisterd en dus je limiet van blootstelling hebt bereikt. Het gebruik van oortjes of koptelefoon heeft geen invloed op lawaaischade. Wel zal een goed afsluitende hoofdtelefoon ervoor zorgen dat omgevingsgeluid beter wordt afgeschermd waardoor je minder geneigd bent om het niveau luider te zetten. Omwille van deze reden wordt soms het gebruik van een koptelefoon geadviseerd boven oortjes.

Preventie in Vlaanderen

Met betrekking tot de preventie van recreatieve lawaaischade is sinds 2012 een nieuwe wetgeving van kracht in Vlaanderen. Die vormt een verregaande aanpassing aan het Koninklijk Besluit van 1977 dat lange tijd stand heeft gehouden als wettelijk kader voor geluidsniveaus in etablissementen van allerlei soorten. Gezien de steeds toenemende sociale activiteiten waarbij luide muziek wordt gespeeld in de huidige maatschappij, was een herziening van deze wetgeving onontbeerlijk. De nieuwe wetgeving is van toepassing op alle locaties waar versterkte muziek wordt gespeeld, inclusief openlucht festivals. Drie categorieën worden onderscheiden. In de hoogste categorie, en tevens de luidste, mag het maximale niveau niet hoger zijn dan 100 dB(A) $L_{Aeq,60}$ min (uitgemiddeld niveau over 60 minuten tijd). Tevens moet het niveau niet alleen continu gemeten worden maar ook verplicht geregistreerd alsook dient er gratis

gehoorbescherming ter beschikking gesteld te worden aan het publiek.

Naast een vernieuwde lawaaiwetgeving wordt regelmatig geïnvesteerd in sensibiliseringscampagnes ter bescherming van het gehoor en voorkomen van lawaaischade. Dergelijke initiatieven lijken een positieve invloed op het dragen van gehoorbescherming door jongeren te hebben maar het algemene gebruik blijft echter toch laag^[6]. Daarom werd in 2018 ook een advies door de Hoge Gezondheidsraad gepubliceerd betreffende de preventie van tinnitus en het belang van educatie van de jeugd omtrent de risico's van luide muziekblootstelling.

Gehoorscherming

Ondanks deze wetgeving blijft het dragen van geschikte gehoorbescherming zeker noodzakelijk. Er zijn verschillende soorten oordoppen op de markt. Het meest ideale type van gehoorbescherming is afhankelijk van de frequentie en de duur van lawaai blootstelling. Er bestaan universele oordoppen en otoplastieken. De universele oordoppen zijn bedoeld om voor iedereen te passen. Zo zijn er de vervormbare dopjes, die ook regelmatig gratis worden uitgedeeld op muziekevenementen. Deze dopjes moet je kneden vooraleer in de gehoorgang te stoppen. Een goede instructie tot het correct plaatsen van deze doppen is hierbij onontbeerlijk. Hierbij dien je de vervormbare dopjes zo klein mogelijk te draaien tussen je handpalmen en



dan in het oor te plaatsen waarbij je eerst de oorschelp bovenaan vastneemt en naar boven-achteren trekt. Zo open je de gehoorgang en kan je de platgerolde oordop beter inbrengen. Deze zal automatisch terug uitzetten in de gehoorgang waardoor deze, in theorie althans, op zijn plaats dient te blijven zitten. Hoewel universeel van karakter, blijven die dopjes echter toch niet altijd goed op hun plaats. Hetzelfde geldt voor de 'paraplu'-dopjes. Ook die zijn niet altijd gemakkelijk om in te brengen en kunnen soms de gehoorgang niet volledig afsluiten. Hierdoor kan bij de universele oordoppen een 'lek' ontstaan waardoor de feitelijke demping een stuk lager ligt dan de beloofde bescherming die de dop zou moeten bieden. Dit geeft dus een vals gevoel van veiligheid. Niettemin is deze bescherming alvast beter dan geen bescherming. Wanneer men op regelmatige basis in luide omgevingen vertoeft, is het geadviseerd om gehoorbescherming op maat (otoplastieken) te laten maken. Deze bescherming wordt gemaakt volgens de vorm van de gehoorgang waardoor die goed op zijn plaats blijft wat voor meer comfort zorgt. Die dop sluit de gehoorgang volledig af waardoor je de garantie hebt dat je de volledige demping krijgt die de oordop hoort te geven. Speciale muziekdoppen bevatten bovendien een 'vlakke filtering' waardoor alle frequenties evenveel gefilterd worden wat ervoor zorgt dat de muziek niet vervormt wordt, iets wat wel vaak het geval is bij de universele doppen. Doppen vervaardigd voor gebruik in industrie zullen dan de schadelijke hogere frequenties meer gaan dempen voor optimale bescherming. In de industrie kunnen tevens 'oorkappen' nog een extra bescherming bieden.

Kortom, gehoorbescherming op maat blijft de beste bescherming. Dat is een stuk duurder in aankoop (€100 – 150 per paar) in vergelijking met de universele gehoorbescherming maar, op voorwaarde dat je ze niet verliest, gaat heel wat jaren mee. Vanaf de late pubertijd vertoont de gehoorgang niet veel veranderingen meer waardoor gehoorbescherming op maat vanaf de leeftijd van 15-16 jaar kan gemaakt worden. Bij jongere kinderen gebruikt men best universele doppen van het vervormbare soort omdat die bij kleinere gehoorgangen ook nog gemakkelijker kunnen worden gebruikt. Bij baby's of kleuters gebruikt men best 'oorkappen' die over de oren geplaatst kunnen worden. Ook blijft een slimme omgang met lawaai onontbeerlijk. Hou kinderen – overigens volwassenen ook – weg van de nabijheid van de luidsprekers en blijf telkens op een veilige afstand.

Acuut lawaaitrauma

Binnenoorschade ten gevolge van lawaai is vaak onomkeerbaar tenzij in de acute fase. Wanneer er een acuut lawaaitrauma is opgetreden (ontploffing, luide knal, vuurwerk naast oor, ongeval tijdens soundcheck, arbeidsongeval etc.) kunnen haarcellen in het binnenoor tijdelijke beschadiging vertonen. Er bestaat zoiets als een 'dynamische fase', dit is de fase waarin de haarcellen ofwel (deels) recupereren en het gehoor aldus herstelt, of afsterven en de schade dus permanent aanwezig blijft. Om de recuperatieprocessen in het binnenoor te bevorderen kan een combinatietherapie met corticoïden en hyperbare zuurstof opgestart worden. Hierbij worden orale corticoïden opgestart (methylprednisolon 32 mg) in een afbouwschema (dag 1-3: 2x/dag; dag 4-6: 1x/dag; dag 7-10: 0,5/dag).

Deze behandeling kan reeds opgestart worden via de eerste lijnszorg van de huisarts. Wanneer gehoor en/of tinnitusklachten niet spoedig herstellen binnen de 24 uur, kan vervolgens (of gelijktijdig) hyperbare zuurstoftherapie opgestart worden. Het betreft een behandeling waarbij men in een ruimte met verhoogde omgevingsdruk van 2,5 ATA (vergelijkbaar met een duikdiepte van 15 meter) 100 % zuurstof krijgt toegediend via een masker. Hierdoor wordt er meer zuurstof ter hoogte van de haarcellen in het binnenoor opgenomen dat de processen leidend tot celdood ten gevolge van lawaai blootstelling, tracht tegen te gaan. Eerdere onderzoeken toonden aan dat de toevoeging van een hyperbare zuurstofbehandeling aan de corticoïdebehandeling meer bevorderlijk zou zijn voor gehoorrecuperatie dan corticoïden alleen^[7]. Evenwel is de recuperatie steeds afhankelijk van de omvang van de schade en is er nooit garantie op volledig herstel. Hoe sneller dergelijke therapie opgestart wordt, des te meer kans op recuperatie. Een acuut lawaaitrauma dient daarom als een medische urgentie

beschouwd te worden waarbij men zich best zo snel mogelijk aanmeldt bij een neus-keel-oorarts of de spoeddienst van een gespecialiseerd centrum.

Het UZA is het referentiecentrum wat betreft tinnitus met de expertise van caissonbehandeling, met focus op lawaaitrauma en plots gehoorverlies. Ook het militair hospitaal in Kleine-Brogel (niet voor particulieren) en het OLV Aalst (specialisatie duiktrauma eerder dan lawaaitrauma) hebben een caisson-tank. Website informatie caisson behandeling: <https://www.uza.be/over-hyperbare-zuurstoftherapie> e-mail: NKO@uza.be

Doorverwijzing

De diagnose van tinnitus kan zeer gemakkelijk gesteld worden. Men hoort het immers zelf duidelijk of niet. Bij chronisch oorzuizen (reeds > 3 maanden aanwezig) gaat men best in eerste lijn langs bij de huisarts. Die kan al onderliggende factoren nagaan: is er gehoorverlies? Is er een reden van gehoorverlies? Is men (recent) verkouden (geweest)? Is er recent een lawaai-blootstelling geweest? De huisarts fungeert telkens als de coördinator van de primaire gezondheidszorg en dient in het kader van tinnitus telkens in te schatten wat de impact is van de tinnitus op het welzijn van de patiënt. Indien er een permanente belemmering dreigt te bestaan dient de patiënt doorverwezen te worden naar een neus-keel-oorarts die de aanwezigheid en graad van gehoorverlies kan bepalen. De neus-keel-oorarts en/of gespecialiseerde tinnitus expertisecentra kunnen vervolgens uitgebreidere onderzoeken uitvoeren en gepaste therapie opstarten. Het correct informeren van de patiënt zijnde uitleg van de testresultaten alsook informatie omtrent de oorzaak van de tinnitus is onontbeerlijk. Wanneer permanente gehoorschade is vastgesteld, kan gewerkt worden aan de geassocieerde belemmeringen die vaak met de tinnitus ontstaan (aandachtsproblemen, slaapproblemen, mentale ondermijning, stress, angst ...) waarbij telkens een individueel 'tinnitus profiel' wordt opgesteld per patiënt dat de testresultaten alsook de persoonlijke geassocieerde problemen in kaart brengt. Specifieke ondersteuning onder de vorm van counseling wordt dan toegepast om patiënten te informeren. Tevens kan specifiek getraind worden de aandacht van de tinnitus weg te houden waardoor de belemmering kan dalen. Afhankelijk van het profiel van de patiënt kunnen al dan niet nog verdere therapieën toegepast worden. In geval van acuut lawaaitrauma, barotrauma en/of plotse gehoorsdaling is onmiddellijke doorverwijzing en directe opstart van corticoïden (al dan niet in combinatie met hyperbare zuur-

stoftherapie) van groot belang en dient de huisarts in eerste lijn een snelle doorverwijzing te regelen of meldt de patiënt zich zelf aan bij de spoeddienst.

TIPS

- 1) Blijf tijdens een concert, op een festival, of in de discotheek minstens op 10 meter afstand van de luidsprekers.
- 2) Gebruik zoveel mogelijk oordopjes tijdens luide muziek, bij voorkeur op maat gemaakt.
- 3) Gun je oren op tijd een pauze, ongeveer een kwartier per uur lawaai-blootstelling.
- 4) Nadat je een hele tijd hebt doorgebracht in een lawaai-erige omgeving, hebben je oren 'rust' nodig. Ga na een avondje uit dus niet nog eens met je hoofdtelefoon op luid niveau gaan luisteren.
- 5) Heb je een draagbare muzikspeler? Gebruik dan liever een hoofdtelefoon en zet je volume nooit op het hoogste kwart van de volumecapaciteit.

Referenties

1. Eggermont, J.J. and L.E. Roberts, The neuroscience of tinnitus. *Trends Neurosci.*, 2004. 27(11): p. 676-682.
2. Henry, J.A., K.C. Dennis, and M.A. Schechter, General review of tinnitus: prevalence, mechanisms, effects, and management. *J.Speech Lang Hear.Res.*, 2005. 48(5): p. 1204-1235.
3. Maes, I.H., et al., Tinnitus: a cost study. *Ear Hear*, 2013. 34(4): p. 508-14.
4. Gilles, A., et al., Prevalence of leisure noise-induced tinnitus and the attitude toward noise in university students. *Otol.Neurotol.*, 2012. 33(6): p. 899-906.
5. Gilles, A., et al., Epidemiology of Noise-Induced Tinnitus and the Attitudes and Beliefs towards Noise and Hearing Protection in Adolescents. *PLoS.One.*, 2013. 8(7): p. e70297.
6. Gilles, A. and P. Van de Heyning, Effectiveness of a preventive campaign for noise-induced hearing damage in adolescents. *Int.J.Pediatr.Otorhinolaryngol.*, 2014. 78(4): p. 604-609.
7. Rhee, T.M., et al., Addition of Hyperbaric Oxygen Therapy vs Medical Therapy Alone for Idiopathic Sudden Sensorineural Hearing Loss: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 2018.

Professor Annick Gilles, hoofd TINTRA tinnituskliniek, Universitair Ziekenhuis Antwerpen

Efficiënter werken in de apotheek met time- en leanmanagement

Dit voorjaar volgden apothekers op KLAV en later een tweede reeks te KAVA de opleiding rond time- en leanmanagement in de apotheek. In de eerste sessie dompelde Freek van Ham, directeur bij Kertez, onze apothekers onder in de 'lean'-filosofie. De tweede sessie werd gewijd aan timemanagement. De reeks werd afgesloten met een interactieve terugkomssessie. De opleiding leverde in elk geval héél wat boeiende discussies op en er werd een schat aan informatie uitgewisseld tussen de aanwezige apothekers.

Lean: een managementfilosofie die focust op waarde en verspilling

In leanmanagement probeert de werkgever de werknemers binnen een organisatie op een slimme manier in te zetten, om zoveel mogelijk waarde te creëren voor de klant. Dit moet leiden tot een efficiëntere organisatie met een constante kwaliteit en een hogere winstgevendheid.



De basis van de lean filosofie ligt bij Toyota. Volgens het idee van productiemanager Taiichi Ohno waren bedrijfsprocessen enkel nuttig wanneer de klant ervoor wil betalen of processtappen waarop een klant wil wachten. Alle overige activiteiten zijn verspillingen, en dus overbodig. Met dit denkbild legde hij de kiem voor het Toyota Production System. Het begrip 'lean' werd later geïntroduceerd door de Amerikanen James P. Womack en Daniel Jones van het Massachusetts Institute of Technology, die de Toyota productiewijze beschreven.

Maar Toyota is de apotheek natuurlijk niet, en een klant die een auto koopt is uiteraard niet hetzelfde als een patiënt in je apotheek. Toch is het heel eenvoudig om een aantal lean principes te vertalen naar de apotheeksituatie. Zo bestaan er enkele handige tools, waar de apothekers in de opleiding ook mee aan de slag gingen. Enkele apothekers volgden in hun apotheek een collega aan de toonbank gedurende 20 minuten, en tekenden de looplijnen uit op een plattegrond van de apotheek. Zo kan je eenvoudig gaan bekijken welke zaken eventueel een andere plaats moeten krijgen in de apotheek, en op die manier spaar je weer tijd uit.

Lean draait ook om visueel management, waarbij alles in de apotheek een vast plaatsje krijgt én ook behoudt. En het laatste stokpaardje van lean-management is de 'flow': een product of dienst werk je best in één keer af, zonder dat steeds te onderbreken. Misschien kan je morgen in de apotheek bijvoorbeeld eens proberen om een magistrale bereiding onmiddellijk te maken (tenminste als de patiënt liever even wacht in de apotheek, in plaats van daarvoor te moeten terugkomen)?

Time management: neen zeggen mag ook

Je begint je werkdag in de apotheek vaak met een hele to-do lijst, maar er fietsen de hele dag andere zaken doorheen en dan word je ook nog eens om de haverklap 'gestoord' door je collega's. Wist je dat onderbrekingen ervoor zorgen dat je 20 % meer tijd nodig hebt om taken af te ronden? Het loont dus om

neen te leren zeggen, realistische planningen te maken en je voor bepaalde taken op een plek te zetten waar je ongestoord kan werken. Maar onderschat ook het belang van werkafspraken niet!

Plannen begint ook met prioriteiten kennen en weten wat niet belangrijk is. We deelden de apotheektaken samen op in een schema (zie hiernaast) en kwamen gezamenlijk tot de conclusie dat we in de apotheek meer moeten leren delegeren en dat goede werkafspraken echt nuttig kunnen zijn.

Dan hoeft de assistente je niet de hele dag te storen en kan je zelf ook geconcentreerd verder werken. Het kan de moeite lonen om afspraken te maken over het afleveren van geneesmiddelen zonder voorschrift, of het maken van een protocol voor herhalende taken (bv. bestellen van geneesmiddelen in het buitenland). En misschien is er wel een vertegenwoordiger waar je, in plaats van die volgende afspraak opnieuw in te plannen, beter een keer neen tegen zegt; dat is dan meteen een goed voorbeeld van 'eliminieren'!

	Urgent	Niet urgent
Belangrijk	DOEN Belangrijk en urgent	PLANNEN Belangrijk maar niet urgent
Niet belangrijk	DELEGEREN Niet belangrijk maar wel urgent	ELIMINEREN Niet belangrijk en niet urgent



Getuigenissen

'Was ik na de eerste sessie misschien nog wat sceptisch (heel af en toe kreeg ik daar het gevoel dat we in een cursus Japanse filosofie zaten), dan werd ik bij de twee volgende momenten echt enthousiast over het materiaal dat we aangereikt hebben gekregen.', vertelde apotheker Jos Reyman uit Laakdal ons na de opleiding. *'Zoals ik de sessies nu beleefd heb, zou ik de opleiding zeker aanraden aan mijn collega's. Het organiseren van alle processen in de apotheek komt tijdens de opleiding of stage niet aan bod. En toch is het iets wat erg belangrijk is eenmaal je een apotheek mag runnen. Tijdens de sessies lean- en timemanagement werd er voldoende informatie en ook de nodige tips en tricks gegeven om enerzijds de eigen apotheek-situatie in vraag te stellen en een leidraad te bieden om bepaalde zaken te verbeteren. We hebben ook heel wat kansen gekregen om met de aanwezige apothekers onderling van gedachten te kunnen wisselen. Zo kregen we van elkaar de nodige tips om bepaalde zaken eventueel op een andere manier aan te pakken.'*



Olivier Libens, apotheker uit Maasmechelen, vond de opleiding vernieuwend en een zeer aangename afwisseling met de traditionele medische thema's die doorgaans op de infoavonden aan bod komen. Met de druk gevulde dagen van de apothekers vindt hij timemanagement echt geen overbodige luxe. *'Veel dingen uit de opleiding zijn toepasbaar in onze wereld. In ons dagelijks 'multitasken' binnen de apotheek kan efficiënter werken heel wat opleveren. Er is nog veel ruimte tot verbetering om elk proces binnen de apotheek efficiënter te laten verlopen. Wat ik vooral onthoud, is dat we misschien te veel vastgeroest zijn in onze gewoontes binnen de apotheek. Terwijl een heel andere benadering van het functioneren misschien alles vlotter kan laten verlopen. Ik zou bijvoorbeeld graag wat meer structuur willen rond de takenverdeling binnen het team. Verder wil ik graag een draaiboek maken, waarin alle mogelijke taken van a tot z uitgelegd worden. Op die manier kan elk lid elke taak op dezelfde manier naar behoren uitvoeren en hiervoor ook de nodige verantwoordelijkheid nemen. Ik zie het alvast zitten om de tips te gaan gebruiken. Uiteindelijk wil elke apotheker meer kunnen doen in minder tijd.'*



Apotheker Laura-Lynn Thoen uit Westerlo vond het leerrijk om onder collega-apothekers te kunnen discussiëren. *'Hierdoor kan je je blik verruimen en ook leren hoe het er in andere apotheken aan toe gaat. Er waren vaak dezelfde problemen die opdoken, zoals het optimaliseren van het afhaalstelsel, een systeem voor het bijbestellen van grondstoffen en de tijd vinden om een medicatieschema aan te maken en te controleren. In onze apotheek hebben we intussen al twee middagsessies gehouden om te discussiëren over time- en leanmanagement. Na een aantal aanpassingen hebben we onze apotheek wat meer 'lean' ingericht, en het is daadwerkelijk veel aangenamer werken door deze aanpassingen (we hebben bijvoorbeeld onze printer op een andere plaats gezet). Onze apotheek wordt momenteel vernieuwd. Bij het inrichten van de nieuwe apotheek zullen we zeker proberen rekening te houden met de 'lean'-filosofie: zo kort mogelijke loopafstanden (robot), zo weinig mogelijk dubbelwerk (koppelen van pc aan weegschalen), opstellen van protocollen voor de stagiairs en personeel ...'*



Melanie Peeters

E-learning: wat is nieuw?

Ontdekte je het e-learningplatform van Meduca al? Je kan het platform bereiken via de knop 'e-learning' op de KAVA-website of via elearning.meduca.be. Graag stellen we in het AFT op geregelde basis de nieuwe e-learnings voor die je op het platform kan terugvinden. Je logt altijd persoonlijk in, want aan de meeste opleidingen zijn ook accrediteringspunten gelinkt.

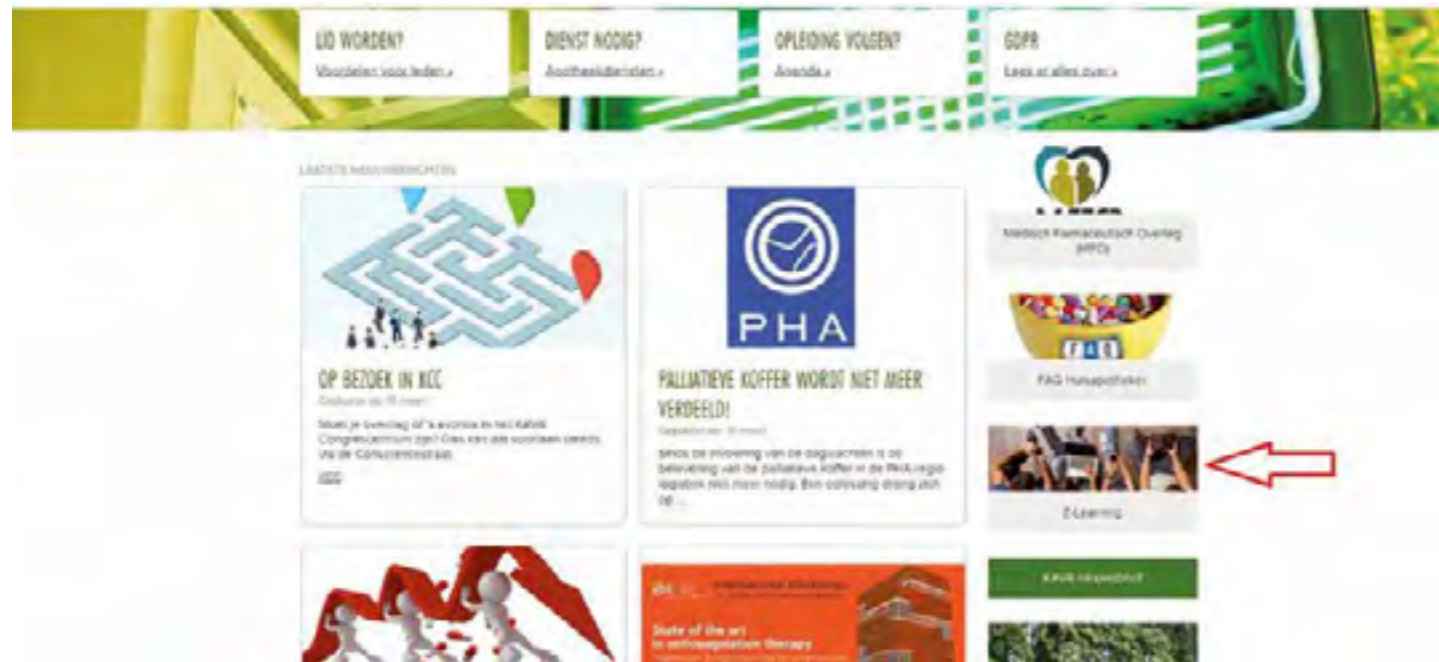
Wist-je-dat ...

- Er momenteel 19 e-learnings op het platform staan? Sommige zijn enkel toegankelijk voor wie een bepaalde KAVA-opleiding volgt of zich inschreef voor een bepaalde cursus.
- We reeds vijf e-learnings volledig zelf ontwikkelden die focus sen op praktijkgerichte farmaceutische zorg informatie op een interactieve manier?

- Uit evaluaties blijkt dat de vraag, interesse en tevredenheid van de e-learnings erg groot is? Heb je vragen over een e-learning? Contacteer ons dan via opleiding@kava.be.

Inloggen op het e-learning platform

- Ga naar www.kava.be en klik op de knop 'e-learning' in de rechter kolom.
- Ben je KAVA-lid? Klik dan op 'KAVA-gebruiker'.
- Was je al ingelogd op de KAVA-website? Dan worden je gegevens automatisch ingevuld. Was je nog niet ingelogd? Dan kan je hier je inloggegevens (dezelfde als voor de KAVA-website) invullen om aan te melden.



Geen KAVA-lid?

Ook dan kan je via het nemen van een jaarabonnement 'e-learning' toegang krijgen tot ons platform. Meer info over de voorwaarden via pieter.goossens@kava.be.

Wat kan je terugvinden op het platform?

Catalogus

De catalogus is de 'bibliotheek' van alle beschikbare e-learnings. Het kan gaan om e-learnings waar iedereen toegang toe heeft, of waartoe jij specifiek werd uitgenodigd omdat ze gekoppeld zijn aan een KAVA-opleiding die je volgde. Bij elke e-learning zie je een korte beschrijving staan en is er een vermelding van het aantal te verdienen accreditatiepunten. Je kan ook filteren op thema of duur.

Mijn cursussen

Hier vind je de cursussen waarmee jij bent gestart of die je hebt voltooid. Je ziet de voltooiingsdatum en eventueel de score die je behaalde bij de eindtest.

Mijn attesten

Is er accreditatie verbonden aan de e-learning? Dan vind je onder de knop 'mijn attesten' de documenten terug die je nadien kan opladen op Pharfolio of bijhouden in het kwaliteitshandboek.

Welke cursussen vind je nu al terug?

Al onze eigen ontwikkelde e-learnings leggen de focus op praktijkgericht leren. De bedoeling is dat je op een interactieve manier kan bijleren van thuis uit. Heb je feedback of heb je suggesties? Laat die ons dan zeker weten via opleiding@kava.be.

Eigen creaties

- Wetgeving medische hulpmiddelen, ontwikkeld in samenwerking met het FAGG.
- Diabetes: fris alle aspecten rond diabetes en de bijhorende behandeling op een praktijkgerichte manier terug op!
- Zelftesten in de apotheek: fris de begrippen en veel gebruikte termen zoals specificiteit, vals-positieve waarden e.d. terug op zodat je productinformatie goed kan interpreteren.
- Fazodem: algemeen kader rond dementie opgesteld in samenwerking met het Vlaams Apothekersnetwerk en het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen.
- Griep & Pneumokokken: opfrissing rond ziekte en vaccinatie(programma's) met correct advies in samenwerking met het Vlaams Apothekersnetwerk.

In de volgende AFT's lees je steeds welke e-learnings zijn toegevoegd en over welke topics je vanuit de apotheek of vanop je keukentafel je kennis kan opfrissen!

Apr. Joke Opsomer – Meduca



Reizigerstrombose

We hebben hem of haar allemaal wel al eens over de vloer gehad: de patiënt die een lange vliegtuigreis voor de boeg heeft en ergens iets gelezen heeft over bloedverdunners. Als apotheker kunnen wij hier zeker en vast onze patiënten in begeleiden en adviseren.

Bij langdurige immobilisatie (zoals bij lange reizen) stijgt het risico op trombo-embolische aandoeningen. Veneuze trombo-embolische aandoeningen komen frequent voor en omvatten twee verschillende aandoeningen, de diepe veneuze trombose (DVT) en longembolie (LE). De veneuze trombo-embolische aandoeningen kunnen spontaan ontstaan of uitgelokt worden en men onderscheidt hierin de majeure en mineure uitlokkende risicofactoren. Onder de majeure factoren verstaat men heelkunde, ziekenhuisopname, immobilisatie door gips of langdurige bedrust binnen de maand voor het optreden van de DVT of LE. De mineure uitlokkende factoren zijn onder andere oestrogeentherapie, zwangerschap en immobilisatie door een reis (een verplaatsing van meer dan 4 uur).

Het risico op een symptomatische DVT na een vlucht van 4 uur of langer is twee tot vier keer groter dan het risico bij de gewone bevolking. Dat risico kan nog stijgen wanneer reizigers op een korte periode meerdere vluchten nemen of wanneer de vlucht langer duurt. Het gevaar op een trombo-embolische aandoening is het grootst in de eerste twee weken na de reis en blijft verhoogd tot acht weken nadien. Bij 12 % van alle personen die een vlucht nemen van langer dan 8 uur is een asymptomatisch DVT waar te nemen. Over het algemeen verdwijnt dit soort DVT spontaan zonder ernstige gevolgen.

Risicopatiënten

Langdurige immobiliteit zoals bij langdurig reizen verhoogt het risico op DVT. Dat kan mogelijk mee in de hand gewerkt worden door een beperkte zitruimte en het licht afklemmen van bloedvaten door de zetelrand. Specifiek voor vlieguren kan ook het lage zuurstofgehalte een rol spelen, maar de recentste studies hebben deze hypothese niet kunnen ondersteunen. Men noemt dit soort van tromboses in de literatuur ook wel eens traveler's thrombosis of vrij vertaald reizigerstrombose.



Tromboses komen vaker voor bij patiënten met bepaalde risicofactoren. Het is nog niet helemaal duidelijk of er bij personen zonder deze risicofactoren ook een verhoogde incidentie van DVT aanwezig is. In onderstaande figuur worden de factoren weergegeven die een verhoogd risico inhouden op DVT (gebaseerd op de WHO richtlijnen).

Risicofactoren DVT

Een persoonlijke voorgeschiedenis van DVT of LE.
Een voorgeschiedenis van DVT of LE bij een eerstegraadsverwant.
Het gebruik van oestrogenen.
Zwangerschap en de eerste maand na de bevalling.
Recente chirurgische ingreep of trauma (vooral bij chirurgie van het abdomen of van de onderste ledematen).
Immobilisatie van de onderste ledematen (door verlamming, gipsverband ...).
Kanker.
Inname van tamoxifen (zeker in combinatie met cytostatica).
Aangeboren of verworven toename van de stolling.
Ernstige obesitas.
Recente langdurige immobilisatie.
Recente en frequente langeafstandsvluchten.
Ernstige chronische veneuze insufficiëntie.
Leeftijd boven de 40 jaar.
Ernstige dehydratie (door gastro-enteritis).
Congestief hartfalen.

Adviezen voor onze patiënten

Het is aangeraden aan personen met één van deze risicofactoren, maar zeker voor personen met meerdere risicofactoren om medisch advies in te winnen voor een lange reis. Met lange reis bedoelt men een verplaatsing van 3 tot 4 uur.

Niet-medicamenteus advies

Op dit moment zijn er nog geen wetenschappelijk onderbouwde preventieve maatregelen die meegedeeld kunnen worden aan het grote publiek, buiten voldoende beweging van de benen tijdens een lange vlucht. Dat komt door een gebrek aan goed opgezette studies. De WHO formuleert wel enkele niet-medicamenteuze adviezen die we kunnen adviseren aan onze patiënten. In onderstaande tabel staan de adviezen weergegeven.

Niet medicamenteus advies (WHO)

- Dragen van losse en comfortabele kleding.
- Een zitje aan het gangpad in plaats van aan het raam.
- De beenruimte onder de zetel van de passagier voor je blijft best leeg om been- en voetbewegingen mogelijk te maken.
- Regelmatig van houding veranderen.
- Meerdere malen per uur enkele oefeningen doen met de benen (sommige maatschappijen geven hiervoor instructies gedurende de vlucht).
- Regelmatig rechtstaan en rondwandelen indien mogelijk.

De oefeningen die wij kunnen adviseren staan hieronder weergegeven en zijn gebaseerd op de CDC richtlijnen (Centers of Disease Control and Prevention):

- Beweeg je hielen op en neer en hou tegelijkertijd je tenen op de grond.
- Beweeg je tenen op en neer en hou tegelijkertijd je hielen op de grond.
- Span je beenspieren op en laat terug ontspannen (doe dit een aantal keer na elkaar).

In sommige gevallen wordt er wel eens geopperd dat dehydratie ook een rol kan spelen in het ontstaan van DVT. Daarom wordt er aangeraden om voldoende niet-alcoholische dranken te gebruiken tijdens een lange reis. De lucht in een vliegtuig is erg droog maar vormt geen oorzaak voor het ontstaan van dehydratie. De rol tussen dehydratie en het ontstaan van DVT staat op dit moment niet vast, toch kan veel drinken wel een positief effect hebben aangezien de passagier dan regelmatig moet opstaan om naar het toilet te gaan.

Medicamenteus advies

Zowel de CDC als WHO ontraden momenteel het voorschrijven van aspirine ter preventie van reizigerstrombose. Er zijn studies die aantonen dat aspirine in de postoperatieve periode een risicoreductie van 30 % kan inhouden voor het ontstaan van DVT en wel tot 50 %

voor het ontstaan van LE. Ondanks deze studies is het opstarten van aspirine voor een lange vliegtuigreis nog erg controversieel omdat het preventieve effect waarschijnlijk veel lager ligt dan 30 %, bovendien zijn er ook niet te onderschatten neveneffecten (zoals potentiële maagbloedingen).

Personen met een matig tot sterk verhoogd risico kunnen buiten bovenstaand algemeen advies nog een aantal bijkomende voorzorgsmaatregelen nemen. Voor patiënten met een matig risico wordt er aangeraden om aangepaste steunkousen tot aan de knie te dragen gedurende reizen die langer duren dan 4 uur. Bij patiënten met een zeer hoog risico zal dit niet volstaan, er wordt in dat geval aangeraden om één preventieve dosis van een heparine met laagmoleculair gewicht (LMWH) in te spuiten voor vertrek. Dit LMWH moet ten laatste 2 tot 6 uur voor het vertrek toegediend worden.

Een aantal studies hebben een gunstig effect van de nieuwe orale anticoagulantia kunnen aantonen ter preventie van DVT. Men raadt dan ofwel een éénmalige inname van 10 mg rivaroxaban aan ofwel apixaban 5 mg in twee verschillende doses met een tussenpose van 12 uur. Als de reis langer dan 24 uur zou duren is een extra inname noodzakelijk. De perorale therapie is goedkoper voor de maatschappij, maar aangezien er geen terugbetaling voorzien is in België voor deze indicatie zal het voor de patiënt duurder zijn. De meesten verkiezen wel een perorale therapie boven een inspuiting als toedieningsvorm.

Als apotheker staan wij het best geplaatst om bovenstaande risicopatiënten te identificeren. Hierbij is het belangrijk om alle risicofactoren in het achterhoofd te houden. In het geval van een licht risico is het voldoende om niet-medicamenteus advies te geven. Indien er een matig tot ernstig risico aanwezig is, kan het nodig zijn de patiënt door te verwijzen naar de dokter om een therapie met LMWH op te starten. Al bovenstaande aanbevelingen zijn uiteraard ook van toepassing voor lange busreizen. Wijs de patiënt ook steeds op het belang van de behandeling gedurende de terugreis.

Fijne vlucht!

Apr. An Vanthienen

Bronnen:

- www.domusmedica.be
- https://www.itg.be/Files/docs/Reisgeneeskunde/NL_chap%2012%20-%20Vlieg%20%20Voorafb%20-%202016.pdf
- <https://www.phlebology.org/deep-vein-thrombosis-and-air-travel-risk-management-in-2015/>
- <https://wwwnc.cdc.gov/travel/page/dvt>

Overgenomen uit *Officinalia* d.d. september 2018, met dank aan KLAV.

Interacties – NSAID's en het risico op maagschade

2019 is een INTERACTIEF jaar. Samen met BAF, KLAV en KOVAG organiseert KAVA dit jaar vijf online sessies waar uitgebreid aandacht wordt besteed aan zes veel voorkomende interacties. De cursisten kunnen niet alleen het webinar volgen (en nadien de opgenomen versie herbeluisteren), maar beschikken ook over een poster om de theorie met collega's in de apotheek te overlopen, kunnen een beroep doen op een helpdesk en krijgen verdere achtergrondinfo. Deze artikelen bundelen we in deze AFT reeks over 'interacties'. In april volgden alweer heel wat apothekers de tweede sessie van de webinars rond interacties met NSAID's en het risico op maagschade. In dit artikel bekijken we een casus en werken we de afhandeling volledig uit volgens het afhandelschema dat het RIZIV in 2018 aanhaalde in de Consensusvergadering over het veilig gebruik van PPI's.

Voorschrift Feldene® + Eliquis®

Situatieschets

Ria (73 jaar) komt in de apotheek met een voorschrift voor Feldene Lyotabs® 20 mg, omdat ze sinds een val waarbij ze haar heup brak, ook last heeft van een gezwollen en pijnlijke knie. Ze probeerde de afgelopen weken de pijn te stillen met Dafalgan®, maar dat hielp onvoldoende. Je ziet in haar historiek dat ze, sinds haar val en de daaropvolgende heupoperatie ook Eliquis® (2x/dag 2,5 mg) neemt.

Wat?

- Feldene Lyotabs® bevat piroxicam, een niet-selectief NSAID.
- Eliquis®, apixaban, behoort tot de klasse van de directe orale anticoagulantia. Apixaban is een reversibele, krachtige, directe en selectieve remmer van stollingsfactor Xa, waardoor het geneesmiddel de vorming van trombine en stolsels remt. Na een heupvervangende operatie, (zoals bij Ria in de casus hierboven) wordt, ter preventie van diep veneuze trombose, een dosis apixaban van 2x/dag 2.5 mg aanbevolen, gedurende 32 tot 38 dagen.

Mechanisme van de interactie

NSAID's kunnen, door hun lokaal etsend effect, het gastro-intestinale slijmvlies beschadigen.

Daarnaast speelt er echter een veel belangrijker systemisch effect: de NSAID's inhiberen namelijk het enzym cyclo-oxygenase (COX), dat centraal staat in de prostaglandinesynthese.

- COX-1 wordt verantwoordelijk geacht voor de productie van prostaglandinen met een algemene 'huishoudfunctie', zoals autoregulatie van renale perfusie, gastroprotectie en bloedplaatjesaggregatie.
- COX-2 speelt een rol in de vorming van prostaglandines die zijn betrokken bij inflammatie.

De maagbeschermende werking van prostaglandinen komt op verschillende manieren tot stand.

- Verminderen van de maagzuurproductie.
- Verhogen van de slijmvlies- en bicarbonaatproductie in de maag.
- Verhogen van de bloedsomloop naar de maag.



NSAID's remmen, door inhibitie van COX-1 dit gastroprotectief effect en kunnen op die manier het maagslijmvlies beschadigen.

Het COX-1-enzym is daarnaast ook aanwezig in de bloedplaatjes en zorgt daar voor de vorming van tromboxaan A2 (TXA2). TXA2 is betrokken bij de activatie van de bloedplaatjes. Remming van de TXA-synthese leidt tot een verminderde aggregatie van de bloedplaatjes. Hierdoor zullen aanwezige gastro-intestinale slijmvliesbeschadigingen langzamer genezen.

De DOAC's verhogen het bloedingsrisico als gevolg van hun farmacologische werking. Gastro-intestinale bloedingen die worden veroorzaakt door een NSAID zullen bij gelijktijdig gebruik van een DOAC veel ernstiger verlopen.

Afhandeling van de interactie

Bij deze interactie is het eerst en vooral belangrijk om de noodzaak van het NSAID in vraag te stellen. Na overleg met de arts en als de mogelijkheid bestaat, kan men een andere pijnstiller (bv.

paracetamol of een opioïde bij ernstigere pijn) of eventueel een lokaal NSAID of een kinébehandeling als **alternatief** overwegen. Wanneer het NSAID zoals in bovenstaande casus behouden wordt, beveelt het RIZIV aan om een **maagbeschermer** toe te voegen, zelfs indien er geen bijkomende risicofactor is.

Bij het gebruik van NSAID's (ongeacht de dosis, toedieningsweg en duur van de therapie), is het belangrijk om het **risico** op gastro-intestinale complicaties in te schatten voor de patiënt. In de RIZIV-consensusvergadering rond het rationeel gebruik van PPI's (2018) werd aanbevolen om, voor het inschatten van het risico op maagschade, rekening te houden met volgende factoren:

NSAID +
1 van de volgende risicofactoren aanwezig:
voorgeschiedenis van peptisch ulcus
leeftijd > 70 jaar
gebruik van anti-aggregantia of anticoagulantia
systemisch gebruik van corticosteroiden
ernstige cardiovasculaire comorbiditeit



PPI in standaarddosering toevoegen voor duur inname NSAID

Er bestaat géén internationale consensus rond de risicofactoren. Zo nemen Nederlandse richtlijnen bijvoorbeeld ook het gebruik van een SSRI of SNRI en de dosering van het NSAID mee in de afweging om maagbescherming toe te voegen.

Inzoomen op de afhandeling van deze interactie

Welke maagbeschermer heeft de voorkeur?

Binnen de groep van maagbeschermers hebben PPI's de voorkeur voor de preventie van ulcera en gastro-intestinale complicaties die worden veroorzaakt NSAID's. Tussen de PPI's bestaan er nauwelijks verschillen in effectiviteit en bijwerkingen. De te gebruiken doseringen, voor de duur van inname van het NSAID, zijn de volgende:

PPI	dagelijkse dosis (mg)
omeprazol	20
esomeprazol	20
lansoprazol	30
pantoprazol	20
rabeprazol	GEEN INDICATIE!

H2-antihistaminica (ranitidine) verminderen het risico op endoscopische maag- en duodenumulcera, maar enkel in dubbele dosis: 2 x per dag 300 mg ranitidine. Deze dubbele dosering blijkt echter minder effectief dan pantoprazole in het voorkomen van ulcera. Een tweemaal daagse dosering is ook minder gebruiksvriendelijk in vergelijking met een PPI, wat ranitidine zeker geen eerste keuze maakt.

Misoprostol, een synthetisch prostaglandine-analoog, geeft een goede maagbescherming, maar is geen goed alternatief voor het gebruik van een PPI. Het effect van misoprostol is dosisafhankelijk, en onaangename bijwerkingen zoals diarree of buikpijn zijn frequent. Een dagdosis van 0,4 tot 0,8 mg misoprostol is nood-

zakelijk om voldoende maagbescherming te bekomen. Om deze dagdosis te bereiken, moet misoprostol meerdere malen per dag worden ingenomen. Dit komt de therapietrouw uiteraard niet ten goede.

Arthrotec® bevat een vaste combinatie van diclofenac (75 mg) en misoprostol (0,2 mg). Let op: bij deze combinatie krijgt de patiënt, bij een dagdosis van 150 mg diclofenac, minder dan de maximale gastroprotectie door misoprostol (bij tweemaal daagse inname komt men wel aan 0,4 mg misoprostol). De keuze voor Arthrotec® in plaats van Feldene® in combinatie met een PPI, zoals in de casus van hierboven, is dus verre van ideaal.

Voor andere maagbeschermers, zoals antacida, gastro-prokinetica ... bestaat geen enkele onderbouwing voor gebruik bij de preventie van gastro-intestinale complicaties door NSAID-gebruik.

Wat met de andere toedieningsvormen van NSAID's?

Het zou kunnen dat de arts uit de casus hierboven bewust koos voor toediening onder de vorm van lyotabs, met het idee om mogelijke maagcomplicaties te vermijden. Maatregelen zoals het gebruik van enteric coated-preparaten, inname van NSAID's bij



de maaltijd, toediening o.v.v. lyotabs, suppo's of zelfs parenterale toediening hebben echter geen zin, omdat de maagcomplicaties vooral te wijten zijn aan de systemische effecten van NSAID's en dus niet aan de lokaal caustische effecten.

Bieden COX2-selectieve NSAID's een oplossing?

Gastro-intestinale toxiciteit is voor geen enkel NSAID uit te sluiten. Vandaag de dag is men het er ook over eens dat het eventuele voordeel voor wat betreft het risico op gastro-intestinale complicaties van COX-2-selectieve NSAID's gering is t.o.v. de klassieke NSAID's. De RIZIV-richtlijn geeft aan dat selectieve COX-2-inhibitoren een alternatief bieden om het gastro-intestinaal risico te verminderen, maar enkel bij patiënten met een peptisch ulcus in de voorgeschiedenis én zonder cardiovasculair risicoprofiel. Ook dan wordt wél nog aanbevolen om deze te combineren met

een PPI om het gastro-intestinaal risico te verminderen. Maagbescherming is dus, net als bij de niet-selectieve NSAID's, ook bij COX-2-remmers geïndiceerd bij aanvullende risicofactoren. De attestvoorwaarden van de COX-2-selectieve NSAID's geven echter aan dat terugbetaling niet mogelijk is bij de combinatie met een PPI ... Een dure optie dus, als je het ons vraagt!

Een PPI toevoegen ... hoe doe je dat praktisch?

De richtlijnen volgen is één ding, maar theorie en praktijk liggen soms iets verder uit mekaar. Indien een PPI voor één van je patiënten nodig is volgens de richtlijnen, word je als apotheker natuurlijk ook met praktische besommingen geconfronteerd ... Contacteer je de arts om een PPI voor te schrijven, of kies je voor een OTC-geneesmiddel? En hoe zou je praktisch te werk kunnen gaan om een voorschrift van de (huis)arts te verkrijgen?

Wij geven er de voorkeur aan om steeds in overleg met de arts een keuze te maken. Je kan hem voorstellen om in de apotheek een OTC-product aan de patiënt af te leveren (bv. Pantogastrix®), maar dat is een duurdere optie. Na contact met de arts kan je ook een voorschrift voor een PPI voorstellen. Dat voorschrift kan eventueel onmiddellijk beschikbaar gesteld worden via de recipe-server.

Bronnen

- Commentaren medicatiebewaking. HealthBase 2018-2019
- www.bcfi.be
- www.farmacotherapeutischkompas.nl
- SKP Eliquis
- Focus op enkele vaak voorkomende interacties in de klinische praktijk: hoe het risico voor de patiënt inperken? Kwaliteitsbevorderend programma voor een MFO. Escapo.
- RIZIV-consensusvergadering 31 mei 2018: Het rationeel gebruik van de protonpompinhibitoren bij niet-ulceruze gastro-oesofageale pathologie.
- Veilig afleveren van DOAC: Een praktische gids. KAVA 2016 (3^e druk)

Meer info www.kava.be/interacties

AFT 2/19	complexvorming + serotonerg effect
AFT 4/19	maagbeschadiging
AFT 5/19	CYP-interacties
AFT 8/19	QT-verlenging
AFT 9/19	nierinsufficiëntie

DIVIDENDEN en de apotheekvennootschap

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.

Dat een dividenduitkering vandaag een interessante vorm is om gelden aan de apotheekvennootschap te onttrekken, is een feit. Bijkomend is er sinds aanslagjaar 2019 (= inkomstenjaar 2018, m.a.w. de aangifte waar menig belastingplichtige vandaag mee bezig is) een mogelijkheid om een vrijstelling van roerende voorheffing op het dividend te ontvangen. Kortom bruto is netto. Wel niet vergeten dat alvorens een apotheekvennootschap een dividend uitkeert, deze vennootschap wel eerst vennootschapsbelasting heeft moeten betalen. Maar vermits de vennootschapsbelasting gedaald is, blijft het een interessante vorm.

Tarief vennootschapsbelasting

		Vanaf aanslagjaar 2019 (boekjaren die starten vanaf 01/01/2018)	Vanaf aanslagjaar 2021 (boekjaren die starten vanaf 01/01/2020)
Tarief vennootschapsbelasting	33%	29%	25%
Verlaagd Tarief vennootschapsbelasting - Opklimmend tarief	€ 0 tot € 25.000: 24,23% € 25.000 tot € 90.000: 33% € 90.000 tot € 322.500: 34,50%		
- KMO's tot € 100.000 belastbare grondslag		20%	20%
Crisisbijdrage	3%	2%	Geen crisisbijdrage

Om van het kmo-tarief vennootschapsbelasting te genieten, moet aan een aantal voorwaarden voldaan zijn én (dus cumulatief) moet het een zogenaamde kmo zijn. Hierop gaan we verder niet in, maar voor het overgrote deel van apotheekvennootschappen is dit veelal geen probleem.

Wel is het zo dat er, zoals vermeld, bij dividenduitkeringen een gecumuleerde fiscale druk is (vennootschapsbelasting én roerende voorheffing). Wat misschien doet denken dat een dividenduitkering toch niet erg voordelig is. Maar dat is echter niet (altijd) het geval (zie verder). Vooral omdat ondertussen de zogenaamde 13 %-regel afgeschaft werd. Anders gezegd: voorheen was het zo dat wanneer de apotheekvennootschap een dividend uitkeert van meer dan 13 % van het gestort kapitaal deze apotheekvennootschap het zogenaamde verlaagd tarief verliest. Maar die beperking behoort ondertussen tot het fiscaal verleden en werd afgeschaft.

In onderstaande tabel vindt u een overzicht van de verschillen in EUR's (ervan uitgaande dat de winst 100 000 EUR bedraagt).

Hoe was het?		Hoe is het?		Hoe wordt het?	
Algemeen tarief (33,99 %)	Verlaagd tarief	Algemeen tarief (29,58 %)	KMO-tarief (20,40 %)	Algemeen tarief (25 %)	KMO-tarief (20 %)
= 33 990 EUR	= 30 554 EUR	= 29 580 EUR	= 20 400 EUR	= 25 000 EUR	= 20 000 EUR
VERSCHIL		= 4410 EUR	= 10 154 EUR	= 8990 EUR	= 10 554 EUR

Welk tarief roerende voorheffing is van toepassing op een dividenduitkering?

Het principe is dat op een dividenduitkering 30 % roerende voorheffing dient te worden ingehouden (zogenaamde bronheffing). Zoals reeds vermeld heeft het Zomerakkoord de beperking van een dividenduitkering om het kmo-tarief niet te verliezen, afgeschaft.

Wat is de totale kostprijs van een dividenduitkering, ook rekening houdende met het Zomerakkoord?



	2017	2017 KMO-TARIEF	2018/2019 GEEN KMO	2020 GEEN KMO	2018/ 2019 WEL KMO	2020 WEL KMO	2020 WEL KMO + LIQUIDATIERESERVE
Belastbare winst	100 000 EUR	100 000 EUR	100 000 EUR	100 000 EUR	100 000 EUR	100 000 EUR	100 000 EUR
- VenB	- 33 990 EUR	- 30 554 EUR	- 29 580 EUR	- 25 000 EUR	- 20 400 EUR	- 20 000 EUR	- 20 000 EUR
Winst na belasting	= 66 010 EUR	= 69 446 EUR	= 70 420 EUR	= 75 000 EUR	= 79 600 EUR	= 80 000 EUR	= 80 000 EUR
- RV							
15 %	9902 EUR	10 417 EUR	10 563 EUR	11 250 EUR	11 940 EUR	12 000 EUR	LIQ.RESERVE
30 %	19 803 EUR	20 834 EUR	21 126 EUR	22 500 EUR	23 880 EUR	24 000 EUR	7273 EUR
Netto dividend							
Na 15 % RV	56 108 EUR	59 029 EUR	59 857 EUR	63 750 EUR	67 660 EUR	68 000 EUR	RV 5 % (bij uitkeringen na 5 jaar)
Na 30 % RV	46 207 EUR	48 612 EUR	49 294 EUR	52 500 EUR	55 720 EUR	56 000 EUR	RV 3636 EUR Netto 69 091 EUR
FISCALE DRUK							
Na 15 % RV	43,89 %	40,97 %	40,14 %	36,25 %	32,34 %	32 %	30,91 %
Na 30 % RV	53,79 %	51,39 %	50,71 %	47,50 %	44,28 %	44 %	

Maar ondertussen kan een dividend vrijgesteld worden van elke vorm van roerende voorheffing of, anders gezegd, een deel van de belaste winst (aan 20,40 %) kan aan de vennootschap onttrokken worden zonder dat er nog bijkomend een taxatie van toepassing is. Dat was één van de maatregelen in het kader van de zogenaamde 'taxshift'.



Eerste (nieuwe) vermindering van roerende voorheffing

Concreet is er op basis van deze gewijzigde regelgeving een vrijstelling van roerende voorheffing voor een schijf van 640 EUR aan dividenden (voor aanslagjaar 2019).

Ondertussen werd dit bijkomend nog verhoogd tot 800 EUR (voor aanslagjaar 2020). Voor een gehuwd koppel kan dit ook een verdubbeling betekenen. Het huwelijksstelsel (voor gehuwden) zal hier ook zijn belang hebben. Denken we maar een gehuwd koppel (gemeenschappelijke aangifte/aanslag) onder het wettelijk stelsel en de aandelen behoren tot het gemeenschappelijk vermogen of het eigen vermogen van één van de partners. De helft ervan is voor de andere partner (zie Circulaire (AOIF 15/2005) dd. 14.04.2005). Voor gehuwden onder scheiding van goederen of wettelijk samenwonenden speelt deze regel niet en zal de vrijstelling enkel kunnen worden genoten voor wie het dividend heeft ontvangen. Hetzij maar één van de partners of ieder de helft indien in onverdeeldheid of als men beide aandeelhouder is.

Let wel: deze vrijstelling voor dividenden werd/wordt echter niet automatisch toegepast door de schuldenaar van het dividend (dit is de apotheekvennootschap) bij de inhouding van de roerende voorheffing. De dividenden blijven immers integraal onderworpen aan de roerende voorheffing. De belastingplichtige zal de vrijstelling zelf moeten vragen in zijn aangifte personenbelasting. Dit zal dienen te gebeuren door uitdrukkelijk de verrekening en eventueel de terugbetaling van de roerende voorheffing, die werd ingehouden op de eerste schijf van 640 EUR aan dividenden, in de aangifte te vragen.

Bijkomend moeten de nodige bewijsstukken ter beschikking worden gehouden van de Administratie (zie Koninklijk Besluit van 28 april 2019 tot wijziging van het KB/WIB 1992 met betrekking tot de aanvraag tot verrekening en de terugbetaling van de roerende voorheffing op de in artikel 21, eerste lid, 14°, van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992 bedoelde eerste schijf van dividenden, BS 9 mei 2019):

- de naam van de vennootschap die de dividenden heeft toegekend;
- het brutobedrag van de dividenden;
- voor de aan de PB onderworpen belastingplichtigen, desgevallend, het land van oorsprong van de dividenden en het bedrag van de buitenlandse belasting;

- het tarief van de RV, desgevallend, voor de belastingplichtigen onderworpen aan de BNI, rekening houdende met verminderingen op grond van een verdrag tot vermijden van dubbele belasting;
- het bedrag van de ingehouden RV, desgevallend opgesplitst per tarief;
- wat de inkomsten van Belgische oorsprong betreft, de datum waarop de dividenden door de vennootschap zijn betaald of toegekend;
- de datum waarop de dividenden door de belastingplichtige zijn geïnd.

Om de ingehouden roerende voorheffing te recupereren moet u dit vragen in de aangifte personenbelasting. Dit doen we door in Vak VII de code 1437-18 en/of de code 2437-85 van de aangifte de ingehouden roerende voorheffing van de vrijgestelde dividenden te vermelden. Dit betekent concreet dat voor de aangifte 2018 er maximaal 192 EUR (= 640 EUR x 30 %) kan ingevuld worden. De hoogte hangt dus af van o.a. het tarief roerende voorheffing, maar u mag de vrijstelling voor de dividenden met het hoogste tarief aan betaalde roerende voorheffing vermelden. Deze roerende voorheffing zal verder verrekend worden met de verschuldigde personenbelasting en desgevallend terugbetaald worden.

Tweede vermindering van roerende voorheffing (VVPR bis)

Zoals vermeld, bedraagt het tarief roerende voorheffing op een dividend in principe 30 %. Daarnaast bestaat er, onder strikte voorwaarden, een verlaagd tarief roerende voorheffing van 15 %.

Wat zijn zoal de belangrijkste voorwaarden om het gunstig tarief van de 15 % roerende voorheffing (of personenbelasting) te genieten (VVPRbis)?

- Het tarief van 15 % roerende voorheffing is enkel van toepassing voor de zogenaamde kmo's (éénmaal te toetsen nl. op moment van inbreng).
- De inbreng in kapitaal (hetzij n.a.v. de oprichting hetzij n.a.v. een kapitaalsverhoging) dient in geld te gebeuren en niet in natura (vanaf 1 juli 2013). Let wel: deze inbreng mag ook niet afkomstig zijn van de uitkering van belaste reserves die worden omgezet in kapitaal in het kader van de overgangsregeling wat de 10 % roerende voorheffing betreft (de incorporatie van reserves). M.a.w., in een verbod van cumul van deze twee stelsels werd door de wetgever voorzien.

- In ruil voor de inbreng moeten aandelen op naam (dus gedematerialiseerde aandelen bij de nv of comm.va komen niet in aanmerking) worden uitgegeven. Deze aandelen mogen op geen enkel wijze enig voordeel genieten. Dus het mogen geen preferente aandelen zijn.
- De inbreng moet ervoor zorgen dat er een minimumkapitaal wordt gevormd van 18 550,00 EUR (volstort). Maar gezien de wijziging van het vennootschapsrecht is er voortaan geen kapitaal(vereiste) meer van toepassing (bij de BV). Het minimumkapitaal van 18 550,00 EUR van de BV (toenmalige BVBA) zoals we dat al jaren kennen, werd dus afgeschaft.
- De aandelen moeten ook ononderbroken in volle eigendom worden aangehouden tijdens de periode van de inbreng enerzijds en het moment van de dividendtoekenning. Wel werd er door de wetgever in een aantal uitzonderingen voorzien zoals bij neutrale herstructureringen (fusies en splitsingen). Ook sommige familiale planningen zijn mogelijk. De overdracht, in rechte lijn of tussen echtgenoten, van de aandelen wordt evenmin geacht te hebben plaatsgehad voor de toepassing van de voorwaarde van volle eigendom wanneer die overdracht het gevolg is van een wettelijke erfopvolging of een erfopvolging op een wijze die gelijkaardig is aan de wettelijke erfopvolging of een ascendentenverdeling die geen afbreuk doet aan het vruchtgebruik van de langstlevende echtgenoot.
- Let wel dat om het verlaagd tarief van 15 % te kunnen genieten er in een wachtperiode werd voorzien. Het tarief is 15 % voor de dividenden die werden verleend of toegekend vanaf het derde boekjaar na dat van de inbreng. Het tarief wordt 20 % wanneer het dividend verleend of toegekend wordt in het tweede boekjaar na dat van de inbreng.

Voorbeeld

- De inbreng in geld gebeurde in het boekjaar 2017
- dividend over boekjaar 2017 (algemene vergadering 2018): 30 %
- dividend over boekjaar 2018 (algemene vergadering 2019): 30 %
- dividend over boekjaar 2019 (algemene vergadering 2020): 20 %
- dividend over boekjaar 2020 (algemene vergadering 2021): 15 %

Een vraag die in de praktijk vaak gesteld werd, is of het tarief van 15 % (VVPRbis) ook van toepassing is wanneer de dividenduitkering bestaat uit gereserveerde winsten van voorheen (in ons voorbeeld winsten van vóór het boekjaar 2019) of moet alsnog het tarief van 30 % en 20 % betaald worden.

Dankzij een antwoord van de Minister op een parlementaire vraag van de heer Van Biesen komt daar nu een duidelijk antwoord op. Het 15 %-tarief is niet enkel van toepassing op de



uitgekeerde winst van het derde boekjaar en volgende, maar evenzeer op de reserves/overgedragen winst van voorheen die in het derde boekjaar en/of volgende uitgekeerd worden.

Derde vermindering van roerende voorheffing (VVPR ter)

Er werd verder ook door de wetgever in specifieke antimisbruikbepalingen voorzien, die in de praktijk wel eens vergeten worden, maar waar we verder niet op ingaan.

Daarnaast bestaat ook de zogenaamde liquidatiereserve (VVPR terstelsel).

Kort samengevat betekent dit dat kmo-apotheekvennootschappen (dus ook hier is de kmo-definitie van belang, maar deze toetsing zal telkens moeten gebeuren bij de aanleg van de liquidatiereserve) hun belaste winst (of een gedeelte ervan) zullen kunnen reserveren door deze te 'parkeren' op een passiefrekening (zogenaamde 'liquidatiereserve' of VVPR ter).

Dat zal gebeuren aan een taxatie van 10 % (anticipatieve heffing (VenB)). Het toekomstig dividend, afkomstig uit deze reserves, zal na verloop van vijf jaar kunnen worden uitgekeerd aan een aanvullend verlaagd tarief roerende voorheffing van 5 %. Wacht u echter tot de liquidatie van deze apotheekvennootschap, dan zal er geen bijkomende heffing aangerekend worden. Kan u geen vijf jaar wachten (en het betreft geen liquidatie) dan is het tarief 20 % roerende voorheffing (liq. reserves aangelegd voor 1 januari 2017: 17 %) i.p.v. 5 %. Het betreft hier ook een zogenaamd FIFO-systeem, of m.a.w. de eerst aangelegde liquidatiereserve wordt geacht eerst uitgekeerd te worden, wat ongetwijfeld in het voordeel is van de aandeelhouder.

Dus VVPR bis is niet hetzelfde als VVPR ter ...

Er is immers een aanmerkelijk verschil tussen het VVPR ter stelsel en het VVPR bis stelsel.

Het toepassingsgebied van het VVPR bis is beperkter:

- cruciale datum 1 juli 2013;
- kmo-toets moet hier wel éénmaal gemaakt worden (bij het VVPR ter telkens bij de aanleg);
- beperkte overdrachtmogelijkheden van de aandelen;
- wachttermijn respecteren die echter wel korter is dan bij de liquidatiereserve;
- minimaal kapitaal is noodzakelijk (18 550 EUR) doch werd afgeschaft;
- (...)



Voor het VVPR ter stelsel zal de apotheekvennootschap een bepaalde opgave moeten toevoegen aan de aangifte VenB.

Besluit

Dividenduitkeringen 'zitten in de lift'. De combinatie van de verlaagde vennootschapsbelasting met de lage roerende voorheffing maakt dat een dividenduitkering vandaag een interessante vorm is om gelden aan de apotheekvennootschap (of andere kmo-vennootschap) te onttrekken. De voorwaarden moeten in de gaten gehouden worden, maar dat is in de praktijk veelal geen probleem.

Voor de aangifte van het boekjaar 2018 is de kers op de taart dat er bijkomend een vrijstelling is op een eerste schijf van dividenden van 640 EUR per belastingplichtige wat in totaal een bedrag van 384 EUR (voor een koppel) kan opleveren. Niet vergeten dus ...

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

Bij Accountancy KAVA
weet men er meer over. Contacteer daarom

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



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

Uw vennootschap als motor van uw privé-inkomsten.

Bank
J.VanBreda&C°

Enkel voor ondernemers en vrije beroepen

www.bankvanbreda.be

Bruisend voorjaar



Ook na de Paasvakantie viel er nog heel wat actie te beleven op KAVA: IPSA-lessen, Apinto's over 'farmaceutische zorg bij dementie', infosessies voor apothekers én voor apotheeke-assistenten (FTA'ers) over neus/keel/oor én het oog, een driedelige opleiding over 'time and lean management' ... Geniet mee van enkele sfeerfoto's!



AGENDA 2019

DATUM	ACTIVITEIT	WAAR?	INLICHTINGEN TEL.
22/06/2019	Apo'reau	KAVA 19u-?	03/280 15 01
02/07/2019	Stageavond: startersavond voor laatstejaarsstudenten 'aan de slag!'	KAVA 20u00-20u30	03/280 15 01

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

Laat je onderdompelen in zomerse sferen op zuidse klanken.

Deelneme all-in T=1
 20 €35 p.p.
 20 €30 p.p. voor < 9 jaar afgestudeerden

Zaterdag 22/06 vanaf 19u00

JAVA EN KAVA presenteren

apo'reau

Wil jij er ook bij zijn?
 Van harte welkom!
 Het aantal gasten is beperkt, tijdig inschrijven is de boodschap.
www.kava.be/aporeau2019

Waar?
 KAVA Congrescentrum
 Consciencestraat 41 - 2018 Antwerpen

PERSONALIA

Geboortes

VIKTOR
 Op 14 mei 2019, eerste kindje van de heer en collega Martijn en Anneleen Meekers-ROBBERECHTS uit Schilde.

JULIETTE
 Op 29 mei 2019, eerste kindje van de heer en collega Pieter en Joke Dylst-OPSOMER uit Mechelen, kleinkindje van collega en mevrouw Frank en Leen OPSOMER uit Poperinge.

KAVA wenst de jonge ouders van harte proficiat!



Overlijdens

Op 13 mei 2019 overleed op de leeftijd van 83 jaar collega Lucienne MISSANTE uit Lokeren, weduwe van de heer Lucien Bellens; moeder van collega Frank BELLENS uit Lokeren.

Op 15 mei 2019 overleed op de leeftijd van 88 jaar collega Suzanne GYSEN, echtgenote van collega Guy STEFENS uit Berchem.

Op 22 mei 2019 overleed op de leeftijd van 46 jaar de heer Hans Mestdagh, zoon van collega Jan MESTDAGH uit Rijmenam; broer van collega Frank MESTDAGH uit Sint-Idesbald.

Op 30 mei 2019 overleed op de leeftijd van 87 jaar de heer Hendrik Bourgeois, partner van Ria Longville en weduwnaar van Marie-Pierre De Porre; vader van collega Ann BOURGEOIS uit Borgerhout.

Op 1 juni overleed op de leeftijd van 84 jaar de heer Paul Desrumaux, weduwnaar van mevrouw Cecile Delporte, vader van collega Greet DESRUMAUX uit Mortsel.

KAVA betuigt de familieleden haar oprechte deelneming.



ANTWERPS FARMACEUTISCH TIJDSCHRIFT
NUMMER 4 - 2019

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

Hoofredacteur
Apr. Karen Delaetere

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

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

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

De wachtdienstregeling Antwerpen is te bekomen

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

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

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

In volgend AFT:

- *Dossier Immunotherapie*
- *Zorgstrategische planning*
- *Terzake*
- *Interacties: CYP-interacties*

AFT 5 van 2019 verschijnt in juli!

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

Abonnementsvoorwaarden

Leden van de Koninklijke Apothekersvereniging van Antwerpen ontvangen het tijdschrift uit hoofde van hun lidmaatschap. Abonnementen voor niet-leden (€ 41,34/jaar inclusief btw) worden stilzwijgend telkens voor een jaar verlengd indien niet vóór 1 december een schriftelijke opzegging is ontvangen. Abonnementen kunnen worden onderschreven door storting van het verschuldigd bedrag op rek. nr. BE18 6451 3333 9265 met vermelding van referentie abbon. AFT 2019. Losse nummers zijn verkrijgbaar aan € 5,50. Adreswijzigingen en dergelijke dienen uitsluitend te worden gericht aan de Administratie van het AFT, Lange Leemstraat 187, 2018 Antwerpen of via abonn@kava.be.

SOS BANCONTACT



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

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

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

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



BEL
03/280 15 19

WWW.KAVA.BE/SOSBANCONTACT

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

Ook voor de recurrente premie (PC 313)

Kies de beste optie voor u!

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

Rendement:

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

→ **100% fiscaal aftrekbaar**

Een win-win situatie voor werknemer en werkgever!

www.curalia.be

info@curalia.be | 02/735.80.55

Curalia, de specialist voor uw pensioen

