

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

5 avril 2007

PROPOSITION DE RÉSOLUTION**relative à la consommation de médicaments
dans les maisons de repos et dans
les maisons de repos et de soins****RAPPORT**FAIT AU NOM DE LA SANTÉ PUBLIQUE,
DE L'ENVIRONNEMENT ET DU RENOUVEAU
DE LA SOCIÉTÉ
PAR
MME **Colette BURGEON** ET
M. **Luc GOUTRY****SOMMAIRE**

I. Audition	3
II. Discussion	12
III. Votes	15

Document précédent :

Doc 51 **2236/ (2005/2006)** :001 : Proposition de résolution déposée par Mmes Magda De Meyer et
Maya DetiègeBELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

5 april 2007

VOORSTEL VAN RESOLUTIE**betreffende het geneesmiddelengebruik
in rusthuizen en rust- en
verzorgingstehuizen****VERSLAG**NAMENS DE COMMISSIE VOOR
DE VOLKSGEZONDHEID, HET LEEFMILIEU EN
DE MAATSCHAPPELIJKE HERNIEUWING
UITGEBRACHT DOOR
MEVROUW **Colette BURGEON** EN
DE HEER **Luc GOUTRY****INHOUD**

I. Hoorzitting	3
II. Bespreking	12
III. Stemmingen	15

Voorgaand document :

Doc 51 **2236/ (2005/2006)** :001 : Voorstel van resolutie ingediend door de dames Magda De Meyer en
Maya Detiège

**Composition de la commission à la date du dépôt du rapport /
Samenstelling van de commissie op datum van indiening van het verslag:**
Président/Voorzitter : Yvan Mayeur

A. — Vaste leden / Membres titulaires :

VLD	Yolande Avontroodt, Miguel Chevalier, Hilde Dierickx
PS	Colette Burgeon, Marie-Claire Lambert, Yvan Mayeur
MR	Daniel Bacquelaire, Josée Lejeune, Dominique Tilmans
sp.a-spirit	Magda De Meyer, Maya Detiège, Magda Raemaekers
CD&V	Luc Goutry, Mark Verhaegen
Vlaams Belang	Koen Bultinck, Frieda Van Themsche
cdH	Véronique Salvi

B. — Plaatsvervangers / Membres suppléants :

Maggie De Block, Jacques Germeaux, Sabien Lahaye-Battheu, Annemie Turtelboom
Talbia Belhouari, Jean-Marc Delizée, Sophie Pécriaux, Bruno Van Grootenbrulle
Pierrette Cahay-André, Robert Denis, Denis Ducarme, N.
Dalila Douifi, Yvette Mues, Annelies Storms, Koen T'Sijen
Greta D'hondt, Nahima Lanjri, Jo Vandeurzen
Alexandra Colen, Guy D'haeseleer, Staf Neel
Joseph Arens, Benoît Drèze

C. — Membre sans voix délibérative/ Niet-stemgerechtigd lid :

ECOLO	Muriel Gerkens
-------	----------------

cdH : Centre démocrate Humaniste CD&V : Christen-Democratisch en Vlaams ECOLO : Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales FN : Front National MR : Mouvement Réformateur N-VA : Nieuw - Vlaamse Alliantie PS : Parti socialiste sp.a - spirit : Socialistische Partij Anders - Sociaal progressief internationaal, regionalistisch integraal democratisch toekomstgericht. Vlaams Belang : Vlaams Belang VLD : Vlaamse Liberalen en Democraten	
Abréviations dans la numérotation des publications : DOC 51 0000/000 : Document parlementaire de la 51^e 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 51^e 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

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a examiné cette proposition de résolution au cours de ses réunions des 13, 20 et 27 mars 2007.

Au cours de la réunion du 13 mars, il a été décidé d'organiser des auditions dans le cadre de l'examen de la proposition de résolution.

I. — AUDITIONS

Le docteur Robert Vander Stichele, de l'Institut Heymans de pharmacologie, Université de Gand, rappelle que l'étude relative à la consommation de médicaments dans les maisons de repos et de soins a été réalisée, à la demande du Centre fédéral d'expertise en soins de santé, par l'Institut Heymans de pharmacologie, en collaboration avec les universités d'Anvers, de Gand et de Louvain-La-Neuve.

L'objectif de l'étude était de répondre à deux questions:

– Quelle est la qualité de la consommation de médicaments dans les maisons de repos belges?

– Cette qualité dépend-elle des caractéristiques institutionnelles de la maison de repos, entre autres de la taille, de la structure faîtière, mais également de l'intensité de la politique des médicaments?

Il s'agissait d'une étude transversale et organisationnelle d'un échantillon de maisons de repos et de résidents. La Belgique compte 708 maisons de repos pour personnes âgées (MRPA), 970 MRPA/MRS mixtes, dotées d'un agrément pour les personnes fortement dépendantes et 45 MRS pures. Cela représente un total de 126 300 lits, dont 37% sont des lits MRS.

Le sondage portait uniquement sur les maisons de soins mixtes (c'est-à-dire celles bénéficiant également d'un agrément en tant que maison de repos et de soins (MRS)) accueillant au moins 30 résidents – soit un échantillon d'un millier de maisons de repos. La sélection des résidents a eu lieu avec l'accord de la direction et du médecin.

Les sondages ont été réalisés dans trois provinces (Flandre occidentale, Anvers et Hainaut). Dans chaque province, 20 institutions «effectives» et 5 institutions «suppléantes» ont été choisies. Dans chaque institution, 30 résidents «effectifs» et 10 «suppléants» ont été sélectionnés.

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft dit voorstel van resolutie besproken tijdens haar vergaderingen van 13, 20 en 27 maart 2007.

Tijdens de vergadering van 13 maart wordt besloten een hoorzitting te organiseren in het kader van de bespreking van het voorstel tot resolutie.

I. — HOORZITTINGEN

Dr. Robert Vander Stichele, Heymansinstituut voor Farmacologie, Universiteit, Gent herinnert eraan dat de studie betreffende het gebruik van geneesmiddelen in de rust – en verzorgingstehuizen werd uitgevoerd in opdracht van het Kenniscentrum voor de gezondheidszorg door het Heymansinstituut voor Farmacologie, samen met de universiteiten van Antwerpen, Gent en Louvain-La-Neuve.

Het objectief van de studie was een antwoord te geven op twee vragen:

– Wat is de kwaliteit van het gebruik van geneesmiddelen in Belgische rusthuizen?

– Hangt die kwaliteit af van institutionele kenmerken van het rusthuis, onder meer de grootte, de koepel, maar ook de intensiteit van het geneesmiddelenbeleid?

Het ging om een cross-sectionele, observationele studie van een steekproef van rusthuizen en residenten. In België zijn er 708 rustoorden voor bejaarden (ROB's), 970 gemengde ROB/RVT's, met een erkenning voor zware zorgbehoevenden en 45 zuivere RVT's. Dit betekent een totaal van 126 300 bedden waarvan 37% RVT bedden zijn.

Er werd enkel een steekproef gedaan bij de gemengde rusthuizen, dat wil zeggen degenen die ook rust en verzorgingstehuis (RVT) erkenning hadden, met minstens 30 residenten. Dit betekent dat de steekproef een duizendtal rusthuizen betrof. Binnen de rusthuizen werden residenten uitgekozen mits het akkoord van de directie en de arts.

Er werden steekproeven uitgevoerd in 3 provincies met name Oost-Vlaanderen, Antwerpen en Henegouwen. Per provincie werden 20 instellingen gekozen en 5 reserves. Per instelling werd gewerkt met 30 residenten met 10 reserves.

Un questionnaire a été transmis à la direction et un autre à l'infirmière en chef de chaque section. Des données administratives ont été recueillies par l'intermédiaire du responsable de la gestion journalière. La fiche de médication versée au dossier infirmier a été copiée et un questionnaire clinique a été transmis au médecin traitant.

On a pu recueillir de cette manière des informations sur 76 maisons de repos. Cent douze sections ont reçu un questionnaire. Des informations portant sur 2 510 résidents ont été collectées et le dossier clinique complet - reprenant la fiche de médication dans son intégralité, ainsi que les données cliniques - de 1 730 résidents qui ne se trouvaient pas dans le secteur des soins palliatifs a été mis à la disposition des chercheurs. En tout, 20 175 règles de médication ont été recueillies, ce qui donne une première indication de l'ampleur de la consommation.

Il s'agissait d'une étude représentative. Les institutions étaient peut-être un peu plus importantes que les institutions belges moyennes, qui comptent en moyenne 97 résidents, contre 108 pour les institutions sondées. En moyenne, 39% des MRS belges sont gérées par le CPAS, contre 41% dans l'étude. L'âge moyen des personnes sondées était de 85 ans, dont 77% de femmes et 48% de personnes résidents en MRS.

Chaque soignant équivalent temps plein, soit un infirmier ou aide pour personnes âgées à temps plein, s'occupe en moyenne de trois résidents. Cette situation variait selon les établissements. Dans certains établissements, on comptait deux résidents par soignant, alors que dans d'autres, on comptait six résidents par soignant. Onze pour cent du cadre sont des infirmiers de niveau A1, le taux oscillant entre 10% à 18%.

Pour un établissement comptant en moyenne 100 résidents, on relevait en moyenne 32 visites de généralistes. Les écarts entre les établissements étaient importants, certains établissements n'ayant reçu la visite que de sept généralistes, alors que dans d'autres, on comptait jusqu'à 115 visites de médecins.

Le médecin coordinateur (MCC) traitait en moyenne 24% des résidents. Ici encore, dans certains établissements, il ne traitait aucun résident, alors que, dans d'autres, il traitait 86% des résidents.

Un établissement compte en moyenne trois sections, la majeure partie d'entre elles étant des sections ouver-

Er werd een vragenlijst toegezonden aan de directie en een vragenlijst per afdeling, aan de hoofdverpleegster. Er werden administratieve gegevens bijeen gezocht via de dagelijkse verantwoordelijke. De medicatiefiche die zich in het verpleegkundig dossier bevond werden gekopieerd en aan de behandelende arts werd een vragenlijst met klinische gegevens bezorgd.

Op deze wijze verkreeg men informatie van 76 rusthuizen en 112 afdelingen ontvingen een vragenlijst. Er werden over 2510 residenten gegevens verzameld en van 1730 residenten die niet in palliatieve zorg waren werd de volledige klinische informatie ter beschikking gesteld met de volledige medicatiefiche en de klinische gegevens. Alles tezamen werden er 20 175 medicatieregels verzameld. Dit geeft al een eerste indicatie over de grootte van het gebruik.

Het onderzoek was representatief. De instellingen waren misschien iets groter dan het gemiddelde van de Belgische instellingen. Gemiddeld zijn er 97 residenten en in dit geval waren er 108. Gemiddeld wordt 39% van de Belgische RVT's beheerd door het OCMW terwijl dit in 41% van de gevallen was voor de momenteel besproken studie. De gemiddelde leeftijd van de personen die deelnamen aan de steekproef was 85 jaar, waarvan 77% vrouwen zijn en 48% in RVT's verbleef.

Elk full time equivalent verzorgende, dit is een full time bejaarde helpster of verpleegkundige, verzorgt gemiddeld 3 residenten. Deze situatie verschilde naargelang de instellingen. In sommige instellingen waren er 2 residenten per verzorgende terwijl dit in andere instellingen opliep tot 6 residenten per verzorgende. 11% van de staff zijn A1 verpleegkundigen, de schommeling hier lag tussen de 10 tot 18%.

Voor een instelling van gemiddeld 100 residenten waren er gemiddeld 32 bezoeken van huisartsen. Hier waren de verschillen tussen instellingen groot in sommige instellingen kwamen er slechts 7 huisartsen op bezoek terwijl deze bezoeken opliepen tot 115 artsen in andere instellingen.

De coördinerende rusthuisarts (CRA) behandelde gemiddeld 24% van de bewoners. Ook hier behandelde hij in sommige rusthuizen geen enkele resident terwijl hij in andere rusthuizen 86% van de residenten verzorgde.

Er zijn gemiddeld een drietal afdelingen per instelling en het merendeel hiervan zijn open of gemengde afde-

tes ou mixtes. L'une des caractéristiques des maisons de repos belges est qu'elles sont nombreuses et polyvalentes, hébergeant à la fois des personnes âgées démentes et des personnes âgées non démentes. Une autre caractéristique est que, lorsque les besoins de soins augmentent, les personnes ne doivent pas déménager et peuvent rester dans les environs de leur ancien domicile. Leur ancien médecin généraliste peut encore leur rendre visite.

83% des maisons de repos sont approvisionnées par le pharmacien d'officine et 13% par le pharmacien hospitalier. Bien qu'officiellement cela ne soit pas autorisé, les grossistes fournissent directement deux établissements.

Dans les maisons de repos s'approvisionnant auprès d'un pharmacien d'officine, dans 63% des cas, il s'agissait d'un seul pharmacien, alors que, dans 37% des cas, il y avait un tour de rôle ou plusieurs pharmaciens simultanément. Plusieurs établissements, en particulier ceux des CPAS, organisaient une concurrence au niveau des prix, dans 23% des cas, par le biais d'une adjudication publique et, dans 33% des cas, de façon informelle.

On a partout constaté que la participation du pharmacien à la politique de médication était plutôt limitée. Elle était surtout réduite à la délivrance des médicaments et à son contrôle. On ne note pas d'activités importantes dans le domaine des soins pharmaceutiques.

95% des maisons de repos avaient un formulaire, dans 79% des cas elles avaient le formulaire national. L'utilisation des formulaires n'était pas encouragée activement dans 25% des maisons de repos. Un système de prescription électronique équipait 32% des institutions, dont la moitié disposait d'une présentation intégrée du formulaire et un tiers d'une présentation automatique du premier choix du médicament au moment de la prescription par le médecin. Il y a donc bien une automatisation mais elle est très réduite.

On a confronté les différents aspects de la politique de médication, puis on a vérifié de quelle manière les 76 institutions gèrent les aspects suivants: l'information, l'administration, la mise à disposition, l'autonomie, la conservation, la fiche de médication, la communication, le formulaire et le processus de médication. On peut constater que ces aspects sont abordés de façon différente dans les institutions examinées, certaines d'entre elles obtenant de meilleurs résultats que la moyenne, d'autres de moins bons que la moyenne, voire carrément en dessous du minimum légal.

lingen. Een van de kenmerken van de Belgische rusthuizen is dat er een groot aantal en dat ze polyvalent zijn, er wonen zowel demente als niet-demente bejaarden. Een ander kenmerk is dat personen bij toenemende zorgbehoefte niet hoeven te verhuizen en dat ze dicht bij hun vroegere woonplaats kunnen blijven. Hun vroegere huisarts kan hen nog bezoeken.

83% van de rusthuizen wordt door de officina - apotheker bediend en 13 % wordt door de ziekenhuis-apotheker. De groothandel levert, hoewel dit officieel niet is toegelaten, rechtstreeks bij twee instellingen.

In de rusthuizen die werden bediend door een officina-apotheker was dit in 63% van de gevallen één enkele apotheker terwijl dit in 37% van de gevallen een beurtrol was of simultaan meerdere apothekers. Er werd in een aantal instellingen, vooral deze van het OCMW een prijsconcurrentie geïnstalleerd, in 23% van de gevallen met een openbare aanbesteding en in 33% van de gevallen informeel.

Overall werd vastgesteld dat de deelname van de apotheker aan het medicatiebeleid eerder beperkt was. Het was vooral beperkt tot het toeleveren van de geneesmiddelen en het overzicht hiervan. Er zijn geen belangrijke activiteiten op gebied van farmaceutische zorg.

95% van de rusthuizen had een formularium, in 79 % van de gevallen was dit het nationaal formularium. In 25% van de rusthuizen werd het gebruik van de formularia niet actief aangemoedigd. In 32% van de instellingen was reeds een elektronisch voorschrijfsysteem aanwezig waarvan de helft een ingebouwde presentatie had van het formularium en één derde een automatische presentatie van de eerste keuze van het geneesmiddel wanneer de arts wou voorschrijven. Er is dus wel automatisering maar zeer beperkt.

De verschillende aspecten van het medicatiebeleid werden bij elkaar gezet. Nadien werd nagegaan op welke wijze de 76 instellingen omgaan met elkeen van de volgende aspecten : informatie, de toediening, het klaarleggen, de autonomie, de bewaring, de medicatiefiche, de communicatie, het formularium en het medicatieproces. Men kan vaststellen dat deze aspecten op een verschillende wijze worden gebruikt in de bestudeerde instellingen waarbij sommige instellingen beter scoren dan het gemiddelde. Sommige instellingen scoren ook slechter dan het gemiddelde en zitten zelf onder het wettelijk minimum.

En ce qui concerne les résidents, on constate que l'âge moyen est de 84 ans, que 77% sont des femmes et 59% veufs, que 48% sont des résidents de MRS, et que 14% émargent au CPAS. Ce dernier point est important parce que le CPAS intervient également au niveau du ticket modérateur qui doit être payé pour ces personnes.

En ce qui concerne l'âge des résidents, on peut constater que la majorité d'entre eux ont plus de 80 ans. Une petite minorité âgée de moins de 60 ans séjourne en maison de repos. Il s'agit souvent de patients handicapés ou neurovégétatifs des suites d'un accident ou de leur toxicomanie.

La majorité des personnes âgées de plus de 80 ans n'ont pas fait d'études et n'ont été à l'école que jusque 14 ans. Par contre, un pourcentage élevé des nouvelles personnes âgées ayant entre 70 et 80 ans a terminé ses humanités. Cela changera, à l'avenir, l'ambiance dans les maisons de repos.

Parmi les résidents, 48% étaient déments, 38% dépressifs et 16% souffraient des deux problèmes à la fois. Trois pour cent des résidents étaient en soins terminaux, 6% étaient en soins palliatifs mais pas encore terminaux et 5% avaient reçu un diagnostic fatal mais n'étaient pas encore en soins palliatifs. Cette catégorie de personnes n'a pas été prise en compte pour l'analyse de qualité, cette analyse étant moins pertinente pour ces personnes.

Il s'agit d'une population malade et nécessitant des soins. Le nombre de diagnostics cliniques n'augmente pas énormément avec les années. Par contre, les problèmes de soins deviennent de plus en plus nombreux. En ce qui concerne la médication, on relevait, en moyenne, sur chaque fiche de médication, plus ou moins 8 médicaments, dont 7 étaient des médicaments chroniques, oraux ou systématiques, qui devaient être pris une ou plusieurs fois par jour. Presque toutes les personnes recevaient une médication chronique, et seulement 15% des personnes recevaient une médication aiguë.

Il existe un lien important entre le nombre de problèmes de soins et le nombre de médicaments. Il s'agit du rapport entre le degré de maladie de la personne âgée et le nombre de médicaments qu'elle doit prendre. L'inclinaison de ce rapport peut varier en fonction du prescripteur ou de l'institution. Cet aspect a été analysé.

La médication n'augmente pas avec l'âge du résident. C'est à 80 ans environ que les personnes pren-

Met betrekking tot de residenten ziet men dat de gemiddelde leeftijd 84 jaar is, 77% vrouwen en 59% weduwen zijn, 48% zijn residenten van RVT, 14% is afhankelijk van het OCMW. Dit laatste punt is belangrijk omdat het OCMW ook tussenkomt in het remgeld dat moet worden betaald voor deze personen.

Met betrekking tot de leeftijd van de residenten kan men vaststellen dat het grootste deel ouder dan 80 jaar is. Een kleine minderheid jonger dan 60 jaar verblijft in de rusthuizen. Het gaat hier vaak om gehandicapten of neurovegetatieve patiënten die slachtoffer waren van een ongeval of drugverslaving.

Het merendeel van de bejaarden boven de 80 jaar zijn laaggeschoold en zijn tot hun 14 jaar naar school geweest. Bij de nieuwe bejaarden tussen de 70 en 80 jaar oud heeft een groter percentage hun humaniora beëindigd. Dit zal in de toekomst het klimaat in het rusthuis veranderen.

Van de residenten was 48% dement, 38% depressief en 16% had beide problemen samen. 3% van de residenten waren in terminale zorg, in palliatieve zorg maar nog niet terminaal waren dit 6% en met fatale diagnose maar nog niet in palliatieve zorg was dit 5%. Deze categorie van personen werd niet meegerekend voor de kwaliteitsanalyse omdat het voor deze personen minder relevant was.

Het gaat om een zieke zorgbehoevende populatie. Het aantal klinische diagnoses neemt niet erg toe met de jaren. De zorgproblemen nemen echter wel toe. Met betrekking tot de medicatie kwamen op elke medicatiefiche gemiddeld een achttal regels voor waarvan er 7 waren voor chronische, orale of systematische medicatie, die een of meer keren per dag moesten worden ingenomen. Bijna iedereen kreeg chronische medicatie en slechts 15% kreeg acute medicatie.

Er is een groot verband tussen het aantal zorgproblemen en het aantal geneesmiddelen. Dit is de verhouding tussen hoe ziek de bejaarde is en hoeveel geneesmiddelen hij moet nemen. De helling van dit verband kan naar gelang de voorschrijver of de instelling verschillen. Dit werd onderzocht.

De medicatie neemt niet toe met de leeftijd van de resident. Op 80 jaar wordt ongeveer het grootst aantal

nent le plus de médicaments; après, la prise de médicaments diminue quelque peu. Il y a une cessation progressive de la prise de médicaments chez les personnes âgées souffrant de démence. Les grandes maisons de repos publiques dépendant des CPAS ont un peu moins de polypharmacie. Il y a plus de polypharmacie dans les autres types de maisons de repos, où la polypharmacie est néanmoins présente de manière semblable.

Les dépenses en médicaments sont très importantes. L'INAMI paie environ 90 euros par mois par résident. Le résident paie 23 euros par mois en tickets modérateurs pour les médicaments remboursés et 27 euros par mois pour les médicaments non remboursés. Cela représente en moyenne 50 euros par mois par résident pour les dépenses en médicaments. Les dépenses globales en matière de médication chronique tournent autour de 100 euros, et peuvent grimper jusqu'à 300 à 400 euros. Cela représente un problème, non seulement pour le budget, par exemple, des maisons de repos dépendant des CPAS, mais surtout pour les personnes âgées.

On note un certain nombre de problèmes qualitatifs dans la prescription de médicaments. Les patients souffrant de problèmes cardiaques doivent normalement prendre un bêtabloquant ou un inhibiteur ACE. Ce n'était pas le cas de 23% d'entre eux en ce qui concerne le bêtabloquant, et de 20% d'entre eux en ce qui concerne l'inhibiteur ACE. Vingt-sept pour cent des patients avaient fait un infarctus du myocarde auparavant et devaient donc prendre un bêtabloquant ou de l'aspirine. Ce n'était pas le cas respectivement dans 18% et 11% des cas. Dix-sept pour cent des diabétiques doivent normalement prendre de l'aspirine, ce qui n'était pas le cas de 9% d'entre eux.

Ces chiffres indiquent clairement que les patients sont d'une part sous-traités, et d'autre part surtraités. Cinquante pour cent des résidents consomment des calmants, la moitié d'entre eux prennent des antidépresseurs alors que 35% d'entre eux seulement ont été reconnus comme dépressifs par le médecin.

Enfin, l'orateur souligne le niveau élevé de la consommation de médicaments dans les maisons de repos et de soins. Les dépenses en médicaments sont très élevées, y compris pour les résidents, et on constate un certain nombre de problèmes qualitatifs, tant de sous-traitement que de surtraitement.

On observe des efforts de la part des MRPA/MRS en Belgique pour améliorer la qualité de la consommation de médicaments, mais ces efforts ne sont pas co-

geneesmiddelen genomen en nadien neemt dit wat af. Er is een afbouw aan medicatie bij demente bejaarden. De grote, publieke OCMW rusthuizen hebben iets minder polyfarmacie. Er is meer polyfarmacie in de andere types rusthuizen, maar het is wel gelijklopend in de verschillende types.

De uitgaven voor medicatie zijn zeer belangrijk. Het RIZIV betaalt per resident per maand ongeveer 90 euro. 23 euro per maand wordt door de resident uitgegeven als remgeld voor terugbetaalde geneesmiddelen en 27 euro per maand wordt uitgegeven voor niet terugbetaalde geneesmiddelen. Dit is gemiddeld 50 euro per resident per maand voor uitgaven voor geneesmiddelen. De totale uitgave voor chronische medicatie ligt rond 100 euro maar dit kan tot 300 à 400 euro oplopen. Dit is niet alleen een probleem voor het budget van bijvoorbeeld de OCMW rusthuizen maar vooral voor de bejaarden.

Er komen een aantal kwaliteitsproblemen voor bij het voorschrijven van geneesmiddelen. Personen met hartkwalen moeten normaal gezien een betablokker of een ACE nemen. Dit was niet het geval met betrekking tot de betablokker in 23 % van de gevallen en voor de ACE in 20 % van de gevallen. 27 % van de patiënten had vroeger een hartinfarct gehad en moet daarvoor een betablokker of een aspirine krijgen. 18 en 11 % kregen die niet toegediend. van de residenten. 17% van de diabetespatiënten moet normaal aspirine krijgen wat niet het geval was in 9% van de gevallen.

Dit zijn duidelijke aanwijzingen van enerzijds onderbehandeling en anderzijds van overbehandeling van patiënten. 50% van de residenten gebruiken kalmeermiddelen, de helft gebruikt antidepressiva terwijl maar 35 % als depressief werd bevonden door de arts.

Tot slot onderstreept de spreker dat het medicatieverbruik in Belgische rust- en verzorgingstehuizen hoog is. De uitgaven voor geneesmiddelen zijn hoog, ook voor de residenten en er zijn een aantal kwaliteitsproblemen, zowel van ondergebruik als van overgebruik.

Er is een streven naar kwaliteitsverbetering in de Belgische ROB/RVT, maar dit streven is niet consistent en is vooral gericht op het distributieproces, minder op

hérents et sont surtout axés sur le processus de distribution et moins sur la qualité de la prescription proprement dite. La recherche de la meilleure manière de mesurer en permanence la qualité de la prescription au moyen d'indicateurs de qualité ne fait que commencer. L'étude constitue un bon point de départ dans cette voie.

Il faut en outre chercher les manières les plus efficaces de mesurer, sur une base permanente, le case-mix, le statut fonctionnel et les résultats dans les maisons de repos.

Le centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a formulé un certain nombre de recommandations à la suite de l'étude.

Le KCE souligne qu'il faut améliorer l'implémentation du formulaire. Il faut de meilleurs accords locaux sur le choix des médicaments et modifier les systèmes de distribution de médicaments à destination des maisons de repos. En outre, la formation en pharmacologie du personnel infirmier laisse à désirer, il faut l'améliorer. Il faut se demander si l'ancien système de paiement pour les médicaments peut être maintenu ou si de nouveaux systèmes s'imposent. Il faut plus de recherche, plus de recherches épidémiologiques et de meilleurs barèmes. Il serait judicieux que de telles recherches soient également réalisées dans le secteur des soins à domicile, où 8% des patients prennent également 8 médicaments, mais en étant moins suivis.

Des chercheurs développent actuellement des systèmes de feedback avec les directeurs des maisons de repos. Dans ces conditions, ces dernières peuvent situer leur politique en matière de médicaments par rapport à celle d'autres maisons de repos. Il est également prévu d'organiser un feedback avec les médecins. Les observations relatives aux prescriptions et les observations par patient individuel leurs seront transmises.

M. Froyen, directeur des soins aux personnes âgées, de la maison de repos Den Olm, Bonheiden, fait observer que des projets-pilotes sont en cours en vue d'influer positivement, par le biais de la distribution, sur la politique en matière de médicaments dans les maisons de repos. On introduit des principes de rigueur et de sécurité dans le développement des médicaments. Dès que le pharmacien a délivré le médicament, celui-ci se retrouve entre les mains des prestataires de soins de proximité, des infirmiers et des patients.

La maison de repos *Den Olm* a instauré un système dans lequel le pharmacien va plus loin et apporte également sa collaboration dans le cadre de la distribution et a une interaction directe avec le médecin prescripteur.

de la qualité van het voorschrijven zelf. De zoektocht naar de beste manier om kwaliteit van het voorschrijven permanent te meten met kwaliteitsindicatoren is nog maar pas begonnen. De studie is daar goede aanzet voor.

Er dient verder gezocht te worden naar efficiënte manieren om de case-mix, functionele status en uitkomsten op permanente basis te meten in rusthuizen.

Het Kenniscentrum voor de gezondheidszorg heeft naar aanleiding van de studie een aantal aanbevelingen geformuleerd.

Het KCE stelt dat een betere implementatie moet komen van het formularium. Er moeten sterkere lokale afspraken komen over keuze van geneesmiddelen, de distributiesystemen van geneesmiddelen naar het rusthuis moeten veranderen. Bovendien laat de opleiding in farmacologie van het verpleegkundig personeel te wensen over en dit moet verbeteren. Men moet zich afvragen of het oude betalingssysteem voor geneesmiddelen kan gehandhaafd worden en of er geen nieuwe systemen nodig zijn. Er moet meer onderzoek komen, meer epidemiologisch onderzoek en betere schalen. Het zou goed zijn dergelijk onderzoek ook in de thuiszorg te doen, waar 8% van de patiënten ook 8 geneesmiddelen nemen, maar dit met minder begeleiding.

Momenteel zijn de onderzoekers bezig met het ontwikkelen van lokale feedback-systemen met de directies van rusthuizen. Op deze wijze kunnen deze te weten komen waar hun geneesmiddelenbeleid zich bevindt ten opzichte van dat van andere rusthuizen. Men wil ook feedback met de artsen doen. De opmerkingen met betrekking tot het voorschrijven en de bemerkingen patiënt per patiënt zullen hem worden doorgespeeld.

De heer Froyen, Directeur ouderzorg van het rusthuis Den Olm, Bonheiden, wijst erop dat er proefprojecten lopende zijn om via de distributie het geneesmiddelenbeleid in de rusthuizen positief te beïnvloeden. Er wordt een accuraatheid en veiligheid ingebouwd bij de ontwikkeling van geneesmiddelen. Vanaf het ogenblik dat de apotheker het geneesmiddel uit handen geeft komt het terecht bij de mantelzorg, de patiënten en de verpleegkundigen.

In het rusthuis Den Olm werd een systeem ingevoerd waar de apotheker verder gaat en ook blijft meewerken in de distributie en een directe interactie heeft met de voorschrijvende geneesheer. In de ziekenhuizen waar

Dans les hôpitaux, qui étaient déjà légalement autorisés à procéder de la sorte, les pharmaciens hospitaliers appliquent ce système depuis très longtemps. L'utilisation d'un robot et la préparation en fonction du moment d'administration permettent de développer un système de médication par patient. Ce système peut être intéressant pour les MRS et dans le cadre de soins à domicile.

Aux Pays-Bas, cela fait des années que ce système est appliqué. Les résultats en sont très positifs. Il y a, notamment, une interaction directe avec le médecin prescripteur, une réduction de la consommation et une meilleure compliance. M. Froyen est convaincu des bons résultats de ce système et espère qu'à l'avenir son application pourra se généraliser.

M. Geert van Genechten, pharmacien, indique qu'il est pharmacien fournisseur de la maison de repos *Den Olm* à Bonheiden. C'est en cette qualité qu'il lui a été demandé de quelle manière il pouvait être davantage associé au projet visant à améliorer la qualité de la médication en MRS. Un certain nombre d'objectifs ont été fixés: c'est ainsi qu'il fallait améliorer la qualité de tout ce qui avait trait aux médicaments, de la commande à la prescription en passant par la gestion, la préparation et l'administration des médicaments. En outre, il convient également de réduire le temps que les infirmiers passent quotidiennement à gérer, préparer et administrer les médicaments. Les surplus, c'est-à-dire les médicaments non utilisés mais néanmoins payés par les résidents et la mutualités, devaient également être réduits.

La question était de savoir de quelle façon le pharmacien d'officine pouvait, en qualité de fournisseur de l'institution, aider à assurer la qualité afin d'atteindre les objectifs visés.

Le point de départ du raisonnement est le suivant: à l'heure actuelle, les médicaments sont emballés par l'industrie pour les besoins de la distribution. Cette activité d'emballage doit être réorientée vers une distribution axée sur le patient. Tous les médicaments devant être administrés à un moment déterminé à un patient seront donc placés dans un nouvel emballage unique. Chaque emballage mentionnera le nom du patient, le nom du médicament et le moment auquel ce médicament doit être pris.

Le projet utilise des multidoses, ce qui signifie que tous les médicaments qui doivent être pris au même moment sont placés dans un seul emballage, alors que dans le système des unidoses, chaque sachet contient un seul médicament. Le choix des multidoses a été dicté par la volonté de promouvoir la qualité.

dit reeds langer door de wet was toegelaten doen de ziekenhuisapothekers dit reeds langer. Door gebruik van een robot en het klaarmaken per verstrekkingmoment wordt een patiëntenmedicatie systeem uitgewerkt. Dit systeem kan voor de RVT's en in de thuiszorg interessant zijn.

In Nederland wordt dit systeem reeds jaren toegepast. De resultaten ervan zijn zeer positief. Er is onder meer een directe interactie met de voorschrijvende arts, minder verbruik en betere therapietrouw. De heer Froyen is overtuigd van de goede resultaten van dit systeem en hoopt dat dit in de toekomst veralgemeend kan worden toegepast.

De heer Geert van Genechten, apotheker, merkt op dat hij toeleverend apotheker is in het Rusthuis Den Olm in Bonheiden. Vanuit deze positie werd hem gevraagd hoe hij meer kon worden betrokken bij het project om de kwaliteit van de medicatie in het RVT te verbeteren. Er werden een aantal doelstellingen vooropgesteld; zo moest de kwaliteit van al wat met de geneesmiddelen te maken had van bij het bestellen, het voorschrijven, tot het beheer, het klaarzetten en het toedienen van de geneesmiddelen worden verbeterd. Daarenboven moet ook de tijd die de verpleegkundigen dagelijks besteedt in het beheer, het klaarzetten en het toedienen van de medicatie verkorten. De overschotten, dit is de niet genomen medicatie die toch betaald is door de resident en het ziekenfonds, moesten ook dalen.

De vraag was hoe de officina apotheker als toedienende apotheker mee de kwaliteit kon bewaken om de vooropgestelde doelstellingen te bereiken.

Het uitgangspunt is dat momenteel de medicatie verpakt is door de industrie voor de distributie. Het is de bedoeling deze verpakking te heroriënteren naar een patiëntgeoriënteerde distributie. De medicatie zal dus nu worden herverpakt per patiënt en per toedieningstijdstip in één verpakking. Op elke verpakking staat de naam van de patiënt, van het geneesmiddel en van het ogenblik waarop het geneesmiddel moet worden genomen.

Het project werkt met multidosissen, dit betekent dat alle medicatie die op één moment moet worden genomen in één zakje wordt verpakt. Bij een unidosis zou slechts één medicijn per zakje worden ingepakt. Om de kwaliteit op te drijven werd geopteerd voor het gebruik van multidosissen.

Certains médicaments devront encore être préparés. En effet les gouttes, les antibiotiques et les médicaments opiacés, par exemple, ne peuvent pas être reconditionnés. Le système concerne donc uniquement les médicaments à administration orale susceptibles d'être reconditionnés.

L'élaboration de la multidose commence par l'établissement du plan de médication numérique. Ce plan mentionne le nom du résident, celui du médicament et le moment auquel celui-ci doit être administré. Il s'agit d'un plan numérique, qui doit être fondé sur un fichier de produits bien géré. Son application suppose l'élaboration de procédures. À la fin du processus, le pharmacien effectue encore des contrôles.

Le plan de médication reprend certains médicaments génériques. M. Van Genechten fait toutefois observer que les connaissances pharmacologiques, ainsi que la connaissance des médicaments originaux et génériques sont parfois insuffisantes, ce qui peut entraîner des erreurs dans l'administration de ceux-ci. Ainsi, on a constaté qu'un résident s'était vu administrer en même temps un médicament générique et un médicaments original.

Le plan de médication doit être de bonne qualité. Son objectif est de fournir à chaque résident une médication de meilleure qualité et bien adaptée, ce qui n'est possible que moyennant un bon reconditionnement. Un fichier tiré du plan de médication est envoyé par voie électronique au pharmacien. Ce fichier est complété à l'aide de l'appareil GMDS. L'appareil contribue au conditionnement mais on a prévu un certain nombre de contrôles permettant de vérifier le conditionnement et de garantir le contenu de chaque sachet.

Un certain nombre d'étapes ont été introduites comme le déblistérage des médicaments, et la réduction de moitié de la quantité de médicaments est également réalisée en pharmacie. Plusieurs contrôles ont également été prévus au niveau du remplissage de l'appareil. Il est important que le pharmacien procède au contrôle final et vérifie que le contenu de chaque sachet soit correct.

Au moment du déblistérage on vérifie qu'il n'y a pas de mélange de numéros de lots, permettant ainsi la traçabilité à 100% de tous les médicaments qui sont conditionnés par patient.

M. Van Genechten souligne qu'il s'est posé de nombreuses questions sur l'efficacité de l'application de moitiés et de quarts de conditionnements. Réduire un médicament de moitié n'a pas toujours pour effet de

Het klaarzetten van medicatie verdwijnt niet volledig omdat een deel van de medicatie niet kan worden herverpakt, zoals bijvoorbeeld druppels, antibiotica en opiaten. Het gaat dus enkel om orale medicatie die kan worden herverpakt.

Het beginpunt van de multidosis is het opstellen van het digitaal medicatieplan. Dit plan bepaalt welke geneesmiddelen, welke resident op welk tijdstip moet nemen. Dit wordt digitaal opgesteld. Dit moet gebaseerd zijn op een goed beheerd productbestand. Voor de toepassing ervan moeten procedures worden gebouwd en het eindpunt zijn controles die worden uitgevoerd door de apotheker.

Er worden generieken gebruikt in het medicatieplan. De heer Van Genechten merkt echter op dat de kennis van de farmacologie, van de originele geneesmiddelen en de generieken soms onvoldoende is en dat dit kan leiden tot fouten in de toediening. Zo werd onder meer opgemerkt bij een resident dat een generiek en een origineel samen werden toegediend.

Het medicatieplan moet van een goede kwaliteit zijn. De bedoeling ervan is een betere en goed aangepaste medicatie per resident te verlenen. Dit is enkel mogelijk als ook de herverpakking op een goede wijze gebeurt. Men gaat ervan uit dat een bestand uit het medicatieplan wordt gehaald. Dit bestand wordt digitaal naar de apotheek gestuurd. Dat wordt met het GMDS toestel gevuld. Het toestel helpt om te verpakken maar er zijn een aantal controles ingebouwd om deze verpakking te controleren en de juiste inhoud van elk zakje te kunnen garanderen.

Er zijn een aantal stappen ingevoerd zoals het ontblijsten van de medicatie en ook het halveren van de medicatie gebeurt in de apotheek. Ook voor het vullen van het toestel werden een aantal controles ingebouwd. Belangrijk is dat de apotheker de eindcontrole doet en nakijkt dat de inhoud van elk zakje correct is.

Bij het ontblijsten wordt nagekeken dat geen lotnummers worden gemengd. Dat heeft voor gevolg dat alle geneesmiddelen die per patiënt worden verpakt 100% traceerbaar zijn.

De heer Van Genechten wijst erop dat hij zich vele vragen heeft gesteld bij de efficiëntie van het toepassen van halfjes en kwartjes. Het halveren van een geneesmiddel heeft niet steeds voor gevolg dat ook de efficiëntie

réduire son efficacité de moitié, cette proportion peut varier. La question qui se pose est de savoir si l'objectif thérapeutique poursuivi par le médecin prescripteur est encore atteint. Les conditionnements réduits doivent être intégrés manuellement dans la procédure, ce qui est de nouveau une opération à travail intensif et peut donner lieu à des erreurs.

Dans la pratique, la procédure implique que la MRS dispose d'un plan de médication numérique. Il est important de souligner que le formulaire joue un rôle essentiel et que le médecin doit opérer ses choix dans un nombre limité de médicaments. Le médecin traitant et le MCC doivent également appuyer l'utilisation du formulaire. Afin d'accroître l'identification des médicaments par le personnel infirmier ainsi que pendant leur processus de production, il est plus efficace qu'un nom de substance n'apparaisse qu'une seule fois et non une fois sur l'original et trois fois sur des génériques.

Il en résulte que le patient reçoit un ensemble de petits sachets emballés par ordre chronologique, sur lesquels sont indiqués le contenu et la description des médicaments. La MRS en reçoit tous les jours une livraison provenant de la pharmacie. Il est donc facile de tenir compte des modifications apportées à la médication d'un résident. Lorsqu'il y a un changement dans la médication, le personnel soignant peut également, à tout moment, retirer des sachets les médicaments qui ne doivent plus être pris.

La conclusion du projet multidoses est que l'on est certain que la qualité de la politique en matière de médicaments s'est améliorée dans la MRS, notamment grâce au nettoyage du fichier des produits, à la suppression des imprécisions dans les plans de médicaments et au contrôle de ces plans par un pharmacien. Ces imprécisions ont été supprimées des plans de médicaments de commun accord entre le pharmacien et le médecin généraliste.

Le personnel soignant a besoin de beaucoup moins de temps pour préparer les médicaments et risque moins de se tromper. On économise également du temps pour les commandes de médicaments. Il faut toutefois veiller à ce que le préemballage des médicaments se déroule convenablement. On pourrait gagner encore plus de temps si la gestion des médicaments non reconditionnés était également informatisée.

Il importe toutefois de souligner qu'une partie de ce temps doit être utilisé pour l'élaboration de logiciels. En effet, le plan de médicaments numérique constitue la source de l'ensemble du système.

tie ervan op de helft wordt gebracht, deze verhouding kan verschillen. De vraag is dan of het therapeutisch doel dat wordt vooropgesteld door de voorschrijvende geneesheer nog wordt bereikt. De halfjes en kwartjes moeten manueel verwerkt worden in de procedure, dit is opnieuw arbeidsintensief en kan aanleiding geven tot fouten.

In de praktijk heeft dit voor gevolg dat het RVT over een digitaal medicatieplan moet beschikken. Het is belangrijk te onderstrepen dat het formularium een belangrijke rol speelt en dat de arts kan kiezen uit een beperkt aantal geneesmiddelen. De huisarts en de CRA moeten ook het gebruik van het formularium ondersteunen. Om de herkenbaarheid van de geneesmiddelen voor het verplegend personeel te verhogen en ook in het productieproces, is het efficiënter dat een stofnaam slechts eenmaal voorkomt en niet eenmaal in origineel en driemaal in generiek.

Het resultaat is dat de patiënt een geheel van zakjes krijgt die chronologische zijn verpakt, waarop de inhoud en de beschrijving van het uitzicht van de medicatie wordt vermeld. Er is een dagelijkse levering aan het RVT vanuit de apotheek. Veranderingen in het medicatiegebruik van een resident kunnen dus gemakkelijk worden aangepast. Wanneer er een wijziging is in de medicatie kan ook het verplegend personeel te allen tijde de medicatie die niet meer mag worden genomen uit de zakjes halen.

De conclusie van het multidosisproject is dat men er zeker van is dat de kwaliteit van het geneesmiddelenbeleid in het RVT is verbeterd, onder meer door het opkuisen van het productenbestand en door de onduidelijkheden uit de medicatieplannen te halen en te laten controleren door een apotheker. Deze onduidelijkheden werden in overleg tussen de apotheker en de huisarts uit de medicatieplannen gelicht.

Het verplegend personeel heeft veel minder tijd nodig om de medicatie klaar te zetten en er is minder gevaar om fouten te maken. Ook met betrekking tot de bestellingen voor de geneesmiddelen wordt een tijdsbesparing gerealiseerd. Er moet wel op worden toegezien dat de voorverpakking van de geneesmiddelen goed gebeurt. Er zou nog meer tijd kunnen worden gewonnen wanneer ook het beheer van de niet herverpakkbare geneesmiddelen zou kunnen worden geïnformatiseerd.

Het is wel belangrijk op te merken dat een deel van deze tijd voor het uitwerken van software moet worden gebruikt. Het digitaal medicatieplan is immers de bron van het gehele systeem.

L'utilisation de ce système permet certainement de réduire les surplus de médicaments. Lorsque la médication doit être arrêtée pour une raison ou une autre, les médicaments en stock doivent être détruits. Pour le moment, ce sont souvent des conditionnements entiers de médicaments qui doivent être éliminés. Avec ce système, les surplus peuvent être réduits à 7 jours. On ne peut arriver à ce résultat que si l'INAMI accepte également une facturation par unité et pas par conditionnement, comme c'est le cas actuellement.

Depuis la loi du 1er mai 2006 portant révision de la législation pharmaceutique, le pharmacien peut fractionner les médicaments. On débat encore de la question de savoir si le pharmacien peut faire un conditionnement multidoses ou s'il doit faire une dose unique. Le projet n'est efficace que si l'on autorise la fabrication de multidoses. Si l'on travaille avec des doses uniques, le gain de temps est perdu, de même que la qualité d'administration, parce que le personnel soignant doit à nouveau préparer un certain nombre de médicaments.

Le résultat de ce projet est que le pharmacien peut veiller à ce que la bonne médication soit administrée à chaque patient au bon moment. La responsabilité du pharmacien augmente. Aujourd'hui, le pharmacien est responsable du conditionnement produit au niveau industriel et, avec le reconditionnement, il est responsable de la pochette scellée contenant différents médicaments.

Le processus de production est actuellement encore à forte intensité de main-d'œuvre et de capital. L'ensemble du processus ne pourra se faire que s'il s'agit d'un projet économiquement faisable pour tous les acteurs.

II. — ÉCHANGE DE VUES

Mme Magda De Meyer (sp.a-spirit) souligne l'importance de l'étude du professeur Vander Stichele, qui reprend également les lignes de force de la résolution. C'est ainsi que cette étude confirme, entre autres, l'importance du formulaire, la nécessité de l'implémenter et le renforcement du rôle du MCC.

S'il était possible d'automatiser entièrement le système de prescription, quel en serait le coût? Cette automatisation entraînerait-elle des coûts supplémentaires pour la maison de repos ou ces coûts pourraient-ils être financés autrement?

De overschotten van de geneesmiddelen worden met het gebruik van dit systeem zeker verminderd. Wanneer om de een of andere reden de medicatie moet worden stopgezet dan moet de medicatie in stock beheer worden vernietigd. Momenteel zijn dat vaak gehele verpakkingen van geneesmiddelen die moeten worden vernietigd. Met dit systeem kunnen de overschotten worden beperkt tot 7 dagen. Dit kan enkel worden gerealiseerd als ook het RIZIV een facturatie per eenheid zou mogelijk maken en niet per verpakking zoals dit nu het geval is.

Sedert de wet van 1 mei 2006, houdende herziening van de farmaceutische wetgeving is het voor de apotheker mogelijk geneesmiddelen te fractionneren. Er is nog een discussie over het feit of de apotheker een multidosis verpakking mag maken ofwel dat hij een unidosis moet maken. Het project is enkel efficiënt als het maken van multidosisen mogelijk is. Als met unidosissen wordt gewerkt gaat de tijdswinst verloren en ook de kwaliteit van het toedienen gaat verloren omdat het verplegend personeel opnieuw een aantal geneesmiddelen moet klaarzetten.

Resultaat van dit project is dat de apotheker erop kan toezien dat elke resident op het juiste tijdstip de juiste medicatie krijgt toegediend. Er wordt meer verantwoordelijkheid aan de apotheker gegeven. Nu is de apotheker verantwoordelijk voor de verpakking die op industrieel niveau wordt geproduceerd en met de herverpakking wordt de apotheker verantwoordelijk voor het niet geopende zakje waarin verschillende medicatie zit.

Het productieproces is momenteel nog arbeids – en kapitaalsintensief. Het gehele proces is slechts haalbaar als voor alle spelers het een economisch haalbaar project wordt.

II. — GEDACHTEWISSELING

Mevrouw Magda De Meyer (sp.a-spirit) onderstreept het belang van de studie van professor Vander Stichele die ook de krachtlijnen van de resolutie herneemt. Zo wordt onder meer het belang van het formulairum bevestigd, de noodzaak van de implementatie ervan en de versterking van de rol van de CRA.

Indien het zou mogelijk zijn om het voorschrijfsysteem volledig te automatiseren, wat zou daar dan de kost van zijn? Brengt dit extra kosten mee voor het rusthuis of kunnen deze kosten elders worden gebracht?

Il y a quelques années, la mutualité chrétienne a réalisé une étude sur cette problématique. Il est également ressorti de cette étude qu'un quart de la médication était inefficace. L'étude du professeur Vander Stichele confirme-t-elle ce constat?

Les génériques occupent-ils une place dans le formulaire? En ce qui concerne l'administration de demi-comprimés et de quarts de comprimés, ceux-ci sont-ils administrés dans le cadre du projet qui est actuellement mis en place dans la maison de repos *Den Olm*? Quel est le coût de ce système? Quel est le coût de l'accroissement de la responsabilité du pharmacien?

M. Luc Goutry (CD&V) estime que le projet proposé évoque une situation idéale. La réalisation d'une partie des objectifs contenus dans ce projet serait déjà très positive.

L'utilisation d'un bon formulaire est la clé du succès. Ce formulaire devra en outre être mis en application par le MCC, qui ne fait pas actuellement l'objet d'une attention suffisante. Le MCC manque souvent d'efficacité en pratique, car il n'est pas suffisamment associé aux décisions. Quelle est la valeur ajoutée du MCC et comment, de façon générale, mettre son rôle en évidence? Dans le futur, le pharmacien devrait, lui aussi, être davantage associé à la concertation.

Le nombre de fautes commises est consternant. Il faut également accorder de l'attention au problème des surplus jetés à la poubelle. Il est essentiel de procéder à une rationalisation dans ce domaine.

La consommation de médicaments est moins élevée chez les personnes démentes. Cette situation est en réalité liée à l'attitude des patients. Le comportement des patients joue donc apparemment un rôle, au même titre que celui du prescripteur.

Ne serait-il pas intéressant d'investir également dans des infirmiers de référence, comme c'est le cas dans le domaine des soins palliatifs?

M. Robert Vander Stichele souligne qu'il existe un millier de MRS en Belgique, mais que seules quelques entreprises de logiciels souhaitent développer des applications dans ce secteur. Ces entreprises participent très activement au processus d'informatisation qu'un certain nombre de maisons de repos sont en train de développer, ainsi qu'à un début d'informatisation de l'administration des médicaments. Un certain nombre d'activités sont développées actuellement. Il serait bon que les pouvoirs publics appuient, d'une façon judicieuse, le développement d'une standardisation et d'une

De Christelijke mutualiteit heeft een aantal jaren geleden een studie gemaakt over dezelfde problematiek. Ook uit deze studie bleek dat een kwart van de medicatie ondoelmatig was. Wordt dit bevestigd door de studie van professor Vander Stichele?

Hebben de generieken een plaats in het formularium? Met betrekking tot de toediening van halfjes en kwartjes, worden deze toegediend met het project dat momenteel wordt ingevoerd in het rusthuis Den Olm? Wat is de kostprijs van dit systeem. Wat is de kostprijs voor de toenemende verantwoordelijkheid van de apotheker?

De heer Luc Goutry (CD&V) is van oordeel dat het voorgesteld project de ideale toestand weergeeft. Indien een deel ervan zou kunnen worden gerealiseerd zou het reeds zeer goed zijn.

De kern van de zaak is dat een goed formularium zou worden gebruikt. Bovendien moet dit formularium ook worden geïmplementeerd door de CRA. Momenteel wordt niet voldoende aandacht gegeven aan de CRA. Vaak werkt hij niet goed in de praktijk vaak omdat hij niet veel inspraak heeft. Wat is de meerwaarde van de CRA en hoe moet dit in het algemeen worden gerealiseerd? Ook de apotheker zou in de toekomst meer in het overleg moeten aanwezig zijn.

Het is ontstellend vast te stellen hoeveel fouten worden gemaakt. Er moet ook aandacht worden besteed aan de overschotten die worden weggeworpen. Er moet zeker op dit vlak worden gerationaliseerd.

Er is minder medicatiegebruik bij dementerenden. Dit blijkt te maken te hebben met de instelling van de patiënten zelf. Blijkbaar is het gedrag van de patiënt zelf ook belangrijk en is het niet alleen de rol van de voorschrijver.

Zou het niet interessant zijn ook te investeren in referentieverpleegkundigen zoals dit ook geldt in de palliatieve zorg?

De heer Robert Vander Stichele, wijst erop dat er een duizendtal RVT zijn in België maar dat er maar een beperkt aantal software bedrijven zijn die geïnteresseerd zijn om in deze sector ontwikkelingen te doen. Deze bedrijven zijn zeer actief met betrekking tot de informatisering die een aantal rusthuizen aan het ontwikkelen zijn en ook met betrekking tot het begin van de informatisering voor het toedienen van medicatie. Momenteel zijn er een aantal activiteiten in ontwikkeling. Het zou goed zijn dat de overheid op een verstandige manier een standardisatie en een labellisatie zou on-

labellisation, comme c'est le cas pour les cabinets de médecins généralistes.

Il est en effet ressorti de l'étude qu'une série de fautes sont commises dans la gestion des médicaments dans les maisons de repos et de soins. Il serait donc souhaitable que la liste de médicaments soit aussi contrôlée et éventuellement adaptée tous les six mois. Le MCC joue un grand rôle dans la mise en œuvre du formulaire. Légalement, il a de très grosses responsabilités, mais il ne reçoit que peu de moyens à cet effet. Le groupement des MCC a travaillé avec les auteurs de la résolution à l'examen afin d'appuyer certains aspects de la résolution.

Il serait intéressant d'avoir la possibilité d'étudier, fiche de médication par fiche de médication, avec 32 médecins généralistes visiteurs, les données cliniques en présence d'un gériatre et d'un pharmacologue clinique, et de fournir de la sorte un feed-back intéressant au médecin généraliste, y compris pour son patient individuel. Cela serait facile à organiser. Souvent, les patients individuels n'ont plus rien à dire sur leur propre médication, par exemple lorsqu'ils souffrent de démence. Ils sont alors entièrement gérés par le système de distribution. On peut se demander si l'autonomie de la personne âgée est encore suffisamment respectée.

M. Vander Stichele estime que certains infirmiers devraient se spécialiser en pharmacologie. Par province, un pharmacien clinique, un référent infirmier et un MCC devraient travailler ensemble afin d'organiser la communication et la concertation de tous ces groupes professionnels dans les différentes maisons de repos de la province.

M. Van Genechten souligne que les médicaments génériques ont une place dans le formulaire et qu'ils devraient y avoir une place plus importante encore. Depuis l'introduction des génériques, les médicaments sont devenus beaucoup moins reconnaissables pour le personnel soignant. Le reconditionnement du médicament le rend à nouveau plus reconnaissable.

En ce qui concerne les demi-médicaments et les quarts de médicaments, M. Van Genechten a des doutes quant à l'intérêt de couper en deux certains médicaments, parce que le but thérapeutique visé par le médecin prescripteur n'est pas nécessairement atteint. Les demi-médicaments et les quarts de médicaments ne peuvent pas être emballés de manière automatique dans le système. L'inconvénient est que cela demande beaucoup de travail et qu'une partie du travail doit de nouveau avoir lieu manuellement. Des erreurs risquent à

dersteunen, zoals dat ook gebeurt voor de huisartsenpraktijken.

Uit de studie is inderdaad gebleken dat er een aantal fouten worden begaan bij het geneesmiddelen beheer in rust- en verzorgingstehuizen. Het zou dus goed zijn dat de medicatielijst ook eens om de zes maanden zou worden gecontroleerd en eventueel aangepast. De CRA heeft een grote rol bij de implementatie van het formularium. Wettelijk heeft hij zeer zware verantwoordelijkheden, maar hij kreeg daarvoor slechts weinig middelen. De groepering van de CRA's heeft met de opstellers van de momenteel besproken resolutie samengewerkt om bepaalde accenten van de resolutie te ondersteunen.

Het zou interessant zijn om met 32 bezoekende huisartsen in de mogelijkheid te zijn om medicatiefiche per medicatiefiche, de klinische gegevens in tegenwoordigheid van een geriater en een klinische farmacoloog te bestuderen en zo een interessante feedback te geven aan de huisarts, ook voor zijn individuele patiënt. Dit is gemakkelijk te organiseren. Vaak hebben de individuele patiënten niets meer te zeggen over hun eigen medicatie, wanneer ze bijvoorbeeld dement zijn. Ze worden dan volledig beheerd door het distributiesysteem. Men kan zich de vraag stellen of de autonomie van de bejaarde nog voldoende wordt gerespecteerd.

De heer Vander Stichele is van oordeel dat sommige verpleegkundigen in de farmacologie zouden moeten specialiseren. Per provincie zou er een klinische apotheker, een referentieverpleegkundige en een CRA moeten samenwerken om in de verschillende rusthuizen van de provincie de communicatie en de concertatie van al deze beroepsgroepen te organiseren.

De heer Van Genechten wijst erop dat de generieken een plaats hebben in het formularium en ze moeten er nog meer plaats in krijgen. Sedert het invoeren van generieken is de herkenbaarheid van geneesmiddelen voor het verplegend personeel sterk gedaald. Door het herverpakken van het geneesmiddel wordt de herkenbaarheid ervan opnieuw gemakkelijker.

Met betrekking tot de halfjes en kwartjes heeft de heer Van Genechten twijfels over de halveerbaarheid van sommige geneesmiddelen omdat het beoogd therapeutisch doel van de voorschrijvende arts daarmee niet noodzakelijk wordt bereikt. De halfjes en kwartjes kunnen niet automatisch in het systeem worden verpakt. Het nadeel ervan is dat dit arbeidsintensief is en dat opnieuw een deel van het werk manueel moet gebeuren. Hier kunnen dan opnieuw fouten gebeuren. Door de invoering van het project zijn het aantal fouten sterk

nouveau d'être commises. L'instauration du projet a permis de diminuer fortement le nombre d'erreurs. Les erreurs qui se produisent encore concernent toujours les demi-médicaments et les quarts de médicaments.

Il faut inciter les pharmaciens à introduire ce système. La conditionneuse coûte 168 000 euros. Si la seule contrepartie, pour le pharmacien, est une augmentation de sa responsabilité, ce système n'aura pas beaucoup de succès. En outre, l'utilisation de demi-comprimés et de quarts de comprimés fait que ce système est à forte intensité de main-d'œuvre, et accroît le risque d'erreurs. On pourrait peut-être résoudre ce problème en collaborant avec l'industrie afin de réduire les doses de moitié au niveau industriel.

M. Froyen fait observer que pour les résidents, la qualité augmente et les coûts diminuent. L'institution fait l'économie d'un infirmier à temps plein sur base annuelle. Si l'on extrapole les résultats de la maison de repos *Den Olm*, cela peut représenter, pour la société, une économie de 15 millions d'euros en médicaments.

Aux Pays-Bas, la malconsommation de médicaments coûte 30 millions d'euros par an. Les chiffres ne sont pas connus pour la Belgique, mais cela représente, pour la société, une charge importante que l'on pourrait éviter.

Les hôpitaux utilisent depuis longtemps une nomenclature de l'INAMI pour les pharmaciens. Il n'est donc pas difficile de transposer cette nomenclature pour les officines. On préconise non pas de payer le pharmacien en fonction des quantités, mais en fonction du moment d'administration à l'emballage.

Au médecin coordinateur et conseiller (MCC), s'ajoute désormais le pharmacien coordinateur et conseiller (PCC). Il est absolument nécessaire de réunir ces deux personnes. L'infirmier qui s'occupe du projet pilote est déchargé de cette tâche, et on s'aperçoit là aussi que la suggestion d'un référent infirmier est particulièrement importante.

III. — VOTE

La proposition de résolution est adoptée à l'unanimité.

Les rapporteurs,

Le président,

Colette BURGEON
Luc GOUTRY

Yvan MAYEUR

verminderd. De fouten die nog gebeuren zijn steeds met de halfjes en kwartjes.

Apothekers moeten worden gemotiveerd om dit systeem in te voeren. De machine voor het verpakken kost 168 000 euro. Als daar enkel verhoging van verantwoordelijkheid tegenover staat zal dit niet veel succes hebben. Bovendien maakt het gebruik van halfjes en kwartjes het systeem opnieuw arbeidsintensief en verhoogt de kans op fouten. Een mogelijke oplossing hiervoor zou zijn met de industrie samen te werken om op industrieel niveau de dosissen te halveren.

De heer Froyen wijst erop dat voor de bewoners de kwaliteit toeneemt en voor hen zijn er minder kosten. De instelling spaart op jaarbasis één voltijdse verpleegkundige uit. Voor de gemeenschap kan dit, wanneer men de resultaten van het rusthuis Den Olm extrapoleert, een besparing van 15 miljoen euro aan geneesmiddelen betekenen.

In Nederland kost het verkeerd medicatiegebruik per jaar 30 miljoen euro. De cijfers voor België zijn niet gekend maar het betekent een belangrijke last voor de gemeenschap die kan worden vermeden.

In ziekenhuizen bestaat er sedert lang een RIZIV nomenclatuur voor apothekers. Het is dus niet moeilijk om een omzetting daarvan te doen naar de officina. Er wordt niet voor gepleit de apotheker in kwantiteiten te betalen maar in het toedieningsmoment bij de verpakking.

Naast de CRA, als arts hebben is er nu ook een CRA als apotheker, een coördinerend raadgevend apotheker. Het is absoluut nodig om deze twee personen samen te brengen. De verpleegkundige die bezig is met het proefproject wordt vrijgesteld en ook daar wordt ervaren dat de suggestie van referentie verpleegkundige bijzonder belangrijk is.

III. — STEMMING

Het voorstel van resolutie wordt eenparig aangenomen.

De rapporteurs,

De voorzitter,

Colette BURGEON
Luc GOUTRY

Yvan MAYEUR