

FOLIA PHARMACOTHERAPEUTICA SEPTEMBER 2026

FOCUS

Nirsevimab of maternale RSV-vaccinatie: wat beschermt zuigelingen het best?

RSV-preventie bij zuigelingen kan gebeuren door vaccinatie van de moeder of door het toedienen van het monoklonaal antilichaam nirsevimab aan de baby. Is één van beide strategieën meer doeltreffend in het voorkomen van RSV-gerelateerde hospitalisatie?

Preventie van virale luchtweginfecties bij volwassenen: winter 2026-2027

De aanbevelingen van de HGR voor vaccinatie tegen influenza, COVID-19 en RSV overlappen grotendeels, maar verschillen op enkele belangrijke punten. Met dit overzicht kies je snel de juiste preventiestrategie voor elke patiënt.

NIEUWS

Nieuwe maatregel voor afleveren antibiotica per eenheid

Repertorium editie 2026: update van de laatste reeks hoofdstukken gepubliceerd

De hoofdstukken Bloed en stolling, Ademhalingsstelsel, Infecties, Antitumorale middelen en Neus-Keel-Oren zijn herzien en staan online. Ontdek hier de belangrijkste aanpassingen. In hoofdstuk Infecties is de geactualiseerde BAPCOC-gids geïntegreerd. Editie 2026 van het Repertorium is nu volledig beschikbaar.

NIEUWIGHEDEN GENEESMIDDELEN

Nieuwe vormen

- anifrolumab (Saphnelo®)
- bimatoprost gel (Elymbus®)

Nieuwe sterktes

- colecalciferol druppels 14.400 IE/1 ml (Vitamine D Will®)
- (peg)interferon alfa-2a (Pegasys® 90 en 135 µg®)
- saccharomyces boulardii (Enterol Forte®)

Wijzigingen in de indicaties

- glecaprévir + pibrentasvir (Maviret®)
- ruxolitinib voor cutaan gebruik (Opzelura®)
- upadacitinib (Rinvoq®)

Terugbetalingsvoorwaarden

- aflibercept (Opuviz®)
- humane immunoglobulinen 20 g/200 ml (Nanogam®)
- lactulose (Bifiteral®)
- levetiracetam (Keppra UCB®)
- actieve verbandmiddelen
- tadalafil susp. (Adcirca®)

Stopzettingen van commercialisatie

- chloorhexidine digluconaat zeep (Hibiscrub®)

- escitalopram orodisp. tabl. (Escitalopram AB®)
- isosorbidedinitraat 5 mg (Cedocard®)
- 2-valent vaccin tegen HPV (Cervarix®)

Focus

Nirsevimab of maternale RSV-vaccinatie: wat beschermt zuigelingen het best?

RSV-preventie bij zuigelingen kan gebeuren door vaccinatie van de moeder of door het toedienen van het monoklonaal antilichaam nirsevimab aan de baby. Is één van beide strategieën meer doeltreffend in het voorkomen van RSV-gerelateerde hospitalisatie? Een Franse observationele studie die de twee strategieën direct vergelijkt werpt licht op deze zaak.

Kernboodschappen

- Voor de **preventie van RSV-infecties bij zuigelingen** zijn momenteel **twee strategieën** beschikbaar: maternale vaccinatie tijdens de zwangerschap en passieve immunisatie van de baby met het monoklonaal antilichaam nirsevimab.
- Een Franse population-based cohortstudie met 42 560 zuigelingen (21 280 in elke groep) vergelijkt beide strategieën.
- Tijdens de follow-up periode werden 481 RSV-gerelateerde hospitalisaties geregistreerd: 212 in de nirsevimabgroep en 269 in de maternale vaccinatiegroep. Passieve immunisatie met **nirsevimab** was dus geassocieerd met een **lager risico op hospitalisatie voor RSV-geassocieerde lage luchtweginfecties** dan maternale vaccinatie (adjusted HR 0,74; 95% BI van 0,61 tot 0,88). Ook opnames op **pediatrische intensieve zorgen, nood aan beademing en nood aan zuurstoftherapie** waren significant lager.
- **Commentaar van het BCFI:**
Deze studie vergelijkt voor het eerst **beide RSV-preventiestrategieën rechtstreeks met elkaar**. Het gaat echter niet om een gerandomiseerde studie en de groepen waren bij aanvang niet volledig vergelijkbaar. Hoewel hiervoor statistisch werd gecorrigeerd, blijft residuele confounding mogelijk. De studie onderzocht enkel de effectiviteit, maar **niet de veiligheid** van beide strategieën.

Waarom is deze studie belangrijk?

RSV is een belangrijke oorzaak van luchtweginfecties en hospitalisatie bij jonge kinderen. Tijdens het winterseizoen zorgt het virus jaarlijks voor een aanzienlijke belasting van de pediatrische gezondheidszorg. Voor de preventie van RSV-infecties bij zuigelingen zijn momenteel twee strategieën beschikbaar: maternale vaccinatie tijdens de zwangerschap en passieve immunisatie van de baby met nirsevimab. Beide strategieën worden door de Hoge Gezondheidsraad (HGR) aanbevolen voor zuigelingen die hun eerste RSV-seizoen ingaan, zonder voorkeur voor één van beide strategieën¹ (situatie 01/07/2026).

Maternale vaccinatie met het RSVpreF-vaccin kan gebeuren tussen 24 en 36 weken zwangerschap. In de MATISSE-studie [\(zie Folia januari 2024\)](#) bedroeg de effectiviteit van maternale vaccinatie tegen ernstige RSV-geassocieerde lage luchtweginfecties bij de zuigeling 82% tijdens de eerste 90 levensdagen en 69% tijdens de eerste 180 levensdagen^{2,3}. Deze resultaten werden bevestigd in observationele studies: een Argentijnse studie rapporteerde een reductie van RSV-gerelateerde hospitalisaties met 79% bij kinderen jonger dan 3 maanden en met 77% bij kinderen jonger dan 6 maanden⁴.

Nirsevimab is een langwerkend monoklonaal antilichaam gericht tegen het fusie-eiwit van RSV. Één intramusculaire dosis aan de zuigeling biedt bescherming gedurende één RSV-seizoen. Gerandomiseerde studies bij gezonde kinderen tonen dat nirsevimab werkzaam is bij zowel premature als à terme zuigelingen ter preventie van RSV-gerelateerde lage luchtweginfecties (bescherming van 75% met een NNT van 19) en tegen RSV-gerelateerde hospitalisaties (bescherming van 79% met een NNT van 47)⁵ [\(zie Folia augustus 2024\)](#). Ook deze resultaten werden bevestigd in observationele real-world studies⁶.

Tot op vandaag waren er echter geen vergelijkende studies beschikbaar tussen beide strategieën. Deze Franse cohortstudie is de eerste die beide strategieën rechtstreeks vergeleek tijdens hetzelfde RSV-seizoen⁷.

Opzet van de studie

Deze population-based cohortstudie gebruikte gegevens uit het Franse *Système National des Données de Santé*, een nationale databank met longitudinale gegevens op individueel niveau van vrijwel de volledige Franse bevolking.

Het doel van de studie was het vergelijken van maternale vaccinatie met het RSVpreF-vaccin met passieve immunisatie van de zuigeling met nirsevimab voor de preventie van RSV-gerelateerde hospitalisaties.

Zuigelingen kwamen in aanmerking als ze geboren waren tussen 1 september en 31 december 2024, ontslagen werden vanaf 1 oktober 2024 en ofwel maternale vaccinatie ofwel nirsevimab hadden gekregen. Zuigelingen die beide strategieën ontvingen werden

geëxcludeerd, evenals kinderen van moeders die buiten het aanbevolen tijdsvenster gevaccineerd waren of kinderen die minder dan 14 dagen na maternale vaccinatie geboren werden. In die laatste situatie wordt immers een catch-up toediening van nirsevimab aanbevolen omdat de immuunrespons op het vaccin nog onvoldoende is op het moment van de geboorte.

Maternale vaccinatie gebeurde tussen 32 en 36 weken zwangerschap, nirsevimab werd toegediend aan de zuigeling na de geboorte, tijdens de opname op de materniteit. De keuze voor maternale vaccinatie of nirsevimab werd gemaakt in overleg tussen zorgverleners en ouders.

Omdat de studie niet gerandomiseerd was, werd gecorrigeerd voor verschillen tussen beide groepen. Daartoe werden de groepen 1:1 gematcht op basis van ontslagdatum uit de materniteit, geslacht, zwangerschapsduur en regio. Daarnaast werd statistisch gecorrigeerd voor een groot aantal maternale en neonatale kenmerken. Follow-up liep vanaf ontslag uit de materniteit tot RSV-gerelateerde hospitalisatie, overlijden of 28 februari 2025 (einde van het RSV-seizoen).

De primaire uitkomst was hospitalisatie voor RSV-geassocieerde lage luchtweginfecties. Secundaire uitkomsten waren opname op een (pediatrische) intensieve zorgafdeling, nood aan beademing en nood aan zuurstoftherapie. Voor de analyse werden Cox proportional hazard-modellen gebruikt.

Resultaten in het kort

In totaal werden 42 560 zuigelingen geïncludeerd, met 21 280 kinderen per groep. De gemiddelde leeftijd bij ontslag bedroeg 3,7 dagen (SD 1,4 dagen), 51,7% van de kinderen waren jongens en 98,7% werd à terme geboren. De mediane follow-up bedroeg 84 dagen (IQR 70 - 99 dagen).

Bij aanvang waren beide groepen niet volledig vergelijkbaar. Moeders die kozen voor maternale vaccinatie hadden vaker een hogere socio-economische status en waren vaker gevaccineerd tegen influenza, COVID-19 en kinkhoest tijdens de zwangerschap. De auteurs corrigeerden hiervoor, maar residuele confounding kan niet worden uitgesloten.

Primair eindpunt: Tijdens de follow-up werden 481 RSV-gerelateerde hospitalisaties geregistreerd: 212 in de nirsevimabgroep en 269 in de maternale vaccinatiegroep. Passieve immunisatie met **nirsevimab** was geassocieerd met een **lager risico op hospitalisatie voor RSV-geassocieerde lage luchtweginfecties** dan maternale vaccinatie (adjusted HR 0,74; 95% BI van 0,61 tot 0,88; met een number needed to treat (NNT) van 373).

De gemiddelde leeftijd van de zuigeling bij hospitalisatie bedroeg 38,9 dagen (SD 22,2 dagen). De meeste RSV-geassocieerde infecties betroffen in beide groepen bronchiolitis (96,5%). Bronchitis en pneumonie kwamen slechts sporadisch voor. De mediane opnameduur bedroeg 5 dagen (IQR 4 – 7 dagen).

Ook **secundaire uitkomsten** kwamen minder frequent voor in de nirsevimabgroep. In vergelijking met maternale vaccinatie was nirsevimab geassocieerd met:

- Minder opnames op **pediatrische intensieve zorgen** (adjusted HR 0,58; 95% BI van 0,42 tot 0,80; 0,3% opnames in de nirsevimabgroep versus 0,5% in de maternale vaccinatiegroep, NNT = 500)
- Minder **nood aan beademing** (adjusted HR 0,57; 95% BI van 0,40 tot 0,81; 0,2% in de nirsevimabgroep versus 0,4% in de maternale vaccinatiegroep, NNT = 500)
- Minder **nood aan zuurstoftherapie** (adjusted HR 0,56; 95% BI van 0,38 tot 0,81; 0,2% in de nirsevimabgroep versus 0,4% in de maternale vaccinatiegroep, NNT = 500).

De resultaten waren consistent in de verschillende subgroepanalyses, onder meer volgens geslacht, zwangerschapsduur en socio-economische status.

Beperkingen van de studie

De auteurs vermelden zelf een aantal beperkingen van de studie. Het betreft een **observationale studie, dus zonder randomisatie**. Ondanks matching en statistische correcties kunnen niet alle confounders uitgesloten worden. De groepen verschilden aanvankelijk op socio-economisch vlak en wat betreft maternale vaccinatie voor andere vaccins. Confounders waarvoor niet werd gecorrigeerd zijn bijvoorbeeld rookgedrag van de ouders of het al dan niet naar een kinderdagverblijf gaan.

De studie onderzocht enkel de effectiviteit, maar **niet de veiligheid** van beide strategieën. Voor maternale vaccinatie bestaan er

signalen over een mogelijk verhoogd risico op vroeggeboorte en op zwangerschapshypertensie, hoewel die voorlopig niet bevestigd worden in recente observationele gegevens⁸. Voor nirsevimab worden geen veiligheidsproblemen gemeld, maar de data zijn voorlopig beperkt.

Commentaar van het BCFI

Deze studie is relevant omdat zij voor het eerst **beide RSV-preventiestrategieën rechtstreeks vergelijkt**. De resultaten suggereren een lagere incidentie van RSV-gerelateerde hospitalisaties met nirsevimab dan met maternale vaccinatie. Ook andere ernstige uitkomsten, zoals opname op (pediatrische) intensieve zorgen, nood aan beademing en nood aan zuurstoftherapie kwamen minder frequent voor in de nirsevimab-groep. In absolute termen gaat het over kleine aantallen met een hoge NNT.

Toch moeten de resultaten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Het gaat niet om een gerandomiseerde studie en de groepen waren bij aanvang niet volledig vergelijkbaar. Hoewel hiervoor statistisch werd gecorrigeerd, blijft residuele confounding mogelijk.

De **HGR** beveelt op dit moment voor elke zuigeling jonger dan 1 jaar die zijn eerste RSV-seizoen ingaat **één van beide strategieën** aan: maternale vaccinatie tijdens de zwangerschap of toediening van nirsevimab aan het kind. Enkel in heel specifieke gevallen (bij hoogrisicokinderen) kan er toch voor worden gekozen om nirsevimab toe te dienen aan kinderen van gevaccineerde moeders. Voor bepaalde hoogrisicokinderen tussen 1 en 2 jaar wordt tijdens hun tweede RSV-seizoen ook preventie aanbevolen. Op het moment van publicatie van het advies waren nog geen vergelijkende studies beschikbaar. De HGR maakt dus geen onderscheid tussen beide strategieën en beschouwt ze als evenwaardig¹ (situatie 01/07/2026).

Het KCE en de Universiteit Antwerpen (UA) onderzochten de **kosteneffectiviteit** van beide strategieën. Volgens hun analyse wordt de grootste gezondheidswinst verwacht met het scenario waarbij nirsevimab toegediend wordt na de geboorte aan baby's geboren tijdens het RSV-seizoen, met een inhaaltoediening in september voor baby's die eerder in het jaar geboren werden. Om kosteneffectief te zijn voor de overheid, moet de prijs van nirsevimab echter sterk dalen⁹ (zie [Folia september 2025](#)).

Zowel nirsevimab als het maternale RSV-vaccin worden **terugbetaald** onder bepaalde voorwaarden. In beide gevallen betaalt de patiënt € 12,80 (of € 8,50 in geval van verhoogde tegemoetkoming). De **keuze** tussen beide strategieën gebeurt momenteel **in overleg met de ouders**, rekening houdend met de praktische aspecten en voorkeur van de ouders. Tenslotte moet in de praktijk rekening gehouden worden met welke strategie het best aanvaard wordt door ouders, onder andere in hoogrisicogroepen.

Over welke specialiteiten gaat het?

Vaccin tegen respiratoir syncytieel virus: Abrysvo® (zie [Repertorium](#))

Nirsevimab: Beyfortus® (zie [Repertorium](#))

Bronnen

1. HGR Advies 9760: Preventieve strategieën tegen RSV bij kinderen. Gepubliceerd op 21/12/2023 [Via website HGR](#)
2. Kampmann B, Madhi SA, Munjal I et al. Bivalent Prefusion F Vaccine in Pregnancy to Prevent RSV Illness in Infants. N Engl J Med 2023 ; 388 : 1451-1464. Doi [10.1056/NEJMoa2216480](#)
3. KCE. Evaluation of Abrysvo® maternal vaccine against RSV infections in infants. Gepubliceerd op 18/12/2023 [Via website KCE](#)
4. Gonzalo PM., Vizzotti C., Deshayne BF. et al. Real-world effectiveness of RSVpreF vaccination during pregnancy against RSV-associated lower respiratory tract disease leading to hospitalization in infants during the 2024 RSV season in Argentina (BERNI study): a multicentre, retrospective, test-negative, case-control study. The Lancet Infectious Diseases 2025 : 25(9) : 1044-1054. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(25\)00156-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(25)00156-2)
5. KCE. Rapid reponse report: Evaluation of nirsevimab against RSV infections in infants. Gepubliceerd op 15/12/2023 [Via website KCE](#)
6. Sumsuzzman D., Wang Z., Langley JM. et al. Real-world effectiveness of nirsevimab against respiratory syncytial virus disease in infants: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Child & Adolescent Health 2025 : 9(6) : 393-403. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(25\)00093-8](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(25)00093-8)
7. Jabagi M., Bertrand M., Gabet A. et al. Nirsevimab vs RSVpreF Vaccine for Respiratory Syncytial Virus-Related Hospitalization in Newborns. JAMA. 2026 ; 335(9) : 787-798. doi : [10.1001/jama.2025.24082](#)
8. Michnick AI, MacDonald SC, Cosgrove A et al. Interim Safety of RSVpreF Vaccination During Pregnancy. JAMA 2026 : 335(5) : 456-457.
9. Rapport KCE n° 402. Cost-effectiveness of Abrysvo® and Beyfortus® against RSV infections in Belgian infants. Gepubliceerd op 30/07/2025 [Via website KCE](#)

Focus

Preventie van virale luchtweginfecties bij volwassenen: winter 2026-2027

De preventie van virale luchtweginfecties is de voorbije jaren uitgebreider geworden. Naast de jaarlijkse vaccinatie tegen influenza en COVID-19, is ook een vaccin tegen RSV beschikbaar voor bepaalde risicogroepen. Dit overzicht bundelt de huidige aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR), praktische aandachtspunten en de terugbetalingsvoorwaarden voor de eerste lijn.

Kernboodschappen

- Vaccinatie blijft een belangrijke maatregel om ernstige ziekte door influenza, COVID-19 en RSV te voorkomen.
- De belangrijkste **doelgroepen** voor vaccinatie zijn **grotendeels hetzelfde**: oudere personen, bewoners van woonzorgcentra en personen met chronische aandoeningen.
- Voor **influenza en COVID-19** wordt een **jaarlijkse** vaccinatie aanbevolen, voor **RSV** volstaat **één dosis**.
- Gelijktijdige toediening van verschillende vaccins is mogelijk.
- De keuze voor een vaccin wordt mee bepaald door de werkzaamheid, beschikbaarheid, terugbetaling en de voorkeur van de patiënt.

Preventie van virale luchtweginfecties: overzicht

	Influenza	COVID-19	RSV
Belangrijkste doelgroepen	• ≥ 65 jaar • chronische aandoeningen • bewoners van WZC • zorgverleners • zwangerschap	• ≥ 65 jaar • chronische aandoeningen • bewoners van WZC • zorgverleners	• ≥ 75 jaar • ≥ 60 jaar met risicofactor • bewoners van WZC
Tijdstip	Vanaf half oktober	September – oktober	September – oktober
Vaccinatieschema	Jaarlijks	Jaarlijks	Eénmalig
Gelijktijdig met andere vaccins?	Ja	Ja	Ja
Terugbetaling	Ja, afhankelijk van de doelgroep en vaccintype	Gratis	Enkel voor ≥ 65 jaar met risicofactor of in WZC

De doelgroepen voor vaccinatie voor influenza, COVID-19 en RSV overlappen grotendeels. Voor de meeste oudere patiënten en personen met chronische aandoeningen is het daarom aangewezen om op één moment na te gaan voor welke vaccins zij in aanmerking komen. Gelijktijdige toediening van verschillende vaccins is mogelijk en kan de vaccinatiegraad verhogen.

Influenza

Voor seizoen 2026-2027 zijn **drie types influenzavaccin** beschikbaar: een standaardgedoseerd vaccin zonder adjuvans, een standaardgedoseerd vaccin met adjuvans en een hooggedoseerd vaccin. Daarnaast is ook een standaardgedoseerd influenzavaccin beschikbaar, bereid in celkweken (in plaats van op bevruchte kippeneieren). In het [Advies van de HGR](#) wordt het vaccin bereid in celkweken aanbevolen bij patiënten met een voorgeschiedenis van ernstige anafylactische reactie op eieren, en is het te overwegen bij de andere personen met ei-allergie.

Wie vaccineren?

De aanbevelingen van de HGR zijn **ongewijzigd ten opzichte van vorig seizoen**. Vaccinatie wordt prioritair aanbevolen voor ouderen vanaf 65 jaar, bewoners van woonzorgcentra, zwangere vrouwen, personen met chronische aandoeningen, gezondheidswerkers en huisgenoten van risicopatiënten¹.

Bij personen van 65 jaar of ouder geeft de HGR de voorkeur aan het hooggedoseerd vaccin of het standaardgedoseerd vaccin met adjuvans. Beide vaccins worden als gelijkwaardig beschouwd. De keuze wordt in de praktijk vaak bepaald door beschikbaarheid en voorkeur van de patiënt.

Voor een bespreking van het advies van de HGR, een overzicht van de risicogroepen en het type vaccin in functie van de doelgroep verwijzen we naar de [Folia van maart 2026](#). Voor de bespreking van een vergelijkende studie tussen het vaccin met adjuvans en het hooggedoseerd vaccin verwijzen we naar de [Folia van juli 2026](#).

Praktische aandachtspunten

De **terugbetalingsvoorwaarden** verschillen naargelang het type influenzavaccin en de doelgroep².

- Voor personen van 65 jaar of ouder worden **alle influenzavaccins** terugbetaald. Vermelding van 'derdebetalersregeling van toepassing' op het voorschrift volstaat. In tegenstelling tot vorige seizoenen is voor het standaardgedoseerd vaccin met adjuvans of het hooggedoseerd vaccin geen attest meer nodig.
- Bij specifieke risicogroepen jonger dan 65 jaar wordt **enkel het standaardgedoseerd vaccin zonder adjuvans** terugbetaald.

Apothekers kunnen alle influenzavaccins voorschrijven en afleveren aan dezelfde terugbetalingsvoorwaarden als artsen. Zij kunnen de vaccins ook toedienen. **Vroedvrouwen** kunnen standaardgedoseerde influenzavaccins zonder adjuvans voorschrijven aan zwangere vrouwen.

Het influenzavaccin kan veilig samen worden toegediend met het vaccin tegen COVID-19.

Evidentie

Alle huidige influenzavaccins bieden **gedeeltelijke bescherming tegen influenzabesmetting**, de impact op ernstige complicaties en mortaliteit blijft moeilijk te beoordelen. De absolute meerwaarde van het hooggedoseerd vaccin of het standaardgedoseerd vaccin met adjuvans ten opzichte van het standaardgedoseerd vaccin zonder adjuvans, is beperkt (zie [Folia oktober 2025](#)). Een vergelijkende studie geeft aan dat het standaardgedoseerd vaccin met adjuvans en het hooggedoseerd vaccin als gelijkwaardig kunnen worden beschouwd (zie [Folia juli 2026](#)).

Bij de keuze van vaccin voor een individuele patiënt blijft een afweging van klinisch voordeel, kosten en patiëntvoorkeur belangrijk.

COVID-19

Het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) beveelt voor het seizoen 2026-2027 een geadapteerd vaccin aan tegen de **XFG variant** van de JN.1 familie van de Omicron subvarianten van het SARS-CoV-2-virus³. Er is een mRNA-vaccin gericht tegen de Omicron XFG-subvariant beschikbaar in België.

Een subunit vaccin gericht tegen deze variant, bestemd voor patiënten die geen mRNA-vaccin kunnen krijgen, zal in de loop van het seizoen beschikbaar worden in een aantal universitaire ziekenhuizen.

Wie vaccineren?

De HGR heeft voor seizoen 2026-2027 nog geen advies gepubliceerd rond de vaccinatie tegen COVID-19. In het seizoen 2025-2026 werd vaccinatie aanbevolen voor personen met een verhoogd risico op ernstige COVID-19⁴:

- personen van 65 jaar of ouder
- bewoners van WZC of andere zorginstellingen
- volwassenen met chronische aandoeningen (chronische long-, hart-, nier- of leveraandoeningen, diabetes, neurologische aandoeningen of ernstige psychiatrische aandoeningen)
- personen met een verminderde immuniteit
- personen met een BMI ≥ 40 kg/m²
- zwangere vrouwen met comorbiditeit of hoogrisicozwangerschap
- gezondheidswerkers
- huisgenoten van ernstig immuungecompromitteerde personen (cocoonvaccinatie)

Bij gezonde volwassenen jonger dan 65 jaar zonder risicofactoren wordt een systematische jaarlijkse herhaalvaccinatie momenteel niet aanbevolen. Bij bepaalde personen, bijvoorbeeld rokers of personen met een ongezonde leefstijl, kan vaccinatie individueel overwogen worden⁴.

Praktische aandachtspunten

De HGR beveelt aan om het COVID-19 vaccin bij voorkeur in oktober toe te dienen, idealiter gelijktijdig met het influenzavaccin⁴. Een grote observationele studie van goede kwaliteit bevestigt dat er niet meer ongewenste effecten optreden bij het gelijktijdig toedienen van het vaccin tegen COVID-19 met het influenzavaccin in vergelijking met het toedienen van enkel een influenzavaccin⁵. Gelijktijdige toediening vereenvoudigt daarenboven de organisatie van de vaccinatiecampagne. Indien er logistieke redenen zijn om beide vaccins niet samen toe te dienen, kan het COVID-19 vaccin ook afzonderlijk toegediend worden in september of oktober⁴.

Het COVID-19 vaccin wordt **gratis ter beschikking gesteld door de Gemeenschappen**. Zowel artsen als apothekers mogen vaccinatie uitvoeren. Omdat uit één flacon meerdere dosissen kunnen worden gehaald en de vaccins beperkt houdbaar zijn bij kamertemperatuur, vraagt de vaccinatiecampagne een goede logistieke organisatie.

Evidentie

De aanbevelingen voor een jaarlijkse herhalingsvaccinatie zijn voornamelijk gebaseerd op observationele studies met eerdere, aan de circulerende varianten aangepaste vaccins. Deze studies tonen aan dat boostervaccinatie bijkomende bescherming biedt tegen ernstige COVID-19 infecties, waaronder hospitalisatie en overlijden, zonder nieuwe veiligheidssignalen^{6,7}.

De bescherming tegen infectie neemt relatief snel af, maar de bescherming tegen ernstige ziekte blijft gedurende minstens 6 maanden behouden. Voor de jaarlijks aangepaste vaccins blijft verdere opvolging noodzakelijk om hun effectiviteit tegen nieuwe circulerende virusvarianten in de praktijk te bevestigen.

RSV

Twee recombinante RSV-vaccins zijn beschikbaar voor vaccinatie van volwassenen. Beide vaccins hebben een indicatie bij volwassenen ter preventie van aandoeningen van de lage luchtwegen door RSV, maar er is een verschil in terugbetaling in functie van de indicatie (zie verder).

Wie vaccineren?

RSV-vaccinatie wordt door de HGR aanbevolen voor⁸:

- personen van 60 jaar of ouder met minstens 1 risicofactor voor ernstige RSV-ziekte (chronische long- of hartlijden)
- patiënten met immuundeficiëntie
- bewoners van woonzorgcentra
- alle personen van 75 jaar of ouder

Praktische aandachtspunten

De HGR beveelt aan om het RSV-vaccin bij voorkeur toe te dienen in september of oktober, vóór de start van het RSV-seizoen. Vaccinatie kan echter het hele jaar door gebeuren. Op basis van de huidige gegevens biedt één dosis gedurende minstens twee of drie RSV-seizoenen bescherming. **Een herhalingsinenting wordt daarom momenteel niet aanbevolen**^{8,9}.

Voor oudere volwassenen wordt momenteel enkel het monovalente vaccin (Arexvy®) **terugbetaald**, en dit voor personen van 65 jaar of ouder die in een woonzorgcentrum verblijven of minstens één risicofactor voor ernstige RSV-ziekte hebben (situatie 1/8/2026).

In tegenstelling tot de vaccins tegen influenza en COVID-19 kan het RSV-vaccin **niet worden voorgeschreven of toegediend door de apotheker**.

Voor de preventie van RSV bij zuigelingen zijn twee strategieën beschikbaar: maternale vaccinatie met het RSV-vaccin of toediening van het monoklonaal antilichaam nirsevimab aan de zuigeling. De bespreking van deze strategieën valt buiten de scope van dit artikel. We verwijzen naar het [advies van de HGR](#), de teksten in het Repertorium en het [Folia artikel](#) van september 2026 over de vergelijking tussen beide strategieën.

Aandacht voor medicatiefouten is belangrijk. In de praktijk werden vergissingen beschreven tussen de verschillende RSV-vaccins, wat onder meer gevolgen kan hebben voor de terugbetaling (bijvoorbeeld toediening van Arexvy® in plaats van Abrysvo® aan zwangere vrouwen, een doelgroep waarbij Arexvy® niet terugbetaald is)¹⁰. Ook in het kader van maternale RSV-vaccinatie zijn fouten gemeld, zoals verwisseling tussen maternale vaccinatie en toediening van nirsevimab aan de zuigeling¹⁰. Daarnaast moet er aandacht zijn voor de gelijkenis tussen de specialiteitsnamen van het RSV-vaccin Abrysvo® en het monoklonaal antilichaam faricimab (Vabysmo®). Faricimab wordt gebruikt binnen de oftalmologie en is gecontra-indiceerd tijdens de zwangerschap¹⁰.

Evidentie

Één dosis beschermt gedurende minstens twee of drie RSV-seizoenen (afhankelijk van het vaccintype) tegen (ernstige) RSV-ziekte en tegen RSV-gerelateerde hospitalisatie. Gegevens bij de meest kwetsbare ouderen blijven beperkt^{9,11}.

Post-marketingstudies suggereren een mogelijk verhoogd risico op het Guillain-Barré syndroom, een oorzakelijk verband is echter niet bewezen. Indien het risico bestaat, blijft het zeer klein, nl. enkele extra gevallen per miljoen toegediende dosissen. Het signaal wordt verder opgevolgd.

Voor een meer gedetailleerde bespreking van de studies, wordt verwezen naar de Folia artikels van [april 2025](#) en van [januari 2026](#).

Over welke specialiteiten gaat het?

- Standaardgedoseerd influenzavaccin zonder adjuvans (bereid in bevruchte kippeneieren): Alpharix®, Influvac®, Vaxigrip® (zie [Repertorium](#))
- Standaardgedoseerd influenzavaccin zonder adjuvans (bereid in celkweeken): Flucelvax® (zie [Repertorium](#))
- Standaardgedoseerd influenzavaccin met adjuvans: Fludac® (zie [Repertorium](#))
- Hooggedoseerd influenzavaccin: Efluelda® (zie [Repertorium](#))
- mRNA-vaccin tegen COVID-19: Comirnaty XFG® (zie [Repertorium](#))
- Vaccin tegen RSV: Abrysvo®, Arexvy® (zie [Repertorium](#))

Bronnen

1. [HGR Advies 9897](#): Vaccinatie tegen seizoensgebonden griep (seizoen 2026-2027). Gepubliceerd op 26/2/2026.
2. [RIZIV: Terugbetaling van het vaccin tegen seizoengriep](#) Geraadpleegd op 15/7/2026.
3. [EMA recommendation to update the antigenic composition of authorised COVID-19 vaccines for 2026-2027](#) Gepubliceerd op 29/5/2026.
4. [HGR advies 9880](#): Belgische vaccinatiestrategie tegen COVID-19: Seizoen 2025-2026. Gepubliceerd op 14/7/2025.
5. Xie, Y. Choi, T. and Al-Aly, Z. (2026). Adverse Events After Same-Day COVID-19 and Influenza Vaccination Versus Influenza Vaccination Alone: A Target Trial Emulation. Ann Intern Med. [Epub 30 June 2026]. doi:[10.7326/ANNALS-26-00217](#)
6. [Folia augustus 2023](#): COVID-19: herfst-winter 2023-2024.
7. Dobrescu, A., Pinte, L., Sharifan, A. et al. (2026). Effectiveness, Comparative Effectiveness, and Harms of COVID-19 Vaccines in Adults Who Are Not Pregnant or Immunocompromised: A Rapid Review for the American College of Physician. Ann Intern Med. [Epub 24 February 2026]. doi: [10.7326/ANNALS-25-05044](#)
8. [HGR Advies 9837](#): Vaccinatie tegen RSV (volwassenen) – herziening 2024. Gepubliceerd op 19/12/2024.
9. [Folia april 2025](#): Vaccinatie tegen RSV bij oudere volwassenen: de Hoge Gezondheidsraad versterkt haar aanbevelingen (bijgewerkt op 26/6/2025 en op 1/10/2025).
10. La Revue Prescrire: Prévention des infections par le VRS : anticiper les erreurs liées à la diversité des médicaments injectables. Gepubliceerd in juli 2026.
11. [Folia januari 2026](#): RSV vaccin ter preventie van hospitalisatie bij ouderen.

Nieuws

Nieuwe maatregel voor afleveren antibiotica per eenheid

Vanaf 01/10/2026 is het verplicht om antibiotica per eenheid af te leveren, met een overgangperiode tot 01/01/2027. Wat betekent dit concreet voor artsen, tandartsen en apothekers ?

Kernboodschappen

- Vanaf 1 oktober 2026 gelden nieuwe regels voor de aflevering van orale antibiotica.
- Antibiotica voorgeschreven op stofnaam (VOS) worden voortaan afgeleverd voor de voorgeschreven behandelduur.
- Deze maatregel heeft als doel overconsumptie en zelfmedicatie van antibiotica te beperken en zo antimicrobiële resistentie te verminderen.
- Voorschrijvers zijn vanaf 1 januari 2027 verplicht om antibiotica voor te schrijven op stofnaam (VOS).
- Apothekers leveren het voorgeschreven aantal eenheden af. Wanneer geen geschikte verpakking beschikbaar is, kunnen zij antibiotica uit verpakkingen halen en herverdelen. Hiervoor is een werkhonorarium voorzien.
- De prijs die de patiënt betaalt zal per eenheid berekend worden.

Wat verandert er?

Vanaf 1 oktober 2026 wordt een nieuwe manier van aflevering en tarifiering van orale antibiotica verplicht. Antibiotica zullen per behandeltermijn afgeleverd en aangerekend worden. Deze maatregel maakt deel uit van het Belgische nationale actieplan 'One Health' tegen antimicrobiële resistentie. De maatregel heeft als doel het risico op overconsumptie en zelfmedicatie van antibiotica – beide factoren die bijdragen tot antibioticaresistentie – te beperken. Bovendien voorkomt het dat ongebruikte antibiotica bij het huisvuil, in de gootsteen of in het toilet belanden, waardoor resten van antibiotica in het milieu terechtkomen. De apotheker mag hiervoor het benodigd aantal tabletten uit een verpakking halen. Het resterende deel van de verpakking wordt gebruikt voor een volgende patiënt.

Tijdens de overgangperiode is het voorschrijven per behandelingsperiode alleen verplicht wanneer het antibioticum op stofnaam (VOS) wordt voorgeschreven. Vanaf januari 2027 wordt het voorschrijven op stofnaam verplicht voor alle antibiotica in vaste orale vorm.

Voorbeeld : Een patiënt krijgt een voorschrift voor amoxicilline 1 g, driemaal daags gedurende vijf dagen. Momenteel zijn enkel verpakkingen van 8, 20 of 24 tabletten beschikbaar op de markt.

Tot nu toe werd een grotere verpakking afgeleverd, waardoor de patiënt na afloop van de behandeling 5 tabletten overhield. Dit kan leiden tot ongepast gebruik, zoals het verder innemen van antibiotica zonder medische indicatie of het later op eigen initiatief herstarten van een antibioticakuur.

Vanaf oktober zal de apotheker exact 15 tabletten afleveren en aanrekenen, overeenkomstig de voorgeschreven behandelingsduur. De resterende tabletten uit de verpakking kunnen vervolgens worden gebruikt voor een volgende patiënt.

Voor wie?

De nieuwe maatregel is van toepassing op alle patiënten, al dan niet verzekerd en ongeacht of het gaat om gewoon verzekerden of verzekerden met verhoogde tegemoetkoming. De maatregel is zowel van toepassing op kortdurende als op langdurige behandelingen met antibiotica. Voor langdurige behandelingen mag de aangeduide behandelingsduur per voorschrift maximaal drie maanden bedragen.

Welke antibiotica?

De maatregel betreft uitsluitend vaste orale vormen, met inbegrip van poeders in zakjes en bruistabletten. De maatregel geldt niet voor siropen.

Niet-terugbetaalbare antibiotica en actieve bestanddelen op de 'blacklist' vallen buiten deze maatregel. Antibiotica die buiten de maatregel vallen, moeten verder per verpakking worden afgeleverd en getarifeerd.

Blacklisted actieve bestanddelen:

Cefalexine
 Lincomycine
 Ofloxacin (niet beschikbaar sinds 2023)
 Norfloxacin (niet beschikbaar sinds 2023)
 Roxithromycine (niet beschikbaar sinds 2024)

Niet door het RIZIV terugbetaalbare antibiotica:

Ⓢ Selexid 400 mg filmomh. tabl. 10 x 400 mg (pivmecillinam)
 Ⓢ Efracea caps. 56 x 40 mg (doxycycline)
 Ⓢ Klinotab comp. 20 x 100 mg (minocycline)

Wat betekent dit voor de patiënt?

De patiënt krijgt voortaan enkel het aantal tabletten of zakjes poeder mee dat noodzakelijk is voor de voorgeschreven behandeling. Zo worden overschotten vermeden die aanleiding kunnen geven tot zelfmedicatie en overconsumptie.

De patiënt betaalt enkel het remgeld voor de tabletten of zakjes die effectief worden meegegeven. Wanneer hiervoor een grotere verpakking moet worden geopend, wordt het resterende deel van de verpakking niet aan de patiënt aangerekend. De prijzen en remgelden worden bepaald op basis van de grootste vergoedbare verpakking die beschikbaar is.

Wat betekent dit voor voorschrijvers?

Voorschrijvers zullen worden verplicht om antibiotica op stofnaam (VOS), ook gekend als Internationale Niet-eigen Naam (INN), voor te schrijven van zodra hun software hiervoor aangepast is (gepland 1 januari 2027).

Van 1 oktober 2026 tot 1 januari 2027 geldt een overgangsperiode. Tijdens deze periode is voorschrijven op stofnaam nog niet verplicht, maar wel aanbevolen. De aflevering van de exacte hoeveelheid is in deze overgangsperiode uitsluitend van toepassing op voorschriften die op stofnaam zijn opgesteld. Antibiotica die op specialiteitsnaam zijn voorgeschreven, worden nog steeds afgeleverd volgens de beschikbare handelsverpakking.

Vanaf 1 januari 2027 wordt het voorschrijven op stofnaam (VOS) verplicht voor alle antibiotica in vaste orale vorm die behoren tot de ATC-klasse J01, met inbegrip van niet-terugbetaalbare antibiotica en antibiotica die voorkomen op de uitsluitingslijst. De verplichting tot voorschrijven op stofnaam geldt dus ook voor antibiotica die niet per eenheid kunnen worden afgeleverd. Voor de antibiotica die binnen het toepassingsgebied van de maatregel vallen, kan vanaf die datum de exacte hoeveelheid worden afgeleverd. Voor antibiotica die van de maatregel zijn uitgesloten, blijft de aflevering per volledige handelsverpakking behouden, maar blijft VOS wel verplicht.

Naast de gebruikelijke administratieve gegevens moeten voor een VOS-voorschrift ook de **stofnaam van het actieve bestanddeel (of de bestanddelen), de toedieningsvorm, de sterkte, de dagdosis en de behandelingsduur** worden vermeld (met een maximum van 3 maanden). Deze informatie is immers noodzakelijk voor de correcte aflevering. Vanaf 1 januari 2027 zullen de voorschrijfsoftwarepakketten de verplichte VOS-voorschriften voor de betrokken antibiotica integreren. Voor meer informatie over voorschrijven op VOS, zie ook de Inleiding in het Repertorium ([InL3](#)), [VOS-nota met voorschrijfgeregels via de FAGG website](#) en de [site van het RIZIV](#).

Voor de keuze van een gepaste antibioticabehandeling kunt gebruik worden gemaakt van voorschrijfondersteunende instrumenten, zoals **Prescription Search Support (PSS)**.

Deze toepassing integreert de aanbevelingen van de Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk, ontwikkeld onder coördinatie van BAPCOC. Huisartsen zullen vanaf oktober 2026 rechtstreeks via hun praktijksoftware toegang hebben tot de tool PSS Antimicrobieel.

Wat betekent dit voor apothekers ?**Aflevering**

De apotheker levert het exact aantal voorgeschreven eenheden af, overeenkomend met één behandeltermijn. Dit gebeurt per

verpakking indien een adequate verpakking beschikbaar is. De apotheker kan niet afwijken van het voorgeschreven aantal eenheden. Wanneer geen adequate verpakking beschikbaar is, is een gefractioneerde aflevering noodzakelijk. In dat geval neemt de apotheker het vereiste aantal tabletten uit één of meerdere verpakkingen. Eventuele overschotten kunnen nadien opnieuw worden gebruikt voor een andere patiënt.

Vanaf 1 oktober 2026 geldt een overgangsperiode. In deze periode is de maatregel uitsluitend van toepassing op voorschriften die op stofnaam (VOS) werden opgesteld. Voorschriften opgesteld onder een specialiteitsnaam (niet op stofnaam) zullen nog steeds worden afgeleverd volgens de beschikbare handelsverpakking.

Vanaf 1 januari 2027 wordt voorschrijven op stofnaam verplicht en wordt de aflevering van de exacte hoeveelheid toegepast op alle voorschriften die binnen de maatregel vallen. Voor antibiotica die van de maatregel zijn uitgesloten, blijft de aflevering per volledige handelsverpakking behouden.

Praktische uitvoering in de officina-apotheek

Wanneer de maatregel van toepassing is, zal de apotheker:

- nagaan of het voorschrift binnen het toepassingsgebied van de maatregel valt;
- de exacte hoeveelheid af te leveren antibiotica bepalen;
- de verpakking enkel indien nodig openen;
- de traceerbaarheid van de afgeleverde geneesmiddelen verzekeren
 - het geneesmiddel enkel bij de eerste opening van de verpakking deactiveren als 'afgeleverd';
 - alle 2D-verpakkingen registreren in het receptenboek
- de af te leveren geneesmiddelen verpakken in een secundaire verpakking naar keuze van de apotheker;
- op deze secundaire verpakking een etiket aanbrengen met ten minste de volgende gegevens, voor zover deze niet reeds op de primaire verpakking van het afgeleverde geneesmiddel zijn vermeld:
 - de naam van de specialiteit;
 - de naam van de werkzame stof;
 - de hoeveelheid werkzame stof;
 - de vervaldatum van het geneesmiddel;
 - de bewaarvoorschriften (zoals vermeld op de secundaire verpakking);
- de patiënt op verzoek de bijsluiter bezorgen, in de beschikbare taal en het formaat van zijn keuze, elektronisch of op papier (beschikbaar via het [Repertorium](#) en de site van het [FAGG](#)).

Vergoeding

De apotheker ontvangt bij elke aflevering een **behandelingshonorarium**. Dit is gelijk aan het huidige basishonorarium. Het honorarium wordt toegekend per behandeling (maximaal één maand) en per voorschrift. Voor elk uitgevoerd antibioticavoorschrift kan dus een behandelingshonorarium worden aangerekend.

Wanneer de apotheker tabletten moet fractioneren en herverpakken om exact het voorgeschreven aantal eenheden af te leveren, is er een bijkomend **werkhonorarium**. Dit dient als vergoeding voor de extra technische en administratieve handelingen en is gelijk aan het huidige basishonorarium. Dit werkhonorarium mag niet worden aangerekend wanneer een terugbetaalbare en beschikbare verpakking bestaat die overeenkomt met het voorgeschreven aantal tabletten.

Tarifiering

De tarifiering gebeurt altijd per eenheid en voor alle afgeleverde eenheden in één keer. Dit gebeurt ongeacht of het geneesmiddel per volledige verpakking of per losse eenheden wordt afgeleverd. Voor de tarifiering gebruikt de apotheek de bestaande CNK-codes, die ook gebruikt worden bij tarifiering per eenheid (TpE) in woonzorgcentra. De prijs en het remgeld per eenheid worden door het RIZIV bepaald, op basis van de grootste terugbetaalbare verpakking die beschikbaar is.

Let op: dit systeem verschilt van de TpE in woonzorgcentra. Daar wordt namelijk niet alleen per eenheid, maar ook per week gefactureerd.

Nieuws

Repertorium editie 2026: update van de laatste reeks hoofdstukken gepubliceerd

De hoofdstukken **Bloed en stolling**, **Ademhalingsstelsel**, **Infecties**, **Antitumorale middelen** en **Neus-Keel-Oren** zijn herzien en staan online. Ontdek hier de belangrijkste aanpassingen. In hoofdstuk **Infecties** is de geactualiseerde BAPCOC-gids geïntegreerd. Editie 2026 van het Repertorium 2026 is nu volledig beschikbaar. We danken de experts die ons hun commentaren bezorgden voor deze editie.

Revisie 2026: laatste reeks hoofdstukken online

De revisie 2026 is afgewerkt voor de laatste reeks hoofdstukken van het Repertorium: **Bloed en stolling**, **Ademhalingsstelsel**, **Infecties**, **Antitumorale middelen** en **Neus-Keel-Oren**. De herziene hoofdstukken staan online.

We hebben het revisieproces van het Repertorium gewijzigd:

- **Volledige revisie:** sinds de editie 2026 worden de Inleiding van het Repertorium en de teksten van elk hoofdstuk om de twee jaar volledig herzien, in plaats van jaarlijks. De geüpdatete teksten worden tussen december en september op de website gepubliceerd. Volgende hoofdstukken werden herzien voor de editie 2026: Inleiding, Cardiovasculair stelsel, Bloed en stolling, Gastro-intestinaal stelsel, Ademhalingsstelsel, Hormonaal stelsel, Urogenitaal stelsel, Osteo-articulaire aandoeningen, Infecties, Immuniteit, Antitumorale middelen, Mineralen en vitaminen, Dermatologie, Oftalmologie, Neus-Keel-Oren, Anesthesie en Diagnostica.
- **De continue updating krijgt nog meer prioriteit:** belangrijke nieuwe informatie voor de rubriek "Plaatsbepaling" en andere rubrieken gebeuren doorheen het jaar, met continue updating van de teksten. De specialiteiten op de website worden minstens driemaal per maand bijgewerkt.

NB. Het Repertorium is door het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine (CEBAM) geaccrediteerd als "Evidence-Based Practice (EBP)-informatiebron zonder aanbevelingen" (zie Cebam.be > Validatie). Het BCFI heeft als doel evidence-based informatie te verstrekken over de werkzaamheid en veiligheid van geneesmiddelen, om zo het rationeel gebruik van geneesmiddelen te bevorderen. Het BCFI is geen richtlijnontwikkelaar. Voor meer uitleg over de inhoud en de gevolgde methodologie voor de verschillende rubrieken in het Repertorium (onder andere Plaatsbepaling, Contra-indicaties, Interacties), zie [InL2. Handleiding bij en onderbouwing van het Repertorium](#)

Belangrijkste wijzigingen in de laatste reeks hoofdstukken

De belangrijkste wijzigingen per hoofdstuk zijn de volgende.

Bloed en stolling

- **2.1.1.1. Acetylsalicylzuur**
 - De dosering van acetylsalicylzuur bij pre-eclampsie is aangepast : 80 à 160 mg 1x/dag.
 - Rubriek Zwangerschap en borstvoeding : de rubriek is herwerkt, met opsplitsing van de gegevens over zwangerschap en over borstvoeding, op basis van onze bronnen.
- **2.1.1.2.1. Thiënoprydines**
 - Gegevens over het gebruik van de thiënoprydines tijdens de periode van borstvoeding zijn toegevoegd.
- **2.1.1.4. Antagonisten van de glycoproteïne IIb/IIIa-receptoren**
 - Voor tirofiban werd ernstige leverinsufficiëntie als contra-indicatie toegevoegd.
- **2.1.2.1.1. Vitamine K-antagonisten**
 - Gegevens over het gebruik van de vitamine K-antagonisten tijdens de periode van borstvoeding zijn toegevoegd.
 - Flucloxacilline is toegevoegd aan de tabel INVLOED VAN GENEESMIDDELEN OP HET EFFECT VAN DE VITAMINE K-ANTAGONISTEN.
- **2.1.2.2.1.2. Heparines met laag moleculair gewicht**
 - De doseringen van de heparines met laag moleculair gewicht zijn anders geformuleerd.
- **2.1.2.2.3. Fondaparinux**
 - Ernstige nierinsufficiëntie werd toegevoegd als contra-indicatie.

Ademhalingsstelsel

- **4.1. Astma en COPD:** de informatie in de plaatsbepaling rond de behandeling van astma is bijgewerkt in functie van de herziene richtlijnen (GINA, NICE). De plaats van kortwerkende bèta₂-mimetica (SABA) in monotherapie is zeer beperkt. Deze informatie werd

ook aangepast in hoofdstuk 4.1.1. Bèta₂-mimetica.

- 4.1. Astma en COPD: in de plaatsbepaling wordt meer informatie gegeven rond het gebruik van ICS + formoterol als *Anti-Inflammatory Reliever Therapy* (AIR) et *Maintenance And Reliever Therapy* (MART).
- 4.1. Astma en COPD: de informatie rond kortwerkende anticholinergica (SAMA) is bijgewerkt op basis van de richtlijnen. Ze hebben nu enkel een plek in combinatie met SABA's bij een astma-aanval. Deze informatie werd ook bijgewerkt in 4.1.3. Bèta₂-mimeticum + anticholinergicum.
- 4.1.7. Leukotriënenreceptorantagonisten: er is informatie toegevoegd over de (geruststellende) gegevens met betrekking tot gebruik tijdens de periode van borstvoeding.
- 4.2.1. Antitussiva: er is informatie toegevoegd over het gebruik van antitussiva tijdens de zwangerschap en periode van borstvoeding.

Infecties

- **De geactualiseerde BAPCOC-gids werd geïntegreerd in hoofdstuk 11.** De BAPCOC-gids is ook integraal beschikbaar in hoofdstuk 11.5 BAPCOC – Belgische gids voor anti-infectieuze behandeling in de ambulante praktijk – 2026. Een pdf-versie is eveneens beschikbaar. Voor een overzicht van de belangrijkste wijzigingen, verwijzen we naar de Folia artikels 'BAPCOC-gids herzien: wat is er nieuw in de inleiding en respiratoire infecties?' en 'BAPCOC-gids herzien: wat is er nieuw in de hoofdstukken urogenitale en oftalmologische infecties?'.
- Doorheen het hoofdstuk werd meer informatie toegevoegd over het gebruik van geneesmiddelen tijdens de zwangerschap en de periode van borstvoeding.
- De gegevens over de huidige antibioticaresistentie werden voor de verschillende antibiotica nagekeken en zo nodig geactualiseerd.
- De verwijzingen naar de aanbevelingen van de Gemeenschappen over invasieve meningokokkeninfecties werden aangepast.
- 11.1.2. Macroliden: de informatie over de chronische toediening van (neo)macroliden bij COPD werd aangepast, in overeenstemming met de informatie binnen hoofdstuk 4.1. Astma en COPD.
- 11.1.8. Tuberculostatica: in de rubriek 'Toediening en dosering' werd het advies toegevoegd om de dagdosis steeds in één keer 's morgens vóór het ontbijt in te nemen.
- 11.3.1. Anthelminthica: de lijst met bijwerkingen werd geactualiseerd, met focus op de meest relevante en meest voorkomende bijwerkingen.
- 11.3.2. Antimalariamiddelen: De plaatsbepaling werd bijgewerkt in samenwerking met experts van Wanda.be.
- 11.4.2. Middelen tegen respiratoire virussen (influenza en RSV) werd opgesplitst in 11.4.2. Middelen tegen influenza et 11.4.3. Middelen tegen RSV.

Antitumorale middelen

- Hoofdstuk 13 werd grondig geherstructureerd. Er wordt nu een duidelijker onderscheid gemaakt tussen chemotherapie, targeted therapie en immuuntherapie. Verschillende algemene rubrieken werden herzien en waar relevant afgestemd op de specifieke kenmerken van de verschillende klassen van antitumorale middelen. Zo wordt de informatie over zwangerschap en borstvoeding niet langer globaal voor alle antitumorale middelen besproken, maar afzonderlijk per therapeutische klasse. Ook de rubrieken "Interacties" en "Bijzondere voorzorgen" werden op verschillende plaatsen geactualiseerd.
- 13.2.1. Monoklonale antilichamen: deze biologische geneesmiddelen worden nu op het niveau van de specialiteiten gegroepeerd volgens werkingsmechanisme (angiogenese-remmers, B-celgerichte antilichamen, CD38-remmers, EGFR-remmers, HER2-remmers en diverse).
- 13.2.3. Proteïne kinase-inhibitoren: er werd een nieuwe subgroep gecreëerd, namelijk 13.2.3.8. JAK-inhibitoren.
- De rubriek "ongewenste effecten" werd o.a. geactualiseerd bij 13.2.4. PARP-inhibitoren, 13.2.5. Proteasoominhibitoren en 13.2.6. Inhibitoren van de Hedgehog-signalroute.
- 13.3.4. Diverse immunotherapeutische middelen: Bacillus Calmette-Guérin (BCG) en thalidomide en analogen worden voortaan afzonderlijk besproken. De bijhorende rubrieken werden bijgewerkt.
- Aan het Repertorium wordt een nieuwe, afzonderlijk sectie toegevoegd, gewijd aan radiotherapeutische geneesmiddelen voor oncologische toepassingen: 13.5. radiotherapeutische geneesmiddelen.
- 13.7. Detoxificantia bij antitumorale middelen: rasburicase werd vanuit hoofdstuk 9 naar dit hoofdstuk verplaatst.

Neus-Keel-Oren

- 17.1. Middelen voor gebruik in het oor: een plaatsbepaling bij chronische suppuratieve middenoorontsteking en bij otitis media

met effusie is toegevoegd.

- 17.3.1. Rinitis en sinusitis – Orale middelen:
 - De ongewenste effecten van de fytotherapeutische middelen zijn toegevoegd (echinacea purpurea, pelargonium sidoides).
 - Voor pseudo-efedrine is het teratogeen effect (gastroschisis) verduidelijkt.
- 17.3.3. Rinitis en sinusitis – Inhalatiemiddelen: contra-indicaties en bijzondere voorzorgen zijn toegevoegd.
- 17.4. Orofaryngeale aandoeningen:
 - Aften: een plaatsbepaling over de aanpak van aften is toegevoegd.
 - Voor chloorhexidine is informatie toegevoegd in de rubrieken Ongewenste effecten en Interacties.

Dankwoord aan de experts

Bij de revisie worden de verschillende hoofdstukken van het Repertorium nagelezen door domeinexperten. Er werd hen gevraagd belangen die zouden kunnen leiden tot belangenconflicten, mee te delen.

Wij danken de experts die voor de editie 2026 van het Repertorium hun commentaren bezorgden: K. Allegaert, JF Baurain, H. Beele, M. Berlière, E. Bottiau, P. Calle, M. Ceulemans, V. Col, A. Daloze, C. Daumerie, T. De Backer, F. De Bièvre, F. De Keyser, E. De Leenheer, A. De Sutter, P-H Deprez, V. Jong, G. Laekeman, J. Longueville, M.C. Nassogne, F. Nobels, S. Patris, H. Reyckler, T. Roisin, S. Smet, H. Theeten, J. Van Acker, G. Villeirs, J. Warlin. We verontschuldigen ons indien we iemand zouden zijn vergeten.

De werkgroep Formularium Ouderenzorg (zie Inl.2.7.) is als volgt samengesteld: A. Dahmane, B. D'Hooghe, M. Hanset, B. Henkens, D. N'Chweki, A. Parada, D. Paulus, F-X. Sibille, S. Valentin, J. Van Elsen, E. Vernieuwe. We danken hen voor hun medewerking aan de update van de selecties in het Formularium Ouderenzorg

.

Nieuwigheden geneesmiddelen september 2026**Nieuwe vormen**

- anifrolumab (Saphnelo®) : systemische lupus erythematosus
- bimatoprost gel (Elymbus®) : glaucoom en intraoculaire hypertensie

Nieuwe sterktes

- colecalciferol druppels 14.400 IE/1 ml (Vitamine D Will®) : vitamine D-tekort en aanvulling op de behandeling van osteoporose
- (peg)interferon alfa-2a 90 en 135 µg (Pegasys®) : polycytemie van Vaquez, essentiële trombocytomie en chronische hepatitis B en C
- saccharomyces boulardii (Enterol Forte®) : preventie van diarree

Wijzigingen in de indicaties

- glecaprévir+pibrentasvir (Maviret®) : acute hepatitis C-infectie
- ruxolitinib voor cutaan gebruik (Opzelura®) : matige atopische dermatitis
- upadacitinib (Rinvoq®) : ernstige alopecia areata en niet-segmentair vitiligo

Terugbetalingsvoorwaarden

- aflibercept (Opuviz®)
- humane immunoglobulinen 20 g/200 ml (Nanogam®)
- lactulose (Bifitera®)
- levetiracétam (Keppra UCB®)
- actieve verbandmiddelen
- tadalafil susp. (Adcirca®)

Stopzettingen van commercialisatie

- chloorhexidine digluconaat zeep (Hibiscrub®)
- escitalopram orodisp. tabl. (Escitalopram AB®)
- isosorbidedinitraat 5 mg (Cedocard®)
- 2-valent vaccin tegen HPV (Cervarix®)

: geneesmiddelen onder aanvullende monitoring, waarvoor het melden van ongewenste effecten aan het Belgisch Centrum voor Geneesmiddelenbewaking wordt aangemoedigd (onder andere geneesmiddelen die een nieuwe werkzame stof bevatten, biologische geneesmiddelen).

: geneesmiddelen waarvoor de autoriteit die de vergunning voor het in de handel brengen afgeeft aanvullende procedures voor risicobeperking (*Risk Minimization Activities: RMA*) heeft opgelegd (zie Folia maart 2015), zoals educatief materiaal of brochures.

: contra-indicatie of dosisverlaging in het geval van ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring tussen 30 en 15 mL/min/1,73m²).

: contra-indicatie of dosisverlaging reeds bij matige nierinsufficiëntie (dus vanaf creatinineklaring van 60 mL/min/1,73 m² of lager), of bij nierinsufficiëntie zonder verdere vermelding van de ernst.

Voor de nieuwigheden geneesmiddelen van deze maand houden we rekening met de wijzigingen waarvan we ten laatste op 28 augustus 2026 op de hoogte gebracht werden. De wijzigingen die na deze datum gemeld worden, zullen worden opgenomen in de Weekly Folia van oktober.

De teksten van het Repertorium over deze nieuwigheden worden op 18 september aangepast.

Nieuwe vormen**anifrolumab (Saphnelo®)**

Anifrolumab (Saphnelo®, subcutane toediening voor thuisgebruik, aflevering in het ziekenhuis) is voortaan gecommmercialiseerd in de vorm van een voorgevulde pen. Het heeft als indicatie bij volwassenen de aanvullende behandeling van matige tot ernstige, actieve systemische lupus erythematosus waarbij antilichamen aanwezig zijn ondanks een standaardbehandeling (samenvatting van de SKP).¹

De patiënt kan anifrolumab uit de voorgevulde pen zelf toedienen na een training te hebben gevolgd.

Anifrolumab was al beschikbaar voor dezelfde indicatie, maar dan via intraveneuze toediening.

Dosering : 1 dosis van 120 mg/week.

Kostprijs : 816 €, niet terugbetaald (situatie op 1 september 2026).

bimatoprost gel (Elymbus®)

Bimatoprost (Elymbus®) is nu gecommmercialiseerd als conserveermiddelvrije ooggel in unidoses. Het heeft als indicatie de behandeling van chronisch openhoekglaucoom en oculaire hypertensie bij volwassenen (samenvatting van de SKP).¹

Bimatoprost was voor dezelfde indicaties al verkrijgbaar in de vorm van oogdruppels.

Bimatoprost gel lijkt even effectief te zijn als bimatoprost in oogdruppels van 0,1 mg/ml die een conserveermiddel bevatten. De conserveermiddelvrije formulering is bestemd voor patiënten die klachten hebben van roodheid, branderig gevoel of droogheid ter hoogte van de ogen.

Dosering : 1 druppel/dag 's avonds in het aangetaste oog.

Kosten : 26,50€ voor 30 unidoses, niet terugbetaald (situatie op 1 september 2026).

Nieuwe sterktes

colecalfiferol druppels 14.400 IE/1 ml (Vitamine D Will®)

Colecalciferol in druppels met een nieuwe sterkte van 14.400 IE/1 ml (Vitamine D Will® , oraal) is nu gecommmercialiseerd. Het heeft als indicatie de behandeling en preventie van vitamine D deficiëntie bij kinderen, adolescenten en volwassenen (samenvatting van de SKP).¹ Het wordt ook gebruikt als aanvulling op een behandeling tegen osteoporose. 1 druppel bevat 400 IE.

Op basis van verschillende studies zijn er geen argumenten om suppletie van vitamine D aan te bevelen buiten de risicogroepen (zwangere vrouwen en geïnstitutionaliseerde ouderen), zie 14.2.1.2. Vitamine D en derivaten.

Kostprijs : 14,99 €, niet terugbetaald (situatie op 1 september 2026).

(peg)interferon alfa-2a (Pegasys® 90 en 135 µg®)

(peg)interferon alfa-2a (Pegasys®), een immunomodulator voor subcutane toediening thuis, is nu verkrijgbaar in sterktes van 90 en 135 µg.

Met deze nieuwe sterktes is het gemakkelijker om de gewenste dosis te bereiken voor de behandeling van polycythaemia vera en essentiële trombocytose bij volwassenen, evenals voor de behandeling van chronische hepatitis B en C bij kinderen.¹

Kostprijs : 158,75 € voor 90 µg en 200,62 € voor 135 µg, niet terugbetaald (situatie op 1 september 2026).

saccharomyces boulardii (Enterol Forte®)

Er is nu een nieuwe sterkte van *Saccharomyces boulardii* van 500 mg (Enterol Forte®, oraal) gecommmercialiseerd. Het betreft een probioticum en heeft als indicatie de preventie van diarree als gevolg van een antibioticabehandeling bij patiënten die vatbaar zijn voor diarree door *Clostridium difficile* (samenvatting van de SKP).¹

Hoewel hun rol niet duidelijk is vastgesteld, wijzen bepaalde gegevens erop dat probiotica een rol kunnen spelen bij de preventie van diarree door *Clostridium difficile*, zie 3.6.2. Probiotica en postbiotica.

Dosering : 1 zakje 2x/dag.

Kostprijs : 23,30 € voor 14 zakjes, niet terugbetaald.

Wijzigingen in de indicaties

glecaprévir + pibrentasvir (Maviret®)

De combinatie van glecaprevir + pibrentasvir (**Maviret®**, oraal) heeft een uitbreiding van de indicatie gekregen voor de behandeling van **acute** hepatitis C-infectie vanaf de leeftijd van 3 jaar (samenvatting van de SKP).¹ De indicatie omvatte reeds de behandeling van chronische hepatitis C-infectie.

Kostprijs : 2130,20 € voor 28 zakjes (niet terugbetaald) of 12 720 € voor 84 tabletten (niet terugbetaald voor acute infectie, terugbetaald in categorie voor de behandeling van chronische infectie), zie voorwaarden en terugbetaling (situatie 1 september 2026).

ruxolitinib voor cutaan gebruik (Opzelura®)

Ruxolitinib voor cutaan gebruik (**Opzelura®**, cutaan gebruik, aflevering in het ziekenhuis) heeft een uitbreiding van de indicatie gekregen voor de behandeling van matige atopische dermatitis bij volwassenen bij wie lokale corticosteroïden en lokale calcineurineremmers onvoldoende of ongeschikt zijn (samenvatting van de SKP).¹ Het middel had al als indicatie de behandeling van non-segmentale vitiligo waarbij het gelaat is aangedaan vanaf de leeftijd van 12 jaar.

Ruxolitinib voor cutaan gebruik toonde een statistisch en klinisch significante werkzaamheid aan: ongeveer 70 % van de patiënten bereikte na 8 weken een vermindering van ten minste 75 % in de ernst van de aandoening, tegenover 19 % bij de placebogroep. Er werd ook een significante verbetering van de jeuk waargenomen.

Kostprijs : 739 €, niet terugbetaald voor de behandeling van atopische dermatitis. Vergoed bij de behandeling van vitiligo in categorie , zie voorwaarden en terugbetaling (situatie op 1 september 2026).

upadacitinib (Rinvoq®)

Upadacitinib (**Rinvoq®**, oraal) heeft een uitbreiding van de indicatie gekregen voor de behandeling van **ernstige alopecia areata** vanaf de leeftijd van 12 jaar. Het heeft ook een uitbreiding van de indicatie gekregen voor de behandeling van non-segmentale **vitiligo** bij volwassenen en kinderen vanaf de leeftijd van 12 jaar die een systemische behandeling nodig hebben (samenvatting van de SKP).¹ Het heeft reeds als indicaties de behandeling van bepaalde vormen van artritis, atopische dermatitis, colitis ulcerosa, de ziekte van Crohn en reuscelarthritis.

Kostprijs : van 822,46 € tot 3401,28 €, afhankelijk van de sterkte en de verpakking. Wordt niet terugbetaald voor deze 2 nieuwe indicaties (situatie op 1 september 2026).

Terugbetalingsvoorwaarden

aflibercept (Opuviz®)

Aflibercept (**Opuviz®**, voor hospitaalgebruik) wordt voortaan vergoed in categorie . Het heeft als indicatie diverse aandoeningen van het netvlies, zie 16.9.1. Geneesmiddelen gebruikt bij de behandeling van choroïdale neovascularisatie en van secundaire maculaire oedemen.

Kostprijs : 286 € terugbetaald in categorie , zie voorwaarden en terugbetaling (situatie op 1 september 2026).

humane immunoglobulinen 20 g/200 ml (Nanogam®)

Humane immunoglobulinen in sterkte van 20 g/200 ml (**Nanogam®**, voor hospitaalgebruik) worden voortaan terugbetaald in categorie . Ze hebben als indicatie de substitutietherapie bij primaire en secundaire immuundeficiënties bij kinderen en volwassenen. Ze hebben ook als indicatie de behandeling van primaire immune trombocytopenie, het syndroom van Guillain-Barré, de ziekte van Kawasaki, chronische inflammatoire demyeliniserende polyradiculoneuropathie en multifocale motore neuropathie.

Kostprijs : 1201 € per flacon, zie voorwaarden en terugbetaling (situatie op 1 september 2026).

lactulose (Bifiteral®)

Lactulose siroop (**Bifiteral®**, oraal) wordt niet langer terugbetaald. Het heeft als indicatie de behandeling van hepatische encefalopathie (samenvatting van de SKP).¹

Kostprijs : 6,59€ per flesje.

levetiracetam (Keppra UCB®)

Levetiracetam (Keppra UCB®) wordt voortaan terugbetaald in categorie net als de generiek en de beschikbare specialiteiten voor parallelinvoer of parallelle distributie. Voorheen werd het terugbetaald in categorie . Het heeft als indicatie, als monotherapie of in combinatie, de behandeling van bepaalde epileptische aanvallen (samenvatting van de SKP).¹

Kostprijs: 20,08€ tot 86,49€, afhankelijk van de sterkte en de toedieningsvorm. Terugbetaald in categorie (situatie op 1 september 2026).

actieve verbandmiddelen

Actieve verbandmiddelen gebruikt in kader van chronische wondzorg worden onder bepaalde voorwaarden gedeeltelijk terugbetaald door het RIZIV. Tot 1 augustus 2026 werd 20% van de publieksprijs terugbetaald, **sinds 1 augustus 2026 wordt 40% van de publieksprijs** terugbetaald. Voor meer informatie zie [Website RIZIV \(Terugbetaling van actieve verbandmiddelen om chronische wonden te verzorgen\)](#) en [Inl. 2.11.19. De terugbetalingscategorieën en terugbetalingsvoorwaarden in het Repertorium](#)

tadalafil susp. (Adcirca®)

Tadalafil in suspensie (Adcirca® , voor hospitaalgebruik) wordt voortaan terugbetaald in categorie . Het heeft als indicatie de behandeling van pulmonale arteriële hypertensie bij volwassenen en kinderen van 2 jaar en ouder.

Kostprijs : 177 €, terugbetaald in categorie , zie [voorwaarden en terugbetaling](#) (situatie op 1 september 2026).

Stopzettingen van commercialisatie

In deze rubriek worden de definitieve stopzettingen van commercialisatie vermeld. De betrokken specialiteiten worden niet meer vermeld in het Repertorium.

De lijst van de onbeschikbare geneesmiddelen kan worden geraadpleegd op de [website van het FAGG-FarmaStatus](#)

chloorhexidine digluconaat zeep (Hibiscrub®)

Chloorhexidine digluconaat zeep (Hibiscrub®) wordt niet meer gecommmercialiseerd. Het had als indicatie het voorkomen van kruisbesmettingen in zorginstellingen en zorgen voor een volledige lichaamshygiëne voor en na operaties.

Er is een ander geneesmiddel op basis van chloorhexidine digluconaat verkrijgbaar in de vorm van een huidoplossing (maar niet meer in de vorm van zeep) voor pre- en postoperatieve antiseptische behandeling. Povidonjodium in de vorm van zeep kan ook een alternatief zijn, zie [15.1.1. Antiseptica en desinfectiemiddelen](#).

escitalopram orodisp. tabl. (Escitalopram AB®)

Escitalopram in de vorm van *orodispergeerbare tabletten* (Escitalopram AB®) wordt niet meer gecommmercialiseerd. Het had als indicatie de behandeling van episodes van ernstige depressie, paniekstoornis, sociale en gegeneraliseerde angststoornis, evenals obsessief-compulsieve stoornis.

Er zijn alternatieven in tabletvorm beschikbaar, maar er zijn geen orodispergeerbare tabletten of siroopvormen meer die konden worden gebruikt bij mensen met slikproblemen. Sommige escitalopram-preparaten zijn in water oplosbaar, zie [Pletmedicatie](#) en [10.3.1.1. Selectieve serotonineheropnameremmers \(SSRI's\)](#). Afhankelijk van de gekozen alternatieve behandeling moeten de sterkte en/of de toedieningsfrequentie mogelijk opnieuw worden beoordeeld.

isosorbidedinitraat 5 mg (Cedocard®)

De stopzetting van de commercialisatie van isosorbidedinitraat 5 mg (Cedocard®, sublinguaal) werd door het bedrijf aangekondigd. Het had als indicatie de behandeling en preventie van angina pectoris aanvallen. Het betreft een essentieel geneesmiddel dat in de urgentietrouse van de huisarts is opgenomen, zie [Inl.7.2. Geneesmiddelen in de urgentietrouse van de huisarts](#). Het uit de handel nemen ervan vormt dan ook een probleem.

Voor de behandeling van angina pectoris aanvallen zijn er geen geneesmiddelen meer op basis van 5 mg sublinguaal

isosorbidedinitraat. De 20 mg vorm is niet geschikt voor sublinguaal gebruik, ook niet na deling. Een sublinguaal geneesmiddel kan ingevoerd worden door de apotheker, op medisch voorschrift (niet terugbetaald, situatie op 1 september 2026). Voor de procedure: zie [InL.2.11.15. Invoer van geneesmiddelen die in België niet beschikbaar zijn](#)

2-valent vaccin tegen HPV (Cervarix®)

Het 2-valent vaccin tegen HPV (Cervarix®) wordt niet meer gecommercialiseerd. Het had als indicatie de preventie van precancereuze anogenitale laesies (van de baarmoederhals, de vulva, de vagina en de anus) en van baarmoederhals- en anusanker veroorzaakt door bepaalde oncogene typen van het humaan papillomavirus (HPV) vanaf de leeftijd van 9 jaar. Het HPV-vaccin Cervarix® was gericht op de oncogene types 16 en 18.

Enkel het 9-valent vaccin HPV9 is nog beschikbaar in België. Het is gericht tegen de HPV-types 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 en 58. Als de vaccinatie al is gestart met het HPV2-vaccin, kan deze volgens de Hoge Gezondheidsraad worden voltooid met het HPV9-vaccin.¹ Volgens [het advies van de Hoge Gezondheidsraad](#) wordt systematische vaccinatie tegen HPV aangeraden bij meisjes en jongens van 9 tot 14 jaar en wordt deze aanbevolen bij mannen die seksuele relaties hebben met andere mannen, en dit tot de leeftijd van 26 jaar. Vaccinatie bij vrouwen en mannen van 15 tot 26 jaar kan eveneens worden aangeboden, maar biedt geen bescherming tegen de HPV-types die al via seksuele contacten zijn opgelopen. HIV-geïnfekteerde patiënten en transplantatiepatiënten vormen eveneens een doelgroep voor vaccinatie, zie [12.1.1.12. Vaccin tegen het humaan papillomavirus \(HPV\)](#).

Gardasil 9® wordt door de gemeenschappen gratis ter beschikking gesteld in het kader van de basisvaccinatie. De terugbetaling van het HPV-vaccin wordt slechts één keer in het leven van de begunstigde toegekend, met uitzondering van personen die een hematopoëtische stamceltransplantatie hebben ondergaan.

Bronnen

Naast de algemene bronnen die systematisch geraadpleegd worden door het BCFI (British Medical Journal, New England Journal of Medicine, Annals of Internal Medicine, The Lancet, JAMA, Drug & Therapeutic Bulletin, GeBu, La Revue Prescrire, Australian Prescriber), werden de volgende bronnen geraadpleegd voor het opstellen van de artikelen 'Nieuwe geneesmiddelen': SKP en evaluatiedossier van het EMA (EPAR) van het product, The Medical Letter, NEJM Journal Watch.

Specifieke bronnen

anifrolumab

1. Saphnelo®. Samenvatting van de Kenmerken van het Product. Geraadpleegd op 21 augustus 2026

bimatoprost gel

1. Elymbus®. Samenvatting van de Kenmerken van het Product. Geraadpleegd op 28 augustus 2026.

colécalciférol en gtts à 14 400UI/1ml

1. Vitamine D Will®. Samenvatting van de Kenmerken van het Product. Geraadpleegd op 28 augustus 2026.

(peg) interferon alfa-2a

1. Pegasys®. Samenvatting van de Kenmerken van het Product. Geraadpleegd op 21 augustus 2026.

saccharomyces boulardii

1. Enterol Forte®. Samenvatting van de Kenmerken van het Product. Geraadpleegd op 19 augustus 2026.

glecaprevir + pibrentasvir

1. Maviret®. Samenvatting van de Kenmerken van het Product. Geraadpleegd op 19 augustus 2026.

ruxolitinib

1. Opzelura®. Samenvatting van de Kenmerken van het Product. Geraadpleegd op 19 augustus 2026.

upadacitinib

1. Rinvoq®. Samenvatting van de Kenmerken van het Product. Geraadpleegd op 19 augustus 2026.

lactulose

1. Bifiteral®. Samenvatting van de Kenmerken van het Product. Geraadpleegd op 1 september 2026.

levetiracetam

1. Keppra®. Samenvatting van de Kenmerken van het Product. Geraadpleegd op 19 augustus 2026.

2-valent vaccin tegen HPV

1. Hoge Gezondheidsraad. CSS 9181 - HGR 9181 - Vaccinatie tegen infecties veroorzaakt door HPV. September 2017. Geraadpleegd op 19 augustus 2026.

Colofon

De *Folia Pharmacotherapeutica* worden uitgegeven onder de auspiciën en de verantwoordelijkheid van het *Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie* (Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique), vzw erkend door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).

De informatie die verschijnt in de *Folia Pharmacotherapeutica* mag niet overgenomen worden of verspreid worden zonder bronvermelding, en mag in geen geval gebruikt worden voor commerciële of publicitaire doeleinden.

Hoofdredactie: (redactie@bcfi.be)

T. Christiaens (Universiteit Gent) en
Ellen Van Leeuwen (Universiteit Gent).

Verantwoordelijke uitgever:

T. Christiaens - Nekkersberglaan 31 - 9000 Gent.