



# Dialogo

Prof. Olivier Michel (UVC Brugmann)

## De follow-up door de apotheker heeft alleen maar voordelen voor de patiënt

Wat vinden specialisten van de begeleidingsgesprekken die apothekers binnenkort zullen kunnen aanbieden aan patiënten die een nieuwe behandeling tegen astma starten? We stelden de vraag aan professor Olivier Michel, verantwoordelijke van de dienst Immuno-allergologie in het UVC Brugmann. Hij ziet één prioritaire doelgroep: oudere astmapatiënten.

Met het oog op de naleving van het voorschrift van de arts, kan de begeleiding door de apotheker op vele vlakken interessant zijn, aldus professor Michel. Eerst en vooral omdat herhaling 'de moeder van de wetenschap' is. Artsen staan bovendien vaak onder tijdsdruk, wat niet bevorderlijk is voor een optimale informatieoverdracht aan de patiënten.

"U weet dat artsen op zeer korte tijd een hele hoop zaken moeten doen. Een raadpleging bij een specialist duurt gemiddeld 15 tot 20 minuten. Op die tijd moet hij de patiënt onderzoeken, een aantal vragen stellen, de resultaten van bijkomende onderzoeken analyseren,

een diagnose stellen en ten slotte een behandeling voorschrijven, ze uitleggen aan de patiënt en antwoorden op eventuele vragen. Alles gaat zeer snel; het therapeutische advies aan het einde van de raadpleging wordt vaak niet in optimale omstandigheden verstrekt. Is de patiënt nog wel aandachtig en ontvankelijk? Sommigen zijn waarschijnlijk al lang de draad kwijt..."

"Een groot deel van het advies dat de arts mondeling meegeeft gaat verloren zodra de patiënt de praktijk verlaat. Daarom geef ik de patiënt altijd een schriftelijke samenvatting mee van de belangrijkste informatie die ik hem zoniet heb meegedeeld. Maar niet iedereen doet dat. Wanneer de patiënt zijn geneesmiddelen gaat halen bij de apotheek, is er dus vaak nog heel wat werk om hem te informeren over de behandeling: advies om de correcte inname van de geneesmiddelen te garanderen, om de naleving van de behandeling te verbeteren, enz."

De therapietrouw vergt bijzondere aandacht, want ze levert vaak problemen op bij astmapatiënten. De voornaamste oorzaak

hiervan is de efficiëntie van de geneesmiddelen tegen de aanvallen.

"We onderscheiden drie aspecten in de behandeling van astma: de symptomatische behandeling, waarmee de patiënt snel de symptomen kan verlichten; de basisbehandeling, die men preventief moet volgen, vóór de uitbraak van de symptomen; en de complicaties op lange termijn, die men ook tracht te voorkomen met de basisbehandeling. De symptomatische behandeling is voor de meeste patiënten zeer efficiënt. Ze biedt onmiddellijk beterschap. Deze efficiëntie is echter problematisch, omdat veel patiënten hierdoor het nut van de basisbehandeling onderschatten. Velen van hen begrijpen niet waarom ze die basisbehandeling moeten volgen, omdat ze een zeer efficiënte oplossing hebben voor hun astma-aanvallen. Vooral ook omdat deze basisbehandeling geen enkel effect lijkt te hebben op korte termijn. Patiënten die het nut van de basisbehandeling inzien, zijn doorgaans patiënten die deze behandeling een hele tijd correct gevolgd hebben en die een verergering van hun symptomen vaststelden toen ze ermee stopten."



*"Wanneer de apotheker de geneesmiddelen aflevert, heeft hij de kans om de patiënt op het hart te drukken dat het noodzakelijk is de behandeling te volgen om haar voordelen op lange termijn te ervaren. Men moet erop aandringen dat het geneesmiddel moet worden genomen vóór het verschijnen van de symptomen, en dat de voorgeschreven dosissen moeten worden nageleefd. Het gebeurt immers maar al te vaak dat patiënten zelf de posologie aanpassen al naargelang van de symptomen die ze vaststellen."*

*"De niet-naleving van de behandeling kan ook te wijten zijn aan andere factoren, zoals een corticofobie of het opduiken van ongewenste neveneffecten. Cijfers tonen echter aan dat de basisbehandeling efficiënt is. Sinds de jaren '80 is er, samen met de toename van de verkoop van geïnhalerde corticoïden, een afname van de sterfgevallen door astma in heel wat landen. Bij de meeste patiënten kan men dankzij de regelmatige inname van een geïnhalerd corticoïde de astma goed beheren en heeft men een goede prognose op lange termijn."*

*"De nadruk op of herhaling van de informatie en het advies van de arts door de apotheker kan dus enkel maar voordeel hebben. Iedereen wint erbij: de patiënten maar ook de overheden. Voor de meeste patiënten kan astma immers in evenwicht worden gehouden met één enkel corticoïde. De combinaties, die veel duurder zijn, zijn enkel nodig wanneer de ziekte zich in een vergevorderd stadium bevindt. Een efficiënte follow-up van de astmapatiënten kan dus een grote impact hebben op het budget van de ziekteverzekering."*

Een follow-up van de naleving van de behandeling is niet de enige mogelijke taak voor de apotheker. Een goed begrip en de beheersing van de inhalatietechniek vormen een ander belangrijk aandachtspunt. Het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie benadrukt overigens dit punt: *Het is aangeraden om regelmatig de inhalatietechniek te controleren bij alle patiënten, in het bijzonder bij ouderen en kinderen.*

*"Volgens mij vormen de oudere astmapatiënten een belangrijke doelgroep*

*voor apothekers. Eenmaal boven de 70 jaar zijn er veel meer astmapatiënten en vaak gaat het ook om ernstigere gevallen. Momenteel bestaan er geen specifieke aanbevelingen voor deze groep patiënten, die nochtans bijzondere moeilijkheden kennen: een kleiner inademingsdebiet, kunstgebitten, enz. Vaak stellen we ook vast dat ze te kleine dosissen innemen bij hun behandeling... Bij deze patiënten ligt de frequentie van de ongewenste lokale neveneffecten van ingehaalde corticoïden hoger; deze ongewenste neveneffecten – droge mond, mycose, heesheid... – kunnen ervoor zorgen dat ze minder geneigd zijn de behandeling na te leven."*

*"Het advies van de apotheker om deze ongewenste neveneffecten te voorkomen – goed de mond spoelen, niet gorgelen, enz. – is dus zeer welkom voor de oudere patiënten. Het kan ook een goed idee zijn om hen gerust te stellen over algemene neveneffecten zoals bevende handen. Daarnaast kunnen er ook nog*

*andere pathologieën aanwezig zijn waardoor ze andere geneesmiddelen moeten innemen, die een invloed kunnen hebben op de efficiëntie van de geïnhalerde corticoïden."*

In het kader van begeleidingsgesprekken voor de nieuwe geneesmiddelen is er geen enkele formele verplichting om de behandelende arts te informeren. Voor professor Michel is deze informatie echter cruciaal.

*"Ideaal zou zijn dat er een standaardbrief wordt verzonden, waarmee de apotheker de arts op de hoogte kan houden van de follow-up. Ik vermoed echter wel dat als de apotheker in het kader van de begeleiding vaststellingen doet die aanpassingen aan de behandeling vergen, hij de arts hiervan automatisch op de hoogte zal brengen. Het tegendeel zou echt geen steek houden."*

François Bonheure

Apr. Frie Niesten (LCM)

## "Een cruciale stap voor ons beroep"

Zijn er eigenlijk wel apothekers nodig? Ja, omdat ze een toegevoegde waarde hebben. En die kunnen ze aantonen door een begeleidingsgesprek met astmapatiënten. Een gesprek met apr. Frie Niesten, lid van de Cel Geneesmiddelen en de Medische Directie van de Landelijke CM en één van de drijvende krachten achter dit baanbrekende project.

**Dit is een mijlpaal voor het beroep?**  
 "Daar ben ik het helemaal mee eens. Dit is een cruciale stap voor ons beroep. Bij mij is een licht gaan branden toen ik destijds het geruchtmakende artikel 'Are pharmacists necessary?' las. De auteur, een apotheker, vroeg zich daarin af of de hoge distributiekost voor geneesmiddelen wel gerechtvaardigd

is voor het afleveren van verpakkingen. Het antwoord lag in de vraag verborgen. De toekomst van ons beroep hangt af van onze toegevoegde waarde. Zelf heb ik meer dan 30 jaar in een apotheek gestaan, in Mechelen, en mijn aandacht ging vooral uit naar patiëntenzorg. Toen ik vier jaar geleden bij de CM begon te werken, had ik het gevoel dat apothekers bekeken werden als 'pillenschuivers'. Als apotheker was ik zo met zorg begaan, dat ik mij niet realiseerde dat wij dat imago hebben. Dit is een project dat laat zien dat de apothekers, los van de aflevering van geneesmiddelen, aandacht hebben voor de patiëntenzorg en meer in het bijzonder voor het resultaat van de therapie. Ik vind dit heel belangrijk voor onze rol in de maatschappij. We moeten terug naar onze core business



als apotheker en meer tijd besteden aan het begeleiden van de patiënt bij zijn therapie in plaats van vitamines en cosmetica te verkopen. Ik ben ervan overtuigd dat dit noodzakelijk is om van ons imago als kruidenier af te raken."

**De apotheker wordt nu voor het eerst vergoed voor farmaceutische zorg, zonder dat hij een verpakking aflevert?**

"Dit is ook een mijlpaal in het denken over de vergoeding voor apothekers. Bij de overstap naar het nieuwe vergoedingssysteem zijn we voorzichtig tewerkgegaan. Bij de omzetting van de totale margemassa voor apothekers naar 20% economische marge en 80% honoraria, wilden wij als mutualiteit toch van meet af aan de weg vrijmaken voor een vergoeding van de effectief geleverde zorg. Met de afleveringshonoraria zaten we nog altijd vast aan een vergoeding per verpakking en dus vonden we het heel belangrijk om van in het begin specifieke honoraria te voorzien, ook al waren die verbonden aan een aflevering van een geneesmiddelenverpakking.

We zijn met drie honoraria gestart: een eerste als een soort administratieve vergoeding voor de toepassing van de reglementering hoofdstuk IV, een tweede voor de taak van de apotheker bij een voorschrift op stofnaam - deze honoraria worden toegekend per akte - een derde, en dat vonden wij belangrijk, werd noodgewongen als forfait toegekend voor de begeleiding van de eerste uitgifte van een voor de patiënt nieuw geneesmiddel."

**Maar met een forfaitaire vergoeding stimuleer je de gemotiveerde apothekers niet?**

"Voor ons was het honorarium voor de eerste uitgiftebegeleiding heel belangrijk omdat dit de zorg voor de patiënt naar voren bracht en vergoedde. Omdat we te weinig zicht hadden op de verstrekte zorg en vooral op wat al dan niet een eerste uitgifte was, moesten we dit forfaitair doen. Bij de hervorming van het vergoedingssysteem was het de bedoeling om een verschil te maken tussen apothekers die zorg verlenen en deze die dit niet doen. Door het forfait is dat er nog niet van gekomen. Maar die eerste

stap van het forfait voor de eerste uitgiftebegeleiding moest er zijn voor ons om eventueel later iets in te plaats te kunnen stellen wat wel realistisch is. Daar zijn we nu in zekere zin in geslaagd. We hebben samengewerkt aan een gevalideerd en onderbouwd geheel van procesbeschrijving tot en met formulieren om die zorg te registreren. We werken ook met standaardvragenlijsten om de zorg te standaardiseren en te protocolleren. Ook proces- en kwaliteitsindicatoren moeten verder ontwikkeld worden. Daardoor kunnen we voor het eerst de effectief geleverde zorg vergoeden."

**Het nieuwe vergoedingssysteem moest de apothekers in eerste instantie beschermen tegen de spiraal van prijsdalingen. Nu begint het ook aan te sluiten bij de nieuwe rol van de apotheker?**

"Die eerste paar jaren waren nodig om het vertrouwen van het margeverhaal los te laten en het vertrouwen te vinden dat een honorarium als dit ook inkomsten kan genereren voor de apotheker. Wij als CM hebben heel sterk op de vergoeding van geleverde zorg aangedrongen, vandaar ook onze grote betrokkenheid bij dit project. Wij hebben altijd gezegd dat we het honorarium voor de eerste uitgiftebegeleiding willen terugbrengen tot een vergoeding per akte en dus niet meer forfaitair. Dit was voor een stuk de aanleiding voor APB om een apart honorarium voor een begeleidingsgesprek voor te stellen. Samen met mijn collega dr. Sumkay werden wij uitgenodigd om onze ideeën over de eerste uitgiftebegeleiding uit te wisselen en dat is uitgemond in een werkgroep die dit project van begeleidingsgesprekken heeft geconcretiseerd."

**Aanvankelijk was het de bedoeling om met dit begeleidingshonorarium te starten vanaf januari 2014. Vanwaar die haast om er toch nog dit jaar mee te beginnen?**

"Ik denk dat die haast er voornamelijk was op politiek vlak. Minister Onkelinx heeft er bij monde van haar kabinetsmedewerker Alain Bourda op aangedrongen om hier zo snel mogelijk mee van start te gaan. Volgend jaar zijn er weer federale verkiezingen en

een project zoals dit staat goed op het politieke palmares zeg maar. Wij gunnen haar dit palmares, maar voor ons was de datum geen prioriteit. De kwaliteit stond voorop, de voorbereiding en de uitwerking. Dit is een proeftuin om het honorarium voor de eerste uitgiftebegeleiding in de toekomst eventueel te gebruiken voor andere vormen van effectieve zorgbegeleiding. Daar willen we werk van maken."

**Maar doordat het zo snel moest gaan, zijn de artsen nog niet geïnformeerd. Riskeer je hierdoor niet dat ze dit initiatief als een bedreiging ervaren?**

"Tja, hier komen we op het vlak van de multidisciplinariteit. Ik heb dit project voorgesteld aan pneumoloog prof. Wilfried De Backer van het UZ Antwerpen en die was toch zeer enthousiast. Maar hij wees ons ook op de noodzaak om dit multidisciplinair uit te bouwen en niet alleen tot apothekers te beperken en er dus ook van in het begin zeker de artsen bij te betrekken. Of dit voor artsen bedreigend overkomt, zal nog moeten blijken. Hopelijk niet. Vanuit mijn eigen praktijkervaring ben ik er van overtuigd dat de artsen uit de buurt hier absoluut zullen achter staan; maar op voorwaarde dat ze hierover duidelijk - en vooraf - worden ingelicht.

**Is dat de taak van de lokale apotheker?**

"Ja, dat vind ik wel. Vanuit de werkgroep gaan we dit initiatief natuurlijk ondersteunen bij artsenverenigingen. Op dat niveau spelen natuurlijk ook 'politieke' motieven mee. Dit moet volgens ons vooral op lokaal vlak besproken worden. Wij pleiten ervoor om, parallel met dit project, op lokaal niveau MFO (medico-farmaceutisch overleg) op te starten. Wij denken dat het begeleidingsgesprek voor astmapatiënten een opportuniteit is om MFO van de grond te krijgen. Let op: het materiaal dat we de apothekers ter beschikking stellen is wetenschappelijk gevalideerd voor astma en niet voor COPD. Het is dus belangrijk om de focus te houden op astma, en dan stelt zich het probleem: waar ga je de indicatie halen? Op basis van de medicatiehistoriek of van hetgeen de patiënt vertelt, weet je niet altijd met zekerheid waarvoor het geneesmiddel is voorgeschreven. Daarom hebben



we dit project uitgebreid zodat naast de apotheker (en de patiënt) ook de arts dit begeleidingsgesprek kan voorstellen. Daarom breek ik ook een lans om verder te gaan en afspraken met artsen mogelijk te maken en MFO op te starten."

**Waarom is er zo weinig tijd tussen het eerste en tweede begeleidingsgesprek?**

"Daar heb ik zelf een beetje op aangedrongen. Het tweede gesprek mag niet te lang op zich laten wachten na het opstarten van de therapie. Het eerste gesprek is vooral een informatieoverdracht van de apotheker naar de patiënt. Het tweede gesprek is eerder andersom: wat heeft de patiënt ervaren, zijn er eventuele problemen met de therapie of nevenwerkingen veroorzaakt door de medicatie? De apotheker kan bepaalde zaken dan verhelderen of aanpassen, of terugverwijzen naar de arts. Als het tijdsverschil tussen beide gesprekken te groot is, riskeer je dat de patiënt voortijdig afhaakt. In wetenschappelijke publicaties wordt vaak een interval van een drietal weken aanbevolen. Daarom zeggen we: bij voorkeur tussen 3 à 6 weken. Maar dit is niet dwingend."

**Dit is heel nieuw voor apothekers. Ik kan me voorstellen dat sommigen er tegen opzien om een begeleidingsgesprek voor te stellen. Wat verwacht je zelf?**

"Wij verwachten hier uiteraard heel veel van. Wij zijn er ook van overtuigd dat apothekers dit al doen, maar nu gaat het om het aanbieden van geüniformiseerde en geprotocolleerde zorg. Een totaalpakket wordt aangeboden met beschrijving van de zorg, de uitwerking ervan naar de patiënt toe, het tegenstelbaar vastleggen ervan, de nodige kwaliteitsnormen worden ook beschreven en ook een volledig protocol is ter beschikking. Dat is nieuw. Ik denk dat dit in het begin beperkt zal zijn tot een groep gemotiveerde apothekers – en ik hoop dat het niet bij enkelen blijft – die dit zeker zullen aanbieden en die door hun getuigenissen collega's, die nu aarzelen om in te stappen, over de drempel zullen helpen. Het zal nascholing vergen, en daar moet voldoende aandacht voor zijn, maar

toch. Ik denk dat het materiaal dat de apothekers aangereikt krijgen een heel goede basis is voor wie hiermee wil starten. Dit project is vrij goed voorbereid. Ik heb er vertrouwen in dat dit een goeie aanzet is."

**Er zijn natuurlijk altijd praktische bezwaren aan te voeren: te veel om handen, geen plaats om een vertrouwelijk gesprek te voeren,...**

"Ach. Een begeleidingsgesprek overvalt je niet, dat gebeurt op afspraak. En wat die ruimte voor een vertrouwelijk gesprek betreft, daar moet natuurlijk aandacht voor zijn. Je moet zo'n gesprek niet voor de hele apotheek voeren, maar we moeten daar ook niet in overdrijven. Door een paar kleine ingrepen, bijvoorbeeld een aparte balie of een rode lijn, kun je al snel voor meer discretie zorgen."

**Een begeleidingsgesprek heeft maar zin als het ook effect heeft?**

"Dat is zo. We moeten deze zorg 'tegenstelbaar' maken aan de hand van kwaliteitsindicatoren: gebruiken astmapatiënten die een begeleidingsgesprek hebben gehad bijvoorbeeld minder 'acute' medicatie of hebben ze minder behoefte aan sterkere geneesmiddelen? Die kwaliteitsindicatoren kun je enkel meten als er een uniform protocol is, met onder meer standaardvragenlijsten, zodat niet ieder zijn eigen ding doet. Daar hebben we veel aandacht aan besteed."

**Iets anders. Het honorarium voor de begeleidingsgesprekken wordt gefinancierd door de indexmassa van het eerste trimester.**

"Het is belangrijk om daarop te wijzen, ja. Dit is inderdaad geen nieuw budget. Dit budget is er maar gekomen doordat de afleveringshonoraria pas vanaf 1 april geïndexeerd konden worden. Eerst was er sprake van om dit bedrag te gebruiken om het forfait voor de eerste uitgifte te verhogen, maar dat vonden zowel APB als wij geen goed idee. Omdat er dit jaar maar drie maanden overblijven voor begeleidingsgesprekken zal dit budget niet worden gebruikt.

Vanuit mijn eigen praktijkervaring ben ik er van overtuigd dat de artsen uit de buurt hier absoluut zullen achter staan; maar op voorwaarde dat ze hierover duidelijk - en vooraf - worden ingelicht.

Als mutualiteit vinden wij het belangrijk dat het apothekerskorps die indexmassa ontvangt. Alleen daarom steunen we het voorstel van APB om met de niet-gebruikte indexmassa het forfait te verhogen."

**Dit project moet volgend jaar worden verdergezet. Met welk budget?**

"Met een deel van de indexmassa. En als de afleveringshonoraria volgend jaar niet geïndexeerd zouden worden, kan dat budget uit het forfait voor de eerste uitgiftebegeleiding worden gehaald. Voor ons mag het forfait verdwijnen als dit bedrag gebruikt wordt om effectief geleverde zorg te vergoeden, ook in andere analoge projecten."

**Het begeleidingsgesprek voor astmapatiënten is nog maar de eerste aanzet. Wat kies je: dit project laten rijpen of nieuwe initiatieven lanceren?**

"Wij denken dat we op beide moeten inzetten. Onze eerste bekommernis is dit project laten aanvaarden door het apothekerskorps en nagaan of we onze vooropgestelde doelen realiseren en daarna pas, afhankelijk van de resultaten van deze proeftuin, met een volgend begeleidingsgesprek van start gaan. Maar ik denk dat we dit nu al moeten voorbereiden. Voor het beroep van apotheker is het belangrijk dat we daar niet te lang mee wachten."

Erik Beerten





Dr. Roland Lemye (Voorzitter van de BVAS)

## Informeren, van gedachten wisselen, overleg plegen

Door de aanzienlijke stroomversnelling waarin we de voorbije weken zijn terechtgekomen in het kader van de implementering van de begeleidingsgesprekken voor nieuwe medicatie, hadden we niet voldoende tijd om vooraf de artsen in te lichten. Hoe zullen zij het project onthalen? De eerste contacten die wij met de artsenvertegenwoordigers hebben gehad, zijn zeer positief. Dr. Roland Lemye, Voorzitter van de BVAS, vindt het zelfs een mooie kans om het overleg arts-apotheker opnieuw op de sporen te zetten.

*"Ik ben de ontwikkeling door de apothekers van hun competenties altijd gunstig gezind geweest; vooral wanneer deze in het verlengde liggen van de competenties van de arts, wat hier heel duidelijk het geval is. In een context waarin geneesmiddelen de neiging vertonen technisch moeilijker in te nemen te zijn, lijkt het project zoals het mij door de APB werd voorgelegd, zeer relevant te zijn. Dit*

*is mijn persoonlijk standpunt, want tot op heden werd het project nog niet voorgelegd aan het bureau van de BVAS, maar het is het standpunt dat ik zal verdedigen bij mijn collega's."*

*"De inname van een geneesmiddel goed uitleggen aan een patiënt en een monitoring uitvoeren van de therapietrouw is een volwaardig deel van de competenties van de apothekers. De bereidheid om hun rol te versterken op dit vlak is zeer positief, want het zal bijdragen tot een betere behandeling van de patiënt. Hoewel artsen de tijd nemen om aan de patiënt te tonen en uit te leggen hoe ze hun geneesmiddelen correct moeten innemen, betekent dit niet dat de patiënt dit ook daadwerkelijk zal doen. De tussenkomst van de apotheker vult deze informatie goed aan."*

*Deze complementariteit vergt een goede informatie over de inhoud en de doelstellingen van de begeleidingsgesprekken in het kader van een nieuwe medicatie. Volgens dr. Lemye*

*gaat het om een luik dat je zeker niet mag onderschatten.*

*"Het spreekt voor zich dat er in de praktijk een aanzienlijke informatie-inspanning zal moeten worden geleverd. Idealiter zou het project op lokaal vlak moeten worden voorgelegd via tussenkomst van de LOK's. Een goede communicatie is van primordiaal belang als we de toenadering en de samenwerking tussen onze twee beroepen willen aanmoedigen. Zonder doeltreffende communicatie is het moeilijk een vertrouwensklimaat te behouden."*

*"Persoonlijk ben ik altijd een vurig voorstander geweest van een dialoog tussen beide beroepen. Onder meer omdat deze dialoog essentieel is om de coherentie van onze respectieve boodschappen, bestemd voor de patiënt, te waarborgen. Verschillende boodschappen schaden de therapietrouw. Dit stellen we helaas in de praktijk vast met de generieke substitutie. Als we de therapietrouw willen verbeteren, moeten we aan de patiënt gelijklopende boodschappen geven die wederzijds worden versterkt."*

*Moet deze dialoog tussen beide beroepen deel uitmaken van een gestructureerde omkadering? De begeleidingsgesprekken lijken de gedroomde kans te zijn om het overleg tussen arts en apotheker opnieuw te lanceren. "Ik was en blijf voorstander van het overleg tussen arts en apotheker. Maar de concrete modaliteiten die men ons destijds wilde opleggen, waren onaanvaardbaar. Overleg buiten dergelijk kader is vanzelfsprekend eveneens mogelijk en zou bijvoorbeeld kunnen worden georganiseerd binnen onze representatieve beroepsverenigingen.*

*Dit project biedt daadwerkelijk de kans om na te denken over de hervatting van het overleg arts-apotheker en is vooral een mooie opportuniteit om met één stem naar de patiënt toe te gaan."*

François Bonheure