



Verslavingsproblematiek in de apotheek

NUMMER 6
September 2018

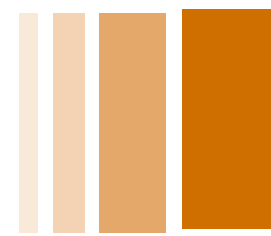
96^e jaargang
verschijnt maandelijks
behalve januari, juli en augustus

FARMACEUTISCH TIJDSCHRIFT



- 6** **DOSSIER**
Verslavingsproblematiek
- 15** **TERZAKE**
Rol van VAN
- 18** **VERENIGING**
Nieuwe JAVA voorzitter
- 21** **VOORSCHRIFT GESTRIPT**
Clomid®
- 24** **FARMACEUTISCHE ZORG**
Medicatieoverleg bij CNI
- 27**
MFO CNI in de praktijk
- 30**
Medication review
- 34** **FISCAAL**
Vlaamse registratiebelasting
- 39** **COCKTAIL**
Opening KCC
- 41** **KAVA**
Agenda en personalia

Soleil, soleil, soleil ...



Zo zou je de zomer van 2018 in één woord kunnen samenvatten. Ik gebruik even het Franse woord omdat we met de familie een heel leuke vakantie in het zuiden van Frankrijk hebben doorgebracht. Zon en warmte in overvloed zoals in de meeste delen van Europa. De keerzijde van de medaille: een uitzonderlijk lange droge periode, waterschaarste en watertekort. Dat zal ongetwijfeld een grote impact hebben op de land- en tuinbouw en dus ook op prijzen van groenten en fruit. De druivenranken hebben daar echter geen probleem mee. Volgens bepaalde wijnboeren wordt 2018 een uitzonderlijk goed wijnjaar. U hoeft uw beste flessen dus niet langer te bewaren maar kan plaats maken voor de nieuwe oogst.

Hebben uw geneesmiddelen in de apotheek de warmte overleefd? Mochten we het transport van onze geneesmiddelen en in het bijzonder het koeltransport van de betreffende producten hebben gemonitord, dan vrees ik dat de groothandel ook niet altijd zijn beste score zou behaald hebben. Het **geneesmiddelentekort** dat onze sector maar al te vaak overkomt, blijkt echter warmteongevoelig. Maar al te vaak worden we in de apotheek nog steeds geconfronteerd met ontbrekende producten.

‘Buitenlandse of rechtstreekse kanalen aanspreken om patiënten te kunnen verderhelpen met hun noodzakelijke medicatie is helaas al lang geen uitzondering meer.’

De zomerperiode is uitnodigend om het vaak wat kalmer aan te doen, wat meer te genieten, tijd te maken voor familie en vrienden. Het is de tijd van festivals, braderijen en BBQ's. Het is de tijd van terrasjes: een aperitiefje hier, een wijntje daar en voor de liefhebbers mosselen met friet. Het leven kan toch mooi zijn! Maar net op het moment wanneer je denkt dat de druk even van de ketel is, lanceert onze minister van Volksgezondheid Maggie de Block een wetsvoorstel voor de **vrije distributie van medical devices**.

Meteen krimpt je maag, je hartslag versnelt ... en je maakt onmiddellijk enkele bedenkingen. Waarom wil men ons dit weer ontfutselen? Waarom moet dit in volle zomerperiode aangekondigd worden? Dezelfde minister met wie we een meerjarenakkoord hebben gesloten, steekt ons toch wel een mes in de rug. De wetteksten heb ik nog niet gezien of gelezen maar ik kan vermoeden dat dit voor onze sector een zeer grote impact kan hebben. De grootdistributie zal de verkoop van medical devices via hun kanaal met open armen ontvangen.

'Hoe is dit onder de radar kunnen passeren zonder inspraak te krijgen?'

Hierover is zeker het laatste woord nog lang niet gezegd. Binnen onze beroepsvereniging KAVA volgt nog overleg met de basis over hoe we deze problematiek het best aanpakken. Het stemt meteen tot nadenken om meer kritisch om te gaan met de selectie van producten die we aanbieden in onze apotheek. Het 'kanaal van vertrouwen', de apotheek, moet volop inzetten op de keuze van 'geregistreerde' geneesmiddelen met alle bijhorende farmaceutische zorg.

De apotheker zal eens te meer heel zorgvuldig zijn randassortiment moeten kiezen en adviseren. We zullen ons nog maar eens moeten onderscheiden op gebied van kennis en als toegankelijk zorgpunt. Een goede therapeutische relatie onderhouden met je cliënteel of patiënten in de apotheek maar ook daarbuiten ervoor zorgen dat de mensen te allen tijde een beroep kunnen doen op hun apotheker.

Als ik zeg te allen tijde bedoel ik wel degelijk ook thuis, onderweg en ja, als het echt dringend is, ook 's nachts. Laten we niet vergeten dat het vervullen van **wachtdienst** ontegensprekelijk verbonden is aan het monopolie van de apotheek voor de exclusiviteit van de distributie van geneesmiddelen. Ik denk dat maar weinig collega's met plezier hun wachtdienst vervullen.

Ikzelf zeker ook niet. Sinds de affichering van de nachtwachten op de website van apotheek.be is er een duidelijk gevoel aanwezig dat de wachtdiensten tijdens de nacht heel wat drukker zijn geworden dan voorheen. Zeker in de stedelijke agglomeratie maken collega's melding van een hogere frequentie van nachtelijke bezoeken aan de wachtopotheek. Telefonische oproepen tijdens de nacht verstoren bij heel wat apothekers de nachtrust. De verplichting van de apotheker om deze oproepen te beantwoorden zou erin bestaan om de mensen enkel te informeren omtrent de 'beschikbaarheid' van de voorgeschreven medicatie.

'We nemen met het bestuur van KAVA deze reacties vanop het terrein heel ernstig.'

We proberen echter in samenwerking met de statistieken die op APB worden verzameld en ons ter beschikking worden gesteld, deze problematiek te objectiveren en in te schatten of het noodzakelijk is om het systeem bij te sturen of niet.

Dit najaar wordt trouwens de start gegeven van een vernieuwd systeem van wachtdiensten waarbij er DAGWACHTEN worden berekend. Dit nieuwe systeem ontwikkeld door Geowacht vzw zal u vanaf september meer gedetailleerd worden voorgesteld. Hopelijk kan dit nieuwe systeem bijdragen tot een verlichting van drukke wachtdiensten waarmee een aantal collega's geconfronteerd worden.

Een studieproject dat momenteel binnen KAVA wordt is de ontwikkeling van een **Pharmaceutical APP**. Een mobiele applicatie ontwikkelen waarbij de patiënt op eenvoudige wijze op zijn smartphone zijn geneesmiddelen kan beheren: voorschriften controleren, producten reserveren, zijn medicatieschema nakijken, de therapietrouw van zijn geneesmiddelengebruik monitoren, zijn zorgteam raadplegen en zoveel meer.

'Het moet een manier zijn om de relatie tussen huisapotheker en patiënt op afstand te onderhouden en te optimaliseren.'

Er wordt in de loop van de maand september een 'clickable version' van deze app door heel wat mogelijke partners en belanghebbenden getest. Dit is niet meer dan een prototype van een dashboard van functies die je op je smartphone kan aanklikken en waarbij een aantal functioniteiten worden getoond. De resultaten van deze testfase worden afgerond eind september waarbij grondig zal worden geëvalueerd of de idee min of meer aan de wensen van alle stakeholders voldoet. Mits het voorleggen van een degelijk businessplan en technische architectuur zal worden beslist of de ontwikkeling van een Pharmaceutical APP tot een werkbaar instrument wordt verdergezet. Dit traject wordt beschouwd als een aanvulling op Pharmacy Online en wordt voorlopig volledig onafhankelijk binnen KAVA ontwikkeld.

Après-soleil

Dit najaar heeft KAVA nog heel wat voor u in petto ...

Vanaf september wordt het KAVA Congres Centrum (KCC) echt in gebruik genomen. Na de inauguratie van het salencomplex in juni wordt alles in gereedheid gebracht voor een **opfriscursus farmacologie**. Kennis opfrissen die we meteen in de dagelijkse praktijk kunnen toepassen, daar kan je geen neen op zeggen.

Verder zal er op KAVA sterk worden ingezet op **medication review**. Het optimaliseren van het geneesmiddelengebruik, rekening houdend met de actuele gezondheidstoestand van de patiënt en in overleg met het zorgteam rond de patiënt, in het bijzonder de huisarts.

KAVA overweegt dan ook heel ernstig een doctoraatstudie medication review te financieren in samenwerking met de universiteit van Antwerpen.'

Vergeten we dit najaar ook niet Pharmanology. De farmabeurs heeft het commerciële vaarwater verlaten en kiest volop voor een forum van kennis en informatie.

Het najaar biedt weer heel wat mogelijkheden en uitdagingen om het beroep van apotheker tot een hoger niveau te tillen. Laten we dit najaar samen aan de slag gaan met de opgeslagen zonne-energie van de mooie zomer van 2018

Apr. Paul Meyten – hulpsecretaris KAVA



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

Verślavingsproblematiek in de apotheek

Met verślavingsproblematiek hebben we dagelijks te maken in de apotheek. We komen in aanraking met patiënten die afhankelijk zijn van benzodiazepines of andere geneesmiddelen, maar ook alcohol- en drugverslaafden komen aan de balie. In dit dossier hebben we het uitgebreid over heroïne- en alcoholverslaving.

Omdat over de verschillende drugsoorten een boek geschreven kan worden, verwijzen we u graag door naar een zeer interessante website met een mooi overzicht van de verschillende drugs met hun effecten, risico's ... Scan de QR code hiernaast in of ga naar <https://www.desleutel.be/verslaving/informatieoverdrugs/productenmatrix/productmatrix/list/lis>.



Meer dan semantiek ...

Misbruik is een patroon van onaangepast gebruik, gedurende minstens twaalf maanden, leidend naar significante beperkingen/lijden op gebied van werk of opleiding, gezinssituatie, sociale relaties, normoverschrijdend gedrag. Het gaat dus over de schadelijke gevolgen van herhaald gebruik.

Wanneer hier ook tolerantie- en onthoudingsverschijnselen aanwezig zijn, spreekt men over **afhankelijkheid**. De aanwezigheid van fysiologische symptomen verschilt echter van product tot product en een strikte hantering van deze criteria kan ertoe leiden dat de diagnose van afhankelijkheid in sommige cases niet gesteld zou worden, wat kan leiden tot een onderschatting van een ernstige situatie waarbij alle andere criteria wel aanwezig zijn. Daarom spreekt men nu ook over **verslavingsgedrag**.

Verslaving wordt bij volwassenen gedefinieerd als een persistente, compulsieve drang naar het gebruiken van een psychoactief middel en de onmogelijkheid om deze drang onder controle te houden ondanks negatieve consequenties.

Craving is de zucht, de psychologische drang, het verlangen om het middel te gebruiken. Voor sommige drugs, bijvoorbeeld cannabis, is craving de belangrijkste factor. Voor andere drugs



is het vermijden van **lichamelijke ontwenningsymptomen** – ziek worden – doorslaggevend. Denk hier aan heroïne.

Opioïde-verslaving

Heroïne

Heroïne is een semisynthetisch derivaat van morfine. Na intraveneuze toediening treedt het effect in minder dan een minuut op. Intraveneuze toediening kalmeert de geestelijke spanningen en geeft een gevoel van genot, intense euforie (flash) die enkele minuten duurt en gevolgd wordt door een fase van stupor (apathie, sedatie). Zodra iemand van de drug afhankelijk is geworden, wordt de heroïneverslaafde heen en weer geslingerd tussen korte perioden van euforie, fasen van apathie en fasen waarin hij de drug ontbeert. De effecten van heroïne duren drie tot vijf uur. Om ontwenningsverschijnselen te voorkomen, zijn dus meerdere toedieningen per dag nodig (meestal drie).

Het genot dat in de beginperiode ervaren wordt, verdwijnt snel en de consumptie is er vooral op gericht om de ontwenningsverschijnselen te voorkomen. Het effect op de vitale functies zoals de ademhaling of de bloeddruk verschijnt langzamer, dit verklaart waarom bij hogere consumpties een overdosis met een fatale afloop kan voorkomen.

Mogelijke complicaties

1. Infectieuze complicaties

- Besmetting door besmette naalden (hiv, hepatitis B en C)
- Absces op injectieplaats
- Systemische reacties (endocarditis, long-, hersenvlies-, osteo-articulaire- of tandinfecties)
- Vergering door desocialisatie, marginalisering, immunosuppressie en ondervoeding!

2. Complicaties veroorzaakt door de versnijdingsstoffen

- Inerte stoffen kunnen granulomen of embolieën veroorzaken
- Associatie heroïne met actieve, toxische stoffen
- Percentage heroïne in één dosis varieert → accidentele overdosis

3. Somatische complicaties (darmproblemen en constipatie, schade aan hart- en bloedvaten, schade aan het ademhalingsstelsel, abscessen) hangen samen met de

- toedieningswijze
- associatie met andere producten
- gewenning
- marginalisering van de gebruiker

4. Psychiatrische complicaties

- Depressie
- Angstgevoelens
- Benauwdheid
- Psychotische stoornissen



WIST JE DAT? Heroïne ook gesnoven of gerookt wordt. Vaak door personen die opiaten alleen bij bepaalde gelegenheden en/of zeer gericht gebruiken. Het intermitterend gebruik van heroïne, of het gebruik via inhaleren van damp in plaats van injecteren, leidt minder snel tot afhankelijkheid.

Naast heroïne zijn er andere opiaten die kunnen leiden tot afhankelijkheid en misbruik zoals opium (roken) of opioïde geneesmiddelen die buiten hun medische context gebruikt worden (morfine, codeïne, pethidine, pentazocine, tilidine, tramadol, fentanyl ...).

Oneigenlijk gebruik van fentanylpleisters

Fentanyl is een zeer sterk opioïde, vele malen sterker dan morfine en heroïne. Wanneer deze patches op een andere manier geconsumeerd worden (bv. oraal (kauwen), sublinguaal (smelten) of roken), wordt de gehele dosis in één keer vrijgesteld in het lichaam. Dat kan leiden tot een overdosering, met de dood tot gevolg. Druggebruikers zien in de pleisters een vervanger van heroïne wanneer ze niet meer of moeilijk aan heroïne geraken of de aangeboden heroïne niet meer vertrouwen. Via het illegale circuit raken ze aan fentanylpleisters uit het buitenland, ze vragen een nietsvermoedende arts om ze voor te schrijven of vervalsen zelf voorschriften.

Het onthoudingsyndroom van heroïne is intens maar voorbijgaand (vijf tot tien dagen) en start zes tot twaalf uur na het laatste gebruik. Volgende symptomen treden op:

- Tranende ogen
- Kippenvet (Cold Turkey Syndrome)
- Neusloop
- Diarree
- Spierpijn
- Slapeloosheid
- Geeuwen
- Angstgevoel
- Pupilverwijding
- Benauwdheid
- Koorts
- Prikkelbaarheid
- Hyperventilatie
- Agressiviteit
- Rillingen

Substitutiebehandeling

Het behandelingsdoel is voor bepaalde opiaatverslaafde patiënten verschoven van een totale onthouding (ontwenning) van de drug naar een 'onderhoudsbehandeling' met een vervangmiddel.

De substitutiebehandeling met opiaten is gebaseerd op de kruistolerantie tussen opiaten. Heroïne, een opioïde met een korte werkingsduur, wordt vervangen door een opioïde met een lange werkingsduur, dat oraal (methadon) of sublinguaal (buprenorfine) wordt toegediend.

Dat heeft als voordelen:

- Concentratiepieken en flashes vermijden.
- Eén dosis per dag.
- Vermindering van de risico's die gepaard gaan met intraveneuze injecties.

Methadon

Methadon is een synthetisch derivaat van morfine, een langwerkende opiaatreceptoragonist. Het gaat het gemis en de onbedwingbare behoefte aan opiaten tegen. Bovendien vermindert de bezetting van de opiaatreceptoren door methadon het effect van heroïne bij consumptie door de patiënt of maakt het volledig ongedaan. De patiënt in substitutiebehandeling met methadon ondervindt dus niet langer het euforische effect van heroïne, heeft ook geen of zeer weinig fysieke ontwenningsverschijnselen en heeft dus ook minder zin om heroïne te gebruiken. Een continue en langdurige toediening van methadon (15-20 jaar) heeft geen ernstige nefaste invloed op het lichaam. Oraal toegediende methadon wordt goed en zeer snel geresorbeerd. De maximale werking treedt op twee tot vier uur na toediening.

Dosering van methadon

Methadon is opgenomen in de lijst van giftige en verdovende middelen zonder maximale dosis.

Aanvangsdosis: 30 à 40 mg/dag

Max. 20 mg/dag; bij zwakke of onbekende tolerantie, in combinatie met alcohol of benzodiazepines.

Stabiliseringsdosis: 60 à 100 mg /dag

De plasmawaarden variëren zeer sterk van individu tot individu en verklaren hogere dosissen tot zelfs extreme dosissen van 180 mg of meer per dag.



TIP

Patiënten vragen soms **gefractioneerde dosissen** in een poging om de volledige dosis niet in de aanwezigheid van de apotheker in te moeten nemen en zo een voorraad aan te kunnen leggen. Zo kunnen ze proberen de minimale dosis te vinden waarbij geen ontwenningsverschijnselen optreden, maar het verlangen naar heroïne toch intact blijft wat de verslaafde toelaat om het dagelijks gebruik van heroïne te verminderen en de kosten van het heroïnegebruik te drukken.

→ Dankzij de lange halfwaardetijd is een gefractioneerde dagdosis maar in zeer uitzonderlijke gevallen geoorloofd.

Verloop substitutietherapie

- Eerste methadondosis 10 à 24 uur na het laatste heroïnegebruik.
- Individuele aanvangsdosis, in functie van ontwenningsverschijnselen (beven, zweten, diarree ...) of symptomen van overdosering (slaperigheid, bradycardie, miose (vernauwing van de pupil), hypotensie, ademhalingsdepressie, coma).

- Tijdens de eerste week moet de patiënt elke dag zijn arts zien.
- Dag twee en drie: hoog risico op overdosis en ademhalingsdepressie, extra risico bij gelijktijdig gebruik van alcohol, benzodiazepines of geneesmiddelen (beïnvloeden metabolisme van methadon).
- De dosis geleidelijk verhogen met 5 à 10 mg/dag, maximum van 20 à 30 mg in de eerste week, met 10 à 20 mg de volgende week.
- Te lage dosis geeft ontwenningsverschijnselen, kan aanzetten tot medical shopping of bijgebruik van illegale opiaten, alcohol en benzodiazepines. De associatie van methadon met deze andere producten kan toxiciteit en dood veroorzaken.
- Geleidelijke ontwenning op vraag van de patiënt duurt maanden tot een jaar: dosis verlagen met maximum 10 % per week.
- Wanneer de dagdosis erg laag is, kan de daling mg per mg gebeuren. Symptomen van ongemak treden meestal op na een daling met 30 à 50 % van de onderhoudsdosis. Soms zijn langere perioden van stabilisering nodig.

Magistraal & ongeoorloofd gebruik

Methadon wordt magistraal voorgeschreven als siroop of in de vorm van gelulen. De apotheker moet **steeds** een gepast excipiëns toevoegen om ongeoorloofd gebruik van het geneesmiddel uit te sluiten, zelfs als het niet door de arts op het voorschrift vermeld wordt. Het is verplicht om zowel de capsules als de siroop af te leveren in een verpakking met een veiligheidssluiting voor kinderen om accidentele vergiftiging te voorkomen.

Drinkbare oplossing 1 mg/ml

R/ Methadon chloorhydraat 300 mg

Gedistilleerd water

Frambozensiroop of enkelvoudige siroop of sorbitolsiroop aa ad 300 ml

→ Waterige oplossingen moeilijk injecteerbaar maken door toevoeging van enkelvoudige siroop of sorbitolsiroop.

Gelulen

R/ Methadon chloorhydraat 40 mg

Xanthaangom OF Carboxymethylcellulose OF Hypromellose 50-75 mg p.f. één capsule

→ Capsules moeilijk injecteerbaar maken door toevoeging zwelmiddel op basis van gom of cellulosederivaat.

Het **etiket** moet het volgende vermelden:

- Naam en voornaam van de patiënt, de arts en gegevens apotheek
- Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling
- Voorschriftnummer
- Datum van aflevering
- Etiket nr. 1 (doodshoofd)

Buprenorfine

Buprenorfine is een semisynthetisch derivaat van thebaïne, een gemengde agonist-antagonist. Het bezit een zeer sterke affiniteit voor de μ -receptoren, superieur aan die van morfine, maar een intrinsiek zwakkere stimulerende werking dan morfine, wel voldoende om de ontwenningsverschijnselen op te heffen.

In de pijnbehandeling is buprenorfine beschikbaar als pleister (Transtec[®]) of als sublinguale tablet (Temgesic[®]). Als vervangingsmiddel in de substitutiebehandeling van opiaatverslaafden wordt het sublinguaal toegediend (Subutex[®]).

De associatie van buprenorfine en naloxonhydrochloridedihydraat (Subuxone[®]) heeft tot doel de gebruiker te ontraden zijn toevlucht te nemen tot het injecteren van buprenorfine. Naloxone wordt bij sublinguale toediening bijna volledig gemetaboliseerd tijdens de eerste passage. Bij intraveneuze toediening antagoniseert naloxone de effecten van buprenorfine en veroorzaakt het een acuut onthoudingssyndroom.

Buprenorfine is even doeltreffend als methadon, het compulsieve verlangen naar en het gebruik van heroïne zal in de loop van de behandeling verminderen. De bezetting van de opiaatreceptoren door buprenorfine en zijn sterke affiniteit voor deze receptoren, verhindert dat heroïne zich ermee kan binden. Hierdoor wordt het effect van heroïne verminderd of opgeheven wanneer de patiënt/verslaafde onder behandeling toch heroïne gebruikt.

De ontwenning van buprenorfine is in theorie minder moeilijk dan van zuivere agonisten, zoals methadon en heroïne. Bij een plotse stopzetting treedt tussen twee dagen en twee weken een matig intens onthoudingssyndroom op dat één tot twee weken duurt.

De halfwaardetijd bedraagt twee tot vijf uur, ondanks deze korte halfwaardetijd houden de effecten langer aan door de sterke affiniteit voor de μ -receptoren (langzame dissociatiesnelheid). De werkingsduur is dosisafhankelijk: 2 tot 4 mg bedraagt deze 12 uur, 16 tot 32 mg kan de werkingsduur oplopen van 24 tot 72 uur.

Dosering

Aanvangsdosis (0,8 tot 4 mg 1x/dag), de startdosis schommelt tussen de 2 en 8 mg; de onderhoudsdosis schommelt tussen 16 en 32 mg per dag.

Verloop behandeling

- Eerste dosis minstens 6 uur na het laatste gebruik van heroïne.
- Kan ontwenningssymptomen geven, dosisverhoging helpt in dit geval niet.
- Kleiner risico op ademhalingsdepressie en overdosis t.o.v. methadon.
- Contra-indicaties:
 - o overgevoeligheid voor buprenorfine
 - o ernstige ademhalings-, lever- en nierinsufficiëntie
 - o acuut alcoholisme of delirium tremens
 - o astma
- Nevenwerkingen vnl. eerste dagen van de behandeling:
 - o constipatie, misselijkheid en braken
 - o hoofdpijn
 - o slapeloosheid
 - o zweten

Overschakeling van methadon naar buprenorfine

- Langzaam de dosis methadon verlagen tot 30 mg/dag.
- Eén week stabiliseren aan deze dosering.
- Methadon stopzetten, wachten op dervingssymptomen (twee tot vier dagen na laatste inname).
- Dosis 2 à 4 mg buprenorfine geven ('s morgens of in de vroege namiddag).
- Arts ziet patiënt 1 uur later terug.
 - o Als ontwenningssymptomen verergeren, dosis verhogen.
 - o Indien geen verergering in de namiddag of 's avonds 4 à 8 mg toedienen.

Wat als een apotheker een voorschrift voor substitutiebehandeling ontvangt?

De apotheker mag niet weigeren het voorschrift uit te voeren, tenzij hij twijfelt aan de veiligheid van de voorgestelde therapie (dosering, interacties ...), aan de authenticiteit van het voorschrift of als hij vermoedt dat de aanwezige persoon niet de patiënt of zijn gemachtigde is.

Een correct voorschrift voor verdovende middelen is een elektronisch voorschrift. Zolang dat nog niet verplicht is, moet een niet-elektronisch voorschrift eigenhandig door de arts geschreven, gedateerd en ondertekend zijn. Het voorschrift moet vermelden:

- Naam en voornaam van de patiënt: duidelijk leesbaar en volledig.
- Volledige formule met voluit de galenische vorm (siroop of capsule), de unidosissen en het aantal stuks of de naam van de specialiteit, de unidosissen en het aantal stuks.
- De wijze van aflevering (dagelijks of wekelijks, aan de patiënt of aan een derde).
- De wijze van toediening (in de officina-apotheek, buiten de officina, dosering en aantal behandelingsdagen).

- Indien iemand anders op een voorschrift iets heeft toegevoegd moet het voorschrift worden geweigerd, zelfs al werden die dosissen vervolgens doorgehaald.

Psycho-medisch-sociale aanpak van verslaving

Een substitutiebehandeling moet beschouwd worden als een overgangsfase waarin de verslaafde op zoek gaat naar een 'nieuwe manier van leven'. Door het consumptiegedrag van de drug te wijzigen, kan de substitutiebehandeling met opiaten het illegaal gebruik van opiaten verminderen, de criminaliteit die ermee gepaard gaat beperken of elimineren, het risicogedrag verminderen, mortaliteit en morbiditeit verlagen, een betere toegang tot zorgverlening verschaffen en de familiale, sociale en professionele herintegratie vergemakkelijken. Substitutiebehandeling heeft dus zeer veel voordelen en de (ex-)verslaafde boekt eigenlijk al vooruitgang vanaf het ogenblik dat hij om hulp vraagt.

Houd in het achterhoofd dat herval in illegaal heroïnegebruik eerder regel dan uitzondering is. Elk herval moet gezien worden als een leermoment in een langdurig proces van vallen en opstaan.

De criminaliteit die geassocieerd wordt met verslaving, de soms agressieve handelingen ten aanzien van apothekers en het algemeen beeld van de verslaafde als manipulator en leugenaar hebben bijgedragen tot een 'ongemakkelijk' klimaat van angst en spanning tussen apothekers en druggebruikers. Dit is vaak onterecht. De (ex-)drugverslaafden zijn erg dankbaar voor de hulp die ze van de apothekers krijgen en zeker niet elke ervaring is negatief.

Therapietrouw & sociale herintegratie

Het regelmatig bezoek aan de officina speelt een belangrijke rol bij de sociale herintegratie van de patiënt door de verplichting tot regelmaat, het respecteren van de openingsuren, het afwachten van zijn beurt en het feit dat de patiënt zich tussen de andere officina-patiënten bevindt.



Een belangrijke factor die de therapietrouw van de patiënt sterk beïnvloedt, is of de apotheek dicht bij de woon- of werkplaats van de patiënt gelegen is. Verifieer dit bij een nieuwe patiënt of bij een patiënt die verhuist. Voor het volhouden en slagen van de behandeling is het van essentieel belang dat de patiënt net zoals alle andere patiënten wordt behandeld, dat zijn privacy beschermd wordt en dat er langzaam een relatie van wederzijds vertrouwen en respect ontstaat.

TIP

1. Maak in het begin van de behandeling duidelijke afspraken met de arts en de patiënt. Deze afspraken kunnen de vorm aannemen van een schriftelijke overeenkomst. Scan de QR code hiernaast in of ga naar https://www.kava.be/sites/default/files/library/schriftelijke_overeenkomst.pdf.
2. Registreer volgende gegevens: datum van aflevering, aantal dagen waarvoor de patiënt een geneesmiddel meekrijgt, posologie ...

**Zelfzekerheid, vastberadenheid, kalmte en empathie**

De apotheker moet bij het contact met een (ex-)verslaafde zelfzekerheid, vastberadenheid, kalmte en empathie aan de dag leggen. Een autoritaire of moralistische houding is zinloos. Een te lakse houding zet de verslaafde mogelijk aan tot profiteren. In uitzonderlijke gevallen kunnen patiënten gedrag vertonen dat minder goed te beheersen is: vragen om meer methadon of psychotrope stoffen, komen wanneer de officina gesloten is, geneesmiddel is 'verloren' of 'gemorst' ... Best is de kalmte te bewaren, blij te geven van vastberadenheid en zelfzekerheid, de voorschrijver te contacteren en/of door te verwijzen naar de voorwaarden van het 'contract' of de schriftelijke overeenkomst. Soms vertonen patiënten een vorm van emotionele labiliteit. Hierdoor gaat angst of een gevoel van incorrect behandeld te worden, afgewezen of geminacht worden, zich sneller uiten in agressiviteit. Hierbij is het belangrijk de oorzaak van het agressieve gedrag te achterhalen, de kalmte te bewaren en niet toe te geven aan paniek. Patiënten onder invloed (alcohol, cocaïne, amfetamines ...) of die lijden aan afkickverschijnselen kunnen ook agressief gedrag vertonen. Ook hier is het belangrijk de kalmte te bewaren en niet in discussie te gaan. Intoxicatie of derving verschijnselen zijn hier de oorzaak van het gedrag en kunnen niet door een gesprek opgelost worden. Het beste is hier contact op te nemen met de arts, het begeleidingscentrum en eventueel de politie.

Tip: hoe omgaan met een agressieve patiënt**DO**

- Een respectvolle en geïnteresseerde, niet infantiliserende houding aannemen.
- De patiënt beschouwen als een volwassene, een gelijke.
- De nadruk leggen op het feit dat u er bent om hem te helpen en dat u geen vijand bent.
- Praten, te kennen geven dat u bereid bent om tot een oplossing te komen.

DON'T

- De patiënt negeren door hem niet te antwoorden of door met iemand anders te praten.
- Agressief reageren op zijn agressiviteit door stemverheffing, dreigende houding en/of bruuske handelingen.
- Met humor reageren kan in slechte aarde vallen en de agressiviteit nog versterken doordat de patiënt denkt dat hij uitgelachen wordt.
- De held uithangen!

Alcoholverslaving**Van kater tot delirium tremens**

Men spreekt van chronisch alcoholisme als men na herhaalde pogingen minder te drinken of te stoppen met alcoholgebruik steeds weer terugvalt in het oude drankpatroon.

Bij het stopzetten of drastisch verminderen van jarenlang overmatig (vanaf 6 glazen per dag) drinken kunnen ontwenningssymptomen ontstaan. De ernst en de duur ervan kunnen sterk variëren, gaande van een banale 'kater' tot een levensbedreigend delirium tremens. De kans op ontwenningssymptomen neemt toe, wanneer ook slaap- of kalmeermiddelen gebruikt worden.

TIP

Verwijs iemand die aangeeft te zijn gestopt met drinken door naar de huisarts. Het is niet te voorspellen hoe de toestand zal evolueren. Een geneesheer kan ondersteunende medicatie voorschrijven waardoor de ontwenningssymptomen afgezwakt worden en de risico's beperkt.

Ontwenningverschijnselen

1. De 'kater'

- Lichte intoxicatie (vergiftiging) door alcohol (bij matige drinkers).
- Gedeeltelijk ontwenningverschijnsel door een sterke daling van de hoeveelheid alcohol in het lichaam tijdens de slaap (overmatige drinkers).
- Overmatige drinkers vangen dit soms op door snel terug te drinken: 'ochtenddrinken'.
- Symptomen: algemeen 'malaisegevoel', moeheid, hoofdpijn, 'nadorst', misselijkheid, braakneigingen, duizeligheid, overgevoeligheid voor prikkels, angst en somberheid.

2. Onthoudingsverschijnselen 'zonder complicaties'

- 24 uur na het drastisch minderen of stoppen met langdurig, overmatig alcoholgebruik.
- Symptomen: tremor van de handen, soms ook van hoofd en tong.
- Zelfde symptomen zoals een kater, maar veel meer uitgesproken.
- Soms: overvloedig zweten, versnelde pols, hyperventilatie, verhoogde bloeddruk, rusteloosheid, overdreven prikkelbaarheid, slaapstoornissen, nachtmerries, sterke angstgevoelens en depressieve stemming.
- 'Craving': verlangen naar alcohol.
- Voorbijgaande verwarring, waarnemingsstoornissen 'beestjes zien', de betrokkene weet dat wat gezien of gehoord wordt niet met de werkelijkheid overeenstemt.
- Op zich is dit niet gevaarlijk en verdwijnt na zeven tot tien uren. Na 24 uur zijn de ontwenningverschijnselen op een hoogtepunt, na drie dagen is het ergste voorbij. Sombere gevoelens en slapeloosheid kunnen echter enkele weken aanhouden.

Alcoholonthoudingssyndroom

Wanneer een patiënt klaagt over wat hieronder beschreven wordt, verwijst hem dan zeker door naar de huisarts of de spoeddienst. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen predelirium, epileptische insulten en alcoholhallucinose.

Predelirium

- Alle voorheen beschreven symptomen, maar in ernstigere vorm.
- Ernstige tremor, praten en rechtstaan zijn moeilijk.
- Echte hallucinaties, persoon kan geen onderscheid maken tussen waan en werkelijkheid.
- Een verslechtering bij valavond, met hevige angst, onrust, achtervolgingswanen en 'beestjes zien'.

Epileptische insulten ten gevolge van alcoholonthouding

- 'Grand mal' type: bewustzijnsverlies, algemene verkramping met heftige spierschokken.

- Hoger risico indien (1) alcohol + benzodiazepines, barbituraten (2) voorgeschiedenis epilepsie (3) voorgeschiedenis hersentrauma (verkeersongeval of vechtpartij ...).
- Meestal 10 tot 36 uren na het stopzetten van alcoholgebruik.

Alcoholhallucinose

- Kan optreden na 48 tot 72 uren van alcoholonthouding.
- Zeer levendige/hardnekkige hallucinaties, overwegend gehoorhallucinaties soms visuele.

Delirium tremens

- Ernstigste alcoholonthoudingssyndroom, dat enkele dagen kan aanhouden.
- Mogelijk dodelijke afloop (vooral bij een sterk verzwakte lichamelijke toestand).
- Medisch ingrijpen is noodzakelijk!
- Verwardheidstoestand met verlaagd bewustzijn, desoriëntatie in tijd en ruimte en episodes van overactiviteit (waarbij men soms dwangmatige denkbeeldige activiteiten uitvoert).
- Zeer levendige hallucinaties: 'beestjes zien', beelden op de muren geprojecteerd zien.
- Hevige tremors, overvloedig zweten, hardnekkige slaapstoornissen en hevige angsten, koorts, hartkloppingen en uitdrogingsverschijnselen.

Voorschrift alcoholverslaving

Er bestaan drie behandelingsmogelijkheden.

(1) Medicatie die ontwenning tegengaat

Medicatie die de ontwenningverschijnselen opvangt en voorkomt dat er een epileptisch insult of delirium optreedt, zoals Valium®, Tranxène® ... Deze kalmerende producten worden soms tijdelijk gegeven wanneer iemand zeer gespannen wordt bij het vooruitzicht te gaan minderen of stoppen met alcohol, of in het algemeen zwaar onder stress staat.

- Kort gebruik omwille van het verslavend effect.
- Bijwerkingen: vermoeidheid, sufheid, slaperigheid en aandachtsstoornissen.
- Combinatie met alcohol afraden (verdoovende werking kan verdrievoudigd worden en overdosis benzodiazepines in combinatie met alcohol kan fataal aflopen).

(2) Medicatie die de drang om te drinken vermindert (maar meestal niet volledig wegneemt)

Campral® bevat calciumacamprosaat en stimuleert de GABA-erge inhibitorische neurotransmissie. Het wordt dikwijls voorgeschreven aan mensen die reeds sterk geminderd of gestopt zijn met drinken en die terugval willen voorkomen. Ook kan het voorgeschreven worden bij het begin van afbouwen of stoppen, omdat het de hersenen beschermt tegen de 'shock' van de ontwenning.

Campral®

- Volwassenen tot 60 kg: 4 tabletten/dag (2 's morgens, 1 's middags en 1 's avonds).
- Volwassenen vanaf 60 kg: 6 tabletten/dag (2 's morgens, 2 's middags en 2 's avonds).
- Zonder kauwen in hun geheel innemen.
- Aanbevolen behandelingsduur: 1 jaar.
- Tijdens een korte periode kan het gecombineerd worden met alcohol, wél doorverwijzen naar arts.
- Campral® gebruik heeft geen risico's.
- Bijwerkingen zijn van voorbijgaande aard: misselijkheid, hoofdpijn, duizeligheid en diarree.
- Werkt pas na drietal weken.

Selincro® (nalmefeen) zorgt dat de genotservaring afneemt, waardoor onrechtstreeks de neiging om 'door te drinken' vermindert. Onderzoeken lieten zien dat de alcoholconsumptie aanzienlijk daalde, wanneer Selincro® gecombineerd werd met psychologische begeleiding. Het kan een goed hulpmiddel zijn voor mensen die systematisch meer drinken dan ze eigenlijk willen, wanneer ze na enkele glazen last krijgen van controleverlies. Selincro® zal niet voorkomen dat je dronken kan worden, maar het leuke gevoel blijft achterwege.

Selincro®

- Ad hoc inname, elke 'risicodag' innemen vóór drinken van alcohol.
- Eén tablet bij voorkeur 1 tot 2 uur voordat men denkt te gaan drinken, werkt 24 u.
- Indien al alcohol gedronken werd voor inname, zo snel mogelijk één tablet innemen.
- Kan met of zonder voedsel ingenomen worden.
- Bijwerkingen: duizeligheid, misselijkheid, hoofdpijn, vermoeidheid, een droge mond en sufheid (let op in het verkeer!) doorgaans enkel tijdens de eerste twee weken.
- Terugbetaalbaar, als er ook een psychologische behandeling is.
- Niet voor zware alcoholverslaving.

(3) Medicatie waar je ziek van wordt bij het nuttigen van alcohol Antabuse® (disulfiram) heeft enkel zin wanneer het uit vrije wil genomen wordt. Het werkt dan als 'stok achter de deur' en kan als steun ervaren worden op 'zwakke momenten'. Antabuse® nemen heeft als belangrijk voordeel dat je per dag maar één keer moet beslissen om niet te drinken (bij inname). Het biedt geen oplossing op lange termijn, maar kan zeer behulpzaam zijn bij het doorbreken van 'vastgeroeste' drinkgewoontes. Zeer veel mensen hebben het met succes gebruikt tijdens de beginfase van geestelijke ontwenning.



Antabuse®

- Start van de behandeling: twee tabletten/dag gedurende twee tot drie dagen.
- Onderhoudsbehandeling: individueel in te stellen, doorgaans 1/4 tot 1/2 tablet per dag of één tot twee tabletten/week.
- Bijwerkingen meestal licht en van korte duur: lichte misselijkheid, hoofdpijn, maag- en darmklachten, een 'nasmaak' en verminderde zin in seks.
- Contra-indicatie: hartpatiënten en epilepsiepatiënten (het disulfirameffect is te hevig).
- Voorzichtigheid bij diabetes, leverziekten, nierontstekingen, bepaalde vormen van hersenbeschadiging en allergie.
- Afraden wanneer de voorbije 24 uur alcohol (ethanol) of alcoholische dranken genuttigd werden.
- Arts kan voorstellen 'testdrank' te drinken als kennismaking met het disulfirameffect.
- Disulfirameffect kan optreden één tot twee weken na stopzetting van de behandeling.
- Geen voedingsmiddelen, dranken, geneesmiddelen, mondspoelingen, aftershave of andere cosmetische of culinaire producten (bijvoorbeeld sauzen) die alcohol bevatten gebruiken.
- Patiënt moet omgeving op de hoogte brengen van de te verwachten effecten.
- Regelmatig leverfunctie laten controleren tijdens de behandeling, voornamelijk drie eerste maanden.
- Kijk interacties na met andere geneesmiddelen.

Naltrexone®

Naltrexone® (naltrexonhydrochloride) zou net als Campral® de drang tot drinken verminderen, maar dikwijls ook het genot van het drinken wegnemen. Het wordt niet terugbetaald. Het is verwant aan Selincro®, maar wordt meer ingezet bij opiatenverslaving. Aangezien Naltrexone® een aanvullende behandeling is en het volledige herstel van opioïde afhankelijke patiënten verschilt per individu, kan geen standaard behandelingsduur worden opgegeven; een initiële periode van drie maanden moet worden overwogen. Het kan echter nodig zijn om het geneesmiddel langer toe te dienen.

Naltrexone®

- Opioïde afhankelijke patiëntenaanvangsdosis: 25 mg (1/2 tablet) nadien gebruikelijke dosis 1 tablet/dag.
- Naltrexone® kan levensbedreigende ontwenningverschijnselen veroorzaken bij opioïde afhankelijke personen. Bij een vermoeden van opioïde gebruik moet urinetest aantonen dat zij geen opioïden hebben gebruikt gedurende zeven tot tien dagen voorafgaand aan de behandeling met naltrexon.
- Alcoholverslaving dosis ter ondersteuning van abstinentie is 50 mg per dag (1 tablet).
- De dosis kan gewijzigd worden (therapietrouw). Drie keer per week: een gift van twee tabletten op maandag en op woensdag, en drie tabletten op vrijdag.

Symptomatische behandeling

Bijvoorbeeld: maag- en darmklachten, vitamine B tekorten, leverstoornissen ...

Toedienen van vitamine B1 kan van groot belang zijn. Het zijn immers tekorten in vitamine B1 (veroorzaakt door het overmatige drinken zelf, en door het verwaarlozen van voeding) die een grote rol spelen in het ontstaan van stoornissen in het zenuwstelsel en het geheugen. Inname van vitamine B1 kan dus zelfs zinvol zijn wanneer iemand nog volop drinkt.

Waarheen kan ik patiënten met alcohol- en/of drugverslaving doorverwijzen?

- www.druglijn.be
- www.alcoholhulp.be
- de huisarts
- ambulante centra zoals Free Clinic, Vagga of De Sleutel
- zelfhulpgroepen zoals de AA, SOS Nuchterheid, NA

Een ambulante centrum heeft een belangrijke oriëntatiefunctie. Iedereen kan zich in principe aanmelden, meestal gebeurt dit telefonisch, maar ook het internet wordt meer en meer gebruikt.

1. Korte oriëntatieprocedure: inschatting aard en ernst problematiek.
2. Consultatie bij een verslavingsarts, soms ook bij een psychiater.
3. Op basis van het zo verkregen profiel wordt samen met de patiënt de volgende stap besproken.
4. Cliënt en hulpverlener stellen samen een handelplan op, met de doelen die bereikt moeten worden. Die omvatten minimaal het verwerven van zelfcontrole over het gebruik, meestal wordt abstinentie nagestreefd, maar ook doelen op andere leefterreinen komen aan bod. Sommige mensen volgen een substitutietherapie om los te komen van een verslaving aan opiaten. Zij worden gevolgd door een verslavingsarts. Indien de verslaafde stabiel genoeg is kan de vervangende medicatie toegediend worden via de officina van een apotheker. Substitutietherapie wordt steeds gecombineerd met een individuele of met een groepstherapie.

Bronnen

- www.desleutel.be
- *Apotheekrichtlijnen begeleiding van patiënten in substitutiebehandeling van opiaten*
- www.alcoholhulp.be

Apr. Florence Van kerckhoven
Meduca

Rol van VAN ...

In de rubriek 'Terzake' krijgt u een blik (achter de schermen of vanop de eerste rij) van de farmaceutische actualiteit en de rol van KAVA in de beroepsverdediging. Afwisselend delen Philippe Van Reeth (KAVA-voorzitter en APB-bondsraadslid) en Erik Lebacq (KAVA-bestuurslid en actief in het bestuur van het Vlaams Apothekersnetwerk) hun inzichten en ervaringen op basis van hun engagement in (resp.) APB en VAN. In dit artikel licht Erik Lebacq toe wat volgens hem de rol van VAN zou moeten zijn ...



Een andere kijk

Toen we vroeger een auto gingen kopen, letten we meestal op:

- het merk met zijn degelijke motor, robuustheid, rijcomfort en kleur.
- de luxe-uitstraling of juist geen luxe.
- de prijs en vooral hoeveel korting de garagist gaf.

Nu gaan we de mogelijke opties bekijken van de verschillende merken, de capaciteit van de 4 x 4, de grootte van de koffer, het lawaai in de wagen, het verhaal van de verkoper.

Toen we vroeger een vakantie gingen boeken, waren de aandachtspunten:

- de bestemming: kunst, sport, natuur ...
- het hotel: prijs, grootte van de kamer, zeezicht, cadeautje van het agentschap of touroperator, korting ...

Nu kijken we naar de grootte van het zwembad, de spelletjes voor de kinderen, inhoud van de all-in, het aantal restaurants en of het transport hotel/stad inbegrepen is.

'Met andere woorden het optiepakket en het verhaal zijn belangrijker geworden dan het product zelf.'

Wat wil de klant in de apotheek:

- kwaliteit van product EN leverancier (lees apotheker).
- redelijke prijs overeenkomstig de meerwaarde in het pakket.
- gemak, zowel in het gebruik van het product als in de levering ervan.

Gelukkig

Er is mij als VAN-bestuurder gevraagd een artikel te schrijven over wat VAN precies doet, een verslag van de bestuursvergaderingen en van de acties op het terrein. In plaats van u lastig te vallen met allerlei drieletterwoorden met een stand van zaken ernaast, leek het mij interessanter te beginnen met een poging tot antwoord op volgende vraag:

'Wat is de rol die VAN speelt en moet spelen in wat wij vandaag en vooral morgen willen aanbieden?'

Vooraleer ik hierop aan het einde van dit artikel een kernachtig antwoord probeer te formuleren, eerst een heel andere vraag: hoe zit het met ons, apothekers, 'jong' en 'oud'? Zijn wij gelukkige professionelen?

Dit zijn volgens mij de thema's die ons gelukkiger kunnen maken en houden:

1. betaalde zorg (huisapotheker)
2. betaalbare zorg (interdisciplinair)
3. samenwerking en schaalvergroting (apotheek 3.0)
4. innovatie

We zijn allen opgeleid als kenner van het product en als specialist in het bereiden van die producten. Wat zien we echter nadien gebeuren?

- Anderen doen zich voor als kenner: sommige verpleegsters, gezondheidspers, gezondheidscoaches, kwakzalvers ...
- Bereidingen worden industrieel (lees: grootschalig) uitgevoerd in farmaceutische firma's of gespecialiseerde labs.

We zijn een eerste maal niet zo gelukkig, maar blijven wel nog zelf de producten afleveren. Later komen er andere problemen bij.

- Prijzen gaan naar beneden, marges worden alsmaar lager.
- Er komen andere verkoopkanalen bij zoals winkels van Multipharma, internet/webshops, buitenlandse goedkope kanalen, Medimarket ...

Gelukkig blijven geneesmiddelen tot dan buiten schot. Tot echter vanuit het buitenland buitenlandse websites furore beginnen te maken. Komt daar recent nog eens het probleem van de medical devices bij (dikwijls producten die de weg van de registratie tot geneesmiddel niet wilden opgaan), dat net als die buitenlandse sites in het bedje van de Europese wetgeving ziek is!

'Beste APB, uw lobbying is hier heel hard nodig, Europese wetgeving of niet!!!'



(1) Betaalde zorg

Onze maatschappij heeft de mensen die met het leveren van producten bezig zijn, doen inzien dat de meerwaarde bovenop het product heel erg belangrijk is geworden. Meer nog: zonder dat verliest de kenner van het product zijn product zelf.

Alle vrije beroepen staan onder druk: een minister is met een onderzoek bezig om te kijken of advocaten, gerechtsdeurwaarders en notarissen het grootste deel van hun producten niet door ambtenaren kunnen laten leveren en/of geen te hoge prijzen aanrekenen voor wat ze vandaag doen.

Die toegevoegde waarde, die misschien bij sommige beroepen nog niet duidelijk is, is net wat wij onder het begrip huisapotheker verder moeten ontwikkelen om het voortbestaan van ons beroep te garanderen.

'Pakketten' moeten ervoor zorgen dat een BETAALDE zorg kan geleverd worden, gefinancierd door RIZIV, mutualiteiten, firma's én klanten/patiënten. Laten we alvast nu al tot een overeenkomst komen met onze klant om voor hem te zorgen met vooral: verzorging, tips en advies, een bredere context, waarbinnen de producten natuurlijk hun plaats hebben, maar geen doel op zich meer zijn! Een voorbeeld zou een soort contract met onze klant kunnen zijn rond een bepaald 'ziektebeeld' of 'gezondheidstheema'.

Dus ook werk aan de winkel voor de Orde der Apothekers.

'Aan hen om een onderscheid te maken tussen concurrentieel opportunisme en innovatief omgaan met onze klant.'

(2) Betaalbare zorg

Als we willen dat de overheid, lees onze maatschappij, solidariteit wil handhaven, moet het dubbele en driedubbele (en dikwijls overbodige) gebruik eruit, net als de soms veel te hoge kosten (radiologie, bloedanalyses, ziekenhuisovernachtingen, multi bezoeken aan eerstelijnszorgverstrekkers ...). Het komt er dus op aan om iedereen te laten samenwerken. Iedereen moet zich van zijn sterke, unieke en onmisbare zijde laten zien. In de eerstelijnszones (ELZ) is deze oefening voor onze apotheken net gestart.

Een pluim voor de ELZ-verantwoordelijken uit onze zones die ervoor gaan! Zij zetten zich in om het werk van alle apothekers voldoende in de picture te zetten. Lees zeker ook het vorige AFT-nummer na (AFT 05/18, juni 2018) waar we het uitgebreid hadden over die eerstelijnszones.

(3) Samenwerking en schaalvergroting

Een thema dat we met het Symfonia-project (zie ook vroegere AFT's) al enkele jaren in de schijnwerpers zetten. Men vraagt me wel eens of er nu al projecten met deze vorm van associëren van apotheken begonnen zijn. Het antwoord is voluit ja! Zowel de horizontale (één persoon initieert en neemt de leiding) als de verticale associatie (verschillende toekomstige partners in de vennootschap vinden elkaar). Op de vraag of het volgens ons al voldoende snel is geëvolueerd, is het antwoord echter neen!

Indien u over dit thema nog meer info wil of als u met ons nog eens uw gemaakte huiswerk wil bespreken, gelieve te mailen naar erik.lebacq@kava.be.

'We moeten goed beseffen dat alle vier thema's veronderstellen dat we de krachten samen met ons bestaande team en met toekomstige partners verdelen en bundelen.'

Als we allemaal samen reeds zouden geloven en beseffen dat de concurrentie van buiten de sector en niet van binnenuit gevaren inhoudt, zouden we reeds een heel stuk opgeschoven zijn. Samen zullen we dan ook gemakkelijker de 'kankers' binnen het beroep kunnen bestrijden. Die zullen inderdaad altijd blijven terugkomen, maar in een landschap van samenwerken, zullen die het toch veel lastiger krijgen.

(4) Innovatie

En dan is er de innovatie. Volgens mij moet je dit bekijken als de hoogste vorm van 'specialisatie en vernieuwing'. Dit kan zowel gaan over:

- de toegevoegde waarde aan het product,
- de manier van ermee om te gaan als
- de wijze waarop iets tot bij de klant terechtkomt.

Ik zou zeggen: laten we er zo snel mogelijk mee beginnen. De maatschappij wacht niet op ons!

Ook hier komen de andere thema's naar boven: betaalde zorg (pakketten van de huisapotheker), betaalbare zorg (met andere zorgverstrekkers) in een nieuw businessmodel (schaalvergroting en specialisatie). Anders wordt het heel moeilijk.

We merken in de praktijk wel dat er al een aantal jongere collega's hiermee bezig zijn. Zij zijn de ondernemers van de toekomst, die inzien dat er in een bad van visie, missie en strategie nieuwe stappen moeten worden gezet in de uitvoering van de zorg voor onze klant.

'Met man en macht staan we op KAVA klaar met alle diensten voor de ontwikkeling van nieuwe producten op basis van jullie input en voor de vorming van de huisapothek van de toekomst.'

Initiële vraag

Nu komen we terug bij de oorspronkelijke vraag: wat is de rol van VAN in dit geheel?

Van de vier thema's zijn er twee nationale materie.

- Huisapotheker (betaalde zorg) onder RIZIV-vlag.
- Samenwerking en schaalvergroting (met vermoedelijk ook wat minder apotheken) gecombineerd met een vernieuwde nationale spreidingswet, die meer dan waarschijnlijk op het einde van dit jaar zal verschijnen.

Innovatie en betaalbare zorg zijn twee typisch Vlaamse onderwerpen die daar hoog op de politieke agenda staan. En dat is nu net wat VAN doet en moet blijven verder doen. VAN moet ervoor zorgen dat in het Vlaamse landschap de huisapotheker met zijn specifieke plaats in de geïntegreerde zorg kan blijven inspelen op de Vlaamse dynamiek. Samen met bestuurders en directeur die politiek en maatschappelijk blijven aanvoelen waar we iets kunnen betekenen. Verenigingen die meer gaan samenwerken om tot betere en snellere resultaten te komen.

In één van de volgende nummers zullen we in deze rubriek 'Terzake' wat meer concrete voorbeelden geven, met een stand van zaken wat de uitwerking betreft.

Apr. Erik Lebacq – VAN-bestuurder

JAVA rules!

Al meer dan vijftien jaar is er een jongerenvereniging actief op KAVA. Jonge collega's zijn altijd nuttig om nieuwe impulsen te geven aan een vereniging, te vermijden dat we te veel verzanden in vastgeroeste ideeën, af en toe een scherpe stem in het debat te laten horen, soms een wake-up call te geven ... Wat begin deze eeuw voorzichtig startte met CJA, Centrum Jonge Apothekers, is ondertussen uitgegroeid tot een sterke (jong)volwassen organisatie: JAVA of de Jonge Apothekers Van Antwerpen.

Een goede werking staat of valt met continuïteit, maar ook regelmatige doorstroming of vernieuwing. Enkele CJA'ers en JAVA'ers van weleer maken nu deel uit van het (beperkt) bestuur van KAVA. Maar net zo goed is het belangrijk regelmatig een nieuwe jongerenvoorzitter te hebben. Jasmine Michiels gaf begin dit jaar zelf aan om te willen stoppen als actieve voorzitter van JAVA. Haar enthousiasme en gedrevenheid kennende, zijn we ervan overtuigd dat Jasmine niet helemaal van het JAVA- en KAVA- toneel zal verdwijnen. Dus startte de zoektocht naar een nieuwe voorzitter en die rol wilde Yelle Corrynen wel op zich nemen. Tijd voor een kennismakingsinterview waarbij Yelle geflankeerd werd door collega Charlotte Olivier die vanuit KAVA de JAVA-werking volop ondersteunt en ideeën uitwerkt tot concrete acties.

Yelle studeerde in 2014 af als apotheker. Na twee jaar in zijn stageapothek te hebben gewerkt, nam hij samen met zijn collega Philippe (ook een JAVA'er trouwens) een apotheek in Antwerpen over. Begin juni werd Yelle voorzitter van JAVA. Charlotte werkt sinds 2017 parttime bij KAVA, de andere helft staat ze in de apotheek. Ze houdt zich bezig met de Apothekerkant, de stagewerking, de werkgroep Farmaceutisch Technisch Assistent en dus ook JAVA. Ze zorgt ervoor dat de groep regelmatig samenkomt en tussen de leuke babbels door ook ernstige zaken bespreekt en concrete acties of infosessies uitwerkt.

De onvermijdelijke 'waarom' vraag ...

Onmiddellijk nadat Yelle afgestudeerd was, kwam hij al naar een JAVA vergadering. De klassieke 'open JAVA meeting', waarop ook alle pas afgestudeerden uitgenodigd zijn. Samen met zijn toenmalige medestudente Sofie gingen ze naar KAVA. Met een plan ...

(Yelle) 'Op mijn eerste stagedag zei mijn stagemeester dat het soms niet uitmaakt wat je weet of hoeveel je weet, maar wel wie je kent. Een boodschap die ik nooit vergeten ben! JAVA bleek zo de ideale manier om te netwerken en nieuwe collega's te leren kennen.'

Dat eerste contact viel mee, Yelle (en trouwens ook Sofie) bleven terugkomen. *(Yelle) 'Ik werd daar hartelijk ontvangen en had helemaal niet het gevoel dat ik er niet thuishoorde of dat JAVA een gesloten groep was. Het is interessant om sneller te weten te komen wat er allemaal leeft in de apothekerswereld, politiek maar ook inhoudelijk. Verder vind ik het ook gewoon plezant om eigen ideeën in de praktijk te kunnen omzetten binnen JAVA.'*

En daarvoor heb je mensen als Charlotte nodig, natuurlijk. *(Charlotte) 'Zulke ideeën groeien meestal gezamenlijk, het is zeker niet zo dat we vanuit KAVA iets opleggen. Vanuit hun behoefte om ergens meer over te leren, kiezen we wat iedereen op dat moment het relevantste vindt. Steeds met de focus op een goede mix tussen praktijk en wetenschap. Maar vooral met een voorliefde voor onderwerpen die minder aan bod komen tijdens hun opleiding.'*

De J-twist

De J van JAVA staat inderdaad voor jong, maar lukt dat ook om die doelgroep te bereiken?

(Charlotte) 'Op JAVA-lessen merk je toch wel dat de gemiddelde leeftijd van de deelnemers lager is dan op een doorsnee KAVA-activiteit. Al sluiten we niemand uit en wordt er geen bovengrens aan de leeftijd gesteld.'

Die J-twist zit hem in de uitnodiging, de keuze voor spreker, de samenwerking met de industrie vaak ook. *(Yelle) 'De avond over thuisgezondheidszorg was zeker een schot in de roos, precies omdat het beantwoordde aan wat er hierboven vermeld werd. Met goede duiding maar ook veel infostanden van firma's en referenties. Zo krijg je een leidraad die 's anderendaags nuttig is in de officina.'*

Of die samenwerking met firma's de onafhankelijkheid niet hypothekeert? *Yelle* is er gerust in: *'Uiteraard volgen we goed op dat die firma geen invloed heeft op de informatie die wordt verteld. Kijk naar de cyclus dermatologie van dit najaar. Daar komt een dermatoloog spreken op een andere avond dan die wanneer we de firma's zelf aan het woord laten en waarvan de inhoud daar ook écht los van staat. Ik zie daarin geen probleem. Je moet natuurlijk zelf ook kritisch zijn en bovendien werken we nooit exclusief met slechts één firma. Het bijkomende voordeel is dat het om info gaat die je nooit zo uitgebreid van een vertegenwoordiger in de apotheek*



te horen krijgt, zeker niet als jonge apotheker die geen eigenaar of titularis is.'

Charlotte vult nog aan: *'Die cyclus dermocosmetica (zie www.kava.be/agenda) hebben we trouwens gekozen omdat het gamma en het aantal firma's zo groot is, dat je het niet tijdens de opleiding te zien krijgt. Heel wat van onze JAVA'ers zijn trouwens vervangers die op deze manier ook de minder courante gamma's leren kennen.'*

Ken je klassiekers

Di najaar komt er trouwens nog een onvervalste klassieker aan: de cyclus 'overname van een apotheek' want ooit, meer dan tien jaar geleden, als idee ontsproten en concreet uitgewerkt door CJA. Een cyclus die anno 2018 niet aan actualiteit heeft ingeboet. *(Yelle) 'Ik vind het belangrijk dat we die cyclus blijven herhalen, want als jonge apotheker heb je er totaal geen idee van hoe zo'n overname zou kunnen verlopen, waar je kan beginnen, wie je contactpersonen zijn, hoe je naar cijfers kan kijken of een zaak rendabel is ... Zelfs al weet je nog niet of je dit wil doen of net als je helemaal overtuigd bent om over te nemen, blijft het nuttig deze cyclus te volgen.'*

Toen Yelle zelf de cyclus vier jaar geleden volgde, had dat een stevige impact. Het trok hem alleszins over de streep om een apotheek over te nemen, omdat hij daar de boodschap kreeg dat het haalbaar was. *(Yelle) 'En dat lijkt me ook wel de belangrijkste boodschap van deze cyclus; dat het niet onmogelijk is om als jonge apotheker een apotheek over te nemen! Dat het best wel haalbaar is, ook financieel. Dat je zelf geen ouders moet hebben met een apotheek of kunnen teren op een rijke achterban.'*

De opbouw van die cursus blijft ongeveer hetzelfde als de voorbije jaren, aldus Charlotte. Het wordt dus een stevig najaarsprogramma en ondertussen worden ook al de plannen voor 2019 gesmeed!

(Charlotte) 'Dat wordt besproken op onze eerstvolgende vergadering. Dat programma ligt nog open, al willen we zeker rond de zomerperiode een foodtruckfestival organiseren; een sociale en leuke activiteit voor de jonge apothekers. Het is een behoefte die toch wel leeft onder de jonge apothekers.'

JAVA universum

Je hoeft geen speciaal lidmaatschap te betalen om naar JAVA-activiteiten te komen, dat is inbegrepen in het KAVA-lidgeld. De JAVA-werkgroep bestaat uit een tiental jonge apothekers die ongeveer vier keer per jaar vergaderen. Daar worden ideeën aangereikt, suggesties van sprekers of firma's gegeven, inhoud van de opleidingen nagekeken, vorige infosessies geëvalueerd ... Steeds meer gebeurt het overleg via Facebook. Zo kunnen ze korter op de bal spelen en hoeven ze niet altijd te wachten tot er een nieuwe vergadering gepland is. Er gebeurt heel veel virtueel; dus dat engagement voor JAVA is heel realistisch qua tijdsbesteding. Maar vooral heel leuk!

Een eigen 'smoel'

Yelle mag dan wel heel bescheiden zijn over het feit dat hij voorzitter werd, de ambities zijn daarom niet minder. Zo'n voorzitter moet vooral het gezicht zijn van de jongeren, een aanspreekpunt ook. Het KAVA-bestuur vindt het trouwens belangrijk om die stem van de jonge apothekers te horen en zal op regelmatige basis overleg inplannen.

(Yelle) 'Dat gebeurt nu misschien nog te weinig, dat we het binnen JAVA over de politieke actualiteit hebben. Denk maar aan wat er tijdens de zomer rond medische hulpmiddelen gebeurde, die buiten

de apotheek verkocht mogen worden. Als dat in de pers verschijnt, zorgt dat meteen voor een storm van reacties op sociale media. Dat zijn zaken waarmee je ook als jonge apotheker zeker bezig moet zijn.'

En dan kan het voor sommige onderwerpen best wel eens zijn dat jonge apothekers een ander standpunt innemen, omdat ze misschien (nog) meer openstaan voor veranderingen. Nogmaals Yelle: 'Je hoort regelmatig zeggen dat het andere tijden zijn en dat het steeds moeilijker wordt. Maar dat geldt toch ook voor andere sectoren, waar niet alles even winstgevend is als vroeger. Dat moet ons dan juist uitdagen om creatiever te zijn.'

De weg die ingeslagen is met de invoering van de huisapotheker is positief: meer aandacht voor farmaceutische zorg. In Yelle's stageplaats werden al veel medicatieschema's geschreven nog voor dat begrip werd gelanceerd en gehonoreerd. Maar in de eigen praktijk is het niet altijd evident. (Yelle): 'We zitten met een heel multicultureel publiek, waar taal een barrière is. Ik ben vaak al blij als het voorschrift goed afgehandeld wordt en de patiënten weten wat ze moeten nemen. Maar bij de vaste cliënten die veel medicatie nemen, lukt het dan weer wel. In dat opzicht helpen goede contac-

ten met andere zorgverleners en dat zit in onze regio eigenlijk wel goed. Ik vind zeker niet dat je elkaar moet lastigvallen als er geen problemen zijn. Maar als ik een vraag heb of iets wil bespreken met de arts, heb ik snel contact via telefoon of zo. Ze zijn doorgaans ook dankbaar dat je hen contacteerde. Op de duur begin je de artsen ook te kennen en weet je wie je waarvoor en wanneer kan bereiken. Wat dat betreft beschouw ik ons zeker als gelijkwaardige partners. Voor mij is het eigenlijk heel duidelijk: diagnose stellen is de taak van de arts; medicatie is onze bevoegdheid.'

Goesting

Het mag duidelijk zijn. Yelle en Charlotte hebben er veel (Antwerpse) goesting in om er een lap op te blijven geven met JAVA en te zorgen voor een gevarieerd aanbod op maat van jonge collega's, of collega's die jong van hart zijn. Met dus ook aandacht voor de actualiteit, in een goede wisselwerking met het KAVA-bestuur. Wie kennis wil maken met deze sympathieke bende, is altijd van harte welkom op een JAVA-activiteit of JAVA-vergadering. Aarzel niet Charlotte of Yelle aan te spreken tijdens een les of mail naar java@kava.be voor meer info!

Nico Carpriau – Beroeps ondersteuning KAVA

Clomid® (hypogonadisme bij obesitas)

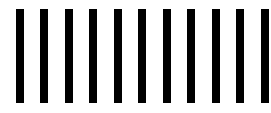
Uitgaand van een voorschrift ingezonden door een van onze redactieraadsleden of lezers lichten we in deze rubriek een casus toe die zich reëel in een officina heeft afgespeeld. Alle aspecten rond een voorschrift kunnen aan bod komen: van noemenswaardige magistrale formules, over minder alledaagse tarifiering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

Clomifeen bij infertiliteit bij de vrouw

Clomifeen citraat (Clomid®) wordt gebruikt bij anovulatoire onvruchtbaarheid bij de vrouw ten gevolge van functionele problemen ter hoogte van de hypofyse-hypothalamus-as. Dit is de enige indicatie die op de bijsluiter vermeld staat. Clomifeen is een selectieve oestrogeen receptor modulator (SERM). Kenmerkend voor de SERM's is dat ze in verschillende weefsels andere effecten kunnen hebben op de oestrogeen receptor, gaande van volledige agonist naar volledige antagonist.

Clomifeen werkt als een antagonist op de oestrogeenreceptor ter hoogte van de hypothalamus en remt aldus competitief de binding van oestrogenen aan de hypothalamus, waardoor het negatief feedbacksysteem van oestrogenen wordt geblokkeerd. Hierdoor verhoogt de pulsatieve vrijstelling van gonadotropine releasing hormoon (GnRH) waardoor er meer follikel stimulerend hormoon (FSH) en luteïniserend hormoon (LH) vrijgesteld worden. Meer FSH en LH leidt tot een betere rijping van follikels in de ovaria en tot een betere ovulatie.



| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|  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>Mohammed, 43 jaar</i> | | |
| Voorbehouden aan het verpakkingsvignet | <i>R/ Clomid 10 x 50 mg</i> <i>L/ 1 x / dag 30 dagen</i> | |
| Stempel van de voorschrijver AFT Lange Leemstraat 187 2018 Antwerpen | Datum en handtekening van de voorschrijver <i>15/09/2018</i> | |
| Uitvoerbaar vanaf voornoemde datum of vanaf: | | |
| GENEESMIDDELENVOORSCHRIFT | | |

KLINKERS
(INTERIEUR)³



**KWALITEIT
SINDS
1927**

**Klinkers
interieur
Ervaring telt**

Project: Apotheek Rozemaai Ekeren

Clomifeen wordt ingenomen gedurende het eerste deel van de menstruele cyclus. Meestal wordt op dag 5 gestart en wordt gedurende slechts vijf dagen één tablet per dag genomen. Patiënten kunnen gedurende de therapie last hebben van opvliegers, gevoelige borsten, buikpijn en hoofdpijn, maar de belangrijkste nevenwerking is wel dat er door de hormonale stimuli meerdere eicellen tegelijkertijd in de ovaria rijpen met frequent meeringzwangerschappen als gevolg (zie figuur 1). Hoge dosissen kunnen ook aanleiding geven tot het ovarieel hyperstimulatiesyndroom met opzwellen van de eierstokken en de vorming van cysten.



Figuur 1. Meerlingzwangerschappen zijn frequent na clomifeen behandeling

Hypogonadisme bij de man

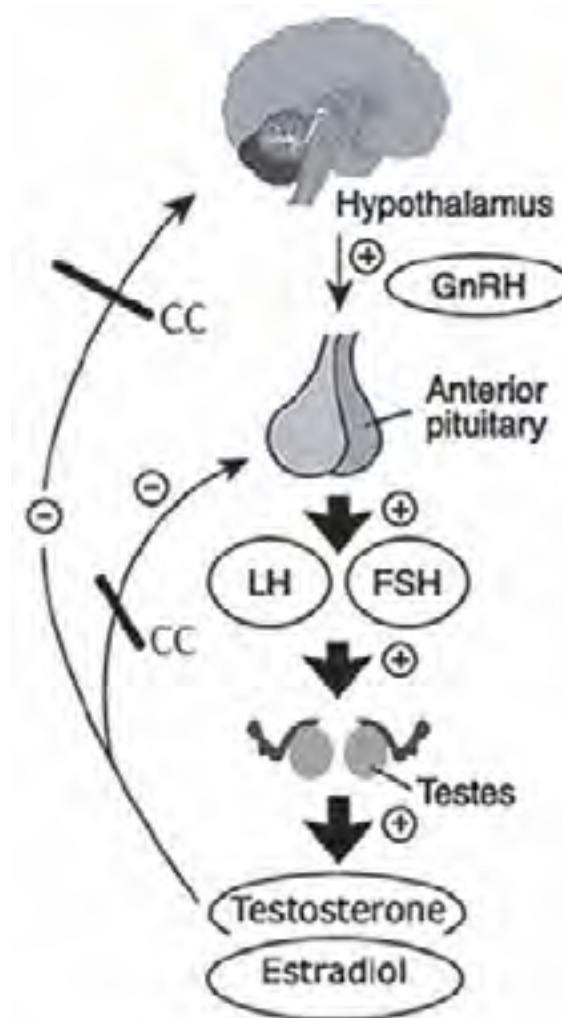
Ook bij mannen kan clomifeen ingezet worden, meer bepaald bij hypogonadisme, een abnormaal lage waarde van het mannelijke steroidhormoon testosteron. Deze lage testosteronwaarde resulteert in symptomen zoals laag libido, erectiele disfunctie, infertiliteit, verminderde spiermassa, vermoeidheid. Hypogonadisme kan een primaire en secundaire oorzaak hebben. De primaire vorm bestaat uit het falen van de testes om testosteron aan te maken, de gonadotropines die de testes aanzetten tot testosteronproductie zullen bij deze vorm sterk verhoogd zijn. Bij de secundaire vorm gaat het mis op het niveau van de gonadotropine productie, waardoor de testes te weinig gestimuleerd worden om testosteron aan te maken. De prevalentie van hypogonadisme ligt rond de 5 % en neemt toe met een stijgende leeftijd. Ook tussen obesitas en hypogonadisme is een belangrijke associatie.

Hypogonadisme kan behandeld worden door **testosteron** bij te geven (Testosteron replacement therapy, TRT). Aangezien testosteron een sterk first-pass metabolisme van de lever ondervindt, zal het meestal in een transdermaal systeem toegediend moeten worden (Androgel®, Testim®). De symptomen zullen door de extra testosteron aanzienlijk verbeteren. Anderzijds gaat door deze TRT ook de gonadotropine productie verminderen en zal hierdoor ook de eigen testosteron productie in de testes verder wegzakken. Een belangrijke nevenwerking van de gedaalde gonadotropines is dat de spermatogenese sterk



vermindert. Langdurige therapie leidt zelfs tot atrofie van de testes. Behandeling van hypogonadisme met TRT is dus niet aangewezen indien de patiënt nog een kinderwens heeft.

Ook **clomifeen** kan (off-label!) ingezet worden bij mannen met secundair hypogonadisme. Testosteron wordt immers omgezet tot estradiol en dit zal via hetzelfde negatieve feedbacksysteem als bij de vrouw de aanmaak van GnRh, LH en FSH tegengaan. Door mannen te behandelen met clomifeen valt dit negatieve feedbacksysteem weg en zal de aanmaak van endogeen testosteron verhogen (figuur 2).



Figuur 2. Werking van clomifeen citraat (CC) op het negatieve feedbacksysteem van estradiol op de hypothalamus

Clomifeen kan oraal ingenomen worden aan een dosis van 25 mg om de andere dag, op te drijven tot 50 mg per dag. Meestal wordt de therapie goed verdragen. Soms wordt een stijging van de endogene oestrogenen waargenomen en nevenwerkingen zoals waterretentie en gynaecomastie.

Een belangrijk voordeel van deze therapie in tegenstelling tot HRT is dat de fertiliteit en de spermaproductie van de man zal verbeteren.

Ook **aromatase inhibitoren** (anastrozole of Arimidex®, letrozole of Femara®) kunnen worden aangewend (eveneens off-label). De endogene testosteronconcentratie zal immers verhogen omdat de omzetting van testosteron naar estradiol door deze moleculen verhinderd wordt. Hierdoor zal ook de feedback-inhibitie van estradiol op de hypothalamus geïnhibieerd worden. Ook de combinatie van clomifeen met anastrozole heeft een gunstig effect, zeker indien een stijging van de oestrogenen wordt waargenomen met enkel clomifeen. Therapie met beide geneesmiddelen levert een betere oestradiol:testosteronratio op, is veilig en wordt doorgaans goed verdragen.

Besluit

Mohammed leidt aan obesitas met hypogonadisme als gevolg. Om de endogene testosteron levels te doen stijgen wordt hij op een off-label therapie met clomifeen citraat gezet. Door op het negatief feedbackmechanisme van estradiol op de hypothalamus te blokkeren zal er een stijging van LH, FSH en testosteron bekomen worden. Klachten zoals libidoverlies, impotentie en vermoeidheid zullen verbeteren. Indien de therapie lang moet volgehouden worden, zou eventueel nog een aromatase inhibitor toegevoegd kunnen worden. Ook de spermatogenese zal door deze behandeling verbeteren waardoor er een gunstig effect is op de fertiliteit van deze man.

Referenties

1. Clomiphene increases free testosterone levels in men with both secondary hypogonadism and erectile dysfunction: who does and does not benefit? Guay A.T. et al. *IJIR* (2003) 15,156-165
2. Novel therapy for male hypogonadism. R. Carrasquillo et al. *Curr Urol Rep* (2018) 19:63
3. Combination therapy with clomiphene citrate and anastrozole is a safe and effective alternative for hypoandrogenic subfertile men. Alder N.J. et al. *BJU international* 2018
4. Clinical practice guidance for the use of clomiphene citrate in male hormone replacement therapy (HRT). Guth M.A.S et al. *Acta Medica International* (2018)
5. Effects of clomiphene citrate on male obesity-associated hypogonadism: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Soares A.H. et al. *International Journal of Obesity* (2018)

Dr. apr. Dominique Jans –
praktijkassistent Departement Farmaceutische Wetenschappen U Antwerpen

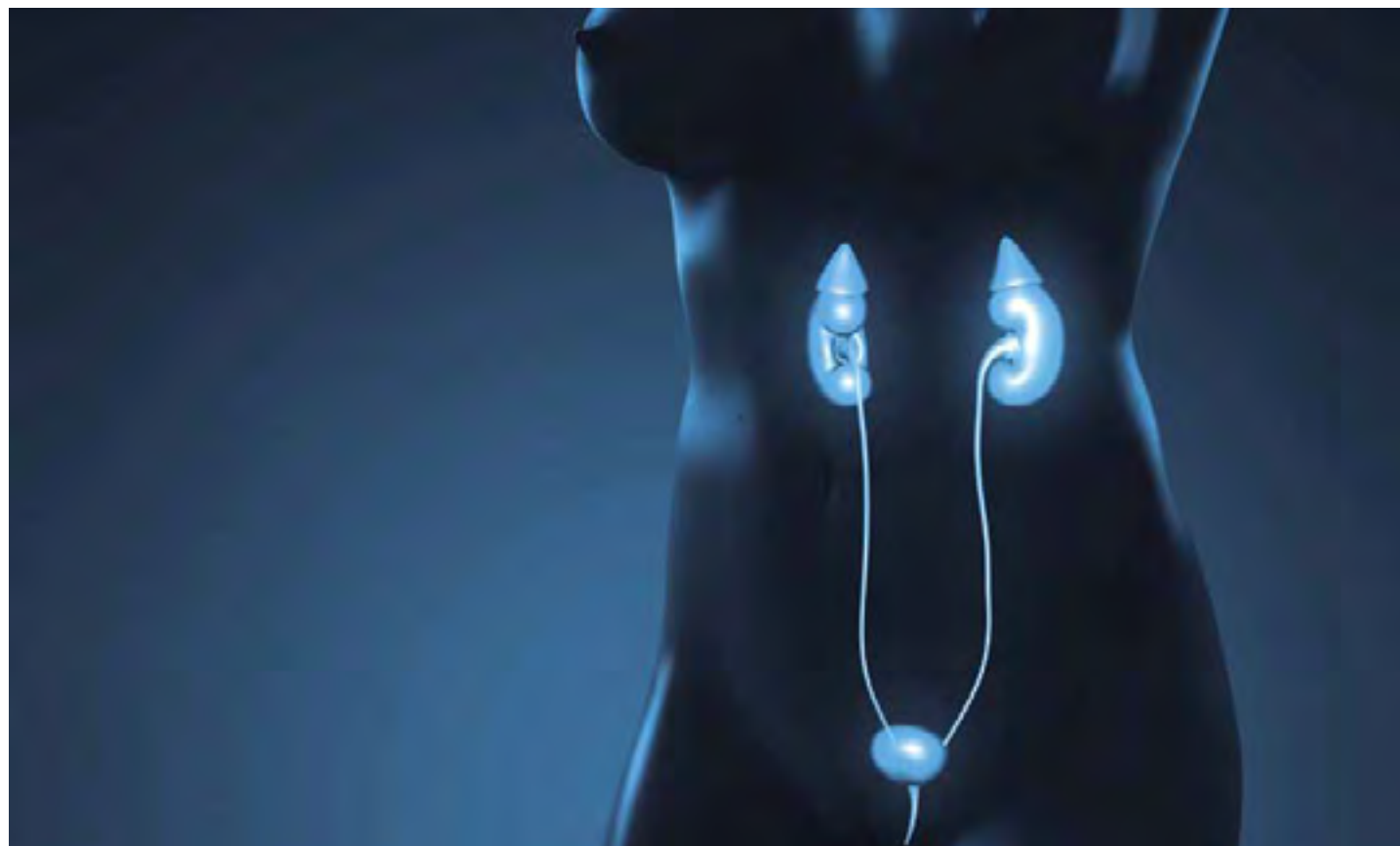
Medicatieoverleg bij patiënten met CNI

In vorige nummers gingen we al uitgebreid in op de beschikbare MFO-pakketten die door KAVA in nauwe samenwerking met Domus Medica werden uitgewerkt. In deze bijdrage staat CNI of 'chronische nierinsufficiëntie' centraal. In een artikel dat eerder ook al in 'Huisarts Nu' verscheen, gaan artsen Peter Dieleman en Gijs Van Pottelbergh uitgebreid in op een optimale begeleiding van de CNI-patiënt door arts én apotheker. Nadien getuigt collega Greet Desrumaux aan de hand van een praktijkvoorbeeld over hoe zo'n MFO kan verlopen ...

Optimaliseren van de begeleiding door arts en apotheker

Inleiding

Het Medisch-Farmaceutisch Overleg (MFO) heeft als doel de multidisciplinaire samenwerking tussen artsen en apothekers te stimuleren. Hierop kunnen verschillende thema's besproken worden. In vorige nummers kwamen reeds de DOAC's (AFT 4/2018) en diabetes (AFT 5/2018) aan bod. Een ander thema, dat ook door het RIZIV werd goedgekeurd, is het Medisch-Farmaceutisch Overleg tussen artsen en apothekers over de begeleiding van CNI-patiënten.



Chronische nierinsufficiëntie (CNI) is het gevolg van een geleidelijke en onomkeerbare achteruitgang van het aantal nefronen, dat resulteert in een daling van de nierfunctie. Wat ook de onderliggende oorzaak is, een falende nier geeft aanleiding tot een aantal afwijkingen zoals hypertensie, anemie, botdemeralisatie, vitamine D-deficiëntie, metabole acidose, hypofosfatemie, hyperkaliëmie ... Daarnaast is CNI een onafhankelijke risicofactor voor cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit.

De prevalentie van CNI neemt voor een belangrijk deel toe door de vergrijzing van de bevolking. Op 70-jarige leeftijd lijdt één op vijf patiënten aan CNI, op 85-jarige leeftijd is dit gestegen naar één op twee. Ook is de nierfunctie essentieel in de klaring van heel veel geneesmiddelen. CNI is dus een ernstig te nemen aandoening!

Knelpunten

Kennen we onze risicopatiënten?

CNI is een sluimerende ziekte: de nierfunctie neemt slechts traag af en dat verloopt meestal symptomloos. De diagnose 'nierinsufficiëntie' wordt daardoor pas laattijdig gesteld, vaak zelfs niet onderkend. De aandoening zelf en de complicaties worden bijgevolg ook onderbehandeld.

Vroegtijdige opsporing en systematisch screenen van risicofactoren (leeftijd > 55 jaar, hypertensie, diabetes, verhoogd cardiovasculair risico, erfelijke nierziekten) is daarom de aanbeveling, door minstens jaarlijks e-GFR en proteïnurie te bepalen. Zorgtrajecten zijn in het leven geroepen om de individuele patiënt beter te kunnen ondersteunen, middels een gestructureerd en geïndividualiseerd behandelplan. Extra aandacht is nuttig, niet alleen voor patiënten die geïncludeerd zijn in een zorgtraject (slechts 2 % van CNI-patiënten heeft een zorgtraject), maar voor alle patiënten met een gedaalde nierfunctie.

Is de zorg bij CNI optimaal?

Goede patiëntenzorg bij CNI steunt, na de diagnose van CNI, op vier pijlers: verdere achteruitgang van de nierfunctie tegen gaan, complicaties van nierinsufficiëntie opvangen, cardiovasculaire risicopreventie en medicatiebewaking. Het Medisch-Farmaceutisch Overleg tussen huisarts en apotheker focust vooral op deze laatste pijler.

Patiënten met een chronisch gedaalde nierfunctie verdienen een zorgvuldig en aangepast medicatiebeleid. Dit betekent het afwegen van de noodzaak om potentieel nefrotoxische medicatie (inclusief over the counter (OTC) geneesmiddelen) op te starten dan wel te stoppen, goede follow-up van de nierfunctie bij nefrotoxische geneesmiddelen en dosisaanpassing van chronische medicatie in functie van de graad van nierfalen.



Het Medisch-Farmaceutisch Overleg

Dit MFO-programma is bedoeld voor huisartsen en huisapothekers die zich willen buigen over een veilig en verantwoord geneesmiddelengebruik. In het bijzonder mikt dit programma op het optimaliseren van het medicatiemanagement met focus op hoogrisicogeneesmiddelen en hoogrisicopatiënten voor CNI.

Samen in overleg

De huisarts en de huisapotheker vormen een geknipte tandem om naadloze zorg af te leveren. Kennis (bij elkaar) vergroten en informatie uitwisselen tussen arts en apotheker (met de nefroloog soms als derde partner) zijn sleutels in het optimaliseren van het medicatiebeleid bij CNI-patiënten.

Binnen het MFO als structureel overleg kan dit geconcretiseerd worden. Artsen en apothekers bespreken samen op welke manier de begeleiding van CNI-patiënten geoptimaliseerd kan worden, welke patiëntengegevens uitgewisseld worden en welke patiënten risico lopen op nierschade door geneesmiddelengebruik.

Verschiedende modules voor MFO-overleg

Dit MFO-programma wil huisartsen en huisapothekers sensibiliseren voor de problematiek van CNI. Aan de hand van een aantal modules kan men zelf een programma samenstellen voor de MFO-ontmoeting, op basis van volgende mogelijkheden:

- **Kennisoverdracht**

Een korte opfrissing van de aandoening 'chronische nierinsufficiëntie' (in twee versies: een voor apothekers en een voor huisartsen). De deelnemers van het MFO-overleg kunnen dit als zelfstudie voorafgaand aan de vergadering doornemen of als een korte theoretische presentatie op de vergadering zelf.

• Onderlinge communicatie

Deze module poneert een aantal stellingen over het uitwisselen van informatie over een afwijkende nierfunctie en over risicomedicatie. Voor een goede patiëntenzorg is het onontbeerlijk dat de hulpverlener kan beschikken over noodzakelijke informatie. In de praktijk blijken zowel de arts als de apotheker onvoldoende op de hoogte te zijn. In deze module wordt een aanzet gegeven om de barrières aan te kaarten en naar oplossingen te zoeken.

• Casuïstiek

Met deze module wordt een interactieve discussie in kleine groepjes op gang gebracht, eventueel met een lokale nefroloog als extern expert. De casussen focussen op het goed gebruik van geneesmiddelen bij CNI en vertrekken vanuit een risicopatiënt met CNI, dan wel vanuit risicomedicatie.

Na het doorlopen van het zelf samengestelde programma kunnen de deelnemers vastleggen wat het leerpunt was bij de bespreking, waar er nog knelpunten zijn en welke afspraken zijn gemaakt om het geneesmiddelenbeleid bij CNI-patiënten te

optimaliseren. Dat kan gaan over kennis van het beleid bij CNI, medicatiebewaking in het algemeen, de onderlinge communicatie arts-apotheker, het uitwisselen van patiëntgegevens ... Op deze manier is er een basis om de gemaakte afspraken later te evalueren.

Kwaliteitsbevorderend programma

Een volgende stap is het opstarten van een kwaliteitsbevorderend project. Voor een optimale medicatiebewaking bij CNI dienen huisartsen en apothekers de risicogroep binnen hun patiëntenpopulatie te kennen. Dat betreft enerzijds de patiënten met een verminderde nierfunctie en de graad ervan, anderzijds de hoogrisicomedicatie in geval van gedaalde nierfunctie. In deze module belichten we de werkwijze om de doelpopulatie te selecteren in elke individuele praktijk en elke individuele officina. Vervolgens is het nuttig dat deze lijsten uitgewisseld worden en op elkaar afgestemd, zodat beide zorgverleners weten bij welke patiënten extra aandacht vereist is. Een draaiboek om een dergelijk project op te starten wordt nog voorzien. Voor deze module is wel huiswerk van de deelnemers vereist.

| Type medicatie | Probleem bij gedaalde nierfunctie | Advies |
|-------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alle NSAID's | Acute nierschade. | Beperken in de tijd of alternatieven. Zeker bij eGFR onder de 30 ml/min sterk afgeraden. |
| Tramadol | Meer nevenwerkingen door accumulatie, zeker bij 'retard' vormen. | Dosisbeperking of verlengen interval. |
| Morfine | Cumulatie van actieve metabolieten en dus meer nevenwerkingen. | Dosisreductie. |
| Amoxicilline | Meer nevenwerkingen en hogere kans op lever- en nierschade. | Dosisreductie en bij langdurige inname controle lever- en nierfunctie. |
| Nitrofurantoïne | Accumuleert en geeft toxische nefropathie. | Geef andere antibiotica indien eGFR onder de 50 en zeker onder de 30 ml/min is. |
| Thiazidediuretica | Veel minder tot geen effect meer. | Gebruik lisdiuretica of schakel over naar andere antihypertensiva. |
| RAAS-remmers | Meer nevenwerkingen of zeldzame daling van nierfunctie. | Start traag en onder controle eGFR, overleg met nefroloog indien eGFR onder de 30 ml/min. |
| Allopurinol | Toxische nevenwerkingen. | Dosisreductie en niet toedienen bij eGFR onder de 30 ml/min. Eventueel alternatieven overwegen. |
| Metformine | Lactaatacidose. | Niet onder de 30 ml/min, dosisreductie onder de 50 ml/min en vooral oppassen bij kans op dehydratatie. |
| Sulfonylurea's | Meer hypo's. | Dosisreductie of alternatieve medicatie/insuline overwegen. |

Tabel 1. Adviezen i.v.m. enkele frequent gebruikte nefrotoxische medicatiegroepen (bron: Nederlandse Landelijke Transmurale Afspraak en artikel van Mertens et al.)

Ondersteuning en didactische materialen

Het MFO-programma wordt best voorbereid door een duo huisarts-apotheker, dat als moderator optreedt. Ze plannen zelfstandig de inhoud van de vergadering en kunnen daarbij gebruikmaken van de voorziene achtergrondinformatie, didactische materialen en een draaiboek.

Voor MFO-groepen die extra ondersteuning nodig hebben, heeft KAVA in samenwerking met Domus Medica, getrainde moderatoren ter beschikking. Wie aan de slag wilt met een kwaliteitsbevorderend programma, kan ook ondersteuning aanvragen bij de organisatoren via Domus Medica of KAVA.

Voor de organisatie van een MFO voorziet het Riziv een financiële subsidie van 2500 euro.

KAVA helpt u graag verder om deze subsidie aan te vragen. Meer informatie: beroepsondersteuning@kava.be.

Aanbevolen literatuur

- Van Pottelbergh G, Avonts M, Cloetens H, et al. Richtlijn voor goede medische praktijkvoering: Chronische nierinsufficiëntie. Antwerpen: Domus Medica; 2012. (inclusief de niet-limitatieve lijst van medicatie waarvan het gebruik of de dosis het best aangepast wordt bij patiënten met een gedaalde nierfunctie)
- De Grauw WJC, Kaasjager HAH, Bilo HJG, et al. Landelijke Transmurale Afspraak (LTA) Chronische Nierschade. Huisarts Wet 2009;52:586-97.
- Het rationeel gebruik van geneesmiddelen bij nierinsufficiëntie (juryrapport). Consensusvergadering Riziv 27 november 2014. Brussel: Riziv; 2014.
- NHG-werkgroep Chronische nierschade. NHG-standaard Chronische nierschade. Huisarts Wet 2018;61:50-65.
- Mertens A, Van Pottelbergh G, De Groot L, et al. Noodzakelijke dosisaanpassingen voor vaak gebruikte medicatie bij patiënten met een gedaalde nierfunctie: een poging om door de bomen het bos te zien. Tijdschrift voor Geneeskunde 2014;70:1279-94.

Peter Dieleman is huisarts en verbonden aan de Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg (ELIZA), Universiteit Antwerpen;

Gijs Van Pottelbergh is huisarts en verbonden aan het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, KU Leuven.

Medisch-Farmaceutisch Overleg in de praktijk

Het MFO-overleg kan in de praktijk leiden tot een verbeterde medicatie-inname bij CNI-patiënten. In deze casus resulteert een goede samenwerking zelfs tot een verbeterde nierfunctie én een tevreden patiënt.

In dit voorbeeld van een 84-jarige man met ernstige chronische nierinsufficiëntie (CNI-stadium 4) wordt de medicatie nauwkeurig in het oog gehouden door de huisarts, nefroloog, uroloog en apotheker. De patiënt is gekend met diabetes en wordt opgevolgd door een neurochirurg na een operatieve ingreep voor een clivus cordoom (tumor ter hoogte van schedelbasis). Postoperatief heeft de man last van pijnpstoten (trigeminusneuralgie).

Medicatiehistoriek

In januari 2017 neemt de patiënt dagelijks volgende onderhoudsmedicatie: simvastatine 20 mg, allopurinol 150 mg, irbesartan/hydrochloorthiazide (150/12,5 mg), acetylsalicylzuur 80 mg en tamsulosine 0,4 mg. Verder neemt hij tijdelijk 16 mg methylprednisolon per dag in een afbouwschema. Bijkomend gebruikt hij 3 x daags 500 mg natriumbicarbonaat en een voedingssupplement op basis van quercetine 500 mg (Urofyt). De man heeft het advies gekregen om de inname van vocht te beperken en een natrium- en kaliumarm dieet te volgen. Om de twee weken krijgt hij een inspuiting met 5000 IE van epoëtine-beta.

Eerste aanpassing medicatie

Simvastatine

De huisarts en apotheker overlopen de medicatie en bij onduidelijkheden wordt de nefroloog gecontacteerd. Bij creatinineklaring van < 30 is de dagdosering van simvastatine 10 tot 20 mg.

- Vraag aan de nefroloog: 'Waarom neemt de patiënt, gezien zijn leeftijd en de achteruitgang van de nierfunctie, nog steeds simvastatine 20 mg? Wegen de voordelen hiervan op tegen de nadelen?'
- Antwoord van de nefroloog: 'Ik ben niet op de hoogte dat deze patiënt simvastatine neemt. Gezien de gunstige cholesterolwaarden en rekening houdend met de leeftijd, kan de medicatie gestopt worden.'

Allopurinol

Bij verminderde nierfunctie (e-GFR: 10-30) wordt de dagdosering allopurinol verlaagd tot 100-200 mg per dag. De patiënt heeft in het verleden jichtaanvallen gehad en werd afwisselend behandeld met NSAID en colchicine.

Maar NSAID's zijn te mijden bij ernstige nierinsufficiëntie. Een alternatief is colchicine aan de laagst actieve dosis; er is wel risico op hypovolemie door diarree.

- Vraag aan de nefroloog: 'Is het nog zinvol/veilig om allopurinol 150 mg te blijven doorgeven vermits het urinezuurniveau in het serum normale waarden heeft?'
- Antwoord van de nefroloog: 'Ik was niet op de hoogte dat de man allopurinol innam. Gezien het serum urinezuurconcentratie binnen de referentiewaarden ligt, wordt allopurinol gestopt.'

Tamsulosine, methylprednisolon, ACE-inhibitoren en sartanen
 Bij nierinsufficiëntie is geen aanpassing van de dosis tamsulosine nodig. Tijdens een opstoot van trigeminusneuralgie neemt de patiënt een korte kuur van methylprednisolon, met snelle vermindering van de dagdosis. ACE-inhibitoren en sartanen kunnen vooral bij de opstart een vermindering van de nierfunctie, acuut nierfalen en hyperkaliëmie veroorzaken. Regelmatige controle van creatinemie, e-GFR en kaliëmie zijn aangewezen.

Thiazidediuretica en lisdiuretica
 Een thiazidediureticum geven is geen probleem bij chronische nierinsufficiëntie. Pas wanneer hiermee onvoldoende effect wordt bekomen (bloeddruk stijgt) of de nierfunctie sterk achteruitgaat, kan men opteren voor lisdiuretica.

- Vraag aan de nefroloog: 'Zijn lisdiuretica niet veiliger dan thiazidediuretica bij ernstige nierinsufficiëntie?'
- Antwoord van de nefroloog: 'Lisdiuretica zijn veel krachtiger dan thiazidediuretica en gezien de patiënt nog een vrij actief leven heeft, kunnen al te krachtige diuretica indien mogelijk beter worden vermeden. Indien de patiënt overvuld geraakt, zal een lisdiureticum worden opgestart.'

Erythroëetine
 Epoëetine- β behandelt anemie ten gevolge van chronische nierinsufficiëntie. Patiënten die erythroëetine krijgen, moeten

ook ijzer nemen om een ferritine tussen 200 en 800 ng/ml te behouden en een transferrinesaturatie 20 %. Als de perorale ijzerbehandeling niet volstaat of niet verdragen wordt, kan ijzer ook intraveneus worden toegediend.

- Vraag aan de nefroloog: 'Moet de patiënt geen ijzer innemen samen met erythroëetine?'
- Antwoord van de nefroloog: 'Inname van ijzer is zeker belangrijk bij een behandeling met erythroëetine. Het is aangewezen om het serumferritine te controleren. Indien serumferritine < 200 ng/ml kan best inname ijzer worden gestart.'

Quercetine en natriumbicarbonaat
 Het voedingssupplement Quercetine is niet nefrotoxisch, tenzij het intraveneus wordt toegediend in een dosis boven de 945 mg. De dagelijkse inname van natriumbicarbonaat corrigeert de metabole acidose als gevolg van de nierinsufficiëntie. Ook het risico op hyperkaliëmie kan gedeeltelijk vermeden worden door het corrigeren van de metabole acidose. Natriumbicarbonaat moet buiten de maaltijd worden genomen, want bij inname tijdens de maaltijd bindt het bicarbonaat aan de voeding waardoor het niet wordt opgenomen in de bloedbaan.

- Vitamine D**
 Het bestendig lage gehalte van vitamine D is opvallend.
- Vraag aan de nefroloog: 'Waarom krijgt de patiënt geen vitamine D?'
 - Antwoord van de nefroloog: 'De patiënt heeft sterk 'lekkende' nieren (beschadigde nierfilters). Daarom is het weinig zinvol om vitamine D toe te dienen.'

Nieuwe aanpassing medicatie
 In juni 2017 wordt linagliptine opgestart omdat de HbA1c > 7,0 % steeg. Bij nierinsufficiëntie is geen dosisaanpassing noodzakelijk. Metformine is te vermijden bij ernstige nierinsufficiëntie wegens het gevaar van melkzuuracidose.

| Parameters in bloed | Richtwaarden | 2017 | 2018 |
|------------------------------------|--------------|----------------|-------|
| eGFR (ml/min/1,73 m ²) | > 60 | 19 | 15 |
| Creatine (mg/dl) | 0,4 - 1,2 | 2,96 | 3,55 |
| Glucose nuchter (mg/dl) | 70 - 100 | 97 | 92 |
| HbA1c | 4,0 - 6,0 % | 7,6 | 7,7 |
| Albumine (mg/liter) | < 29 | 27,2 (in 2014) | 202,7 |
| Urinezuur (mg/dl) | 3,4 - 7 | 5,7 | 4,9 |
| Vitamine D 25 (OH) (nmol/l) | 30 - 100 | 13,8 | 11,0 |
| Triglyceriden (mg/dl) | < 150 | 90 | |
| Cholesterol totaal (mg/dl) | < 190 | 149 | |
| HDL (mg/dl) | > 45 | 51 | |
| LDL (mg/dl) | < 115 | 90 | |

Tabel 2. Overzicht van de biologische parameters van een 84-jarige man met ernstige chronische nierinsufficiëntie (CNI-stadium 4)

In de maand december van hetzelfde jaar ontwikkelt de patiënt een acute urineretentie en wordt hij opgenomen in het ziekenhuis. Hij krijgt een behandeling met nitrofurantoïne (3 x 100 mg per dag) en ciprofloxacine (2 x 250 mg per dag). De onderhoudsbehandeling met tamsulosine wordt vervangen door een combinatiepreparaat: tamsulosine+dutasteride. Bij nierinsufficiëntie is geen dosisaanpassing noodzakelijk. De dagelijkse inname van natriumbicarbonaat wordt verhoogd naar 3 x 1 gram.

In januari 2018 heeft de patiënt last van een hoge bloeddruk en wordt ook oedeem vastgesteld ter hoogte van de onderste ledematen (nefrotisch syndroom?). Het combinatiepreparaat irbesartan/hydrochloorthiazide wordt gestopt. In de plaats daarvan komt olmesartan en indapamide. Voor olmesartan is geen dosisaanpassing nodig bij nierinsufficiëntie. Indapamide geeft minder metabole nevenwerkingen dan de overige thiazidediuretica.

De patiënt klaagt in mei 2018 over duizeligheid, als gevolg van een lage bloeddruk. De huisarts en nefroloog beslissen om olmesartan stop te zetten.

Bij een volgende afspraak bij de nefroloog in juni 2018 heeft de patiënt een te hoge bloeddruk en wordt amlodipine 5 mg

opgestart. Er is geen dosisaanpassing nodig bij verminderde nierfunctie. Naast oedeem ter hoogte van de onderste ledematen, waarvoor indapamide wordt ingenomen, heeft de patiënt nu ook last van enkeloedeem, een typische bijwerking van calciumantagonisten, meer bepaald dihydropyridines. Dit enkeloedeem is te wijten aan een verhoogde doorlaatbaarheid van de capillairen en kan niet worden behandeld met diuretica.

Huidige medicatie
 De actuele thuismedicatie ziet er als volgt uit: linagliptine 5 mg, acetylsalicylzuur 80 mg, tamsulosine/dutasteride, indapamide, amlodipine 5 mg, natriumbicarbonaat 1000 mg (3 x daags). De e-GFR waarde is ondertussen gestegen van 15 naar 27 ml/min/1,73 m² tot grote tevredenheid van de patiënt die (voorlopig) niet meer naar de predialyse hoeft te gaan! In de mate dat het multidisciplinair overleg heeft bijgedragen tot de verbeterde nierfunctie én de tevredenheid van deze patiënt, kunnen we concluderen dat een dergelijk overleg zeker zinvol kan zijn.

Greet Desrumaux is apotheker en verbonden aan het Departement Farmaceutische Wetenschappen, Universiteit Antwerpen.

Hyséac 3-REGUL: EEN COMPLETE AANPAK

MIJN IDEALE PARTNER VOOR EEN HUID ZONDER PUISTJES!

URIAGE EAU THERMALE

SPF30

Verzorgend Hydraterend Matterend

3-DUBBELE WERKING op de belangrijkste factoren bij acne

3 EXCLUSIEVE URIAGE PATENTEN

- 1 ANTISEBORROÏSCHE WERKING**
 → VERMINDERT DE TALGAFSCHEIDING
 → -14.8%* AFNAME VAN HET VOLUME VAN DE TALGLIER IN 8 DAGEN
ZOETHOUT
- 2 ANTI-INFLAMMATOIRE WERKING**
 → HOUDT ONTSTEKING BINNEN DE PERKEN
 → STIMULEERT DE ANTIBACTERIËLE PEPTIDEN
TLR2-REGUL
- 3 EFFECT OP DE MICROBIOFILM**
 → VERMINDERT DE VIRULENTIE VAN PACNES DOOR OP DE MICROBIOFILM IN TE WERKEN
MPA-REGUL

*Studie ex vivo.

Medication review

Vorig academiejaar startte KAVA met een ambitieus proefproject rond medication review, onder leiding van Anneleen Robberechts (Meduca in opdracht van KAVA), in nauwe samenspraak met de Universiteit Antwerpen, opinion leaders en de peilapotheken. In dit artikel blikt Anneleen terug op het voorbije jaar en kondigt ze ook al de initiatieven voor het nieuwe jaar aan.

Waarover gaat het?

Medication review (MR) in de eerste lijn is een gestructureerde, multidisciplinaire evaluatie van de medicatie van een patiënt met als doel het medicatiegebruik te optimaliseren en outcomes te verbeteren. Dit omvat onder meer het opsporen van geneesmiddel gebonden problemen (GGP's) en het aanbevelen van interventies.

Medication review is in verschillende landen (bv. Canada, Verenigd Koninkrijk en Nederland) al een erkende opdracht van de officina-apotheker.¹ Met het oog op een dergelijke ontwikkeling in ons land zijn we in september 2017 op KAVA gestart met een proefproject; een 25-tal enthousiaste apothekers stapten enthousiast mee in dit 'avontuur'.

Vier niveaus

Er zijn verschillende vormen van medication review. In het proefproject zijn we van start gegaan met een van de verst gevorderde types, type 3. Er worden vier niveaus van MR beschreven:²

- **MR type 1: Prescription review of voorschrift review**
Dit is wat we in de praktijk elke keer doen als we een voorschrift krijgen. We controleren op afwijkingen tegenover de normale geneesmiddelen in de historiek.
- **MR type 2: Adherence support review of de therapietrouw ondersteunende review**
Deze review focust op het gedrag van de patiënt tegenover zijn medicatie. Samen met de patiënt proberen we zijn kennis over de geneesmiddelen die hij moet nemen te verbeteren en stimuleren we de goede therapietrouw.

- **MR type 3: Klinische review**
Bij deze review gaat de apotheker, naast de focuspunten uit type 2, ook in op het medicatiegebruik van de patiënt in context van zijn ziektebeelden. De klinische review kijkt kritisch naar het volledige medicatieschema en zoekt uit of er geen medicatie gerelateerde fouten of interacties kunnen aanwezig zijn.
- **MR type 4: Klinische review met voorschrijven**
De review met voorschrijven kan slechts uitgevoerd worden in landen waar voorschrijven tot de wettelijke mogelijkheden van de apotheker behoort.

Vorbereiding

Om de opleiding medication review zo goed mogelijk voor te bereiden, volgde ik de Nederlandse PIAF (Periodieke Individuele Analyse Farmacotherapie) opleiding medicatiebeoordeling. Deze opleiding staat bekend als een van volledigste opleidingen 'medication review' in Nederland. De gevolgde opleiding hebben we vertaald naar de Vlaamse situatie, om zo tot een opleidingsaanbod van vijf halve lesdagen en een terugkomavond te komen.

| | |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dag 1 | Praktische informatie over medication review en correct opzoeken van bronnen en richtlijnen. |
| Dag 2 | Interpreteren van labowaarden. |
| Dag 3 | Bespreken van praktijkgerichte casussen. |
| Dag 4 | Communicatie: communiceren met arts. |
| Dag 5 | Communicatie: communiceren met patiënt. |
| Terugkom-avond | Bespreking van casussen uit de medication reviews die de apothekers uit het proefproject in de praktijk hebben meegemaakt. |

Er werd na afloop van de lesdag steeds 'huiswerk' meegegeven aan de deelnemers, zodat ze de kennis al goed konden inoefenen en nagaan waar ze nog extra hulp nodig hadden. De begeleiding stopte echter niet na die lessen. De deelnemers konden elkaar vragen stellen via een forum en KAVA stond ook steeds klaar om de deelnemers zo goed mogelijk te helpen (zowel met inhoudelijke als praktische vragen). Dit allemaal met als doelstelling om per apotheek tien medication reviews uit te voeren.

Hoe ziet medication review er in praktijk uit?

Alles begint bij een goede voorbereiding. Alle gegevens worden verzameld: medicatieschema, medicatiehistoriek, labowaarden en de medische voorgeschiedenis. Die worden kritisch bekeken door de apotheker zodat er in de tweede stap, het gesprek met de patiënt, gericht vragen gesteld kunnen worden. Ook is er ruimte voor de patiënt om zelf vragen en bekommernissen te uiten. In stap drie worden alle gegevens uit het gesprek verwerkt, om zo tot een duidelijk actieplan te komen. Dit wordt met de huisarts besproken (stap 4) en teruggekoppeld naar de patiënt (stap 5). Daarna moet er, afhankelijk van de actiepunten, gezorgd worden voor een goede opvolging (stap 6).

Stappenplan medicatiebeoordeling



Quotes van enkele deelnemers ...

- De insteek is zeer goed, toekomstgericht voor het beroep en de taken van de officina-apotheker.
- De lessen geven een boost om ermee aan de slag te gaan.
- Verbetering contact met artsen.
- Verruiming van de horizon, zowel qua medische scholing als qua contacten.
- Leuk contact met patiënten/artsen.
- Super project!

Wat vonden de deelnemers ervan?

Collega's Riet Van Den Broeck (Apotheek Van Den Broeck) en Valerie Storms (Apotheek Vermylen) waren twee van de vijftien enthousiaste deelnemers. In onderstaand gesprek leest u welke struikelblokken ze ervoeren en hoe het er in de praktijk aan toeging.



Riet Van Den Broeck

Waarom schreef je je in voor de opleiding medication review?

(Riet) 'Ik schreef me in omdat ik mijn patiënten een extra zorg wou bieden, om de samenwerking met de artsen te bevorderen, maar ook om te laten zien wat we als apothekers kunnen betekenen in de eerste lijn.'

(Valerie) 'Ik deed het uit interesse. Ik geloof ook dat we mee moeten met deze ontwikkelingen om onze adviesrol sterker door te drijven.'

Wat deed je voor de reviews al van gevorderde farmaceutische zorg in de apotheek?

(Riet) 'GGG, medicatieschema's en MFO's.'

(Valerie) 'GGG, medicatieschema's, we zetten ook sterk in op een goede eerste uitgiftebegeleiding, nemen deel aan verschillende MFO's ...'

Hoe verlopen de reviews in de praktijk?

(Riet) 'Ik ga steeds naar de patiënten thuis voor het gesprek. Momenteel werk ik samen met twee tot drie huisartsen en ik merk ook dat het contact met hen verbeterd is sinds het project. De artsen zijn zeer enthousiast en willen vanaf nu graag elke maand een overleg inplannen.'

(Valerie) 'Goed, zoals Riet zegt. Wij werken zelf met twee artsen samen. De gesprekken met de patiënten gebeuren bij ons bij voorkeur in de apotheek, het gesprek met de arts is in hun kabinet.'

Merken jullie struikelblokken op tijdens dit project? Hoe heb je dit opgelost?

(Riet) 'Medication review is een tijdrovende taak. De voorbereiding en het verslag gaan wel sneller hoe vaker je het doet, maar het gesprek met de patiënt blijft toch wel tijdrovend (gemiddeld 30-45 minuten).'

(Valerie) 'Ik ben soms ook niet helemaal zeker van mijn stuk, dus hiervoor is het belangrijk dat we goed begeleid worden en kunnen overleggen met de andere deelnemers. Daarnaast zijn de patiënten soms ook een struikelblok. Soms willen of durven ze niet ingaan op onze voorstellen (bv. het afbouwen van bepaalde geneesmiddelen ...).'



Valerie Storms

Waarom zouden we medication review dan uitvoeren? Met andere woorden: wat is de meerwaarde van een medication review voor

• Apotheker

(Riet) 'Als apotheker krijg je zo een volledig beeld van de patiënt en het contact met zowel patiënt als arts verbetert enorm.'

(Valerie) 'Inderdaad, en zo kunnen we echt met het geneesmiddelengebruik bezig zijn. De reviews verruimen onze blik.'

• Arts

(Riet) 'Artsen leren er heel veel van en geven dit ook toe.'

(Valerie) 'Artsen zien dit als iets welkom, ze zijn zeer enthousiast. Door de reviews hebben ze ook de mogelijkheid om stil te staan bij bepaalde zaken.'

• Patiënt

(Valerie) 'Voor de patiënt zijn er alleen maar voordelen: als er niets uit de review komt zijn ze gerustgesteld dat alles in orde is. Maar meestal komt er wel iets uit, al is het maar iets praktisch. Therapie wordt voor hen (gratis) geoptimaliseerd.'

(Riet) 'Concreet heb ik ook al voor patiënten met nierinsufficiëntie dosisaanpassingen kunnen aanraden, of merkte ik enkele relevante interacties op bij een hartpatiënt.'

Wat heb je geleerd uit de opleiding medication review?

(Riet) 'Superveel, voornamelijk het analyseren van bloedresultaten en hoe dit in het totaalplaatje van alle informatie te bekijken. Daarnaast vond ik het ook heel belangrijk dat ik leerde welke betrouwbare bronnen ik makkelijk kan raadplegen in de apotheek.'

(Valerie) 'Veel, vooral inhoudelijk. Ik was voorheen helemaal niet mee met de interpretatie van de labwaarden. Ook de les over communicatie heeft me veel praktische tips bijgebracht, vooral in verband met communicatie met de artsen.'

Raad je de opleiding aan bij andere collega's?

(Riet) 'Zeker, ik denk dat het alleen maar een meerwaarde kan zijn voor ons beroep en dat we dit in de toekomst meer en meer gaan moeten doen om te tonen wat we kunnen doen in de eerste lijn.'

Ga je na het proefproject reviews blijven uitvoeren?

(Riet) 'We hopen van wel, maar we moeten nog wel even kijken hoe we dit praktisch gaan doen (bv. selectie van patiënten). De artsen zijn ook vragende partij om dit te blijven doen.'

(Valerie) 'Dat is ook onze bedoeling!'

Nieuwe cyclus

Ondertussen hebben we geleerd uit het proefproject en willen we graag een nieuwe reeks apothekers opleiden rond medication review. De feedback van de deelnemers van de eerste cursus zorgde voor een vernieuwd en aangepast programma. Het programma wordt gespreid over één weekend in december. We starten op zaterdagmiddag en sluiten af op zondag met een 'aperitiefje'. Tijdens het weekend doe je alle kennis op die je nodig hebt om aan de slag te gaan. Daarnaast staan we ook in voor opvolging van deelnemers gedurende één jaar. We helpen de deelnemers met al hun inhoudelijke vragen en ze kunnen hun wetenschappelijke achtergrond bijschaven via e-learning, die speciaal voor hen ontwikkeld zijn.

We starten de reeks met een startersavond samen met een lokale arts die je zelf kan meebrengen op 23 oktober 2018. Tijdens deze les wordt er kennism gemaakt met het concept medication review en tonen we het nut hiervan aan met behulp van casussen. Als afsluiter is er ook een terugkomavond op 12 maart 2019. Op de terugkomavond komen er casussen van de deelnemers aan bod, waarbij we samen overleggen wat bij deze patiënten de meest ideale oplossing is. Aangezien de deelnemers van de eerste cyclus hun kennis niet willen verliezen, gaan we vrijblijvend twee keer per jaar een zeer praktijkgerichte casusavond organiseren waaraan alle deelnemers van afgelopen cursussen kunnen deelnemen.

| Zaterdag 1 december 2018 | | Zondag 2 december 2018 | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| 13u-14u | Lunch en inleiding | 9u30-12u | Labowaarden |
| 14u-16u | Communicatietraining: weerstand van patiënt en andere zorgverleners | 12u-13u | Lunch |
| 16u-16u30 | 4-uurtje | 13u-14u30 | Kritisch kijken naar casussen |
| 16u30-18u30 | Workshop raadpleging bronnen en richtlijnen | 14u30-16u30 | Praktijkgerichte casussen |
| | | Vanaf 16u30 | Tapas en aperitief |

Aangezien medication review een heel leerrijke maar toch wel tijdrovend taak is, zijn we ook bezig om te onderzoeken hoe deze taak best geïmplementeerd kan worden in de Belgische setting en hoe we hier een gepaste vergoeding voor kunnen krijgen. Maar nu dienen we eerst te bewijzen dat wij de geschikte zorgverlener zijn voor deze taak.

Bronnen

- Huybrechts J. Medicatiereview in de apotheek: Hoever kunnen we gaan? 2016
- Hatah E, Braund R, Tordoff J, Duffull SB. A systematic review and meta-analysis of pharmacist-led fee-for-services medication review. Br J Clin Pharmacol. 2014;77(1):102-115. doi:10.1111/bcp.12140

PRAKTISCH

Wil je graag ook een van de pioniers worden? Schrijf je dan snel in via www.kava.be/medicationreview. Aangezien we instaan voor een zo goed mogelijke begeleiding, is het aantal deelnemers sterk beperkt. Niet aarzelen dus!

Data

23 oktober 2018 20u15: startersavond met artsen
1-2 december 2018: weekend
13 maart 2019 20u15: terugkomavond

Prijs

| | CYCLUS |
|------------|-----------------------------|
| KAVA-leden | € 500 (of € 156*) btw excl. |
| Niet-leden | € 750 (of € 306*) btw excl. |

* Bij gebruik van kmo-portefeuille en paritair comité.

Credits

Voor deze reeks krijg je 18 CREDITS in DOMEIN A (in aanvraag) en 3 CREDITS in DOMEIN C (in aanvraag).



Apr. Annelen Robberechts – Meduca

Vlaamse registratiebelasting

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.

De verlaging van de Vlaamse registratiebelasting tot 7 % is een feit. De kranten hebben er reeds uitvoerig over geschreven. De Vlaamse registratiebelasting van 7 % is ondertussen van toepassing en dit op alle verkoopovereenkomsten afgesloten vanaf 1 juni 2018 (Decreet 18 mei 2018, BS 28 mei 2018, p. 44142). Dit betekent echter niet dat het tarief van 10 % niet langer bestaat! Verder gaan we in op een aantal toepassingen waarbij dit van belang is.

Zoals te verwachten, sneuvelen er ook een aantal zaken, m.a.w. een aantal verlagingen van de registratiebelasting behoren tot het verleden. We sommen deze even (beperkt) op:

- Het zogenaamde klein beschrijf van 5 % registratiebelasting is afgeschaft. Pro memorie: dit was enkel van toepassing wanneer (o.a.) het kadastraal inkomen (KI) van de woning lager was dan 745 EUR. In functie van het aantal kinderen ten laste kon het grensbedrag van 745 EUR nog verhoogd worden.
- Het abatement/bij-abatement (pro memorie: dit betreft de vermindering van de heffingsgrondslag met 15 000 EUR of 25 000 EUR) en het renovatie-abatement zijn evenzeer afgeschaft. Let wel: de meeneembaarheid van de betaalde registratiebelasting werd niet afgeschaft (zie verder).

Zoals al vermeld is het tarief van 10 % registratiebelasting nog steeds van toepassing en in feite nog steeds de regel. Wanneer aan een aantal voorwaarden is voldaan kan dit 10 %-tarief verlaagd worden tot 7 %. Opgelet: het is geen vereiste dat alle kopers aan (alle) de voorwaarden voldoen. Stel dat een woning wordt aangekocht door meerdere kopers dan is het mogelijk dat één of meerdere van de kopers het 7 % tarief genieten en de andere(n) dan weer niet.

Zonder ook hier in detail te treden, gaan we op de voorwaarden in met enkele klemtonen die voor een apotheek/apotheker van belang kunnen zijn.

Het dient te gaan over een 'woning' die in het Vlaams Gewest moet gelegen zijn

Art. 1.1.0.0.2 lid 12, 6° VCF verduidelijkt wat hieronder wordt begrepen:

Een 'woning' is 'het huis of het geheel of het gedeelte van een verdieping van een gebouw dat hetzij dadelijk, hetzij na normale herstellings- of onderhoudswerken hoofdzakelijk dient of zal dienen tot huisvesting van één gezin of een persoon, met in voorkomend geval de aanhorigheden die tegelijk met het huis, het geheel of het gedeelte van een verdieping worden verkregen'.

Twee zaken zijn hierbij van belang: hoofdzakelijk én aanhorigheden ...

Het onroerend goed moet 'hoofdzakelijk' dienen tot huisvesting van een gezin of een persoon. Dit betekent dus dat wanneer de woning een gemengde bestemming kent (denk maar aan een apotheek met woonstgedeelte) dan is het tarief van 7 % registratiebelasting van toepassing wanneer het apotheekgedeelte ondergeschikt is (m.a.w. het woongedeelte is groter dan het beroepsgedeelte) aan de woonfunctie van het gebouw. In het omgekeerde geval zal het tarief van 10 % van toepassing zijn.

M.a.w. wanneer de aankoop van het gebouw bestaat uit een woongedeelte en een bedrijfsgedeelte doch het woongedeelte is een afgescheiden deel, dan kan het 7 %-tarief alsnog van toepassing zijn maar dan enkel voor het woongedeelte, maar dan zal er een opsplitsing van de heffingsgrondslag in de koopakte moeten worden opgenomen.

Samengevat: wanneer het gebouw niet hoofdzakelijk bestemd is voor de (eigen) huisvesting, m.a.w. als het woongedeelte ondergeschikt is aan het beroepsgedeelte, dan kunnen er twee mogelijkheden zijn (Standpunt Vlabel 18031): is het gebouw opsplitsbaar in woon- en bedrijfsgedeelte dan kan het woon-

gedeelte genieten van het 7 %-tarief. In het andere geval (dus niet opsplitsbaar) dan kan het 7 %-tarief in zijn geheel niet worden toegepast.

Ook de zogenaamde 'aanhorigheden' worden mee opgenomen.

Ook dat begrip wordt gedefinieerd (art. 1.1.0.0.2 lid 12, 2° VCF). *Aanhorigheid: elk gebouwd of ongebouwd onroerend goed dat volgens de aard, de ligging, de oppervlakte en de waarde ervan een normale bijhorigheid vormt, al naargelang het geval, hetzij van het huis of de verdieping of het gedeelte van verdieping, hetzij van een op te richten woning*. Bijvoorbeeld de tuin of een aanpalende garage die eventueel als opslagruimte van geneesmiddelen wordt gebruikt, komt mee in aanmerking.

In de nieuwe regeling valt ook op dat een bouwgrond niet in aanmerking komt voor het 7 %-tarief. Een bouwgrond is (art. 1.1.0.0.2 lid 12, 7° VCF) *een perceel grond dat stedenbouwkundig bestemd is tot woningbouw of een onroerend goed dat ermee wordt gelijkgesteld. Het geheel of het gedeelte van een gebouw dat, pas na de uitvoering van andere werken dan normale herstellings- of onderhoudswerken, kan dienen tot huisvesting van een gezin of een persoon, met in voorkomend geval de aanhorigheden die tegelijk met het gebouw worden verkregen, wordt met een bouwgrond gelijkgesteld*. Als de bouwgrond een 'aanhorigheid' uitmaakt, dan is het 7 %-tarief wel mogelijk.

Het gevolg is dan ook dat wanneer men een woning op plan aankoopt, men het tarief van 7 % niet kan genieten! Ook niet wanneer de woning op het ogenblik van de aankoop al woonbaar is want dan zal (vermoedelijk) deze woning onder het btw-stelsel aangekocht worden en dit zowel voor de grond als het gebouw. De reden hiervoor is dat de registratiebelasting (hetzij 7 % of 10 %) enkel geldt voor bestaande woningen. M.a.w. zo een verkocht gebouw 'nieuw' is (d.w.z. tot twee jaar na het jaar van de eerste ingebruikname of eerste inbezitting) zal er btw verschuldigd zijn (en dit over het gebouw én zelfs eventueel over de grond), bv. het geval bij een aankoop van een woning op plan.

De aankoop moet een geheelheid in volle eigendom uitmaken

De koper(s) moet(en) de geheelheid *in volle eigendom* van de woning kopen. Een of meer natuurlijke personen die 'samen en gelijktijdig' de geheelheid in volle eigendom van een woning verkrijgen, is ook geen beletsel. Vlabel heeft hierover een standpunt (standpunt 18044) ingenomen. Hierop gaan we niet in detail in. Maar voor apothekers kunnen de volgende twee gevallen wel van belang zijn en daarom vermelden we ze.

De voorwaarde dat de koper een natuurlijk persoon moet zijn, wordt voor elke koper individueel beoordeeld. Dat betekent bijvoorbeeld dat bij de aankoop door een natuurlijk persoon samen met een vennootschap van de geheelheid in volle eigendom van een woning, de koper-natuurlijke persoon wel aanspraak kan maken op het tarief van 7 %.

Voorbeeld: X (apotheker-natuurlijk persoon) koopt samen met Y (apothekervenootschap) een woning als volgt: X voor 80 % in volle eigendom en de apothekervenootschap Y voor 20 % in volle eigendom. X komt in aanmerking voor de 7 % op 80 % van de volle eigendom die hij/zij aankoopt. Apothekervenootschap Y daarentegen betaalt 10 % op de volle eigendom van 20 %.

De voorwaarde dat de geheelheid in volle eigendom gekocht moet worden, wordt door Vlabel beoordeeld voor de volledige verkrijging.

Voorbeeld: X (apotheker-natuurlijk persoon) koopt samen met Y (apothekervenootschap), X de blote eigendom, Y het vruchtgebruik. X komt in aanmerking voor de 7 % op de aankoop van de blote eigendom.

Ook is er vereist dat de verkrijging de aard heeft van een 'zuivere aankoop'. Een verkrijging, die weliswaar onder de toepassing van het verkooprecht valt, maar die burgerrechtelijk gezien niet voldoet aan de definitie van een koop in de enge zin, komt bijgevolg niet in aanmerking voor de toepassing van de verlaagde tarieven. Dit is onder meer het geval voor een ruil, een verkrijging onder bezwarende titel die anders wordt vergoed dan met een prijs in geld en een verkrijging van onverdeelde delen (Vlabel).

Wie bijvoorbeeld een woning wenst te onttrekken aan zijn apothekervenootschap (stel het betreft een naamloze vennootschap) zal geconfronteerd worden met het zogenaamde verkooprecht (10 % registratiebelasting). Niettegenstaande het tarief van 10 % registratiebelasting aan de orde is, kan men toch niet genieten van het 7 %-tarief en dit omwille van het feit dat het geen 'zuivere aankoop' betreft in de burgerrechtelijke zin.

Geen eigenaar zijn van een andere woning of bouwgrond

De koper mag nog niet voor de *geheelheid in volle eigendom* eigenaar zijn van een andere woning of bouwgrond (!). Dit betekent dan ook dat een koper die slechts een deel van een andere woning in onverdeeldheid in volle eigendom bezit, wel in aanmerking kan komen voor de 7 %. Evenzeer wanneer deze koper de andere woning slechts in blote eigendom of in vruchtgebruik bezit. Dit laatste is voor velen niet onbelangrijk ...

Bezit men reeds een onroerend goed (woning) in het buitenland (bv. in Spanje of Frankrijk) dan is er voor het tarief van 7 % ook hier een probleem. M.a.w. woningen of bouwgronden die gelegen zijn *buiten België mogen niet vergeten worden!* Dit kennen we immers ondertussen ook bij andere wetgeving, denk maar aan de (geïntegreerde) woonbonus...

Wie in België reeds een 'buitenverblijf' heeft onder de vorm van een chalet of caravan, moet dan weer met het volgende rekening houden: *"Het bezit van een caravan, chalet belet de aankoop van een woning onder het regime van het verlaagd tarief in principe niet, TENZIJ men bij de aankoop van de caravan, chalet ook reeds een verlaagd tarief heeft genoten, en het aldus zelf als woning heeft beschouwd. In dat geval is het verlaagd tarief enkel mogelijk mits toepassing van de regel van het causaal verband (en dus vervreemding van caravan of chalet)",* aldus Vlabel.

Wat dit causaal verband betreft (dit is de tijdige vervreemding van de bestaande woning), heeft Vlabel zich ondertussen ook reeds uitgesproken. Samengevat komt het neer op het volgende:

Zo er een tweede verhinderende woning is, zijn er twee mogelijkheden:

- Ofwel betaalt de koper meteen slechts het verlaagd tarief van 7 % en verbindt hij zich ertoe om het zogenaamd verhinderend bezit binnen het jaar te verkopen. Opgelet: lukt dit echter niet, dan moeten er aanvullende rechten betaald worden, verhoogd met een belastingverhoging van 20 % van de aanvullende rechten.
- Ofwel koopt de koper in eerste instantie tegen betaling van het normale tarief van 10 %. Lukt de verkoop van het verhinderend bezit alsnog binnen het jaar dan kan het te veel aan betaalde registratiebelastingen teruggevraagd worden.

Let wel! Vlabel aanvaardt overmacht als de verkopers aantonen dat ze alles in het werk hebben gesteld om tijdig te verkopen, maar dat er zich een onvoorziene gebeurtenis heeft voorgedaan die onafhankelijk is van hun wil waardoor de koop niet tijdig werd gesloten (bv. de koop is afgesprongen door de schuld van de kopers).

Verplichte inschrijving in het bevolkingsregister

De koper, onder het verlaagd woningtarief, moet zijn inschrijving in het bevolkingsregister nemen op het adres van de gekochte woning en dit binnen twee jaar vanaf de datum van de authentieke aankoopakte. Een minimumduur van inschrijving, voor het behoud van de verlaagde tarieven, wordt daarentegen niet gesteld.

Woning met energetische renovatie: registratiebelasting van 6 %

Het tarief van 7 %, zoals vermeld hierboven, kan verder verlaagd worden naar 6 %. De koper moet er zich dan wel toe verbinden de woning ingrijpend energetisch te renoveren en dit binnen een termijn van vijf jaar na de aankoop.

Woning bestemd voor verhuur aan een sociaal verhuurkantoor ...

Zoals hierboven vermeld zijn er verschillende voorwaarden van belang. Het dient in feite (o.a.) de 'enige' en 'eigen' woning te zijn. Doch het is mogelijk dat een (of verschillende) natuurlijke persoon een woning koopt aan 7 % zonder er zelf in te gaan wonen (dus niet 'eigen' woning). Weliswaar enkel wanneer deze woning binnen drie jaar na de aankoop verhuurd werd aan een *erkend sociaal verhuurkantoor* en dit voor minimaal negen jaar.

Bijkomende vermindering

Bovenop de verlaagde tarieven van 7 % en 6 % kan de koper van een woning een bijkomende rechtenvermindering verkrijgen.

Deze vermindering bedraagt 5600 EUR (bij toepassing van het 7 %-tarief) of 4800 EUR (bij toepassing van het 6 %-tarief). Weliswaar enkel wanneer de koopprijs (of verkoopwaarde) lager is dan 200 000 EUR. Wanneer de woning gelegen is in één van de 'kernsteden' of gemeenten uit de Vlaamse Rand rond Brussel geldt een verhoogde bovengrens van 220 000 EUR. Een lijst van de betreffende steden is beschikbaar.

De meeneembaarheid blijft behouden ...

De meeneembaarheid betreft een techniek waarbij de eerder betaalde registratiebelasting in mindering gebracht kan worden op de verschuldigde registratiebelasting bij een nieuwe aankoop van een onroerend goed. Weliswaar onder een aantal strikte voorwaarden. Eén van deze voorwaarden betreft dat het bedrag geplafonneerd is tot 12 500 EUR. De meeneembaarheid kan op twee manieren plaats vinden: de verrekeningsverrichting of de terugaafverrichting.

Deze meeneembaarheid van de registratiebelasting blijft van toepassing. Bijkomend wordt zelfs het vermelde plafond van 12 500 EUR voortaan geïndexeerd, wat voorheen niet het geval was.

Ook de teruggave bij snelle wederverkoop blijft behouden, maar ...

Het is alom bekend dat wanneer men een onroerend goed heeft aangekocht tegen 10 % registratiebelasting en dit onroerend goed terug verkoopt binnen de twee jaar (te rekenen van datum van authentieke (aankoop)akte tot authentieke (verkoop)akte), men 60 % (3/5) van de betaalde registratiebelasting kan terugkrijgen via de zogenaamde procedure van ontheffing. Deze manier van teruggave blijft behouden maar dan wel enkel voor wie 10 % heeft betaald! M.a.w. wanneer men een woning heeft aangekocht tegen (bv.) 7 % en deze woning snel/tijdig terug heeft verkocht, kan men van de teruggave-procedure (3/5) niet genieten. Enkel de hierboven vermelde meeneembaarheid kan toegepast worden.

Besluit

Hat tarief van 10 % registratiebelasting kan voortaan verlaagd worden naar 7 %. Er moet aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Samengevat betreft het de volgende:

- de woning moet in het Vlaams Gewest gelegen zijn;
- de koper(s) moet(en) een natuurlijk persoon zijn;
- het voorwerp van de koop moet een woning zijn;
- het moet gaan om een 'zuivere' aankoop;
- de kopers moeten de geheelheid in volle eigendom van de woning kopen;
- de koper(s) moet(en) binnen 2 jaar hun inschrijving nemen in het bevolkingsregister op het adres van de gekochte woning;
- de koper(s) mogen niet al eigenaar zijn van een andere woning of bouwgrond ('uitsluitingsregel'), tenzij die binnen het jaar wordt verkocht;
- de koper(s) moet(en) in de koopakte enkele verklaringen 'pro fisco' afleggen.

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



Opening KAVA Congrescentrum (KCC) – juni



Successieplanning brengt gemoedsrust. Ook als u zich nog te jong voelt.

Zelfs als uw pensioen nog veraf is, is stilstaan bij successie verrijkend. Onze experts berekenen hoeveel u nodig hebt om later financieel onafhankelijk te zijn en wat er overblijft om de kinderen ooit een duwtje in de rug te geven.

Successieplanning gaat over de organisatie van een zorgeloze toekomst voor u en uw naasten. En dat doet u best op een moment dat er nog genoeg ruimte is om te plannen en bij te sturen. Weet u trouwens wie uw wettelijke erfgenamen zijn?

Neem uw nalatenschap daarom vandaag in handen en maak vrijblijvend een afspraak via www.bankvanbreda.be/contact.

**Bank
J.VanBreda&C°**

Enkel voor ondernemers en vrije beroepen



Na enkele jaren stof bijten en uitwijken naar de congreszaal in de Lange Leemstraat, werd in juni het KCC eindelijk plechtig ingehuldigd. Geniet mee van enkele sfeerfoto's, op de Facebookpagina vindt u er nog talloze andere. Van harte welkom op een van de vele opleidingen, cursussen, vergaderingen, besprekingen of gespreksavonden in het KCC!





AGENDA 2018

| DATUM | ACTIVITEIT | WAAR? | INLICHTINGEN TEL. |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|
| 10/09/18 | Apinto: farmaceutische zorg bij de nieuwe antidiabetica | KAVA 20u15-22u00 | 03/280 15 01 |
| 12/09/18 | Apinto: farmaceutische zorg bij de nieuwe antidiabetica | KAVA 20u15-22u00 | 03/280 15 01 |
| 13/09/18 | Back to basics - opfriscursus farmacologie (acute en chronische pijn) | KAVA 20u00-23u00 | 03/280 15 01 |
| 18/09/18 | KAVA prijs: jubileumeditie | KAVA 20u15-23u00 | 03/280 15 01 |
| 20/09/18 | Back to basics - opfriscursus farmacologie (maag/darm) | KAVA 20u00-23u00 | 03/280 15 01 |
| 24/09/18 | IPSA: luchtwegaandoeningen astma en COPD | UA 20u-23u00 | 03/280 15 01 |
| 25/09/18 | Pharmacy Online | KAVA 20u15-23u00 | 03/280 15 01 |
| 26/09/18 | JAVA: cosmetica les 1 - aanbod cosmetische firma's | KAVA 20u15-23u00 | 03/280 15 01 |
| 27/09/18 | Senioren voordracht | KAVA 14u30-17u30 | 03/280 15 01 |
| 27/09/18 | Back to basics - opfriscursus farmacologie (Parkinson en jicht) | KAVA 20u00-23u00 | 03/280 15 01 |
| 27/09/18 | Medicatiehistorieken: Cardiologie en diabetes | UA 20u-23u00 | 03/280 15 01 |
| 3/10/18 | Stagedag: Wie of wat kan jou als jonge apotheker helpen? | KAVA 9u-17u | 03/280 15 01 |
| 3/10/18 | IPSA: begeleiding van mijn diabetespatiënt | KAVA 20u-23u00 | 03/280 15 01 |
| 4/10/18 | Back to basics - opfriscursus farmacologie (depressie) | KAVA 20u00-23u00 | 03/280 15 01 |
| 8/10/18 | IPSA: ambulante anti-biotica-gebruik | UA 20u-23u00 | 03/280 15 01 |
| 9/10/18 | IPSA: FTA diabetes 2 | KAVA 9u00-12u30 | 03/280 15 01 |
| 10/10/18 | JAVA: cosmetica les 2 - over jeuk, eczeem en actieve bestanddelen in crèmes | KAVA 20u15-23u00 | 03/280 15 01 |

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

PERSONALIA

Geboortes

SVERRE

Op 21 juni 2018, tweede kindje van collega Tom DE BAKKER en Isabelle Bevers uit Sint-Job-in-'t-Goor.

KAVA wenst de jonge ouders van harte proficiat!



Overlijdens

Op 17 juni 2018 overleed op de leeftijd van 81 jaar collega Jacqueline VAN REETH uit Wilrijk, echtgenote van de heer Paul Aerts; moeder van collega Catherine AERTS uit Antwerpen.

Op 30 juli 2018 overleed op de leeftijd van 92 jaar collega Jos WEYNS uit Reet, weduwnaar van Maria De Wolf; vader van collega Jan WEYNS uit Hemiksem.

Op 8 augustus 2018 overleed op de leeftijd van 95 jaar collega Ben HUYGHE uit Onze-Lieve-Vrouw-Waver, erelid van KAVA, weduwnaar van mevrouw Griet Braeckmans.

KAVA betuigt de familieleden haar oprechte deelneming.



ANTWERPS FARMACEUTISCH TIJDSCHRIFT
NUMMER 6 - 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 haaruitval*
- *Klare labowaarden 'Picornavirus-infecties'*
- *Pharmanology 2018*
- *Project voorkamerfibrillatie*
- *KAVA prijs – 10^e editie*

AFT 7 van 2018 verschijnt in oktober!

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

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 abonn. 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 ●

REGISTRATIES OPEN

REGISTREER en BESTEL
UW GRATIS TICKETS op
www.pharmanology.be

De inschrijvingen voor Pharmanology 2018 zijn **vanaf nu open**. De beurs bezoeken is gratis mits uw registratie op voorhand.

We kijken ernaar uit u te verwelkomen op de beurs !





En wat als hij uw apotheek bezoekt?

Bescherm uw gegevens en die van uw patiënten!
In samenwerking met AXA, ontwikkelde Curalia:

Cyber Protection,
een verzekering cybersecurity voor uw apotheek.

5 specifieke dekkingen tegen de cyberrisico's:

- Aantasting van gegevens en programma's
- Schending van de bescherming van persoonsgegevens
- Poging tot cyberafpersing
- BA cyber
- E-reputation

- + Experts 24u/24 beschikbaar om u te helpen,
- + Een financiële bescherming tegen cybercriminelen voor minder dan € 1 per dag

Cyber Protection, uw beste garantie tegen cybercriminaliteit

Meer info?

→ **Contacteer ons**

via info@curalia.be of 02/735.80.55



Curalia