

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

31 janvier 2006

PROPOSITION DE RÉOLUTION

**relative à la consommation de médicaments
dans les maisons de repos et dans
les maisons de repos et de soins**

(déposée par Mmes Magda De Meyer et
Maya Detiège)

SOMMAIRE

1. Développements	4
3. Proposition de résolution	19

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

31 januari 2006

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**betreffende het geneesmiddelengebruik
in rusthuizen en rust- en
verzorgingstehuizen**

(ingediend door de dames Magda De Meyer
en Maya Detiège)

INHOUD

1. Toelichting	4
3. Voorstel van resolutie	19

<i>cdH</i>	: Centre démocrate Humaniste
<i>CD&V</i>	: Christen-Democratisch en Vlaams
<i>ECOLO</i>	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
<i>FN</i>	: Front National
<i>MR</i>	: Mouvement Réformateur
<i>N-VA</i>	: Nieuw - Vlaamse Alliantie
<i>PS</i>	: Parti socialiste
<i>sp.a - spirit</i>	: Socialistische Partij Anders - Sociaal progressief internationaal, regionalistisch integraal democratisch toekomstgericht.
<i>Vlaams Belang</i>	: Vlaams Belang
<i>VLD</i>	: Vlaamse Liberalen en Democraten

Abréviations dans la numérotation des publications :

DOC 51 0000/000 : Document parlementaire de la 51e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif

QRVA : Questions et Réponses écrites

CRIV : Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)

CRABV : Compte Rendu Analytique (couverture bleue)

CRIV : Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)

PLEN : Séance plénière

COM : Réunion de commission

MOT : Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :

DOC 51 0000/000 : Parlementair document van de 51e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer

QRVA : Schriftelijke Vragen en Antwoorden

CRIV : Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)

CRABV : Beknopt Verslag (blauwe kaft)

CRIV : Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)

PLEN : Plenum

COM : Commissievergadering

MOT : Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes :
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.laChambre.be

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen :
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be
e-mail : publicaties@deKamer.be

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

1. La consommation de médicaments dans les maisons de repos

En Belgique, une personne sur cent environ réside en maison de repos. On estime qu'en moyenne, chaque résident consomme cinq médicaments indiqués dans le traitement des affections chroniques, ce qui représente 5 à 8% du total des dépenses médicamenteuses exposées dans notre pays; on en atteint ainsi rapidement les 200 à 300 millions d'euros pour la médication orale¹. Ce constat s'explique en partie: la plupart des résidents souffrent de diverses affections et nécessitent des soins importants. Mais la polymédication est parfois due aux prescriptions en cascade: les effets secondaires d'un médicament doivent être contrés par d'autres médicaments, qui ont, eux aussi, des effets secondaires, et ainsi de suite. Une étude américaine sur le comportement prescripteur des médecins pratiquant en maison de repos, réalisée avec la collaboration de pharmaciens, a mis en évidence des résultats troublants. Pour chaque dollar investi dans l'achat de médicaments, il fallait compter un supplément d'1,30 dollar pour l'achat de médicaments destinés à contrer les effets secondaires néfastes des premiers. Et plus de 50% de ces effets secondaires auraient pu être évités par un comportement prescripteur plus judicieux. La rationalisation des prescriptions a de fait entraîné une économie de plus de 50 % sur la facture médicamenteuse.²

Une étude sur la consommation médicamenteuse en soins résidentiels réalisée en 2004 par les mutualités chrétiennes³ fournit de nombreuses informations. Les analgésiques (antidouleurs) sont les médicaments les plus prescrits dans les maisons de repos. Les antidépresseurs, les hypotenseurs et les vasodilatateurs sont également prescrits en grande quantité. La plus grande partie du ticket modérateur payé par les résidents est consacrée aux médicaments cardiovasculaires (hypertension, vasodilatateurs...) et neuraux (antidépresseurs et antidouleurs). L'INAMI intervient surtout pour les antitumoraux administrés dans les maisons de repos. Il s'agit de produits onéreux qui sont presque entièrement remboursés.

¹ Étude de Rob Vander Stichele, UG 2003

² http://www.ascpfoundation.org/programs/prog_fleetwood.htm

³ LCM, Du Bois, M.; Morren, G., *Geneesmiddelenconsumptie in de residentiële zorg, Een kritische analyse*, 2004

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

1. Geneesmiddelenverbruik in rusthuizen

In ons land verblijven ongeveer een op de honderd mensen in een rusthuis. Naar schatting slikt elke rustoordbewoner in ons land gemiddeld vijf geneesmiddelen voor chronische aandoeningen. Samengeteld is dat zo'n 5 tot 8% van alle geneesmiddelenuitgaven in ons land; al gauw bij de 200 tot 300 miljoen euro aan orale medicatie¹. Ten dele is dat ook verantwoord: de meeste rusthuisbewoners hebben nu eenmaal een zwaar zorgprofiel met verschillende aandoeningen. Slechter is het als de polymedicatie het gevolg is van de 'voorschrijfcascade': de bijwerkingen van een medicijn maken het voorschrijven van andere middelen nodig die op hun beurt weer bijwerkingen hebben enzovoort. In een Amerikaans onderzoek werden apothekers ingezet om het voorschrijfgedrag door te lichten van artsen in rusthuizen. Zij kwamen tot onthutsende conclusies. Voor elke dollar die werd uitgegeven aan geneesmiddelen moest er nog 1,30 dollar uitgegeven worden om de schadelijke neveneffecten te bestrijden van deze geneesmiddelen. En meer dan 50% van deze neveneffecten kon worden vermeden door beter voor te schrijven. Ratioener voorschrijven zorgde er voor een besparing van meer dan 50 % op de geneesmiddelenfactuur.²

Een CM-studie³ uit het jaar 2004 over de geneesmiddelenconsumptie in residentiële zorg geeft ons heel wat informatie. Analgetica (pijnstillers) worden het meest aan de man gebracht in het rusthuis. Ook antidepressiva, bloeddrukremmers en vaatverwijders worden voorgeschreven in grote hoeveelheden. Van de remgelden die bewoners betalen gaat het grootste deel naar cardio-vasculaire middelen (hoge bloeddruk, vaatverwijders...) en neurale middelen (pijnstillers en antidepressiva). Het RIZIV betaalt dan weer het meest aan antitumormiddelen in rusthuizen, dure middelen die bijna volledig worden terugbetaald.

¹ Studie Rob Vander Stichele, UG 2003

² http://www.ascpfoundation.org/programs/prog_fleetwood.htm

³ LCM, Du Bois, M.; Morren, G., *Geneesmiddelenconsumptie in de residentiële zorg, Een kritische analyse*, 2004

La surmédication est souvent très dommageable pour la santé. Ainsi, on constate que les personnes âgées tombent plus souvent lorsqu'elles prennent plus de cinq médicaments différents en même temps⁴. Mais il n'est pas toujours question de surmédication. Certains médicaments sont trop peu prescrits. Ainsi, un tiers des personnes résidant dans une maison de repos belge ne sont pas vaccinées contre la grippe. C'est surtout le cas dans la région d'Anvers et en Flandre orientale.

2. Les disparités régionales

L'étude des mutualités chrétiennes a également mis en lumière d'autres résultats spectaculaires. Lorsque nous examinons les principes groupes de médicaments (antidiabétiques, antithrombotiques, hypotenseurs, antibiotiques, antalgiques, anti-inflammatoires...) par région, nous constatons de grandes disparités de consommation. La consommation est la plus élevée dans les régions de Liège, Namur et Luxembourg. La consommation de médicaments est sensiblement moindre dans les maisons de repos de la région anversoise.

On constate également de fortes disparités régionales, allant de 54 à 178 euros, au niveau du coût des médicaments destinés aux résidents. Le patient paie le moins à Anvers, Saint-Nicolas, Termonde, Roulers, Courtrai et dans les régions de Furnes, Ostende et Bruges. Les régions les plus coûteuses sont toutes situées en Wallonie, en plus du Nord du Limbourg.

Nous constatons également de grandes disparités par région en ce qui concerne le coût total (ticket modérateur + remboursement), allant d'un coût moyen de 275 à 1 004 euros. Les régions les plus coûteuses sont situées en Wallonie en plus du Nord du Limbourg.

La consommation de médicaments dans les maisons de repos en Belgique présente donc une image très inégale, tant en matière de volume que de prix. Les variations dans la pathologie de la population des maisons de repos ne peuvent justifier totalement ces grandes disparités.

3. L'inefficience de certaines prescriptions

Il s'avère en outre que jusqu'à 23 % des médicaments administrés dans les maisons de repos de certaines régions sont inefficients. Un exemple en est la prescription de médicaments contre l'incontinence urinaire: la

⁴ Inspectie voor de Volksgezondheid, Patiëntveiligheid: de toepassing van geneesmiddelen in zorginstellingen en thuis, De Haag, décembre 2004

Een teveel aan medicatie veroorzaakt dikwijls ernstige gezondheidsschade. Zo blijkt dat ouderen vaker vallen als ze meer dan vijf verschillende geneesmiddelen tegelijkertijd gebruiken⁴. Maar het gaat niet steeds om overmedicatie. Voor bepaalde medicijnen geldt integendeel dat ze te weinig worden voorgeschreven. Zo wordt eenderde van de rusthuisbewoners in ons land niet gevaccineerd tegen griep. Vooral de regio's Antwerpen en Oost-Vlaanderen scoren hierin minder goed.

2. Regionale verschillen

De CM-studie leverde ook andere in het oog springende resultaten op. Wanneer we de belangrijkste medicijn groepen (middelen tegen diabetes, trombose, hoge bloeddruk, antibiotica, pijnstillers, ontstekingsremmers...) per regio bekijken dan stellen we grote verschillen vast in gebruik. In de regio's Luik, Namen en Luxemburg ligt het gebruik doorgaans het hoogst. In rusthuizen in Antwerpen verbruiken de bewoners aanzienlijk minder geneesmiddelen.

Voor de medicijnkosten voor rusthuisbewoners zijn er eveneens grote verschillen per regio, gaande van 54 euro tot 178 euro. De patiënt betaalt het minst in Antwerpen, Sint-Niklaas, Dendermonde, Roeselare, Kortrijk en in de regio's Veurne, Oostende en Brugge. De duurste regio's liggen allen in Wallonië, plus Noord-Limburg.

Ook bij de totale kost (remgeld + terugbetaling) stellen we grote verschillen vast per regio, gaande van een mediane kost van 275 tot 1004 euro. De duurste regio's liggen in Wallonië, plus Noord-Limburg.

Het medicijngebruik in Belgische rusthuizen vertoont dus een zeer ongelijk beeld, zowel inzake volume als inzake prijs. Variaties in het ziektebeeld van de rusthuispopulatie kunnen deze grote verschillen onvoldoende verklaren.

3. Ondoelmatig voorschrijven

Verder blijkt dat in bepaalde regio's tot 23% van de medicatie in de rusthuizen ondoelmatig is. Een voorbeeld betreft het voorschrijven van middelen tegen blaasinstabiliteit: de helft van deze voorschriften zijn

⁴ Inspectie voor de Volksgezondheid, Patiëntveiligheid: de toepassing van geneesmiddelen in zorginstellingen en thuis, De Haag, december 2004

moitié de ces prescriptions sont destinées à des résidents qui, sur l'échelle de Katz, obtiennent un score de 2 à 4, d'où nous pouvons conclure qu'une grande partie d'entre eux souffrent d'incontinence chronique. En ce qui concerne l'inefficacité des prescriptions, Waremmе, Huy, Verviers et Arlon plus la région de Tielт, en Flandre, enregistrent les plus mauvais scores. Dans ces régions, 16 à 23% des médicaments administrés ne se justifient pas. Gand, Termonde, Saint-Nicolas, Anvers, Turnhout, Hasselt et Tongres font mieux avec moins de 10% de prescriptions injustifiées. Les résultats de toutes les autres régions se situent entre ces deux extrêmes.

Sur la base des constats aux points 1 à 3 nous pouvons conclure qu'il y a un important «surcoût évitable» qui peut disparaître si tous les médecins prescrivent le médicament équivalent le moins coûteux et si l'on évite la surconsommation.

4. Les erreurs dans la distribution de médicaments

En Belgique, une maison de repos reçoit en moyenne la visite de vingt médecins. Dans les grandes maisons de repos, il y en a souvent plus de cent. Pour ses prescriptions, chaque généraliste peut puiser dans une masse de quelque 4 000 produits. Un généraliste recourt en moyenne à quelque deux cents produits. La maison de repos se trouve dès lors confrontée à de sérieux problèmes d'organisation. Eu égard à la grande quantité de médicaments et aux différents médecins actifs au sein de la maison de repos – ayant chacun leur propre comportement en matière de prescription – en combinaison avec le volume de travail important, il est quasi impossible pour le personnel des maisons de repos d'administrer toujours correctement les médicaments. Il s'ensuit que les erreurs de distribution de médicaments sont fréquentes dans les maisons de repos.

Aux Pays-Bas, des centaines de personnes décèdent chaque année inutilement à la suite de la prescription de médicaments qui leur sont nocifs. Ce sont surtout les personnes âgées qui constituent un groupe à risque⁵. Il s'agit d'erreurs qui peuvent être évitées, telles que l'établissement de prescriptions qui ne conviennent pas aux personnes âgées ou la prescription de dosages trop élevés. L'inspection de la santé néerlandaise constatait, dès 1998, que la distribution des médicaments devait être améliorée dans les maisons de

bedoeld voor bewoners die op de Katz-schaal een score van 2 tot 4 halen, waaruit we kunnen afleiden dat een groot deel van hen blijvend incontinent is. Voor ondoelmatig voorschrijven scoren Waremmе, Huy, Verviers en Aarlen in Wallonië, plus de regio Tielт het slechts. In deze regio's is 16% tot 23% van de toegediende medicatie onverantwoord. Gent, Dendermonde, Sint-Niklaas, Antwerpen, Turnhout, Hasselt en Tongeren doen het beter met minder dan 10% onverantwoorde medicatie. Alle andere regio's scoren daar tussenin.

Op basis van de vaststellingen in de punten 1 tot 3 kunnen we besluiten dat er een belangrijke «vermijdbare meerkost» bestaat, die kan verdwijnen als alle artsen het goedkoopste gelijkwaardige middel voorschrijven en overconsumptie wordt vermeden.

4. Fouten in de distributie van geneesmiddelen

Een Belgisch rusthuis krijgt gemiddeld 20 artsen over de vloer. Bij grote rusthuizen is dat dikwijls meer dan 100. Elke huisarts kan voor zijn voorschriften putten uit meer dan 4.000 producten. Een gemiddelde huisarts maakt gebruik van zo'n tweehonderdtal. Dit stelt het rusthuis voor belangrijke organisatorische problemen. De grote hoeveelheid medicatie en de verschillende artsen die werkzaam zijn in het rusthuis – met elk hun eigen voorschrijfgedrag – maken het, samen met de hoge werkdruk, voor het rusthuispersoneel haast onmogelijk om de medicatie steeds correct toe te dienen. Het gevolg is dat fouten in de verdeling van geneesmiddelen frequent voorkomen in rusthuizen.

In Nederland overlijden honderden mensen per jaar onnodig door het voorschrijven van medicijnen die schadelijk voor hen zijn. Vooral ouderen vormen een risicogroep⁵. Het gaat om fouten die men kan voorkomen, zoals recepten uitschrijven die niet geschikt zijn voor ouderen of het voorschrijven van te hoge doseringen. De Nederlandse gezondheidsinspectie constateerde reeds in 1998 dat de geneesmiddelendistributie in verpleeghuizen beter moest. In 2001 werd duidelijk dat bewoners van de meeste verzorgingshuizen onvol-

⁵ Inspection de la Santé publique, sécurité du patient: l'application des médicaments dans les établissements de soins et à domicile, La Haye, décembre 2004.

⁵ Inspectie voor de Volksgezondheid, Patiëntveiligheid: de toepassing van geneesmiddelen in zorginstellingen en thuis, De Haag, december 2004.

nursing. En 2001, il est apparu clairement qu'il n'était pas possible de donner aux résidents de la plupart des maisons de soins des garanties suffisantes en ce qui concerne l'administration des médicaments adéquats, dans un dosage correct et au moment opportun. Cette constatation est importante dès lors que quelque 85% des résidents des maisons de soins néerlandaises ont confié la responsabilité de l'administration des médicaments à la maison de soins.

Il ressort d'une étude récente menée par l'inspection de la santé⁶ que la moitié des maisons de soins néerlandaises ne disposent toujours pas d'un système de distribution des médicaments ou qu'il n'est pas suffisamment opérationnel. Il n'existe quasi nulle part un contrôle systématique de la qualité des soins pharmaceutiques. Il y a trop peu d'évaluations et d'ajustements périodiques de la politique en matière de médicaments. La situation est meilleure dans les maisons de *nursing* néerlandaises. Plus de 90% d'entre elles disposent d'un protocole pour la prescription des médicaments, encore que celui-ci ne soit pas opérationnel dans 30% des cas et qu'il n'y ait pas de contrôle de qualité dans 40% des cas. La spécialisation systématique du personnel en matière de soins pharmaceutiques laisse, elle aussi, à désirer.

Une enquête menée en 1995 par l'Université de Gand⁷ dans sept maisons de repos de Flandre occidentale révèle que le nombre d'unités de distribution dans une maison de repos dépend de la taille de celle-ci. La plus petite unité desservait 20 résidents et était dirigée par un seul infirmier. La plus grande unité était dirigée par six infirmiers et desservait 93 résidents. Dans toutes les maisons de repos, la distribution des médicaments était confiée à l'infirmier en chef ou à un infirmier spécialement désigné à cet effet. La distribution journalière est effectuée par plusieurs infirmiers et parfois aussi par du personnel soignant.

Un infirmier travaille avec au minimum 4 et au maximum 12 médecins généralistes. Dans 3 maisons de repos, il existe des règles formelles en ce qui concerne la présence d'un infirmier lors d'une visite du médecin généraliste. Dans 4 maisons de repos, les médicaments étaient fournis à tour de rôle par des pharmaciens locaux. Dans la maison de repos, les médicaments sont conservés dans une armoire à médicaments séparée en deux compartiments, l'un contenant les lots individuels des résidents et l'autre contenant la réserve de médicaments d'urgence.

⁶ Ibidem.

⁷ Vander Stichele, Robert, *Impact of written drug information in patient package inserts: Acceptance and impact on benefit/risk perception*. Thèse soumise en exécution partielle des conditions requises en vue de l'obtention du titre de Docteur en Sciences médicales, UG 2004

doende garanties hadden dat ze de juiste medicijnen kregen in de juiste dosering en op het juiste tijdstip. Dat is belangrijk omdat in Nederlandse verzorgingshuizen circa 85% van de bewoners de verantwoordelijkheid voor de medicatieverstrekking heeft overgedragen aan het verzorgingshuis.

Uit een recentere studie van de gezondheidsinspectie⁶ blijkt dat in de helft van de Nederlandse verzorgingshuizen een systeem voor geneesmiddelendistributie nog steeds ontbreekt of nog onvoldoende operationeel is. Van een systematische kwaliteitsbewaking van de farmaceutische zorg is vrijwel nergens sprake. Evaluaties en periodieke bijstellingen van het geneesmiddelenbeleid gebeuren te weinig. In de Nederlandse verpleeghuizen is de situatie beter. In ruim 90% van de verpleeghuizen is er een protocol voor de geneesmiddelenvoorziening, maar toch is dit bij 30% nog niet volledig operationeel en bij 40% is er geen kwaliteitsbewaking. Ook de systematische deskundigheidsbevordering van het personeel op het gebied van de farmaceutische zorg laat te wensen over.

Een onderzoek van de UG⁷ in zeven rusthuizen van West-Vlaanderen in 1995 toont aan dat het aantal distributie-eenheden in een rusthuis afhangt van de grootte van het rusthuis. De kleinste unit bediende 20 bewoners en werd gerund door één verpleegkundige. De grootste unit werd beheerd door zes verpleegkundigen en bediende 93 bewoners. In alle rusthuizen was de distributie van de geneesmiddelen in handen van de hoofdverpleegkundige of een speciaal aangestelde medicatieverpleegkundige. De dagelijkse distributie gebeurt door meerdere verpleegkundigen en soms ook door verzorgend personeel.

Een verpleegkundige werkt met minimaal 4 tot maximaal 12 huisartsen. In 3 rusthuizen bestaan formele regels over de aanwezigheid van een verpleegkundige bij een bezoek van de huisarts. In 4 rusthuizen werden geneesmiddelen in beurtrol geleverd door lokale apothekers. In het rusthuis worden geneesmiddelen bewaard in een medicijnkast in twee afdelingen, namelijk de individuele pakketten van de bewoners in de ene en de voorraad aan noodmedicatie in de andere afdeling.

⁶ ibidem

⁷ Vander Stichele, Robert, *Impact of written drug information in patient package inserts: Acceptance and impact on benefit/risk perception*. Thesis submitted as partial fulfilment of the requirements for the Degree of Doctor in Medical Sciences, UG 2004

Dans toutes les maisons de repos, un infirmier par unité de distribution, le plus souvent l'infirmier en chef, est habilité à établir un schéma de médication individuel par patient sur base des instructions communiquées par écrit ou verbalement par le médecin traitant. La médication est préparée en vue d'une administration hebdomadaire (3 maisons de repos) ou journalière (4 maisons de repos). Pour les lots hebdomadaires, on utilise des boîtes composées de sept plateaux (pour chaque jour de la semaine) avec un récipient par patient et quatre divisions par jour (pour les quatre rondes journalières). Pour les lots journaliers, on utilise généralement un plateau avec des récipients. Les pilules sont retirées de l'emballage dans cette phase préparatoire.

Il y a presque toujours un contrôle visuel lors de la prise du médicament. Aucune information écrite n'est fournie au patient en ce qui concerne la médication. Les patients ne conservent aucune autonomie en ce qui concerne leur médication. Nulle part, il n'existe des systèmes formels permettant de contrôler et d'enregistrer les erreurs d'administration. La communication entre les médecins et les infirmiers au sujet des effets secondaires et des mesures spéciales de précaution pour la prise est très limitée. Les infirmiers lisent occasionnellement les notices explicatives, mais il n'existe pas de règlement formel en la matière.

Ces données ne peuvent pas être généralisées sans plus à l'ensemble de la Flandre et il nous faut certainement aussi tenir compte d'une modernisation des systèmes de distribution pendant les dix dernières années. Sur la base des expériences actuelles et de l'étude néerlandaise, nous pouvons néanmoins conclure que les lacunes mentionnées ci-dessus dans la distribution des médicaments constituent toujours un réel danger pour la santé des résidents.

5. L'insuffisance de génériques et de médicaments bon marché

Les maisons de repos utilisent divers systèmes pour acheter leurs médicaments. Dans un certain nombre d'entre elles, les médicaments sont fournis à tour de rôle par les pharmacies locales. D'autres passent un accord avec un pharmacien ou groupe de pharmaciens. Les maisons de repos dépendant d'un CPAS sont légalement tenues de procéder par appel d'offre.

Les maisons de repos peuvent obtenir d'importantes ristournes auprès des pharmaciens fournisseurs. On n'enregistre nulle part l'affectation des économies ainsi réalisées, mais il est certain que le patient n'en est pas le bénéficiaire partout.

In alle homes is een verpleegkundige per distributie-eenheid, meestal de hoofdverpleegkundige, gemachtigd om een individueel medicatieschema op te stellen per patiënt op basis van de geschreven of mondeling gecommuniceerde instructies van de behandelende arts. De medicatie wordt klaargemaakt voor toediening voor een periode van een week (3 rusthuizen) of per dag (4 rusthuizen). Voor de weekpakketten maakt men gebruik van boxen bestaande uit zeven plateaus (voor elke dag van de week) met 1 recipiënt per patiënt en vier divisies per dag (voor de vier dagelijkse rondes). Voor de dagpakketten gebruikt men meestal een plateau met recipiënten. De pillen worden uit de verpakking genomen in deze voorbereidende fase.

Er is bijna steeds visuele controle bij de inname. Over de medicatie wordt geen geschreven informatie gegeven aan de patiënt. Patiënten behouden geen enkele autonomie over hun medicatie. Er bestaan nergens formele systemen voor de controle en registratie van toedieningsfouten. De communicatie tussen artsen en verpleegkundigen over neveneffecten en speciale voorzorgsmaatregelen voor de inname zijn zeer beperkt. Verpleegkundigen lezen occasioneel de bijsluiters maar er is geen formele regeling voor.

Deze gegevens zijn niet zomaar veralgemeenbaar voor heel Vlaanderen en we moeten zeker ook rekening houden met een modernisering van de distributiesystemen gedurende de laatste tien jaar. Uit actuele ervaringen en aan de hand van de Nederlandse studie kunnen we niettemin besluiten dat de hierboven vermelde lacunes in de medicatiedistributie nog steeds een reëel gevaar vormen voor de gezondheid van de rusthuisbewoners.

5. Te weinig generieke en goedkope geneesmiddelen

Rusthuizen hanteren diverse systemen om hun geneesmiddelen aan te kopen. In een aantal rusthuizen worden medicijnen geleverd in een beurtrol door de lokale apothekers. Andere maken afspraken met één apotheker of groep van apothekers. OCMW-rusthuizen zijn wettelijk verplicht om met een aanbesteding te werken.

Rusthuizen kunnen aanzienlijke kortingen bedingen bij de leverende apotheken. Er bestaat geen registratie over hoe de uitgespaarde middelen worden aangewend maar die komt zeker niet overal ten goede aan de patiënt.

Si, dans les maisons de repos, les médecins généralistes prescrivaient davantage de médicaments génériques en lieu et place de coûteux produits de marque, cela représenterait pour les résidents une économie significative sur leur facture de médicaments. Telle est la conclusion d'une enquête des pharmaciens regroupés au sein de l'association *Land van Aalst* sur le comportement prescripteur des médecins généralistes des résidents des maisons de repos dépendant du CPAS d'Alost.

Les pharmaciens de l'association *Land van Aalst* fournissent depuis deux ans les médicaments des maisons de repos dépendant du CPAS d'Alost. L'accord conclu a contraint les médecins à veiller à une consommation correcte et rationnelle de médicaments dans les maisons de repos. L'association de pharmaciens a pu, grâce aux prescriptions et aux fournitures, vérifier quels médicaments étaient utilisés dans nos maisons de repos. Ils ont comparé le prix de tous ces produits avec celui de la variante générique la moins chère. Ils ont ainsi calculé l'économie que pourraient représenter les génériques pour chaque patient. L'économie moyenne par produit qui peut être remplacé par une variante générique, peut aller jusqu'à 42 %. Pour l'ensemble des maisons de repos, les personnes paieraient ensemble 9 500 euros de moins par an. Si nous extrapolons ce chiffre à l'ensemble de la population des maisons de repos belges, les gens pourraient, grâce aux prescriptions génériques, économiser quelque 1,7 milliard d'euros en frais de médicaments.

6. L'importance du médecin coordinateur

Une maison de repos et de soins (MRS) n'est pas un hôtel mais un établissement où séjournent des gens présentant un degré élevé de dépendance, de multiples affections chroniques et des pathologies graves. C'est pourquoi l'arrêté royal du 24 juin 1999 dispose que dans chaque maison de repos et de soins (donc pas de toutes les maisons de repos), le gestionnaire désigne un médecin coordinateur et conseiller (MCC). Ce dernier est presque toujours un médecin généraliste et aura de préférence suivi une formation complémentaire en gériatrie. Les résidents conservent pleinement le droit de consulter leur propre médecin généraliste. La tâche du MCC consiste (arrêté royal du 24 juin 1999):

- à organiser, à intervalles réguliers, des réunions de concertation individuelles et collectives avec les médecins traitants;
- à coordonner et organiser la continuité des soins médicaux;

Als de huisartsen in onze rusthuizen meer generische geneesmiddelen zouden voorschrijven in plaats van dure merkproducten, dan zou dat voor onze bewoners een aanzienlijke besparing betekenen op hun geneesmiddelenfactuur. Dat is de conclusie van een onderzoek van de apothekers van het land van Aalst over het voorschrijfgedrag van de huisartsen van de bewoners van de Aalsterse OCMW-rusthuizen.

De apothekers van het Land van Aalst leveren sinds twee jaar de geneesmiddelen in de rusthuizen van het Aalsterse OCMW. Het afgesloten akkoord legde hen op om te komen tot een goed en rationeel geneesmiddelenverbruik in onze rusthuizen. De apothekersvereniging kon via de voorschriften en de leveringen nagaan welke geneesmiddelen in onze rusthuizen worden gebruikt. Zij hebben de prijs van al deze producten vergeleken met de prijs van de goedkopere generische variant. Zo hebben ze berekend hoeveel besparing generieken zouden kunnen opleveren voor elke patiënt. De gemiddelde besparing per product dat kan vervangen worden door een generische variant loopt op tot 42%. Voor alle rusthuizen samen zouden de mensen per jaar samen 9.500 euro minder moeten betalen. Als we dit cijfer extrapoleren naar de gehele Belgische rusthuispopulatie blijkt dat de mensen met behulp van het generisch voorschrift tot 1,7 miljoen euro kunnen besparen op medicatiekosten.

6. Het belang van de coördinerende arts

Een rust- en verzorgingstehuis (RVT) is geen woonvoorziening maar een instelling waar mensen verblijven met een hoge graad van zorgbehoefte, een veelvoud aan chronische aandoeningen en ernstige ziektebeelden. Daarom bepaalt het koninklijk besluit van 24 juni 1999 dat in elk RVT (dus niet in alle rusthuizen) de beheerder een coördinerend en raadgevend arts (CRA) aanduidt. Dat is bijna steeds een huisarts, bij voorkeur met een bijkomende opleiding in de gerontologie. De bewoners behouden volledig het recht om een eigen huisarts te raadplegen. De taak van de CRA omvat (koninklijk besluit 24 juni 1999):

- het organiseren, op geregelde tijdstippen, van zowel individuele als collectieve overlegvergaderingen met de behandelende artsen;
- de coördinatie en organisatie van de continuïteit van de medische zorg;

- à coordonner la composition et la tenue des dossiers médicaux des médecins traitants;

- à coordonner les activités médicales afférentes à des affections qui constituent un danger pour les résidents ou le personnel;

- à coordonner la politique de soins en concertation avec les médecins traitants. Pour ce qui est des médicaments, il s'agira au moins de rédiger et d'utiliser un formulaire pharmaceutique;

- à organiser des activités de recyclage auxquelles seront invités tous les médecins traitants;

- à collaborer au développement de l'hygiène générale de l'établissement;

- à se consacrer aux soins palliatifs, dans la maison de repos et de soins.

L'intervention accordée par l'INAMI à la MRS par jour d'hébergement et par bénéficiaire pour la fonction de médecin coordinateur et conseiller s'élève à 0,47 euro. La durée des prestations de ce médecin, qui est lié au moins par un contrat d'entreprise à l'établissement, doit être en moyenne de 2 heures 20 par semaine et par 30 bénéficiaires.

Le gestionnaire nomme le MCC, mais il est préférable que cette nomination soit toujours effectuée en concertation avec le cercle local de médecins généralistes. La nomination d'un MCC qui n'est pas soutenue par les médecins généralistes avec lesquels il devra travailler en équipe de manière intensive entrave en effet considérablement la collaboration et la coordination des soins médicaux dispensés dans la maison de repos.

De nombreux MCC sont dans l'incertitude en ce qui concerne leurs compétences et le contenu de leur mission. Leur rôle est en effet défini par la loi, mais de manière trop vague. Cela a, dans certains cas, eu pour conséquence que les directions de maisons de repos avaient l'impression qu'elles devaient encadrer le MCC. Le MCC se voit alors plutôt conférer le statut de conseiller: sa responsabilité se limite à formuler des avis à l'intention de la direction. Mais le MCC a une mission légale, dont il est responsable. Son rôle n'est pas d'attendre systématiquement qu'une demande soit formulée ou une mission lui soit confiée par la direction de la MRS. Le MCC doit s'impliquer dans sa mission en concluant des accords dans le domaine de l'hygiène, des techniques de soins, du formulaire uniforme, etc. Il le fait en équipe avec les généralistes traitants, le ou les

- de coordination van de samenstelling en het bijhouden van de medische dossiers van de behandelende artsen;

- de coordination van medische activiteiten bij ziekte-toestanden die gevaar opleveren voor de bewoners of het personeel;

- in overleg met de behandelende artsen, de coördinatie van het zorgbeleid. Wat de geneesmiddelen betreft omvat dit tenminste het opstellen en gebruik van een geneesmiddelenformularium;

- de organisatie van bijscholingsactiviteiten waarop alle behandelende artsen worden uitgenodigd;

- meewerken aan de uitbouw van de algemene hygiëne in de instelling;

- het aandacht besteden aan de palliatieve zorg in het rust- en verzorgingstehuis.

De vergoeding van het RIZIV aan het RVT per dag huisvesting en per rechthebbende voor de functie van de coördinerende en raadgevende geneesheer bedraagt 0,47 euro. De prestaties van die arts, die op zijn minst door een ondernemingscontract is verbonden aan de inrichting, moeten gemiddeld 2 uur 20 per week en per 30 rechthebbenden bedragen.

De beheerder stelt de CRA aan maar dit gebeurt best steeds in samenspraak met de lokale huisartsenkring. De benoeming van een CRA die niet wordt gedragen door de huisartsen waarmee hij intensief in teamverband zal moeten werken hindert in aanzienlijke mate de vlotte samenwerking en coördinatie van de medische zorg in het rusthuis.

Veel CRA's voelen zich onzeker omtrent hun bevoegdheden en taakinvulling. Hun rol is wettelijk omschreven maar te vaag. Dit heeft er in sommige gevallen toe geleid dat rusthuisdirecties de indruk kregen dat zij de CRA moeten sturen. De CRA krijgt dan eerder het statuut van een adviseur: zijn verantwoordelijkheid beperkt zich tot het formuleren van adviezen aan de directie. Maar de CRA heeft een wettelijke bevoegdheid, waar hij verantwoordelijk voor is. Het is niet zijn rol om stelselmatig af te wachten tot er een vraag of opdracht van de RVT-directie komt. De CRA moet actief zijn taak in handen nemen door afspraken te maken op gebied van hygiëne, verzorgingstechnieken, uniform formularium, enz. Hij doet dit in teamverband met de behandelende huisartsen, de huisartsenkring(en), de verpleegkundige staf, de apothekers-leveranciers, het palliatieve zorgteam

cercles de médecins généralistes, le personnel infirmier, les pharmaciens-fournisseurs, l'équipe chargée de dispenser les soins palliatifs, etc. Le MCC n'a aucune autorité sur le personnel de la MRS. Aussi la collaboration avec la direction de la MRS doit-elle être optimale.

7. Le formulaire pharmaceutique

Le formulaire pharmaceutique reprend une liste réduite de médicaments efficaces, sûrs et financièrement accessibles, indiqués dans le traitement des affections les plus fréquentes chez les personnes (très) âgées. Ces médicaments sont sélectionnés en fonction de leur efficacité, prouvée par des études cliniques. Tout le personnel soignant a accès à ce formulaire. L'élaboration d'un formulaire est l'une des missions légales du médecin coordinateur et conseiller.

Le Centre d'expertise fédéral pour les soins de santé a demandé la réalisation d'une étude relative à l'utilisation du formulaire dans les maisons de repos. On peut d'ores et déjà affirmer que ce formulaire est trop peu utilisé. Il se heurte à certaines résistances de la part des médecins prescripteurs: «notre liberté thérapeutique est gravement entravée», «mon patient ne bénéficiera pas de soins suffisants si je me fonde exclusivement sur cette liste», «qui peut m'assurer que ce formulaire présente un avantage pour les résidents âgés?», «il s'agit d'une nouvelle immixtion des pouvoirs publics»... Ces résistances compromettent fortement l'application du formulaire. Par ailleurs, il est manifeste que les instances publiques compétentes ne se sont pas suffisamment impliquées dans la mise en œuvre du formulaire. Or, ce dernier offre de nombreux avantages. Le CPAS de Gand l'applique depuis une dizaine d'années avec succès. Son formulaire reprend 133 médicaments. Cette nouvelle approche a entraîné diverses améliorations concrètes dans le domaine des soins médicaux:

- la consommation de médicaments a diminué de pas moins de 15% par résident et par jour, alors que la consommation nationale de médicaments enregistrait une hausse de 10,7% au cours de la même période. L'économie globale réalisée à Gand est estimée à 47 000 euros par an. Cette économie profite tant au CPAS qu'à l'INAMI et à la population en général;

- l'utilisation d'un formulaire permet au personnel (para)médical de se familiariser avec une offre uniforme et plus restreinte de médicaments, ce qui limite fortement les risques d'erreurs dans l'administration d'un médicament;

⁸ Voyez également à ce propos: UEPS, Recommandations pour le dossier pharmaceutique du patient, 2005, Bruxelles.

enz. De CRA heeft geen zeggingskracht over het RVT personeel. Daarom moet de samenwerking met de RVT-directie optimaal zijn.

7. Het geneesmiddelenformularium

Het geneesmiddelenformularium omvat een beperkte lijst van werkzame, veilige en betaalbare geneesmiddelen voor de meest voorkomende aandoeningen van (hoog)bejaarden. De geneesmiddelen worden geselecteerd op basis van hun doeltreffendheid, bewezen aan de hand van klinische studies. Het is ter beschikking van iedereen die betrokken is bij de zorg. Het opstellen van een formularium is een van de wettelijke taken van de CRA.

Het gebruik van het formularium in rusthuizen wordt momenteel onderzocht in opdracht van het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg maar het is in elk geval duidelijk dat er te weinig effectief gebruik van wordt gemaakt. Het formularium heeft af te rekenen met vrij veel weerstanden bij voorschrijvende artsen: «onze therapeutische vrijheid wordt ernstig beperkt», «mijn patiënt kan onvoldoende worden behandeld als ik enkel uit deze lijst kan voorschrijven», «wie zegt dat de oudere rusthuisbewoners beter af zijn met dergelijk formularium», «weeral bemoeienis van de overheid»... Deze weerstanden vormen een belangrijke hinderpaal in de toepassing van het formularium⁸. Verder is het duidelijk dat de bevoegde overheidsinstanties de implementatie van het formularium onvoldoende heeft gesteund. Nochtans biedt het heel wat voordelen. Het OCMW van Gent past het formularium zo'n tien jaar toe met zeer goede resultaten. Hun formularium telt 133 geneesmiddelen. De volgende concrete verbeteringen werden vastgesteld in de medicatiezorg na invoering van de nieuwe aanpak:

- het verbruik van geneesmiddelen per resident per ligdag daalde met maar liefst 15%, terwijl in diezelfde periode het nationaal geneesmiddelenverbruik steeg met 10,7%. Globaal wordt de gerealiseerde besparing in Gent geraamd op 47.000 euro op jaarbasis. Zowel het OCMW, het RIZIV als de mensen zelf doen daarbij hun profijt;

- het gebruik van een formularium maakt het (para)medisch personeel meer vertrouwd met een kleiner en eenvormig aanbod van geneesmiddelen waardoor de kans op fouten bij medicatietoediening sterk verminderden;

⁸ Geneesmiddelenbrief, Formul R info, november 2005

- grâce au formulaire, les personnes âgées peuvent bénéficier d'une offre non médicale plus importante, qui constitue souvent une plus-value pour ces personnes. Ce système ouvre par ailleurs le débat sur la prescription proprement dite. Beaucoup de patients plus âgés consomment les mêmes médicaments pendant de nombreuses années, sans que leur efficacité soit remise en cause. La diminution du traitement médicamenteux permet d'offrir à ces personnes un soutien et des soins d'un autre type, qui contribuent souvent davantage à leur bien-être. Grâce au formulaire, la maison de soins et de repos Heiveld (Sint-Amandsberg/Gand) a pu mettre fin à la surmédication et remplacer les médicaments dépassés par des produits de qualité supérieure. La suppression progressive des tranquillisants et des benzodiazépines a permis de promouvoir les thérapies alternatives. La maison de repos et de soins a pu engager davantage d'ergothérapeutes spécialisés dans la mobilisation, l'animation et l'accompagnement. La plupart des laxatifs ont été remplacés par des alternatives plus saines, comme le Sorbitol, l'augmentation de la consommation de fibres, ... Le nutritionniste a pu élaborer davantage de schémas alimentaires adaptés. Ces résultats sont extrêmement importants;

- le formulaire contribue à promouvoir l'approche pluridisciplinaire des personnes âgées placées en maison de repos. Pour être efficace, il doit être soutenu et adopté en concertation par les différents acteurs (corps médical, personnel infirmier, direction et médecin coordonnateur).

Conclusion: collaborer en vue d'assurer une vieillesse heureuse

Pour leur qualité de vie, de nombreux résidents de maisons de repos ont tout intérêt à voir diminuer le nombre de leurs médicaments. Notre consommation de médicaments est simplement excessive en Belgique. Le sommeil qui suit une bonne dose d'activité n'a rien à voir avec le sommeil dû au nième comprimé, qui provoque également une hébétude en journée. La prescription de nombreux médicaments est inefficace dans les maisons de repos. En outre, on observe de grandes différences d'une région à l'autre, qui ne s'expliquent pas non plus par des raisons médicales sérieuses. L'excès de médicaments renforce l'effet de «cascade de prescriptions». Des erreurs sont commises régulièrement dans l'administration des médicaments dès lors qu'il faut appliquer les préférences de tous les généralistes qui visitent la maison de repos.

- het formularium zorgt dat er voor de bejaarden meer ruimte vrijkomt voor een niet-medicale behandeling; vaak een meerwaarde voor die mensen. Het systeem brengt bovendien een discussie op gang over het voorschrijven van geneesmiddelen op zich. Heel wat oudere patiënten krijgen jaren aan een stuk dezelfde medicatie toegediend. Daarbij vraagt men zich soms niet meer af of die nog wel effectief is. Het afbouwen van medicatie brengt ruimte voor andere ondersteunende en verzorgende begeleiding die vaak meer bijdragen tot het welzijn van de bejaarde. In het RVT Heiveld (Sint-Amandsberg/Gent) vond dankzij het formularium was er een uitzuivering van overvloedige medicatie en verouderde medicatie werd vervangen door betere. Door de afbouw van tranquilizers en benzodiazepines kwam er ruimte voor alternatieve therapieën. De residenten kregen meer ergotherapeuten over de vloer voor mobilisatie, animatie en begeleiding. Laxeermiddelen werden grotendeels vervangen door gezondere alternatieven zoals Sorbitol, toedienen van extra vezels.... De voedingsdeskundige kreeg meer ruimte om aangepaste voedingsschema's uit te werken. Dit zijn enorm belangrijke resultaten;

- het formularium is een van de middelen om de multidisciplinaire aanpak te stimuleren van bejaarden in rusthuizen. Dit kan enkel op voorwaarde dat het gedragen en bediscussieerd wordt door het integraal korps aan artsen, verpleegkundig personeel, directie en coördinerende geneesheer.

Besluit: samenwerken aan een gelukkige oude dag

Veel rusthuisbewoners hebben er omwille van hun levenskwaliteit baat bij dat hun medicatie een stuk wordt afgebouwd. We gebruiken in België gewoon te veel geneesmiddelen. Er is een hemelsbreed verschil tussen slapen na een gezonde portie activiteit of na het zoveelste extra pilletje dat ook gedurende de dag zorgt voor versuffing. In de rusthuizen worden veel geneesmiddelen ondoelmatig voorgeschreven. Bovendien zijn er grote verschillen in verbruik tussen de regio's waarvoor er evenmin goede medische gronden zijn. Het teveel aan medicatie versterkt het effect van de 'voorschrijfcascade'. Er worden geregeld fouten gemaakt bij het toedienen van medicatie omdat men uitvoering moet geven aan de preferenties van elke huisarts die in het rusthuis komt.

Un certain nombre de mesures s'imposent pour améliorer l'efficacité de la consommation de médicaments et en normaliser le coût dans les maisons de repos, notamment:

- éviter les médicaments inutiles ou inefficaces (par exemple, la prescription d'un médicament contre l'instabilité de la vessie en cas d'incontinence permanente, l'utilisation inefficace d'analgésiques, de benzodiazépines, d'antibiotiques, la prescription de médicaments contre les troubles de l'équilibre destinés à des patients grabataires, ...);
- encourager la prescription de médicaments efficaces (par exemple, la vaccination contre la grippe);
- éviter la cascade de prescriptions;
- adapter le traitement pharmaceutique à la spécificité du patient âgé; c'est ainsi qu'en prescrivant des somnifères, on oublie rapidement que le biorhythme des personnes âgées est différent (dans leur cas, il est tout à fait normal d'être éveillé pendant un certain temps la nuit).

Les recommandations que nous proposons visent la généralisation et l'utilisation plus efficace du formulaire de médicaments, le dossier médical électronique, le management de sécurité et un système national d'enregistrement des fautes, la notification «sans blâme» des fautes, l'amélioration de la distribution, le renforcement du rôle du médecin coordinateur et conseiller (MCC), l'approche multidisciplinaire et la recherche scientifique.

Recommandations

1. La généralisation du formulaire pharmaceutique thérapeutique

Le formulaire est rédigé par une équipe pluridisciplinaire composée d'un ou plusieurs MCC, généralistes, gériatres, pharmaciens et infirmiers. Il comporte une liste préférentielle de médicaments. Pour un même médicament, on optera pour la spécialité la moins chère. Les médicaments qui requièrent l'intervention d'un spécialiste ne sont généralement pas repris. Le formulaire explique en outre en détail l'action des médicaments repris, leur administration et les effets secondaires éventuels. Il comporte également des directives concernant une consommation responsable des médicaments, par exemple en ce qui concerne la consommation des antibiotiques et des somnifères.

Een aantal maatregelen dringen zich op om een doelmatiger geneesmiddelengebruik te bekomen en om de kostprijs van het geneesmiddelenverbruik in de rusthuizen te normaliseren, met name door:

- het vermijden van onnodige of ondoelmatige medicatie (bijvoorbeeld geneesmiddel tegen blaasinstabiliteit voorschrijven bij blijvende incontinentie, ondoelmatig behandelen met pijnstillers, benzodiazepines, antibiotica, middelen tegen evenwichtstoornissen voor bedlegerige patiënten...);
- het stimuleren van het verstrekken van doelmatige medicatie (bijvoorbeeld griepvaccinatie)
- het vermijden van de voorschrijfcascade;
- het aanpassen van de farmaceutische behandeling aan de specificiteit van de oudere patiënt; zo wordt bij het voorschrijven van slaapmiddelen te vlug vergeten dat ouderen een ander bioritme hebben (bijvoorbeeld 's nachts een tijdlang wakker zijn is heel normaal).

De aanbevelingen die we voorstellen betreffen het veralgemenen en efficiënter gaan gebruiken van het geneesmiddelenformularium, het elektronisch medisch dossier, het veiligheidsmanagement en een landelijk registratiesysteem voor fouten, «*blamefree*» melden van fouten, de betere distributie, het versterken van de rol van de coördinerende en raadgevende arts (CRA), de multidisciplinaire aanpak, en het wetenschappelijk onderzoek.

Aanbevelingen

1. Een veralgemeend therapeutisch geneesmiddelenformularium

Het formularium wordt opgesteld door een multidisciplinair team bestaande uit een of meer CRA's, huisartsen, geriateren, apothekers, verpleegkundigen. Het omvat een geneesmiddelenvoorkeurslijst. Voor eenzelfde medicament wordt de goedkoopste specialiteit gekozen. Geneesmiddelen die de tussenkomst van een specialist vragen worden doorgaans niet opgenomen. Het formularium geeft bovendien uitvoerig commentaar over de werking van de opgenomen geneesmiddelen, over de toediening en de mogelijke bijwerkingen. Het omvat ook richtlijnen inzake een verantwoord geneesmiddelengebruik, bijvoorbeeld richtlijnen voor het gebruik van antibiotica en slaapmiddelen.

L'utilisation d'un *formulaire thérapeutique scientifique-fondé* doit améliorer le comportement en matière de prescription des médecins en permettant:

- une prescription plus responsable (choix du produit, dosage, durée d'utilisation);
- une meilleure connaissance des effets, des effets secondaires et des interactions des médicaments;
- une remise en question des habitudes en matière de diagnostic et de thérapie.

La limitation du nombre de produits sur la base du formulaire doit permettre aux infirmiers:

- de réduire la charge d'erreurs dans l'administration de la médication;
- de mieux reconnaître l'action et les effets secondaires. Ils connaîtront mieux le dosage, le mode d'administration, le moment d'administration, etc.;
- d'être davantage en mesure d'observer les pensionnaires et de faire rapport au médecin sur les effets et les effets secondaires des médicaments et de suggérer une adaptation des dosages et d'autres ajustements.

La constitution d'une «pharmacie d'urgence» au moyen du formulaire fera en sorte que les médicaments prescrits le soir, durant le week-end ou en cas d'urgence soient plus rapidement disponibles. Cela facilitera – pour un remplaçant éventuel – la continuité des soins.

Pour l'établissement et pour le pharmacien, le formulaire facilitera l'organisation de la commande de médicaments, la gestion de stocks et la distribution aux pensionnaires.

Le formulaire peut également être utilisé en tant qu'outil pour informer les résidents sur «leur» médication.

Le formulaire pourra entraîner une diminution du coût de la consommation de médicaments, tant pour les résidents que pour l'assurance maladie. La reprise, dans le formulaire, de médicaments génériques équivalents et de marques alternatives moins chères permettra de diminuer considérablement le coût des médicaments dans les maisons de repos, à condition, bien sûr, que les médecins observent les directives figurant dans par le formulaire.

Door het gebruik van een *wetenschappelijk gefundeerd therapeutisch formularium* moet het voorschrijfgedrag verbeteren doordat artsen:

- bewuster voorschrijven (keuze van product, dosis, duur van gebruik);
- beter zicht krijgen op effect, op neveneffecten en op interacties van geneesmiddelen;
- gewoontegedrag rond diagnostiek en therapie ter discussie stellen.

Door het beperken van het aantal producten op basis van het formularium moet voor de verpleegkundigen:

- de foutenlast verminderen bij bedeling van medicatie;
- werking en neveneffecten beter herkenbaar zijn. Zij zullen beter de dosering, de manier van toediening, het ogenblik van toediening, enz kennen;
- de mogelijkheid toenemen om bewoners te observeren en aan de geneesheer te rapporteren over effecten, neveneffecten van geneesmiddelen en over suggesties voor dosisaanpassingen en andere bijsturingen.

De samenstelling van een «spoedapothek» aan de hand van het formularium moet ervoor zorgen dat geneesmiddelen die 's avonds en tijdens weekends of in spoedgevallen worden voorgeschreven, sneller beschikbaar zijn. Dit zal - voor een eventuele vervanger - de continuïteit van zorgen vergemakkelijken.

Voor instelling én apotheker zal door het formularium de organisatie rond medicatiebestelling, het stockbeheer en de verdeling naar de bewoner toe vergemakkelijken.

Het formularium kan ook worden gebruikt als hulpmiddel om bewoners te informeren over «hun» medicatie.

Het formularium kan de kostprijs drukken van medicatiegebruik én voor de bewoners én voor de ziekteverzekering. Het opnemen van gelijkwaardige generische middelen en goedkopere merkvarianten in het formularium zal de kost van geneesmiddelen in het rusthuis aanzienlijk kunnen verlagen. Dit natuurlijk op voorwaarde dat artsen zich houden aan de richtlijnen van het formularium.

Grâce au formulaire, les maisons de repos pourront obtenir d'importantes réductions lors de l'achat de médicaments pour leurs patients, à condition que cela se passe dans la transparence et que les patients eux-mêmes bénéficient également de ces tarifs avantageux.

Par le biais d'un forum de sociétés scientifiques, d'organisations professionnelles et d'universités, et grâce au soutien financier de l'INAMI, un projet national visant à la publication annuelle d'un formulaire actualisé a vu le jour en 2003. Ce formulaire est actuellement disponible sur papier ainsi que sur le site <http://www.formularium.be/>. La sélection des médicaments repose sur une méthodologie scientifique stricte. Ce formulaire peut d'ailleurs également être utilisé en tant que guide dans la prescription de médicaments pour les patients âgés vivant à domicile. De plus, dans chaque région, des médecins conseillers et coordinateurs (MCC) prennent des initiatives pour stimuler l'utilisation d'un formulaire. Les MCC, infirmières responsables et directions peuvent toujours faire appel à leurs services pour avoir un soutien dans l'application d'un formulaire.

Ce formulaire doit servir de fil conducteur pour le formulaire utilisé dans les maisons de repos avec la collaboration des médecins de famille concernés. Il doit également être inclus dans la formation et dans la formation permanente des médecins, des infirmiers et des pharmaciens.

Les informations indépendantes disponibles électroniquement auprès de l'organisation neutre CBIP (Centre belge d'Information Pharmacothérapeutique)⁹, une asbl entièrement subsidiée par le ministre de la Santé publique, constituent un autre outil de référence.

Le dossier scientifique de l'APB, l'Association pharmaceutique belge, peut également être utilisé¹⁰. Ce dossier scientifique contient une comparaison complète entre les produits génériques et les produits de marque, ainsi qu'entre les différents produits génériques: les emballages sont-ils identiques, peut-on détacher les tablettes avec la même facilité, les sirops sont-ils également disponibles en petites bouteilles... Ce grand tableau de comparaison permet d'effectuer un bon choix parmi la pléthore de médicaments. Il va de soi que ce projet doit être poursuivi et bénéficier du soutien nécessaire.

Aan de hand van het formularium kunnen rusthuizen belangrijke kortingen afdwingen bij de aankoop van medicijnen voor hun patiënten. Voorwaarde is wel dat dit transparant gebeurt en dat patiënten zelf ook voordeel ondervinden van de voordelige tarieven.

Via een forum van wetenschappelijke verenigingen, beroepsorganisaties en universiteiten en dank zij de financiële steun van het RIZIV, startte in 2003 een nationaal project voor de jaarlijkse publicatie van een geactualiseerd formularium. Dit formularium is momenteel beschikbaar op papier en op de site <http://www.formularium.be/>. De selectie van de geneesmiddelen gebeurt volgens een strikt wetenschappelijke methode. Dit formularium is overigens ook bruikbaar als leidraad voor het voorschrijven aan oudere patiënten die thuis verblijven. Verder zijn er in elke regio coördinerende en raadgevende artsen (CRA's) actief die initiatieven nemen om het gebruik van een formularium te stimuleren. De andere CRA's, hoofdverpleegkundigen en directies kunnen steeds op hen beroep doen voor ondersteuning bij het toepassen van een formularium.

Dit formularium moet als leidraad gaan dienen voor het formularium dat met de medewerking van de betrokken huisartsen wordt gehanteerd in de rusthuizen. Het moet ook deel uitmaken van de opleiding en navorming van artsen, verpleegkundigen en apothekers.

Een ander hulpmiddel is de onafhankelijke informatie die elektronisch beschikbaar is bij de neutrale organisatie BCFI (Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie)⁹, een vzw die 100% wordt gesubsidieerd door de minister van Volksgezondheid.

Verder is er ook het wetenschappelijk dossier van APB, de Algemene Pharmaceutische Bond¹⁰. Dit wetenschappelijk dossier maakt een volledige vergelijking tussen generische producten en merkproducten en tussen de generische producten onderling: zijn de verpakkingen dezelfde, kan je de tabletten even makkelijk splitsen, kun je een siroop ook in kleine flessen krijgen... Deze grote vergelijkingstabel laat toe om een goeie keuze te maken in het overaanbod aan geneesmiddelen. Dit project moet zeker voortgang vinden en de nodige ondersteuning krijgen.

⁹ Voir le site: www.bcfi.be.

¹⁰ Pour plus d'informations sur le dossier scientifique de l'APB ou consulter le site: www.apb.be

⁹ Zie de site: www.bcfi.be.

¹⁰ Meer informatie over het wetenschappelijk dossier van APB is te vinden op de volgende website: www.apb.be

Le formulaire MRS est disponible de préférence par voie électronique, par exemple par le biais de l'intranet. Le coût en est assez important et un soutien des autorités en la matière est certainement souhaitable.

2. Introduction du dossier électronique de médication (DEM)

Un dossier électronique de médication (DEM) doit être tenu pour chaque résident. Pour les patients qui disposent également d'un dossier médical électronique de résident, les deux dossiers sont liés. Tout prescripteur et fournisseur de médicaments concerné par le traitement doit pouvoir accéder électroniquement au DEM.

Le dossier de médication permet de collecter, de conserver et d'échanger des informations sur:

- le traitement médicamenteux du patient;
- les actes accomplis par les prestataires de soins dans le cadre de la prescription, de la fourniture et de l'administration de médicaments;
- le suivi du traitement médicamenteux.

Le dossier électronique de médication augmente la qualité, l'efficacité et la sécurité des soins pharmaceutiques dispensés au patient et facilite la concertation pharmacothérapeutique entre prescripteurs et pharmaciens⁹.

3. Politique d'achats plus efficace et meilleure distribution

Grâce à un formulaire et à une procédure d'adjudication, les maisons de repos peuvent obtenir d'importantes réductions (de 20% et plus) lors de l'achat de produits pharmaceutiques. Les maisons de repos des CPAS y sont déjà contraintes. Ces réductions doivent bénéficier au moins pour une partie aux résidents.

Comme c'est le cas aux Pays-Bas, les maisons de repos doivent beaucoup plus collaborer avec les pharmaciens, pour que la médication soit conditionnée par moment d'administration, donc dans des conditionnements unidoses personnalisés. L'expérience nous enseigne que cette manière de procéder réduit le risque d'erreurs, grâce au remplissage manuel de la 'boîte à pilules' et grâce à la prise de médicaments. On évite

Het rusthuisformularium is bij voorkeur digitaal beschikbaar, bijvoorbeeld via het intranet. Dit is geen goedkope aanpak en ondersteuning van de overheid hierbij is zeker wenselijk.

2. Invoering elektronisch medicatiedossier (EMD)

Voor elke rusthuisbewoner moet er een elektronisch medicatiedossier (EMD) worden bijgehouden. Voor patiënten die ook beschikken over een elektronisch medisch bewonersdossier worden beide dossiers gekoppeld. Iedere bij de behandeling betrokken voorschrijver en verstrekker van geneesmiddelen moet elektronisch inzage hebben in het EMD.

Het medicatiedossier maakt de inzameling, het bewaren en de uitwisseling van informatie mogelijk over:

- de geneesmiddelenbehandeling van de patiënt;
- de handelingen die de zorgverstrekkers hebben ondernomen in het kader van het voorschrijven, afleveren en toedienen van geneesmiddelen;
- de opvolging van de geneesmiddelenbehandeling.

Het elektronisch medicatiedossier verhoogt de kwaliteit, doeltreffendheid en veiligheid van de farmaceutische patiëntzorg en vergemakkelijkt het farmacotherapeutisch overleg tussenvoorschrijvers en apothekers¹¹.

3. Efficiënter aankoopbeleid en betere distributie

Met een formularium en een aanbestedingsprocedure kunnen rusthuizen aanzienlijke kortingen (van 20% en meer) genereren bij de aankoop van farmaceutische producten. OCMW-rusthuizen zijn daartoe reeds verplicht. Deze kortingen moeten minstens voor een deel ten goede komen aan de rusthuisbewoners.

Rusthuizen moeten, zoals in Nederland al het geval is, veel meer samenwerken met apotheken zodat voor elke bewoner de medicatie per toedieningstijdstip verpakt wordt, dus gepersonaliseerde unidosis-verpakkingen. De ervaring is dat deze werkwijze de kans op fouten verkleint met het handmatig vullen van de «pillendoos» en met het innemen van medicijnen. Ook wordt verspilling door het niet opgebruiken van de in-

¹¹ Voir également à cet égard: EUSA, Recommandations pour le dossier pharmaceutique du patient, 2005, Bruxelles.

¹¹ Zie hiervoor ook: EUSA, Aanbevelingen voor het farmaceutisch dossier van de patiënt, 2005, Brussel.

ainsi également le gaspillage dû à la non-utilisation du contenu entier des emballages. Bien que les pharmacies belges et néerlandaises ne soient pas tout à fait comparables en ce qui concerne leur manière de travailler, l'exemple néerlandais peut quand même nous apprendre certaines choses. C'est pourquoi il serait souhaitable d'instaurer dans chaque maison de repos belge un système formalisé de distribution des médicaments, assorti d'un contrôle de la qualité.

Aux Pays-Bas, de plus en plus de maisons de soins reçoivent pour chaque patient des aperçus de médicaments générés automatiquement. On réduit ainsi le risque d'erreurs dû au fait que les listes de médicaments sont remplies manuellement et on facilite le contrôle de la distribution des médicaments. Nous souhaitons que ce principe soit également généralisé chez nous, et couplé à la tenue du dossier électronique de médication.

Nous confions ainsi davantage de responsabilités aux pharmacies qui sont bien équipées pour remplir ces tâches et nous déchargeons par la même occasion les infirmiers. Un maximum de maisons de repos devraient toutefois, à terme, adopter ce nouveau système de distribution pour que les pharmaciens qui veulent collaborer à un meilleur système de distribution ne souffrent pas d'un handicap concurrentiel.

4. Le renforcement du rôle du MCC en travaillant davantage en équipes pluridisciplinaires:

Le MCC doit pouvoir agir comme personnage central de la politique médicale dans la maison de repos, avec pour tâche principale l'amélioration de la qualité de la pratique médicale. Le MCC doit à cette fin organiser une concertation structurelle avec les résidents, leur famille et personnes de confiance, la direction de la MRS, les infirmiers en chef, les pharmaciens, les médecins généralistes, et ensuite élaborer des solutions dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires. Par maison de repos ou groupe régional de maisons de repos, un protocole est élaboré dans le cadre des missions légales du MCC, tout particulièrement en ce qui concerne l'élaboration et la gestion des dossiers des résidents, le formulaire MRS et le comportement prescripteur, le système de distribution des médicaments, le système de management de la sécurité, le service de garde, le diagnostic et le traitement dans les situations d'urgence, la politique de prévention, les mesures en faveur des patients de MRS, etc... (également système du tiers payant, frais d'administration,... ???).

houd van verpakkingen tegengegaan. Alhoewel Nederlandse en Belgische apotheken niet helemaal vergelijkbaar zijn voor wat betreft hun manier van werken kunnen we toch uit het Nederlandse voorbeeld leren. Daarom komt er best in elk Belgisch rusthuis een geformaliseerd geneesmiddelen distributiesysteem met kwaliteitsbewaking.

In Nederland krijgen steeds meer verzorgingshuizen automatisch gegenereerde geneesmiddelenoverzichten aangeleverd per patiënt. Hierdoor vermindert de kans op fouten door het handmatig invullen van medicatielijsten en wordt de controle op het uitdelen van de medicatie makkelijker. Wij willen dat dit principe bij ons ook veralgemeend ingang vindt, gekoppeld aan het bijhouden van het elektronisch medicatiedossier.

Zo kennen we meer verantwoordelijkheden toe aan de apotheken die voor deze taken goed zijn uitgerust en ontlasten we tegelijkertijd de verpleegkundigen. Zo veel mogelijk rusthuizen moeten op termijn wel in de nieuwe distributieregeling instappen om geen concurrentienadeel te veroorzaken bij de apothekers die aan een beter distributiesysteem willen meewerken.

4. Rol van CRA versterken door meer multidisciplinair teamwerk:

De CRA moet kunnen optreden als de spilfiguur in het medisch beleid in het rusthuis met als voornaamste taak de kwaliteitsverbetering van het medisch handelen. De CRA moet daartoe structureel overleg plegen met de residenten, hun familie en vertrouwenspersonen, de RVT-directie, de hoofdverpleegkundigen, de apothekers, de huisartsen en de huisartsenkringen, en vervolgens in multidisciplinair teamverband oplossingen uitwerken. Per rusthuis of regionale groep van rusthuizen wordt er in het kader van de wettelijke opdrachten van de CRA een protocol uitgewerkt, in het bijzonder aangaande het opstellen en beheer van de bewonersdossiers, formularium en voorschrijfgedrag, geneesmiddelen distributiesysteem, veiligheidsmanagementsysteem, de wachtdienstregeling, diagnose en behandeling in spoedsituaties, preventiebeleid, maatregelen voor MRSA-patiënten enzovoort (ook derdebetalersregeling, inningskosten... ???).

Il doit également y avoir suffisamment de possibilités de formation pour les MCC, notamment en pharmacologie⁹.

Nous développons ainsi une politique médicale dans les maisons de repos qui est fortement axée sur les soins (contrairement aux hôpitaux) tout en répondant de façon totalement professionnelle aux besoins médicaux des résidents nécessitant généralement des soins lourds et souffrant souvent de maladies chroniques. L'image du home pour personnes âgées – dépassée par la réalité – où il suffit qu'un médecin généraliste fasse son travail, appartient dès lors à un passé révolu. Le libre choix du médecin généraliste est maintenu mais le traitement de ses patients en maison de repos se fait d'une façon uniformisée, avec l'assistance du MCC. Il convient également d'accorder une forme d'incitation aux médecins généralistes qui adhèrent sans réserve à ce système.

5. La gestion de la sécurité

Les établissements eux-mêmes sont responsables de l'utilisation optimale des médicaments dans les maisons de repos. Les autorités doivent les soutenir et les stimuler à cet égard. Les règlements relatifs à la gestion intégrale de la qualité édictés par les communautés étaient cette autorégulation.

Il convient d'instaurer un système d'enregistrement national des erreurs afin de répertorier systématiquement les risques en matière de soins de santé. Le signalement des erreurs permet d'examiner les causes et d'éviter qu'elles ne se reproduisent. Pour que ce système fonctionne, les établissements doivent procéder à un inventaire systématique des risques en matière de sécurité, les mesurer et les gérer. À cet effet, l'ensemble des établissements de soins doivent mettre en œuvre, à court terme, un système de gestion de la sécurité certifié, dans lequel la communication 'sûre' et l'information complète et ponctuelle du patient au sujet des erreurs et quasi-accidents – dont les incidents impliquant des médicaments et des dispositifs médicaux – occupent une place prédominante. La communication sûre ou «sans blâme» permet à un assistant de signaler des erreurs et des incidents sans craindre des sanctions de la part de l'employeur ou de l'inspection, par exemple. Des expériences réalisées dans d'autres secteurs (comme la navigation aérienne) montrent qu'une approche «sans blâme» stimule la propension à

Voor CRA's moeten er ook voldoende gespecialiseerde opleidingsmogelijkheden bestaan, onder meer in farmacologie¹².

Zo ontwikkelen we een medisch beleid in de rusthuizen dat sterk *care*-gericht is (in tegenstelling tot het ziekenhuis) maar toch op volwaardige professionele wijze tegemoetkomt aan de medische vereisten van de meestal zwaar zorgbehoevende en chronisch zieke bewoners. Het beeld van een gezinsvervangend tehuis voor oudere mensen – dat door de realiteit is achterhaald –, waar het volstaat dat een huisarts zijn werk doet, wordt daardoor verleden tijd. De vrije keuze van de huisarts blijft overeind maar de behandeling van zijn patiënten in het rusthuis gebeurt op een geüniformiseerde wijze, met de ondersteuning van de CRA. Aan huisartsen die volwaardig in dit systeem stappen moet ook een vorm van incentive worden gegeven.

5. Veiligheidsmanagement

Instellingen zijn zelf verantwoordelijk voor een optimaal geneesmiddelengebruik in de rusthuizen. De overheid moet hen daar in ondersteunen en stimuleren. Deze zelfregulatie wordt geschraagd door de regelingen voor kwaliteitszorg uitgevaardigd door de gemeenschappen.

Er moet een landelijk registratiesysteem worden ingevoerd voor fouten om de risico's in de zorg systematisch in kaart te kunnen brengen. Door fouten te melden, kunnen de oorzaken worden en onderzocht kan worden voorkomen dat het weer gebeurt. Om dit systeem te doen werken moeten instellingen systematisch de veiligheidsrisico's gaan inventariseren, meten en managen. Daartoe dienen alle zorginstellingen op korte termijn met een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem te werken. Daarin heeft ook het 'veilig' melden van en het tijdige en volledig informeren van de patiënt over fouten en bijna-ongelukken – waaronder incidenten met geneesmiddelen en medische hulpmiddelen – een vooraanstaande plek. Bij «*blamefree*» of veilig melden kan een hulpverlener fouten en incidenten melden zonder bang te zijn voor sancties van bijvoorbeeld werkgever of inspectie. Ervaringen uit andere sectoren (zoals de luchtvaart) wijzen uit dat «*blamefree* melden» de bereidheid om te melden vergroot en een belangrijke bijdrage levert aan de vergroting van de kwaliteit en de patiëntveiligheid. «*Blamefree* melden» mag er overigens

¹² Il existe ainsi aux Pays-Bas une formation spéciale destinée aux médecins des maisons de soins dans le cadre de la discipline gériatrique.

¹² Zo bestaat er in Nederland een bijzondere opleiding voor verpleeghuisartsen in het kader van de geriatrie discipline.

signaler, et contribue de manière importante à accroître la qualité des prestations et la sécurité du patient. Du reste, cette approche non punitive ne doit jamais permettre à des assistants qui commettent des fautes graves de s'en tirer à bon compte.

Tout d'abord, il importe que les erreurs et incidents soient signalés et commentés au sein des établissements. À ce niveau, les prestataires de soins peuvent en retirer un maximum d'enseignement et il est possible de prendre des mesures rapidement. Cette expérience peut servir dans le cadre d'analyses et de comparaisons effectuées à l'échelle du pays. Un enregistrement national constitue alors l'aboutissement logique d'un système mis en oeuvre sur une échelle plus large.

Par ailleurs, il importe également que l'on accorde, dès la formation du dispensateur de soins, une attention particulière à la prise de conscience et à la réflexion sur la sécurité et la politique y afférente. En effet, le processus de formation pratique débute dès la formation théorique.

6. Plus de recherche scientifique

Les personnes âgées risquent davantage de rencontrer des problèmes liés à la médication. Pour cette raison – et compte tenu de l'ampleur croissante de la population des seniors –, il est essentiel de disposer de données fiables concernant les risques que présentent les médicaments et les dispositifs médicaux pour ce groupe, non seulement en ce qui concerne la sécurité et la qualité des produits, mais également afin d'en identifier les effets nocifs éventuels pour le patient plus âgé. L'objectif est de promouvoir systématiquement l'expertise du personnel, des médecins traitants et des pharmaciens-fournisseurs en matière de soins pharmaceutiques, dans le cadre des efforts visant à améliorer et à sécuriser en permanence les soins aux patients en maisons de repos. L'étude sur la consommation de médicaments dans les soins résidentiels doit dès lors être ancrée de manière structurelle. Les activités des médecins en maisons de repos doivent être assorties d'une structure de suivi.

L'étude relative à la qualité de la consommation de médicaments dans les maisons de repos et de soins, qui sera menée à la demande du Centre fédéral de connaissances en matière de soins de santé, doit aider les pouvoirs publics à déceler les tendances et à les convertir, dans les meilleurs délais, en mesures de gestion, au sein de l'établissement et aux niveaux régional et national. Les acteurs de terrain doivent être impliqués activement dans la collecte de connaissances et d'opinions quant aux risques au niveau national.

nooit toe leiden dat hulpverleners die ernstige fouten maken eenvoudig de dans kunnen ontspringen.

Eerst en vooral is het van belang dat fouten en incidenten worden gemeld en besproken binnen de instellingen. Zorgverleners kunnen daar het meest van leren en er kunnen snel maatregelen worden genomen. Deze ervaring kan worden gebruikt voor landelijke analyses en vergelijkingen. Een landelijke registratie is dan het logische sluitstuk van een breder opgezet systeem.

Belangrijk is overigens ook dat de bewustwording van en het denken over veiligheid en veiligheidsbeleid al in de opleiding van de zorgverlener bijzondere aandacht krijgt. Het vormingsproces begint immers bij de opleiding.

6. Meer wetenschappelijk onderzoek

Ouderen lopen een verhoogd risico op medicatieproblemen. Daarom – mede gezien de toenemende omvang van de ouderenpopulatie – is het van essentieel belang om over betrouwbare gegevens te beschikken aangaande de risico's van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen voor deze groep. Niet alleen voor wat betreft de veiligheid en kwaliteit van de producten maar ook om de mogelijk schadelijke gevolgen ervan voor de oudere patiënt in kaart te brengen. Het doel is de systematische deskundigheidsbevordering van het personeel, de behandelende artsen en de apothekers-leveranciers op het gebied van de farmaceutische zorg in het kader van de inspanningen om patiëntenzorg in rusthuizen permanent te verbeteren en veiliger te maken. Daarom moet het onderzoek naar de geneesmiddelenconsumptie in de residentiële zorg structureel worden verankerd. De activiteiten van artsen in de rusthuizen moeten een opvolgstructuur krijgen.

De studie naar de kwaliteit van het geneesmiddelengebruik in RVT's die in opdracht van het federale Kenniscentrum voor Gezondheidszorg zal worden uitgevoerd moet de overheid helpen om trends te herkennen en deze zo snel mogelijk in beheersmaatregelen om te zetten, binnen de instelling en op regionaal en landelijk niveau. Het veld moet zelf actief betrokken worden bij het verzamelen van kennis en inzichten over risico's op landelijk niveau.

Magda DE MEYER (sp.a–spirit)
Maya DETIÈGE (sp.a–spirit)

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. considérant que, dans notre pays, 5 à 8% de l'ensemble des dépenses médicamenteuses sont consacrés à des résidents de maisons de repos;

B. considérant qu'un résident de maison de repos prend en moyenne cinq médicaments contre les affections chroniques et que, dans de nombreux cas, cette polymédication résulte du fait que les effets secondaires d'un médicament doivent être contrés par la prescription d'autres médicaments;

C. considérant que la consommation de médicaments présente de grandes disparités régionales et que les variations de syndromes présentés par la population des maisons de repos ne suffisent pas à expliquer ces grandes disparités;

D. considérant que, dans certaines régions, près d'un quart des médicaments consommés en maison de repos sont inefficients;

E. considérant que tant la surmédication que la sous-médication mettent en péril la santé des résidents dans nos maisons de repos;

F. considérant qu'une utilisation plus efficiente des médicaments permet de réduire considérablement la facture de médicaments du résident;

G. considérant qu'un système sérieux et moderne de distribution des médicaments fait défaut ou n'est pas suffisamment opérationnel dans les maisons de repos belges et qu'il n'y a quasi nulle part de contrôle systématique de la qualité des soins pharmaceutiques, la santé des résidents de maisons de repos étant dès lors réellement menacée;

H. considérant que les maisons de repos recourent à divers systèmes d'achat pour leurs médicaments, tels qu'une tournante entre pharmacies et que, seules les maisons de repos des CPAS sont légalement tenues de procéder par voie d'adjudication;

I. considérant que les maisons de repos négocient des ristournes considérables auprès des pharmacies qui les fournissent et que rien ne garantit que les moyens ainsi économisés profitent au patient;

J. considérant que l'encouragement de la prescription de médicaments génériques et de marques alter-

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. overwegende dat 5 tot 8% van alle geneesmiddelen uitgaven in ons land worden besteed aan rusthuisbewoners;

B. overwegende dat een rusthuisbewoner gemiddeld vijf geneesmiddelen gebruikt tegen chronische aandoeningen en dat deze polymedicatie in veel gevallen wordt veroorzaakt doordat de bijwerkingen van het ene medicijn het voorschrijven van andere middelen nodig maakt;

C. overwegende dat er grote regionale verschillen zijn in medicijngebruik en dat variaties in het ziektebeeld van de rusthuispopulatie deze grote verschillen onvoldoende verklaren;

D. overwegende dat in bepaalde regio's tot een kwart van de medicatie in de rusthuizen ondoelmatig is;

E. overwegende dat in onze rusthuizen zowel overmedicatie als ondermedicatie de gezondheid van de bewoners in gevaar brengen;

F. overwegende dat een doelmatiger medicijngebruik zorgt voor een aanzienlijke besparing op de geneesmiddelenfactuur van de bewoner;

G. overwegende dat in Belgische rusthuizen een gedegen, modern systeem voor geneesmiddelen-distributie ontbreekt of onvoldoende werkzaam is en dat een systematische kwaliteitsbewaking van de farmaceutische zorg vrijwel overal ontbreekt, waardoor een reëel gevaar ontstaat voor de gezondheid van de rusthuisbewoners;

H. overwegende dat rusthuizen diverse systemen hanteren om hun geneesmiddelen aan te kopen, zoals een beurtrol van apotheken, en enkel de OCMW-rusthuizen wettelijk verplicht zijn om met een aanbesteding te werken;

I. overwegende dat rusthuizen aanzienlijke kortingen bedingen bij de leverende apotheken zonder dat er zekerheid is dat de uitgespaarde middelen ten goede komen aan de patiënt;

J. overwegende dat het stimuleren van het voorschrijven van generische middelen en goedkopere merk-

natives moins onéreuses dans les maisons de repos peut représenter une économie notable;

K. considérant que les compétences et les missions du Médecin coordinateur et conseiller (MCC) en maisons de repos et de soins (MRS) sont définies dans des termes trop vagues par la loi;

L. considérant que ce flou à propos du rôle du MCC conduit, dans un certain nombre de cas, à ce que le MCC reçoive le statut de conseiller de la direction de la maison de repos, bien qu'il soit compétent pour intervenir activement et conclure des accords avec les médecins généralistes, le personnel infirmier, l'équipe chargée de dispenser les soins palliatifs, etc.

M. considérant que l'emploi, dans la maison de repos, d'un formulaire MRS bien conçu en ce qui concerne les médicaments et les dispositifs médicaux:

- est essentiel dans l'optique d'une consommation de médicaments plus responsable;
- renforce la prescription en connaissance de cause et ciblée;
- combat la surconsommation, ce qui confère un rôle accru à d'autres thérapies telles que la mobilisation, l'animation et l'encadrement du résident;
- simplifie singulièrement l'organisation de la commande des médicaments, la gestion des stocks et leur distribution aux résidents, dans le chef tant de l'établissement que du pharmacien;
- réduit la charge d'erreurs lors de l'administration de médicaments;
- facilite l'identification, par les prestataires de soins, de l'action et des effets secondaires des médicaments administrés, ce qui permet aux infirmiers d'en informer le médecin d'une façon bien plus efficiente;
- simplifie la constitution d'une «pharmacie d'urgence», de telle sorte que les médicaments prescrits le soir et pendant le week-end soient plus rapidement disponibles;

N. vu la diminution du coût de la consommation de médicaments pour les résidents et pour l'assurance maladie grâce à l'inscription de médicaments génériques équivalents et de marques alternatives moins coûteuses dans le formulaire;

O. constatant qu'en raison de ce qui précède, un certain nombre de mesures s'imposent en vue de parvenir à une consommation de médicaments plus efficace dans les maisons de repos et de limiter le coût de la consommation de médicaments dans les maisons de repos;

varianten in rusthuizen een aanzienlijke besparing kan betekenen;

K. overwegende dat de bevoegdheden en taakinvulling van de Coördinerende en Raadgevende Arts (CRA) in rust- en verzorgingstehuizen (RVT) in te vage termen omschreven is in de wet;

L. overwegende dat deze onduidelijkheid over de rol van de CRA er in een aantal gevallen toe leidt dat de CRA het statuut krijgt van adviseur van de rusthuisdirectie alhoewel hij de bevoegdheid heeft om actief op te treden en afspraken te maken met huisartsen, de verpleegkundige staf, het palliatieve zorgteam enzovoort;

M. overwegende dat het gebruik in het rusthuis van een goed onderbouwd geneesmiddelenformularium inzake geneesmiddelen en medische hulpmiddelen:

- essentieel is om te komen tot een meer verantwoord geneesmiddelengebruik;
- het bewust, doelgericht en voorschrijven versterkt;
- overconsumptie tegengaat waardoor andere therapieën zoals mobilisatie, animatie en begeleiding van de bewoner een belangrijkere rol krijgen;
- de organisatie van de medicatiebestelling, het stockbeheer en de verdeling aan de bewoners voor instelling én apotheker aanzienlijk vereenvoudigt;
- de foutenlast bij bedeling van medicatie vermindert;
- de werking en neveneffecten van de toegediende middelen beter herkenbaar maakt voor de zorgverstrekkers, waarbij verpleegkundigen er veel efficiënter aan de arts melding kunnen van maken;
- de samenstelling van een «spoedapotheek» vereenvoudigen zodat geneesmiddelen die 's avonds en tijdens weekend of in spoedgevallen voorgeschreven worden, sneller beschikbaar zijn;

N. overwegende de lagere kostprijs van medicatiegebruik voor de bewoners en voor de ziekteverzekering door het opnemen van gelijkwaardige generische middelen en goedkopere merkvarianten in het formularium;

O. vaststellende dat, gezien het voorgaande, er zich een aantal maatregelen opdringen om te komen tot een doelmatiger geneesmiddelengebruik in rusthuizen en om de kostprijs van het geneesmiddelenverbruik in de rusthuizen te beperken;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. d'imposer dans chaque MRS l'utilisation d'un formulaire thérapeutique de soins pharmaceutiques scientifiquement étayé, répondant aux critères minimums fixés par les pouvoirs publics et fondé sur les recommandations du groupe de travail formulaire MRS, sur les informations disponibles au Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP) et sur le dossier scientifique de l'Association pharmaceutique belge (APB);
2. d'offrir le soutien nécessaire en vue de la mise à disposition d'une version électronique du formulaire;
3. d'offrir aux médecins généralistes un encadrement et des incitants de manière à les convaincre d'utiliser systématiquement le formulaire;
4. de prendre des mesures permettant à chaque résident de disposer d'un dossier médicamenteux électronique qui pourra être consulté par voie électronique par tous les prescripteurs et fournisseurs de médicaments impliqués dans le traitement et qui permettra de recueillir, de conserver et d'échanger des informations relatives:
 - au traitement médicamenteux du patient,
 - aux actions entreprises par les prestataires de soins dans le cadre de la prescription, de la délivrance et de l'administration de médicaments,
 - au suivi du traitement médicamenteux;
5. d'accorder plus d'importance aux alternatives et aux solutions visant à compléter le traitement médicamenteux, comme l'ergothérapie, la diététique, l'animation, la mobilisation, etc.
6. de généraliser la procédure d'adjudication pour l'achat de produits pharmaceutiques dans les maisons de repos;
7. de prendre des mesures visant à permettre aux résidents de bénéficier financièrement, de manière équitable, des réductions considérables consenties aux maisons de repos lors de l'achat de produits pharmaceutiques;
8. de prendre des mesures visant à ce que chaque MRS mette en place un système de distribution de médicaments formalisé sur la base d'emballages personnalisés, établisse le relevé automatique des médicaments administrés à chaque patient et se dote d'un contrôle de qualité en la matière;

VRAAGT DE FEDERALE REGERING:

1. het gebruik op te leggen in elk RVT van een wetenschappelijk gefundeerd therapeutisch formularium inzake de farmaceutische zorg, beantwoordend aan minimale criteria bepaald door de overheid en gebaseerd op de aanbevelingen van de werkgroep RVT-formularium, de informatie beschikbaar bij het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie BCFI en het wetenschappelijk dossier van de Algemene Pharmaceutische Bond (APB);
2. ondersteuning te bieden om het formularium elektronisch beschikbaar te maken;
3. begeleiding en incentives bieden voor de huisartsen om ertoe te komen dat zij het formularium systematisch gebruiken bij het voorschrijven;
4. maatregelen te treffen opdat elke rusthuisbewoner over een elektronisch medicatiedossier (EMD) beschikt waarin iedere bij de behandeling betrokken voorschrijver en verstrekker van geneesmiddelen elektronisch inzage in heeft en dat de inzameling, het bewaren en de uitwisseling van informatie mogelijk maakt over:
 - de geneesmiddelenbehandeling van de patiënt,
 - de handelingen die door de zorgverstrekkers zijn ondernomen in het kader van het voorschrijven, afleveren en toedienen van geneesmiddelen,
 - de opvolging van de geneesmiddelenbehandeling;
5. meer mogelijkheden te bieden voor alternatieven en aanvullingen bij een medicamenteuze behandeling zoals ergotherapie, gezonde voeding, animatie, mobilisatie enz.
6. de aanbestedingsprocedure te veralgemenen voor de aankoop van farmaceutische producten in rusthuizen;
7. maatregelen te treffen opdat de aanzienlijke kortingen die rusthuizen bedingen bij de aankoop van farmaceutische producten op rechtvaardige wijze financieel ten goede komen aan de rusthuisbewoners;
8. maatregelen te treffen opdat elk RVT een geformaliseerd geneesmiddelendistributiesysteem opzet op basis van gepersonaliseerde verpakkingen evenals automatisch gegenereerde geneesmiddelenoverzichten per patiënt, met een kwaliteitsbewaking hiervan;

9. de développer, à court terme, un système d'enregistrement national des erreurs pharmaceutiques sur la base d'une inventarisatie, d'une évaluation et d'une gestion systématique des risques en matière de sécurité, en se basant sur un système de gestion de sécurité certifié pour tous les établissements, avec la possibilité de signaler sans risque de sanction les erreurs et incidents liés aux médicaments et aux dispositifs médicaux;

10. de prendre des mesures pour que les MCC (médecins conseillers et coordinateurs) soient engagés par les gérants des maisons de repos en concertation avec le(s) cercle(s) local (locaux) de médecins généralistes;

11. de prendre les mesures nécessaires pour que les MCC rédigent, par MRS, un protocole relatif à l'amélioration de la qualité des actes pharmaceutiques dans la maison de repos en concertation avec les résidents, leurs familles et leurs personnes de confiance, la direction de la MRS, les infirmiers en chef, les pharmaciens, les médecins généralistes et les cercles de généralistes, le réseau palliatif et le MCC lui-même, en particulier en ce qui concerne le formulaire et la prescription, le système de distribution des médicaments et le système de gestion de sécurité;

12. d'entreprendre les démarches nécessaires afin de créer davantage de possibilités de formations spécialisées pour les MCC, en particulier en matière de pharmacologie;

13. d'entreprendre les démarches nécessaires pour que la conscientisation aux problèmes de sécurité et à la politique de sécurité revête une importance particulière dans la formation des dispensateurs de soins;

14. de relever des tendances sur la base de l'étude de la qualité de la consommation de médicaments dans les MRS, réalisée à la demande du Centre fédéral d'expertise des soins de santé, et les traduire au plus vite en mesures de gestion, visant en particulier à la promotion systématique de l'expertise du personnel, des médecins traitants et des pharmaciens fournisseurs;

15. de donner une base structurelle à l'étude de la consommation des médicaments dans les soins résidentiels et d'associer activement les acteurs de terrain à la collecte des connaissances et des savoirs au niveau national.

10 janvier 2006

9. op korte termijn een landelijk registratiesysteem te ontwikkelen voor fouten in het farmaceutisch handelen op basis van systematische inventarisatie, meting en managen van de veiligheidsrisico's op basis van een gecertificeerd veiligheidsmanagementsysteem voor elke voorziening en met de mogelijkheid tot het 'blamefree' melden van fouten en incidenten met geneesmiddelen en medische hulpmiddelen;

10. maatregelen te treffen die ertoe leiden dat de CRA door de rusthuisbeheerders wordt aangesteld in overleg met de lokale huisartsenkring(en);

11. de nodige maatregelen te treffen om de CRA (coördinerend en raadgevend arts) per RVT een protocol te laten opstellen over de kwaliteitsverbetering van het farmaceutisch handelen in het rusthuis tussen de residenten, hun familie en vertrouwenspersonen, de RVT-directie, de hoofdverpleegkundigen, de apothekers, de huisartsen en de huisartsenkringen, het palliatief netwerk en de CRA zelf, in het bijzonder aangaande het formulairium en voorschrijfgedrag, het geneesmiddelendistributiesysteem en het veiligheidsmanagementsysteem;

12. de nodige stappen te zetten om te komen tot meer mogelijkheden voor gespecialiseerde opleidingsmogelijkheden voor CRA's, in het bijzonder inzake farmacologie;

13. de nodige stappen te zetten opdat de bewustwording over veiligheid en veiligheidsbeleid al bijzondere aandacht krijgt in de opleiding van de zorgverlener;

14. op basis van de studie naar de kwaliteit van het geneesmiddelengebruik in RVT's die wordt uitgevoerd in opdracht van het federale Kenniscentrum voor Gezondheidszorg trends vast te stellen en deze zo snel mogelijk in beheersmaatregelen om te zetten, in het bijzonder gericht op de systematische deskundigheidsbevordering van het personeel, de behandelende artsen en de apothekers-leveranciers;

15. het onderzoek naar de geneesmiddelenconsumptie in de residentiële zorg structureel te verankeren en het veld zelf actief te betrekken bij het verzamelen van kennis en inzichten op landelijk niveau.

10 januari 2006

Magda DE MEYER (sp.a-spirit)
Maya DETIÈGE (sp.a-spirit)