

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

SESSION EXTRAORDINAIRE 2010

4 octobre 2010

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

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

(déposée par Mme Nathalie Muylle et consorts)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

BUITENGEWONE ZITTING 2010

4 oktober 2010

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**betreffende een rationeel
geneesmiddelengebruik
in rust- en verzorgingstehuizen**

(ingediend door mevrouw Nathalie Muylle c.s.)

N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie	
PS	:	Parti Socialiste	
MR	:	Mouvement Réformateur	
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams	
Ecolo-Groen!	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen	
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten	
sp.a	:	socialistische partij anders	
VB	:	Vlaams Belang	
cdH	:	centre démocrate Humaniste	
LDD	:	Lijst Dedecker	
PP	:	Parti Populaire	

Abréviations dans la numérotation des publications:		Afkortingen bij de nummering van de publicaties:	
DOC 53 0000/000:	Document parlementaire de la 53 ^{ème} législature, suivi du n° de base et du n° consécutif	DOC 53 0000/000:	Parlementair document van de 53 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA:	Questions et Réponses écrites	QRVA:	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV:	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)	CRIV:	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)
CRABV:	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)	CRABV:	Beknopt Verslag (blauwe kaft)
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)	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:	Séance plénière	PLEN:	Plenum
COM:	Réunion de commission	COM:	Commissievergadering
MOT:	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT:	Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants		Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers	
Commandes:		Bestellingen:	
Place de la Nation 2		Natieplein 2	
1008 Bruxelles		1008 Brussel	
Tél. : 02/ 549 81 60		Tel. : 02/ 549 81 60	
Fax : 02/549 82 74		Fax : 02/549 82 74	
www.laChambre.be		www.deKamer.be	
e-mail : publications@laChambre.be		e-mail : publicaties@deKamer.be	

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

A. Exposé de la situation / historique

En 2006, les membres de la commission de la Santé publique se sont déjà prononcés de manière positive sur la proposition de résolution relative à la consommation de médicaments dans les maisons de repos et dans les maisons de repos et de soins, déposée par Mmes De Meyer et Detiège (DOC 51 2236).

Quelques-unes des recommandations de l'époque concernaient:

- l'utilisation obligatoire dans chaque MRS d'un formulaire thérapeutique scientifiquement étayé;

- un encadrement et des incitants pour les médecins généralistes pour qu'ils utilisent systématiquement le formulaire lorsqu'ils font des prescriptions;

- une généralisation de la procédure d'adjudication pour l'achat de produits pharmaceutiques dans les maisons de repos;

- L'obligation pour le médecin coordinateur et conseiller (MCC) de rédiger, par MRS, un protocole relatif à l'amélioration de la qualité des actes pharmaceutiques dans la maison de repos en concertation avec toutes les parties concernées, en particulier en ce qui concerne le formulaire et la prescription et le système de distribution des médicaments.

L'étude réalisée par la MC en 2004 avait en effet mis en évidence plusieurs problématiques¹. Quelques exemples:

- un résident d'une MRPA ou d'une MRS se voyait en moyenne administrer dix médicaments différents. Il prenait en moyenne quatre médicaments par jour;

- en moyenne, pas moins de 44 % des résidents prenaient des antidépresseurs pendant trente jours au moins. Et, en moyenne, près d'un résident sur quatre prenait des antipsychotiques. Ce sont des médicaments prescrits par les médecins pour traiter de graves affections psychiatriques telle la schizophrénie;

- en moyenne 31 % des résidents de maisons de retraite prenaient au moins un médicament de la liste de Beers. Cette liste reprend les produits qui sont considé-

¹ Du Bois, M.; Morren, G. *Geneesmiddelenconsumptie in de residentiële zorg, Een kritische analyse.*

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

A. Situatieschets / historiek

In 2006 hebben de leden van de commissie Volksgezondheid zich reeds positief uitgesproken over het voorstel van resolutie betreffende het geneesmiddelengebruik in rusthuizen en rust- en verzorgingstehuizen, ingediend door de dames De Meyer en Detiège (DOC 51 2236).

Enkele van de aanbevelingen toen betroffen:

- verplicht gebruik in elk RVT van een wetenschappelijk gefundeerd therapeutisch formularium;

- begeleiding en incentives voor de huisartsen opdat zij het formularium systematisch gebruiken bij het voorschrijven;

- een veralgemening van de aanbestedingsprocedure voor de aankoop van farmaceutische producten in rusthuizen;

- het verplicht opstellen van een protocol door de coördinerend en raadgevend arts (cra) per RVT over de kwaliteitsverbetering van het farmaceutisch handelen in het rusthuis tussen alle betrokken partijen, in het bijzonder aangaande het formularium en voorschrijfgedrag en het geneesmiddelendistributie-systeem.

De studie van de CM in 2004 had immers verscheidene knelpunten blootgelegd¹. Enkele voorbeelden:

- een bewoner in een ROB of een RVT kreeg gemiddeld tien verschillende geneesmiddelen toegediend. Per dag slikte hij gemiddeld vier medicamenten;

- gemiddeld nam niet minder dan 44 procent van de bewoners gedurende minstens dertig dagen antidepressiva. En gemiddeld kreeg bijna één bewoner op de vier antipsychotica. Dat zijn geneesmiddelen waarmee artsen ernstige psychiatrische aandoeningen zoals schizofrenie behandelen;

- gemiddeld 31 procent van de rusthuisbewoners slikte minstens één geneesmiddel uit de Beers-lijst. Deze lijst bevat producten die als minder aangewezen

¹ Du Bois, M.; Morren, G. *Geneesmiddelenconsumptie in de residentiële zorg, Een kritische analyse.*

rés comme moins indiqués pour les seniors. En raison des effets secondaires liés à l'âge, ils peuvent parfois faire plus de tort que de bien;

— il y a de grandes différences entre les diverses institutions. Il y a ainsi des maisons de retraite dont trois quarts des résidents prenaient des antidépresseurs, contre seulement 14 % dans d'autres établissements. Les variations sont encore plus marquées en ce qui concerne les antibiotiques: les pourcentages des patients ayant absorbé au moins une dose variaient de 11 à 96 %;

— le taux de pénétration du vaccin antigrippe était élevé dans pratiquement toutes les institutions. En moyenne, les maisons de repos atteignaient un degré de couverture de près de 90 %;

— en moyenne, un quart des médicaments étaient un générique ou un médicament bon marché, quinze pour cent étaient des médicaments onéreux entraînant un surcoût pour le patient et soixante pour cent étaient une spécialité de marque sans alternative générique;

— le comportement en matière de prescription varie aussi énormément. Dans certaines maisons de repos, cinq pour cent seulement de médicaments bon marché étaient prescrits, dans d'autres, 59 %.

Au cours de l'audition du 20 mars 2006, quelques points ont de nouveau été évoqués concernant une politique des médicaments dans le secteur MRS – MRPA.

Quelques orateurs (un directeur de maison de repos et un pharmacien fournisseur) ont 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. C'est ainsi qu'il est par exemple possible d'instaurer un système dans lequel le pharmacien apporte également sa collaboration dans le cadre de la distribution et a une interaction directe avec le médecin prescripteur. 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. Tous les médicaments devant être administrés à un moment déterminé à un patient seront donc placés dans un nouvel emballage unique, donc axé sur le patient. Chaque emballage mentionnera le nom du patient, le nom du médicament et le moment auquel ce médicament doit être pris.

worden beschouwd voor ouderen. Omwille van de leeftijdsgebonden nevenwerkingen, kunnen ze soms meer kwaad dan goed doen;

— er zijn grote verschillen tussen de verschillende instellingen. Zo zijn er rusthuizen waar maar liefst driekwart van de bewoners antidepressiva gebruikte, terwijl dit in andere instellingen slechts 14 procent was. Voor antibiotica is de spreiding nog opvallender: de percentages van de patiënten die minstens één dosis kregen, varieerden van 11 tot 96 procent;

— het griepvaccin was in zowat alle instellingen goed ingeburgerd. Gemiddeld bereikten de rusthuizen een dekkingsgraad van bijna 90 procent;

— gemiddeld een kwart van de medicijnen was een generisch of goedkoop geneesmiddel, vijftien procent behoorde tot de dure medicamenten met een meerkost voor de patiënt en zestig procent was een merkspecialiteit zonder generisch alternatief;

— ook het voorschrijfgedrag varieert enorm. In sommige rusthuizen werd slechts vijf procent goedkope geneesmiddelen voorgeschreven, in andere 59 procent.

Tijdens de hoorzitting van 20 maart 2006 kwamen opnieuw enkele aandachtspunten ter sprake voor een geneesmiddelenbeleid in de RVT – ROB sector.

Enkele sprekers (rusthuisdirecteur en toeleverend apotheker) wezen op het feit dat er proefprojecten lopen om via de distributie het geneesmiddelenbeleid in de rusthuizen positief te beïnvloeden. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk om een systeem in te voeren waar de apotheker blijft meewerken in de distributie en een directe interactie heeft met de voorschrijvende geneesheer. In de ziekenhuizen waar dit reeds langer door de wet is toegelaten, doen de ziekenhuisapothekers dit reeds langer.

Door het gebruik van een robot en het klaarmaken per verstrekkingmoment wordt een patiëntenmedicatiesysteem uitgewerkt. De medicatie zal dus worden herverpakt per patiënt en per toedieningstijdstip in één verpakking, dus patiëntgeoriënteerd. Op elke verpakking staat de naam van de patiënt, van het geneesmiddel en van het ogenblik waarop het geneesmiddel moet worden genomen.

Il conviendra cependant d'abord d'établir un plan de médication numérique. L'utilisation du formulaire jouera un rôle important à cet égard.

Quelques années plus tard, force est de constater que la consommation de médicaments dans le secteur résidentiel, à savoir dans le secteur des maisons de repos et de soins, est encore largement susceptible d'amélioration et que le rôle du MCC peut et doit être précisé encore davantage.

Le docteur Robert Vander Stichele de l'Institut Heymans de pharmacologie de l'Université de Gand a déjà expliqué en détail l'étude relative à la consommation de médicaments dans les maisons de repos et de soins, réalisée à la demande du Centre d'expertise des soins de santé. La publication de l'étude "La consommation des médicaments dans les maisons de repos: trop élevée et de qualité trop faible" (vol/ 47 A) n'allait intervenir que quelques mois plus tard, le 22 décembre 2006. Cette étude est parfois aussi appelée "étude PHEBE" (*Prescribing in Homes for the Elderly in Belgium*).

L'étude a été réalisée par l'Institut Heymans, en collaboration avec les universités d'Anvers, de Gand et de Louvain-La-Neuve.

L'étude visait à répondre aux deux questions suivantes:

— 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?

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 sur un millier de maisons de repos, situées dans les provinces de Flandre orientale, d'Anvers et de Hainaut. Des informations portant sur 2 510 résidents ont ainsi été collectées. Quelques constats tirés de cette étude:

— il y a en moyenne 97 résidents par institution, contre 108 dans les institutions sondées;

— en moyenne, 39 % des MRS belges sont gérées par le CPAS, contre 41 % dans l'étude examinée ici;

Vooreerst moet er wel een digitaal medicatieplan worden opgesteld, waarbij het gebruik van het formularium een belangrijke rol speelt.

Enkele jaren later moeten we vaststellen dat het geneesmiddelengebruik in de residentiële sector, met name binnen de sector van de rust- en verzorgingstehuizen, nog voor veel verbetering vatbaar is en dat de rol van de CRA nog veel verder ingevuld kan en moet worden.

Dr. Robert Vander Stichele van het Heymansinstituut voor Farmacologie van de UG, lichtte de studie betreffende het gebruik van geneesmiddelen in de rust- en verzorgingstehuizen, uitgevoerd in opdracht van het Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, reeds uitgebreid toe. De publicatie van de studie "Geneesmiddelen in rusthuizen: gebruik te hoog, kwaliteit te laag." (vol/ 47 A) zou pas enkele maanden later op 22 december 2006, plaatsvinden. Naar deze studie wordt ook verwezen met de term "PHEBE-onderzoek" (*Prescribing in Homes for the Elderly in Belgium*).

De studie werd uitgevoerd door het Heymansinstituut, samen met de universiteiten van Antwerpen, Gent en Louvain-La-Neuve.

De bedoeling 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?

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.

De steekproef betrof een duizendtal rusthuizen, gesitueerd binnen de provincies Oost-Vlaanderen, Antwerpen en Henegouwen. Zo werd over 2510 residenten gegevens verzameld. Enkele vaststellingen uit de studie:

— gemiddeld zijn er 97 residenten per instelling en in deze steekproef 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;

— l'âge moyen des personnes sondées était de 85 ans;

— chaque soignant équivalent temps plein, soit un infirmier ou aide pour personnes âgées à temps plein, s'occupe en moyenne de trois résidents;

— pour un établissement comptant en moyenne 100 résidents, on relevait en moyenne 32 visites de généralistes;

— le médecin coordinateur (donc le MCC) traitait en moyenne 24 % des résidents. On notera que dans certains établissements, il ne traitait aucun résident, alors que, dans d'autres, il traitait 86 % des résidents;

— 83 % des maisons de repos sont approvisionnées par le pharmacien d'officine et 13 % par le pharmacien hospitalier. 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 se limitait essentiellement à la délivrance des médicaments. 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;

— 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;

— 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;

— il existe un lien important entre le nombre de problèmes de soins et le nombre de médicaments. La médication n'augmente pas avec l'âge du résident et c'est à 80 ans environ que les personnes prennent le plus de médicaments;

— de gemiddelde leeftijd van de personen die deelnamen aan de steekproef was 85 jaar;

— elk fulltime equivalent verzorgende, dit is een fulltime bejaardenhelpster of verpleegkundige, verzorgt gemiddeld 3 residenten;

— voor een instelling van gemiddeld 100 residenten waren er gemiddeld 32 bezoeken van huisartsen;

— de coördinerende rusthuisarts (dus de CRA) behandelde gemiddeld 24 % van de bewoners. Opmerkelijk is dat hij in sommige rusthuizen geen enkele resident behandelde, terwijl hij in andere rusthuizen 86 % van de residenten verzorgde;

— 83 % van de rusthuizen wordt door de officina-apotheker bediend en 13 % wordt door de ziekenhuis-apotheker. 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;

— overal werd vastgesteld dat de deelname van de apotheker aan het medicatiebeleid voornamelijk was beperkt tot het toeleveren van de geneesmiddelen en dus 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;

— van de residenten was 48 % dement, 38 % depressief en 16 % had beide problemen samen. 3 % van de residenten waren in terminale zorg;

— 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;

— er is een groot verband tussen het aantal zorgproblemen en het aantal geneesmiddelen. De medicatie neemt niet toe met de leeftijd en op 80 jaar wordt ongeveer het grootst aantal geneesmiddelen genomen;

— il y a une cessation progressive de la prise de médicaments chez les personnes âgées souffrant de démence;

— 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.

Le docteur Vander Stichele parvient à la conclusion que le niveau de la consommation de médicaments dans les maisons de repos et de soins belges est élevé, que les dépenses en médicaments sont très élevées, tant pour l'INAMI que pour les résidents et qu'il y a un certain nombre de problèmes qualitatifs, tant de sous-traitement que de surtraitement.

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a, en plus des constatations susmentionnées, souligné le rôle crucial du médecin, du personnel infirmier et du pharmacien. De nombreuses personnes âgées qui déménagent vers une institution de repos ou de soins restent fidèles à leur généraliste. La présence d'un médecin coordinateur actif lié à la MRS a une influence positive sur la qualité de prescription. Un médecin coordinateur a souvent suivi une formation spécifique aux soins à prodiguer aux personnes âgées et peut veiller à l'utilisation du formulaire (liste de médicaments recommandés) et à la qualité de la gestion des médicaments. C'est pourquoi le KCE recommande d'attribuer un rôle plus important au médecin coordinateur.

Chaque MRS doit disposer d'un tel formulaire. Dans la réalité, toutes les MRS ne remplissent pas cette obligation. Il ressort par ailleurs de l'étude que seul un nombre limité utilise effectivement le formulaire.

Une bonne communication entre médecin, personnel infirmier et pharmacien est très importante pour une utilisation correcte des médicaments dans les maisons de repos. Le nombre d'infirmières correctement formées est également important. Plus grands sont leur nombre et leur expertise, meilleure est la qualité de la gestion des médicaments.

Les recommandations du Centre fédéral d'expertise des soins de santé ainsi que des études et des évolutions récentes ont été des sources d'inspiration pour les

— er is een afbouw aan medicatie bij demente bejaarden;

— de uitgaven voor medicatie zijn zeer belangrijk: het RIZIV betaalt per resident per maand ongeveer 90 euro. 23 euro per maand wordt uitgegeven door de resident 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.

Dokter Vander Stichele komt tot de conclusie dat het medicatieverbruik in Belgische rust- en verzorgingshuizen hoog is, dat de uitgaven voor geneesmiddelen hoog zijn zowel voor Riziv als voor de residenten en dat er een aantal kwaliteitsproblemen zijn, zowel van ondergebruik als van overgebruik.

Het Kenniscentrum voor de gezondheidszorg benadrukte, naast bovenvermelde vaststellingen, dat een cruciale rol is weggelegd voor de arts, het verplegend personeel en de apotheker. Vele ouderen die verhuizen naar een tehuis, blijven trouw aan hun huisarts. De aanwezigheid van een actieve coördinerende arts (CRA) verbonden aan een RVT heeft een goede invloed op de voorschrijfkwaliteit. Een CRA heeft vaak een bijkomende opleiding in ouderenzorg gevolgd en kan waken over de toepassing van het formularium (een lijst met aanbevolen geneesmiddelen) en de kwaliteit van het geneesmiddelenbeleid. Het KCE adviseert om aan de CRA daarin een grotere rol toe te kennen.

Elke RVT moet beschikken over zo'n formularium. In realiteit voldoen niet alle RVT's aan deze verplichting. Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat slechts een beperkt deel het formularium ook daadwerkelijk gebruikt.

Een goede communicatie tussen arts, verplegend personeel en apotheker is zeer belangrijk voor een correct gebruik van geneesmiddelen in rusthuizen. Ook het aantal goed opgeleide verpleegsters is belangrijk. Hoe groter hun aantal en expertise, hoe beter de kwaliteit van het geneesmiddelenbeheer.

De beleidsaanbevelingen van het Kenniscentrum en recente studies en ontwikkelingen inspireerden de indieners van dit voorstel van resolutie, tot een update van de

auteurs de la présente proposition de résolution, avec une actualisation en 2006 des données de la problématique examinée. Ces points seront commentés et développés dans le chapitre qui suit.

B. Problématique concrète

1. La consommation de médicaments dans les maisons de repos

À l'heure actuelle, 17,3 % de notre population est âgée de plus de 65 ans. On estime que ce pourcentage passera à 23 % d'ici 2030 (chiffres de l'Institut national de Statistique).

Le 24 février 2009, l'INAMI recensait 1 615 maisons de repos en Belgique. 485 d'entre elles n'avaient que des lits MRPA. 28 n'avaient que des lits MRS et les 1 102 restantes étaient mixtes. Cela représente un total de 69 085 lits MRPA, 58 734 lits MRS, 1 357 lits pour séjours de courte durée et 160 lits coma (129 310 lits au total). Sachant que la Belgique compte 10,42 millions d'habitants, nous pouvons dire que 1,24 % de la population réside dans une maison de repos.

Selon les constatations de l'étude PHEBE (KCE reports 47A), chaque résident d'une maison de repos dans notre pays consomme en moyenne 8 médicaments par jour, dont 7 pour des affections chroniques.

L'étude de la littérature spécialisée a montré que 10 à 30 % des hospitalisations sont causées par des problèmes liés aux médicaments. Selon les estimations, 50 à 90 % de ces problèmes peuvent être évités par une consommation de médicaments correcte².

Ce problème pourrait être résolu par l'instauration du concept de pharmacie clinique dans la maison de repos, ce qui signifie que les pharmaciens ne sont pas responsables uniquement de la délivrance correcte des médicaments, mais qu'ils partagent avec les médecins et les patients la responsabilité du choix et du suivi de la pharmacothérapie (d'où la notion de pharmacie clinique). D'autres pays ont également instauré ce concept depuis la seconde moitié des années 1990. Il n'y a qu'aux États-Unis que les évaluations de la médication sont obligatoires, mais en Australie et au Royaume-Uni, les pouvoirs publics assurent une aide financière³.

² Chan M., Nicklason F., Vial J.H. *Adverse drug events as a cause of hospital admission in the elderly. Internal Medicine Journal* 2001.

³ Verrue C. et al. *Pharmacists' interventions for the optimisation of medication use in nursing homes: a systematic review. Drugs & Aging* 2009.

aangehaalde problematiek in 2006. In het nu volgende deel zal dit verder worden toegelicht en uitgewerkt.

B. Concrete problematiek

1. Geneesmiddelenverbruik in rusthuizen

Momenteel is 17,3 % van onze bevolking ouder dan 65 jaar. Er wordt geschat dat dit aantal tegen 2030 zal oplopen tot 23 %. (cijfers Nationaal Instituut voor de Statistiek)

Op 24 februari 2009 telt het RIZIV 1 615 rusthuizen in België. 485 daarvan hebben enkel ROB-bedden. 28 hebben enkel RVT-bedden en de overige 1 102 zijn gemengd. Dit komt neer op een totaal van 69 085 ROB-bedden, 58 734 RVT-bedden, 1 357 bedden voor kort-verblijf en 160 coma bedden (totaal: 129 310 bedden). Rekening houdende met een bevolking van 10,42 miljoen inwoners, kunnen we zeggen dat 1,24 % van de bevolking in een rusthuis verblijft.

Volgens de bevindingen van het PHEBE-onderzoek (KCE reports 47A) neemt elke rusthuisbewoner in ons land gemiddeld 8 geneesmiddelen per dag, waarvan 7 voor chronische aandoeningen.

Literatuuronderzoek heeft aangetoond dat 10 tot 30 % van de ziekenhuisopnames wordt veroorzaakt door geneesmiddelengerelateerde problemen. Naar schatting kan 50 tot 90 % van deze problemen vermeden worden door een juist geneesmiddelengebruik².

Een mogelijke oplossing voor dit probleem is het invoeren van klinische farmacie in het rusthuis. Dit houdt in dat apothekers niet alleen verantwoordelijk zijn voor de juiste aflevering van geneesmiddelen, maar — in samenspraak met artsen en patiënten — mee de verantwoordelijkheid dragen voor de keuze en opvolging van de farmacotherapie (vandaar klinische farmacie). Ook andere landen hebben dit ingevoerd sinds de tweede helft van de jaren 90. Enkel in de VS zijn medicatiereviews verplicht, maar in Australië en in het Verenigd Koninkrijk biedt de overheid wel financiële steun³.

² Chan M., Nicklason F., Vial J.H. *Adverse drug events as a cause of hospital admission in the elderly. Internal Medicine Journal* 2001.

³ Verrue C. et al. *Pharmacists' interventions for the optimisation of medication use in nursing homes: a systematic review. Drugs & Aging* 2009.

L'étude PHEBE a révélé une consommation élevée de psycholeptiques, de laxatifs, d'antidépresseurs et d'analgésiques. Outre une surconsommation, une sous-consommation a également été constatée, principalement de médicaments réduisant le risque cardiovasculaire. La dépense moyenne en médicaments s'élève à 140 euros par mois et par résident (90 euros à charge de l'INAMI, 23 euros de ticket modérateur et 27 euros d'intervention personnelle du résident pour les médicaments non remboursés). Pour la médication aiguë, il faut encore y ajouter en moyenne 17 euros par résident et par mois.

2. Prescription inefficace

Des évaluations de médication ont été réalisées en maison de repos dans le cadre d'une étude de doctorat à l'UGent⁴. Pour 79 résidents, 362 recommandations d'amélioration de la pharmacothérapie ont été formulées. Ce chiffre correspond en moyenne à 4,6 recommandations par résident, ce qui indique qu'il existe bel et bien un problème de qualité de la prescription. Aux États-Unis, c'est surtout la préoccupation concernant la consommation de psychotropes qui a été à la base de l'instauration d'évaluations obligatoires de la médication⁵. Le problème n'est pas différent en Belgique. Son impact économique n'est pas non plus négligeable (un résident qui tombe parce qu'il a des étourdissements dus à une consommation importante de somnifères peut par exemple se casser la hanche, avec une hospitalisation pour conséquence).

3. Erreurs dans la distribution de médicaments

Par maison de repos, on relève en moyenne 32 visites de généralistes (range 7 – 115) d'après l'étude PHEBE. L'étude de doctorat de C. Verrue à l'UG a déterminé le nombre d'erreurs commises dans l'administration de médicaments dans la MRS et la nature de ces erreurs. Dans les deux maisons de repos tests, on a observé respectivement 6,3 % et 3,2 % d'erreurs au début de l'étude. Il s'agissait principalement de l'exposition de médicaments à la lumière (ce qui brise les médicaments sensibles à la lumière et risque par conséquent de diminuer fortement leur efficacité avant même leur administration), à l'air et à d'autres facteurs environnementaux (des sirops à prendre le matin étaient déjà versés la veille au soir et disposés sur le chariot de médicaments dans des gobelets sans couvercle). Dans la maison de repos 2, il s'agissait surtout de techniques erronées, comme l'utilisation incorrecte des inhalateurs et la division de médicaments indivisibles: les médicaments irritants pour l'estomac sont entourés d'une

Het PHEBE onderzoek heeft aangetoond dat er een groot gebruik is van psycholeptica, laxeermiddelen, antidepressiva en analgetica. Naast overgebruik is er ook ondergebruik vastgesteld, en dit voornamelijk van geneesmiddelen die het cardiovasculaire risico doen afnemen. De gemiddelde uitgave aan geneesmiddelen bedraagt € 140 per maand en per bewoner. Hierin bedraagt de bijdrage van het RIZIV € 90, van de bewoner aan remgeld € 23 en van de bewoner aan niet-terugbetaalde geneesmiddelen € 27. Voor acute medicatie komt daar gemiddeld nog een € 17 bij per bewoner en per maand.

2. Ondoelmatig voorschrijven

In een doctoraatsstudie aan de UGent⁴ werden medicatiereviews uitgevoerd in het rusthuis. Voor 79 bewoners werden 362 aanbevelingen tot verbetering van de farmacotherapie geformuleerd. Dat komt neer op gemiddeld 4,6 aanbevelingen per bewoner, wat aangeeft dat er wel degelijk een probleem is met de kwaliteit van voorschrijven. In de VS lag onder andere de bezorgdheid rond het gebruik van psychofarmaca aan de basis van de invoering van verplichte medicatiereviews⁵. In België is dit probleem niet anders. Ook de economische impact hiervan is niet te verwaarlozen (een bewoner die valt omdat hij suf is door het veelvuldig gebruik van slaapmiddelen kan bijvoorbeeld een heup breken, met opname in het ziekenhuis als gevolg, ...).

3. Fouten in de distributie van geneesmiddelen

Per rusthuis komen er gemiddeld 32 artsen (range 7 – 115) over de vloer zoals blijkt uit het PHEBE-onderzoek. In het doctoraatsonderzoek van C. Verrue aan de UG werd het aantal en de aard van medicatietoedieningsfouten in het RVT bepaald. In de twee testrusthuizen werden respectievelijk 6,3 % en 3,2 % fouten aangetroffen aan het begin van de studie. Het ging voornamelijk om de blootstelling van geneesmiddelen aan licht (dit breekt lichtgevoelige geneesmiddelen af, waardoor de werkzaamheid ernstig kan afnemen, nog voor de toediening), lucht en andere omgevingsfactoren (siropen voor 's ochtends werden 's avonds al uitgegoten en in niet-afgedekte bekertjes bovenop de medicatiekar geplaatst. In rusthuis 2 ging het vooral om verkeerde technieken, zoals het verkeerd gebruik van inhalatietoestellen en het delen van niet-deelbare geneesmiddelen: geneesmiddelen die etsend zijn voor de maag worden omhuld door een beschermende laag. Deze geneesmiddelen mogen niet worden gedeeld. Wanneer men dit toch zou doen,

⁴ "Optimisation of medication use in nursing homes: the role of the pharmacist" (2010, C.Verrue).

⁵ Omnibus Budget Reconciliation Act, 1987.

⁴ "Optimisation of medication use in nursing homes: the role of the pharmacist" (2010, C.Verrue).

⁵ Omnibus Budget Reconciliation Act, 1987.

couche protectrice. Ces médicaments ne peuvent pas être divisés. S'il en est quand même ainsi, la couche protectrice est rompue. Cette mauvaise utilisation n'a pas toujours une incidence sur l'efficacité finale du médicament, mais peut avoir de graves conséquences et causer parfois des hémorragies gastriques.

En plus d'une influence néfaste sur la pharmacothérapie et par conséquent sur la santé du résident, ces erreurs ont aussi un impact économique non négligeable. À l'issue d'une session d'information sur une administration correcte de médicaments par un pharmacien clinicien et une discussion des erreurs avec les infirmiers chefs, le pourcentage d'erreurs a été ramené respectivement à 2.0 % et 1.7 %. La session a été bien acceptée par le personnel infirmier.

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

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. Les maisons de repos dépendant d'un CPAS sont légalement tenues de procéder par appel d'offre.

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. Ils ont 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. L'étude PHEBE a montré qu'en moyenne, 29 % de médicaments bon marché sont prescrits. Il est donc possible d'améliorer encore beaucoup la situation à ce niveau.

5. L'importance du médecin coordinateur

Leur rôle est 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

verbreekt men de beschermende laag. Dit heeft niet altijd een invloed op de uiteindelijke doeltreffendheid van het geneesmiddel, maar kan ernstige gevolgen hebben en soms tot maagbloedingen leiden.

Naast de nefaste invloed op de farmacotherapie en bijgevolg op de gezondheid van de bewoner, hebben deze fouten ook een niet-verwaarloosbare economische impact. Na een infosessie over juiste geneesmiddeltoediening door een klinische apotheker en een bespreking van de fouten met de hoofdverpleegkundigen, werd het foutenpercentage herleid tot respectievelijk 2.0 % en 1.7 %. De sessie werd goed aanvaard door het verplegend personeel.

4. Te weinig generieke en goedkope geneesmiddelen

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. OCMW-rusthuizen zijn zelfs wettelijk verplicht om met een aanbesteding te werken.

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 uit 2004 van de apothekers van het land van Aalst over het voorschrijfgedrag van de huisartsen van de bewoners van de Aalsterse OCMW-rusthuizen. Ze berekenden de besparing die generieken zouden kunnen opleveren voor elke patiënt. De gemiddelde besparing per product dat kan worden vervangen 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. Het PHEBE-onderzoek heeft aangetoond dat er gemiddeld 29 % goedkope geneesmiddelen wordt voorgeschreven. Op dat vlak kan er dus nog heel wat worden verbeterd!

5. Het belang van de coördinerende arts

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.

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 cercles de médecins généralistes, le personnel infirmier, les pharmaciens cliniciens, 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.

L'arrêté royal du 24 juin 1999 dispose que, dans chaque MRS (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:

- 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;
- 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.

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, enzovoort. Hij doet dit in teamverband met de behandelende huisartsen, de huisartsenkring(en), de verpleegkundige staf, de klinische en de apothekers-leveranciers, het palliatieve zorgteam enz. De CRA heeft geen zeggingskracht over het RVT-personeel. Daarom moet de samenwerking met de RVT-directie optimaal zijn.

Het koninklijk besluit van 24 juni 1999 bepaalt dat 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:

- 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;
- de coördinatie van de samenstelling en het bijhouden van de medische dossiers van de behandelende artsen;
- de coördinatie 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 geneesmiddelenformulium;
- 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.

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. Le MCC doit donc 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. Nous devons donc élaborer un nouveau modèle de soins!

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 les cercles de médecins, et ensuite élaborer des solutions dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires. Un élément essentiel de ce nouveau concept de modèle de soins est que le MCC doit évidemment avoir accès au dossier de patient que possède le généraliste.

Par maison de repos ou groupe régional de maisons de repos, un protocole peut être 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 SARM, etc. Il doit également y avoir suffisamment de possibilités de formation pour les MCC, notamment en pharmacologie.

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 d'un home pour personnes âgées remplaçant la famille — 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.

6. Le formulaire pharmaceutique

Chaque maison de repos reçoit annuellement (et gratuitement) le "Formulaire MRS national", à savoir une liste limitée de médicaments efficaces, sûrs et d'un coût raisonnable pour les affections les plus fréquentes chez les personnes (très) âgées. Cette liste est proposée comme fil conducteur dans le cadre du comportement

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. De CRA moet dus kunnen optreden als de spilfiguur in het medisch beleid in het rusthuis met als voornaamste taak de kwaliteitsverbetering van het medisch handelen. We moeten dus komen tot een nieuw zorgmodel!

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. Cruciaal bij deze nieuwe visie van zorgmodel is dat de CRA uiteraard toegang moet hebben tot het patiëntendossier dat de huisarts in zijn bezit heeft.

Per rusthuis of regionale groep van rusthuizen kan er, in het kader van de wettelijke opdrachten van de CRA, een protocol worden uitgewerkt, in het bijzonder aangaande het opstellen en beheer van de bewonersdossiers, formularium en voorschrijfgedrag, geneesmiddelendistributiesysteem, veiligheidsmanagementsysteem, de wachtdienstregeling, diagnose en behandeling in spoedsituaties, preventiebeleid, maatregelen voor MRSA-patiënten enz. Voor CRA's moeten er ook voldoende gespecialiseerde opleidingsmogelijkheden bestaan, onder meer in farmacologie.

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.

6. Het geneesmiddelenformularium

Elk rusthuis krijgt jaarlijks (en gratis) het "Nationaal RVT Formularium" toegestuurd, zijnde een lijst een beperkte lijst van werkzame, veilige en betaalbare geneesmiddelen voor de meest voorkomende aandoeningen van (hoog)bejaarden. Deze lijst wordt aangeboden als leidraad bij het voorschrijfgedrag van de artsen en vindt

en matière de prescription des médecins et trouve son origine dans l'arrêté royal du 24 juin 1999 relatif au MCC. Ce formulaire n'est pas défini légalement et la liste est le résultat d'un groupe de travail composé d'associations scientifiques, d'organisations professionnelles et de l'INAMI, créé en 2003. Le "formulaire MRS 2004" a été la première "référence" officielle.

Les médicaments sont sélectionnés sur la base de leur efficacité, prouvée par des études cliniques. La liste est à la disposition de tout qui est associé aux soins. L'établissement d'un formulaire fait donc partie des tâches légales du MCC, fixées par l'arrêté royal de 1999.

Selon l'étude PHEBE relative à l'utilisation du formulaire, 94,7 % des maisons de repos déclarent avoir un formulaire. 78,9 % utilisent le formulaire MRS national. La moitié des maisons de repos outillées d'un système de prescription électronique disposent également d'un formulaire électronique. Seulement 63,7 % des sections déclarent utiliser le formulaire; 41,1 % des infirmiers stimulent de façon systématique l'utilisation du formulaire par les médecins; 19,6 % des infirmiers le font sporadiquement et 14,3 % présentent le formulaire au médecin au moment de la prescription. Dans 91,1 % des cas, le formulaire n'est pas contraignant. Cela signifie que le médecin peut prescrire en dehors du formulaire sans devoir motiver son choix.

Il ressort de ces statistiques que l'on utilise trop peu le formulaire dans les faits, bien qu'il soit à la disposition des MRS depuis 2004. Le formulaire doit en effet faire face à de nombreuses résistances chez les médecins prescripteurs: "notre liberté thérapeutique est sérieusement restreinte", "mon patient ne peut bénéficier d'un traitement suffisant si je ne peux prescrire des produits ne figurant pas sur cette liste", "qui dit que les résidents âgés des maisons de repos se portent mieux avec un tel formulaire", "encore une immixtion des pouvoirs publics"...

Ces résistances constituent un obstacle important dans l'application du formulaire. Il est par ailleurs évident que les instances publiques compétentes n'ont pas suffisamment soutenu l'implémentation du formulaire.

7. L'importance du pharmacien-fournisseur et du pharmacien clinicien

Comme nous l'avons déjà souligné au point 1, en Belgique aussi, les pharmaciens peuvent contribuer à optimiser l'utilisation de médicaments en maison de repos. Des projets pilotes menés à l'UGent ont en

zijn oorsprong in het KB van 24 juni 1999 betreffende de CRA. Er is verder geen wettelijke omschrijving en de lijst is het resultaat van een werkgroep van wetenschappelijke verenigingen, beroepsorganisaties en het Riziv, opgestart in 2003. Het "RVT formularium 2004" was het eerste officiële "naslagwerk".

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 dus een van de wettelijke taken van de CRA, vastgelegd in het KB van 1999.

Volgens het PHEBE-onderzoek over het formulariumgebruik zegt 94,7 % van de rusthuizen een formularium te hebben. 78,9 % gebruikt het Nationaal RVT Formularium. De helft van de rusthuizen met een elektronisch voorschrijfsysteem beschikt ook over een elektronisch formularium. Slechts 63,7 % van de afdelingen zegt het formularium te gebruiken; 41,1 % van de verpleegkundigen stimuleert op systematische wijze het gebruik van het formularium bij de artsen; 19,6 % van de verpleegkundigen doet dit sporadisch en 14,3 % van de verpleegkundigen presenteert het formularium aan de arts op het moment van het voorschrift. In 91,1 % van de gevallen is het formularium niet bindend. Dat wil zeggen dat de arts buiten het formularium kan voorschrijven zonder zijn keuze te moeten motiveren.

Uit deze cijfers blijkt dat er te weinig effectief gebruik van wordt gemaakt, hoewel de lijst al sinds 2004 aan de RVTs' ter beschikking wordt gesteld. Het formularium heeft immers 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", "alweer bemoeienis van de overheid"...

Deze weerstanden vormen een belangrijke hinderpaal in de toepassing van het formularium. Verder is het duidelijk dat de bevoegde overheidsinstanties de implementatie van het formularium onvoldoende heeft gesteund.

7. Het belang van de toeleverende en van de klinische apotheker

Zoals reeds aangehaald onder punt 1, kan ook in België de apotheker bijdragen tot een optimalisering van het geneesmiddelengebruik in rusthuizen. Pilotprojecten aan de UGent hebben inderdaad een positief effect

effet révélé un effet positif lorsque le pharmacien fournisseur ne se borne pas à délivrer les médicaments, mais qu'il est associé plus activement à la politique en matière de médicaments. Ainsi, le pharmacien peut, par exemple, prendre en charge le recyclage des infirmiers en matière d'utilisation de médicaments, etc. Le pharmacien-fournisseur pourrait être assisté dans cette tâche par un pharmacien clinicien, qui participe à la pharmacothérapie des résidents. À ce jour, cette matière reste toutefois dépourvue de cadre légal explicite. L'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant instructions pour les pharmaciens prévoit néanmoins, en son article 22, qu' "il est organisé une présence du pharmacien qui délivre les médicaments [...] adaptée en fonction des services demandés. Ces services comprennent la délivrance ainsi que la fourniture d'informations relatives à la qualité, la sécurité et l'efficacité de l'usage de ces produits. Ces informations sont destinées tant aux prescripteurs et au personnel soignant de la communauté qu'au patient, sa famille ou son mandataire. Le pharmacien assure une délivrance journalière. [...] En outre, en présence du pharmacien, la procédure hebdomadaire d'évaluation des conditions de conservation des produits délivrés est assurée." Le pharmacien, qu'il soit clinicien ou non, a donc de nombreuses tâches à accomplir et son rôle ne doit pas se limiter à celui d'un simple fournisseur! L'information et la surveillance de la qualité font certainement partie du concept de soins pharmaceutiques qui se répand de plus en plus. Cette logique doit dès lors être élargie aux pharmaciens qui fournissent les maisons de repos!

aangetoond indien de toeleverende apotheker zich niet beperkt tot de aflevering van geneesmiddelen, maar actiever wordt betrokken bij het geneesmiddelenbeleid. Zo kan de apotheker onder andere instaan voor bijscholing van de verpleegkundigen rond medicatiegebruik, enz. De toeleverende apotheker zou hierin kunnen worden bijgestaan door een klinische apotheker, die mee inspraak heeft in de farmacotherapie van de bewoners. Tot op heden bestaat hier echter nog geen expliciet wettelijk kader voor. Het KB van 21 januari 2009 houdende onderrichtingen voor de apotheker, met name artikel 22 zegt wel: "er wordt een aanwezigheid van de apotheker die de geneesmiddelen [...] aflevert voorzien, aangepast in functie van de gevraagde diensten. Deze diensten omvatten de aflevering alsook de verstrekking van informatie over de kwaliteit, de veiligheid en de werkzaamheid bij het gebruik van deze producten. Deze informatie is bestemd zowel voor de voorschrijvers en het verzorgend personeel van de gemeenschap als voor de patiënt, zijn familie en zijn gemachtigde. De apotheker verzekert een dagelijkse aflevering. [...] In aanwezigheid van de apotheker wordt bovendien de wekelijkse evaluatieprocedure van de omstandigheden van de bewaring van de afgeleverde producten verzekerd." De apotheker, al dan niet klinische, heeft dus een uitgebreide taakomschrijving en mag zijn rol niet louter beperken tot leverancier! Informatieverstrekking en kwaliteitsbewaking maken zeker deel uit van het farmaceutische zorgconcept, dat stilaan zijn intrede maakt. Dit moet dan ook worden doorgetrokken naar de apotheker die levert aan de rusthuizen!

Nathalie MUYLLE (CD&V)
Nahima LANJRI (CD&V)
Inge VERVOTTE (CD&V)

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

a. vu l'arrêté royal du 24 juin 1999 modifiant l'arrêté royal du 2 décembre 1982 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de repos et de soins, et qui constitue le cadre légal pour le MCC;

b. vu les constats de l'étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé du 22 décembre 2006, intitulée "L'utilisation des médicaments dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins belges (vol. 47 B) et les recommandations;

c. vu les constats de la thèse de doctorat "*Opimisation of medication use in nursing homes: the role of the pharmacist*" (2010, C.Verrue);

d. considérant que 17 % de la population belge est déjà âgée de plus de 65 ans et recourra probablement au secteur des MRS, et que 1,24 % de notre population réside dans une maison de repos;

e. considérant que les résidents de maisons de repos prennent en moyenne 8 médicaments par jour, dont 7 pour des affections chroniques;

f. considérant que les dépenses moyennes en médicaments sont de 140 euros par mois et par résident et que l'intervention INAMI dans ce montant est de 90 euros;

g. considérant que des erreurs de médication sont constatées (conservation et administration erronées);

h. considérant que 63,7 % des maisons de repos déclarent utiliser le formulaire;

i. considérant que le médecin coordinateur et conseiller (MCC) ne traite en moyenne que 24 % des résidents;

j. considérant que 83 % des maisons de repos sont desservies par un pharmacien d'officine et que la participation du pharmacien à la politique de médication reste principalement limitée à la seule délivrance des médicaments;

k. considérant que, dans le cadre du concept de soins pharmaceutiques, on peut songer à intégrer un pharmacien clinique dans la maison de repos;

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

a. gelet op het KB van 24 juni 1999 tot wijziging van het KB van 2 december 1982 houdende de vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van rust- en verzorgingstehuizen, en dat het wettelijk kader vormt voor de CRA;

b. gelet op de vaststellingen van de studie van het Federaal Kenniscentrum van 22 december 2006, "Geneesmiddelen in rusthuizen: gebruik te hoog, kwaliteit te laag" (vol. 47 A) en de beleidsaanbevelingen;

c. gelet op de vaststellingen in de doctoraatsstudie "*Opimisation of medication use in nursing homes: the role of the pharmacist*" (2010, C.Verrue);

d. overwegende dat 17 % van de Belgische bevolking reeds ouder is dan 65 jaar en zij wellicht beroep zullen doen op de RVT-sector, en aangezien 1,24 % van onze bevolking in een rusthuis verblijft;

e. overwegende dat rusthuisbewoners gemiddeld 8 geneesmiddelen per dag nemen, waarvan 7 voor chronische aandoeningen;

f. overwegende dat de gemiddelde uitgave voor geneesmiddelen, per maand per bewoner, 140 euro bedraagt en de Riziv-bijdrage hiervan 90 euro bedraagt;

g. overwegende dat er medicatietoedingsfouten worden vastgesteld (foutieve bewaring, toediening);

h. overwegende dat 63,7 % van de rusthuizen zegt het formulair te gebruiken;

i. overwegende dat de coördinerend en raadgevend arts (CRA) slechts gemiddeld 24 % van de bewoners behandelt;

j. overwegende dat 83 % van de rusthuizen door een officina-apotheker wordt bediend en de deelname van de apotheker aan het medicatiebeleid voornamelijk beperkt blijft tot het louter afleveren van de geneesmiddelen;

k. overwegende dat binnen het concept van farmaceutische zorg er kan worden gedacht aan het inschakelen van een klinische apotheker in het rusthuis;

I. considérant qu'une utilisation rationnelle des médicaments dans le secteur des MRS a des conséquences positives pour le résident tant en termes de santé que sur le plan budgétaire et, plus largement, sur le plan économique (diminution des dépenses de l'INAMI)

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. de stimuler davantage la nomination du MCC et de ne plus limiter son rôle à la coordination et au conseil, de manière à ce qu'il devienne l'acteur central en ce qui concerne la totalité des soins prodigués aux résidents de la maison de repos;

2. de prévoir une formation élargie en "pharmacologie" pour les praticiens de l'art infirmier et les aides-soignants actifs en MRS, de manière à réduire les risques d'erreurs dans l'administration des médicaments;

3. d'encourager vivement l'utilisation du formulaire pharmaceutique, en accordant une attention particulière au volet générique;

4. de confier, dans le cadre du concept de soins pharmaceutiques, un rôle effectif au pharmacien d'officine fournisseur dans la politique en matière de médicaments, par analogie avec le pharmacien hospitalier;

5. de poursuivre l'informatisation au sein des maisons de repos et de développer plus avant, de mettre en œuvre et d'évaluer des projets pilotes en matière de prescription électronique, d'accès au dossier médical ou médicamenteux électronique et de systèmes de distribution de médicaments;

6. de mener une étude en ce qui concerne:

— l'intégration éventuelle d'un pharmacien clinicien dans les maisons de repos, ainsi que les modalités y afférentes (par région, équipes volantes);

— la plus-value d'audits ou d'évaluations systématiques de la médication, effectués par le pharmacien clinicien, en collaboration avec le gériatre et le MCC;

— la qualité du comportement prescripteur pour les résidents de MRS et pour l'organisation des soins à domicile.

19 août 2010

I. overwegende dat een rationeel geneesmiddelengebruik in de RVT- sector positieve gevolgen heeft voor de bewoner zowel inzake de gezondheid, alsook op budgettair en op ruimer economische vlak (minder Riziv-uitgaven)

VRAAGT DE FEDERALE REGERING:

1. de benoeming van de CRA meer te stimuleren en zijn rol niet langer te beperken tot coördineren en adviseren, zodat hij de spilfiguur wordt in de totaalzorg van rusthuisbewoners;

2. te voorzien in een ruimere opleiding "farmacologie" voor verpleegkundigen en zorgkundigen, werkzaam in een RVT, zodat de kans op medicatietoedieningsfouten, verkleint;

3. het gebruik van het geneesmiddelenformularium sterk aan te raden en het generische luik daarin zeker niet te verwaarlozen;

4. binnen het kader van het concept van farmaceutische zorg, de leverancier-officina-apotheker een effectieve rol laten spelen in het geneesmiddelenbeleid, naar analogie met de ziekenhuisapotheker;

5. de informatisering binnen de rusthuizen verder te zetten en pilootprojecten inzake elektronisch voorschrift, inzage in elektronisch medisch dossier of medicatiedossier en geneesmiddelendistributiesystemen verder te ontwikkelen, te implementeren en te evalueren;

6. onderzoek in te stellen naar:

— de eventuele inschakeling van en nadere regels voor een klinische apotheker in de rusthuizen (per regio, vliegend team);

— de meerwaarde van systematische audits of medicatiereviews, uitgevoerd door de klinische apotheker in samenwerking met de geriater en de CRA;

— de kwaliteit van het voorschrijfgedrag voor bewoners van RVT's en de thuiszorgsetting.

19 augustus 2010

Nathalie MUYLLE (CD&V)
Nahima LANJRI (CD&V)
Inge VERVOTTE (CD&V)