GSASA

25 4

Journal

GSASA

Umfrage über IT-Tools bei den Schweizer Spitalapotheken

Grosser Andrang an der Generalversammlung 2011

Formation continue pour assistantes en pharmacie hospitalière

Compte rendu du 1er Congrès suisse des pharmaciens

Engagements des pharmaciens militaires de milice

Publication officielle de la GSASA

30 décembre 2011

Verein Schweizerischer Amts- und Spitalapotheker
Association suisse des pharmaciens de l'administration et des hôpitaux
Associazione svizzera dei farmacisti dell'amministrazione e degli ospedali
Swiss Association of Public Health Administration and Hospital Pharmacists

Retraits, ruptures, rappels: ras le bol ...

André Pannatier

En août 2011, Sanofi annonçait le retrait volontaire du marché de la Cérubidine. Pour la plupart d'entre nous, cette information a pu passer inaperçue tant l'utilisation de la Daunorubicine, indiquée dans le traitement de leucémies, sarcomes ou encore lymphomes malins était devenue anecdotique. Mais voilà, certains patients bénéficiaient encore d'un traitement à l'aide de ce médicament dont Sanofi précisait d'ailleurs: *«cette démarche ne résulte en aucun cas de problèmes liés à l'efficacité ou à des aspects de sécurité du produit, mais elle est le fruit d'une réflexion stratégique dans le contexte de récentes mesures politiques prises pour maîtriser les coûts de la santé»*. Comprenne qui pourra! Et, cerise sur le gâteau, Sanofi précisait que l'AMM serait révoqué à leur demande au 31.12.2011, mais que malheureusement la Cérubidine n'était déjà plus disponible, les stocks étant épuisés!!! N'est-ce pas être mis devant le fait accompli? Et le soussigné qui croyait naïvement que le premier souci de l'industrie pharmaceutique était la santé du patient.

Si l'on ajoute à ces retraits intempestifs du marché les difficultés d'approvisionnement – à noter que dans une lettre datée du 6 septembre 2011, Janssen Cilag a recours à la douce métaphore du "goulet d'étranglement" pour qualifier la disponibilité extrêmement limitée du Caelyx - voire des ruptures de stock de plus en plus fréquentes, les innombrables et récents rappels de lots suite aux défauts de qualité constatés par la FDA dans les laboratoires Ben Venue ou encore au scandale provoqué par Alkopharma et Genopharm suite à la mise sur le marché de lots périmés, force est d'admettre que la mission d'approvisionnement incombant au pharmacien d'hôpital ressemble de plus en plus à un parcours du combattant.

Ces difficultés sont encore amplifiées par le fait que l'industrie pharmaceutique rechigne à communiquer sur les problèmes qu'elle rencontre, ne lâchant les informations qu'au compte-goutte et encore lorsque la situation a quasiment atteint un point de non-retour. Si l'on verse encore à ce dossier, déjà très lourd, le fait que les autorités sanitaires sont pour le moins impuissantes à agir, prisonnières, lorsque ce n'est pas complices, de l'industrie pharmaceutique – dans son bulletin du 20 décembre 2011, TF1 News titrait : *«fin de partie pour l'AFSSAPS, emportée par le scandale Mediator»*, la situation est devenue aujourd'hui quasiment intenable.

Allons-nous continuer à être les jouets de l'industrie ou pouvons-nous faire quelque chose pour inverser cette tendance? Oui, nous le pouvons, ne serait-ce qu'en interpellant déjà de façon systématique l'industrie pharmaceutique et les autorités sanitaires à chaque fois que nous sommes confrontés à un défaut de communication et/ou de transparence. Tel est le défi qui nous attend si nous voulons passer du rôle de jouet à celui de partenaire actif. Le chemin à parcourir sera long et semé d'embûches, mais nous nous devons de l'emprunter chaque jour si nous voulons que le médicament redevienne véritablement un outil thérapeutique et cesse d'être uniquement une source de profit.

Rücknahmen, Rückstand, Rückruf: es reicht...

Übersetzung: Susanna Kussmann

Im August 2011 kündigte Sanofi die freiwillige Marktrücknahme von Cerubidin an. Für die meisten von uns war diese Information eher belanglos, da die Anwendung von Daunorubicin für die Behandlung von Leukämie, Sarkomen oder malignen Lymphomen selten geworden ist. Nun gibt es aber bestimmte Patienten, die immer noch mit diesem Arzneimittel behandelt werden, zu dem Sanofi folgenden Zusatz schreibt: *"Diese Vorgehensweise ist in keinem Fall auf Probleme im Zusammenhang mit der Wirksamkeit oder mit Sicherheitsaspekten des Produktes zurückzuführen, sondern ist das Ergebnis einer strategischen Überlegung im Rahmen der jüngsten politischen Massnahmen zur Eindämmung der Gesundheitskosten"*. Verstehe, wer kann! Und zur Krönung präzisiert Sanofi, dass die Marktzulassung gemäss ihrem Antrag am 31.12.2011 zurückgezogen würde, leider aber Cerubidin bereits jetzt nicht mehr verfügbar sei, da die Bestände erschöpft seien!!! Wird man da nicht ganz einfach vor vollendete Tatsachen gestellt? Und ich glaubte naiverweise, das Hauptanliegen der pharmazeutischen Industrie wäre die Gesundheit des Patienten!

Wenn man zu diesen skandalösen Marktrücknahmen die Versorgungsschwierigkeiten zählt – in einem Schreiben vom 6. September 2011 greift JANSSEN Cilag auf die sanfte Metapher "Engpass" zurück, um die sehr begrenzte Verfügbarkeit des Caelyx zu erläutern –, die immer häufiger werdenden Lieferrückstände, die zahllosen, auch in jüngster Zeit erfolgten Rückrufe von Chargen in Folge von Qualitätsmängel, die von der FDA in den Labors von Ben Venue aufgedeckt wurden oder den Skandal der verfallenen Chargen, die von Alkopharma und Genopharm wieder vermarktet worden sind, bleibt nur festzustellen, dass die Versorgungsaufgabe, die dem Spitalapotheker obliegt, zunehmend schwieriger wird.

Diese Schwierigkeiten werden noch dadurch verstärkt, dass die Pharmaindustrie aufkommende Probleme nur widerwillig bekannt gibt und Informationen nur tröpfchenweise und praktisch nur dann, wenn die Situation bereits den "Point of no return" erreicht hat, herausgibt. Wenn nun auch noch hinzu kommt, dass die Gesundheitsbehörde nichts tun kann, da sie der pharmazeutischen Industrie ausgeliefert, wenn nicht mitschuldig ist – in den TF1 News des 20. Dezember 2011 war die Schlagzeile: *"Es ist aus mit der AFSSAPS, dahingerafft durch den Mediator Skandal"*, so ist die Lage heute unhaltbar geworden.

Werden wir weiterhin Spielzeug der Industrie sein oder können wir etwas gegen diese Entwicklung tun? Ja, wir können, indem wir systematisch bei mangelnder Kommunikation und/oder Transparenz die Pharmaindustrie und die Gesundheitsbehörden interpellieren. Dieser Herausforderung müssen wir uns stellen, wenn wir aktive Partner und nicht Spielzeug der Pharmaindustrie sein wollen. Der Weg ist lang und voller Schikanen, doch wir MÜSSEN ihn jeden Tag einschlagen, wenn das Arzneimittel wieder ein echtes therapeutisches Instrument werden soll und nicht nur eine Quelle des Profits.

Sommaire | Inhaltsverzeichnis

82 **Editorial | Leitartikel**

84 **GSASA officiel | GSASA offiziell**

84 **Nouveaux membres | Neue Mitglieder**

85 **GSASA Groupes de travail | Arbeitsgruppen**

85 Resultate der Umfrage über IT-Tools bei den Schweizer Spitalapotheken. *E. Hufschmid Thurnherr et al*

88 **GSASA Informations | Informationen**

88 Grosser Andrang an der Generalversammlung 2011. *S.Kussmann*

90 Une grande affluence à l'Assemblée générale 2011. *S.Kussmann*

92 **Formation postgrade et continue, Congrès**
Fort- und Weiterbildung & Kongress

92 **Formation FPH pharmacie hospitalière & pharmacie clinique**
FPH Fortbildung Spitalpharmazie & klinische Pharmazie

93 Standardisierte elektronische Chemotherapie-Verordnung und der klinische Pharmazeut im interdisziplinären Team – mehr Sicherheit? *P.Strub, Supervison: I. Carlen*

94 Système de détection d'interactions médicamenteuses: critères pour son implémentation et test du produit eMedisTa. *A. Henry, Supervision: V.v.Gunten*

95 Un logiciel de prescription peut-il améliorer la qualité de la continuité des traitements médicamenteux des patients hospitalisés dans un hôpital régional? *Anne Eichenberger, Supervision: C. Schäli*

96 **Formation continue assistantes | Assistentinnen Fortbildung**
FPH Fortbildung Spitalpharmazie & klinische Pharmazie

96 12èmes Journées de formation continue GSASA pour assistantes en pharmacie hospitalière sur le thème "Marché du médicament en Suisse: entre innovation et aspects légaux et économiques. *S. Gloor*

97 **Comptes rendus de congrès 2011 | Kongressberichte 2011**

97 La pharmacie du futur: collaboration interdisciplinaire et développement de services spécialisés. *S.Martignoni et L.Carrez*

99 D'Interlaken à la New Orleans, changement de rythme, du Yodel au Jazz. *P. Bonnabry*

101 Patientensicherheit – avanti! Fortschritte!? im 2. Jahrzehnt des 3. Jahrtausends. *C. Meyer*

102 **Calendrier 2011 des manifestations de la GSASA**
Veranstaltungskalender 2011 der GSASA

105 **Contributions des membres | Beiträge von Mitgliedern**

105 **Abstracts de publications scientifiques**
Abstracts von wissenschaftlichen Veröffentlichungen

105 Drug-related problems in diabetes and transplant patients: an observational study with home visits. *P. M. Eichenberger et al.*

105 Interest of capillary electrophoresis for the quality control of pharmaceutical formulations produced in hospital pharmacy. *S. Fleury-Souverain et al.*

106 Comparative safety of antipsychotics in the WHO pharmacovigilance database: the haloperidol case. *C. Meyer-Massetti et al.*

107 **Forum | Diskussionsforum**

107 **Sites d'activités | Präsentierung von Aktivitätszentren**

107 Engagements des pharmaciens militaires de milice dans les bataillons hôpital de l'armée. *N. Widmer et al.*

111 Einsätze der Miliz-Militärapotheker in den Spitalbataillonen der Armee – *deutsche Kurzfassung.* *N. Widmer et al.*

112 **Nouvelles de l'industrie | Neues aus der Industrie**

112 **Medinorma** Identification normalisée dans le domaine de la santé.

Impressum

GSASA Journal anciennement GSASA News est la publication officielle de la GSASA et paraît trimestriellement.
GSASA Journal ehemals GSASA News, ist die offizielle Veröffentlichung der GSASA und erscheint vierteljährig.
Edition hiver 25/4: automne 11 | Winter-Ausgabe 25/4: Winter 11.

Annonces professionnelles, demandes d'emploi
Kleininserate, Stellenanzeigen
Texte 1 page maximum | Text maximal 1 Seite
- Membres de la GSASA | GSASA Mitglieder : Fr 100.--
- Non-membres | Nicht-Mitglieder : Fr 200.--

Textes promotionnels
Werbetexte
Texte sur 1/2 page | Text 1/2 Seite : Fr 500.--
Texte pleine page | Text ganze Seite : Fr 1000.--

Annonces publicitaires en couleur, par page A4
Inserate, Reklame, farbig, pro A4 Seite
1 annonce | 1 Anzeige: Fr. 3'000.--
2–3 annonces annuelles | 2–3 Anzeigen jährlich: Fr. 2'500.--
Abonnement annuel (4) | Jahresabonnement (4): Fr. 2'000.--
Supplément 4e page de couverture: Fr. 500.- par annonce
Zuschlag für 4. Umschlagsseite: Fr. 500.- pro Anzeige

Pour ces documents, la transmission se fait de manière électronique. | *Für diese Dokumente bitten wir um eine elektronische Zustellung der Daten.*

Abonnement
Les membres de la GSASA reçoivent gratuitement le journal.
GSASA-Mitglieder bekommen die Zeitschrift gratis.
Les non-membres (Industrie, Pharmaciens d'officine) peuvent s'abonner au prix de CHF 125.- pour une année (4) ou CHF 220.- pour 2 ans.
Für Nicht-Mitglieder (Industrie, Offizinapotheker) beträgt der Abonnementspreis CHF 125.- pro Jahr (4) oder CHF 220.- für ein 2 Jahres-Abonnement.

Comité de rédaction
Susanna Kussmann
Lucien Anker
Christian Schäli
André Pannatier

Adresse
Rédaction GSASA Journal
Pharmacie du CHUV
1011 Lausanne
Tél. ++ 41 21 314 43 00; Fax ++ 41 21 314 49 92
Email Andre.Pannatier@chuv.ch

Conception et réalisation graphique
www.white-suitcase.ch
info@white-suitcase.ch
1245 Genève

Imprimerie
www.stonebundle.com
contact@stonebundle.com
1205 Genève

Numéros 2012 | Nummern 2012
Délai de réception des manuscrits et publicités
Redaktionsschluss für Texte und Reklamen
1/2012: 01.03.2012 **2/2012**: 11.06.2012
3/2012: 06.09.2012 **4/2012:** 06.12.2012

Délai de parution: 1 mois après le délai rédactionnel
Erscheinungsdatum: 1 Monat nach Redaktionsschluss

Membres de la GSASA
GSASA Mitglieder

Admissions dans la GSASA | Neuaufnahmen in die GSASA

Anträge um Neuaufnahme als ordentliches Mitglied
Demandes d'admission comme membre ordinaire

- Dr. Hernandez Perni Maria Engracia, Spitalpharmazie, Inselspital, 3010 Bern
- Hiltbrunner Sabina, Kantonsapotheke, 8006 Zürich
- Maeder-Milz Carole, Pharmacie, Hôpital neuchâtelois, Site de Pourtalès, 2000 Neuchâtel
- Radtke Stephanie, Spitalapotheke, Spital Zollikerberg, 8125 Zollikerberg
- PharmD Roulet Lucien, Service de Pharmacie, ICHV, 1951 Sion
- Schäublin Monika, Spitalapotheke, Kantonspital, 4600 Olten
- Schut Sophie, Pharmacie PHEL, Site du Samaritain, 1800 Vevey
- Seemann Christina, Spitalapotheke, Spital STS AG, 3600 Thun
- Unternährer Eveline, Kantonsapotheke, 8006 Zürich

Anträge um Neuaufnahme als assoziertes Mitglied
Demandes d'admission comme membre associé

- Dr. Uecker-Mladenovic Marina, Apotheke Dr. Bähler Dropa AG, 8045 Zürich

Conformément aux statuts de la GSASA du 29.11.2011, les noms des pharmaciens désirant faire partie de la société sont publiés dans le journal officiel de la société.

Des objections peuvent être soulevées auprès de la GSASA dans les 30 jours après la parution de ce journal. Passé ce délai, si aucune objection n'a été soulevée, les nouveaux membres sont alors officiellement acceptés. En cas d'objection, c'est la prochaine assemblée générale qui statuera.

Gemäss den Statuten der GSASA vom 29.11.2011 werden die Namen der Kandidaten zur Aufnahme in die Gesellschaft im offiziellen Publikationsorgan, dem GSASA Journal publiziert.

Gegen die Aufnahme kann innerhalb von 30 Tagen ab dem Erscheinungsdatum dieser Zeitschrift bei der GSASA Einsprache erhoben werden. Falls innerhalb dieser Frist keine Einsprachen erfolgen, so gelten die Kandidaten als aufgenommen. Bei Einsprachen entscheidet die nächste Generalversammlung.

Resultate der Umfrage über IT-Tools bei den Schweizer Spitalapotheken

E. Hufschmid Thurnherr, C. Seemann

Über die Verbreitung von IT-Tools, sei es in Form von Programmen oder Automatisierung, wird oft spekuliert. Die hier vorliegende Erhebung für die Schweiz gibt Auskunft über die effektiv vorhandenen IT-Tools oder deren Planung in den nächsten Jahren. Die Umfrageergebnisse repräsentieren ca. drei Viertel der Akutbetten der Schweiz. Weit verbreitet sind Lagerbewirtschaftungssysteme (78%) mit diversen Schnittstellen und Stammdatenbewirtschaftungsprogramme. Klinikinformationssysteme sind überall etabliert oder geplant, meistens mit elektronischer Verordnung. Bei den Systemen, die die Distribution unterstützen, ist die Verbreitung klein. Allerdings gibt es in diesem Bereich eine beträchtliche Anzahl an Projekten (automatische Medikamentendistributionssysteme, Rüstroboter, Barcodescanning, Unit Dose Distribution). Ansteigend ist auch der Gebrauch von Webserviceapplikationen für die Erfassung von pharmazeutischen Anfragen oder Interventionen.

Im Frühling 2011 wurde bei allen GSASA-Chefapothekern eine Umfrage durchgeführt. Gegenstand waren die IT-Tools (Softwares, automatisierte prozessunterstützende Geräte), die im Bereich des gesamten Medikationsprozesses in einem Krankenhaus zum Einsatz kommen können.
Ziel der Umfrage war es, eine Bestandesaufnahme über die unterdessen zahlreich verfügbaren Tools in den Schweizer Spitälern zu erhalten. Es wurde gefragt, ob die Systeme im Einsatz sind, oder in Planung resp. Evaluation. Abgefragt wurden Angaben zu elf Themenbereichen:

1. Klinikinformationssystem mit elektronischem Patientendossier
2. Elektronisches Verordnungstool
3. Automatisiertes Medikamentendistributionssystem
4. Bedside Scannning
5. ERP resp. Apothekenlagerbewirtschaftungssystem
6. Barcodescanning bei Lagerbewirtschaftung
7. Rüstroboter
8. Unit Dose System
9. Stammdatensystem für Verwaltung der Medikamentenstammdaten
10. Webserviceprogramm zur Erfassung von Anfragen oder klinischen Interventionen
11. Medikamenten-Stammdatensysteme in Spitälern mit KIS

Zu den einzelnen Themenbereichen wurden noch Unterfragen gestellt wie z.B. Anzahl der ausgerüsteten Stationen.

Resultate

Von den 41 angefragten Spitalapothekern haben 30 geantwortet. Das ergibt eine Rücklaufquote von 75%.
Die 30 antwortenden Institutionen repräsentieren eine Bettenzahl von **15292** (akut) und **4321** (chronisch). Total **19613** Betten. Drei Antwortende machten keine klaren Angaben zur Anzahl der chronischen Betten (USZ, USB, Liestal). Gemäss Angabe des Bundesamtes für Statistik (BAfS) sind die Akutbetten in den allgemeinen Krankenhäusern auf ca. 21556 zu beziffern (Basis 2009). Die Gesamtbettenzahl inkl. Psychiatrie und Rehabilitation in der Schweiz betrug 2009 laut Hplus und BafS 39500.

Tab.1: Klinikinformationssysteme

Bezeichnung KIS	in Gebrauch	in Planung oder Evaluation	Summe
Phoenix	8	1	9
KISIM	3		3
Nexus	1		1
Medicare	1		1
Dophin	1		1
Qualicare	1		1
DPI	1		1
Patis	1		1
Medical Cockpit	1		1
IS-Med	1		1
Polypoint		2	2
Meierhofer		1	1
Soarien		2	2
Einführung eines KIS in Evaluation		5	5
Total	**19**	**11**	**30**

1. Klinikinformationssystem mit elektronischem Patientendossier

Etwa zwei Drittel der beteiligten Institutionen haben ein KIS eingeführt. 13 verschiedene Systeme sind in Verwendung oder Planung. Die beiden am häufigsten eingesetzten sind Phoenix und KISIM (Tab. 1).

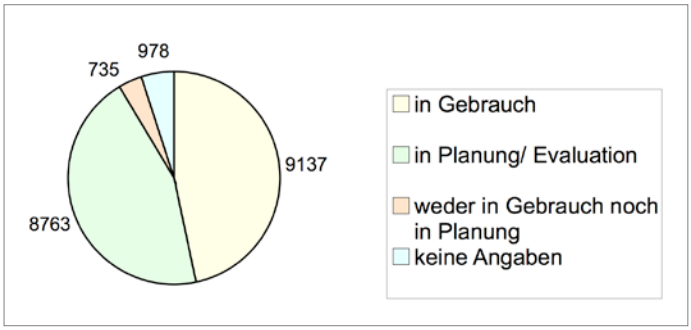
2. Elektronisches Verordnungstool

Die Verbreitung der elektronischen Verordnung hinkt der Verbreitung des KIS etwas hinterher, ist aber in den meisten Häusern geplant. Lediglich zwei Häuser geben die Auskunft, dass nichts geplant ist und eines hat keine Angaben gemacht. Für 9137 Betten ist die elektronische Verordnung umgesetzt und für weitere 8763 ist sie geplant. Dies unter der Annahme, dass das System in den betreffenden Häusern flächendeckend eingeführt wird (Tab. 2 und Abb. 1).

Tab. 2: Elektronische Verordnungstools in Spitälern

Verwendete Systeme	in Gebrauch	in Planung
Phoenix	4	1
PREDIMED	3	
KISIM	1	1
e-med	1	
Presco	1	
Meierhofer		1
PMS		1
Nexus		1
Polypoint KIS		2
Keine Angaben zum Programm	2	8
Total	**12**	**15**
Soarien	2 Häuser wollen auf dieses Programm umstellen	
Ohne Angabe	1 Spital	

Abb. 1: Elektronisches Verordnungstool bezogen auf die Anzahl Betten (bei insgesamt 19613 Betten)



3. Automatisches Medikamentendistributionssystem (AMDS)

Die Verbreitung der AMDS ist schwach. Seit der Ersteinführung in der Schweiz sind 10 Jahre vergangen. Sieben Häuser planen jetzt eine Einführung. Eine Institution betreibt das System und versorgt aktuell 10 Stationen.

4. Bedside Scanning

Bedside scanning ist noch sehr wenig verbreitet. Vereinzelt wird es eingesetzt, ist aber noch in der Entwicklung (Tab. 3).

Tab. 3: Einsatz von Bedside Scanning

Bedside Scanning	Anzahl Spitäler
bei Medikamenten in Gebrauch	1
bei Blutprodukten in Gebrauch	2
bei Laborproben in Gebrauch	2
anderweitig in Gebrauch	1 *(auf 3 Stationen)*

5. ERP oder Lagerbewirtschaftungssystem in der Apotheke

Die meisten Spitalapotheken benutzen ein Lagerbewirtschaftungssystem. Lediglich vier machen es ohne. Am meisten verbreitet ist APH, SAP (vor SAP MM) und NEXUS (Tab. 4).
Die Übergabe von Preisdaten zur Patientenabrechnung ist in 24 der 30 Häusern umgesetzt. Ebenfalls bei 24 Spitälern gibt es eine Verknüpfung zum Rechnungswesen, aber nur bei vier ist die e-Rechnung in Gebrauch.

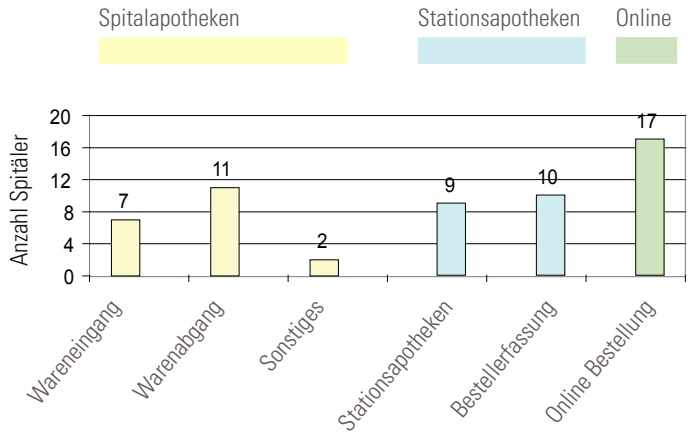
Tab. 4: ERP oder Lagerbewirtschaftungssysteme

Hauptsächlich eingesetzte Systeme	Anzahl Spitäler
APH	4
SAP	4
Hospis Prosight (Nexus)	4
SAP MM	2
Navision	1
Qualiac	1
Apis	1
iSoft	1
Opale	1
Andere	7
Kein Lagerbewirtschaftungssystem in Gebrauch	4
Total	**30**

6. Barcodescanning in Spitalapotheken

Barcodescanning für den Logistikbereich der Spitalapotheke ist insbesondere im Bereich der Stationsapotheken in ca. einem Drittel der Häuser verbreitet. Ebenso in der Zentralapotheke vor allem für den Warenabgang und weniger beim Wareneingang. Die Online Apothekenbestellung ist in 17 von 30 Häusern vorhanden (Abb. 2).

Abb. 2: Gebrauch von Barcodescannern in Spitalapotheken und Stationsapotheken sowie die Möglichkeit von Online-Bestellungen



7. Rüstroboter

Ebenfalls noch kaum verbreitet sind die Rüstroboter im Bereich Spitalapotheken ganz im Gegensatz zu den Offizinapotheken. Ein Universitätsspital betreibt aktuell einen Roboter und sechs weitere, grössere Häuser werden folgen. Bei 23 Häusern (gut drei Viertel der Antwortenden) ist ein Rüstroboter weder in Gebrauch noch in Planung.

8. Unit Dose Systeme

Kein einziges Unit Dose System ist aktuell bei den antwortenden Spitälern in Verwendung. Drei Häuser sind am Evaluieren.

9. Stammdatensystem für die Verwaltung der Medikamentenstammdaten

Weite Verbreitung haben Programme zum Verwalten von Medikamentenstammdaten gefunden. Bei 26 Spitälern werden solche Systeme aktuell angewendet. Eingesetzt werden APH, Navision, Hospindex, emedista und Refmed. Zwei weitere Häusern sind in der Planung oder Evaluationsphase.

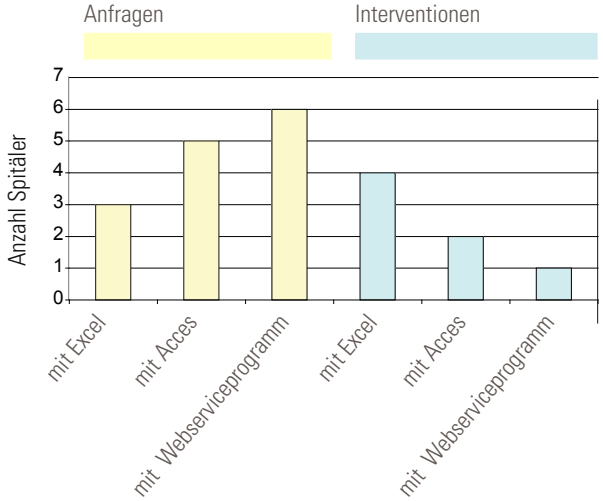
10. Webserviceprogramm zur Erfassung von Anfragen oder klinischen Interventionen

Sieben Institutionen geben an, ein Webserviceprogramm zur Erfassung von Anfragen zu verwenden. Einige brauchen es zusätzlich zu ihrem konventionellen System. Fünf verwenden Access und drei Excel. Zur Dokumentation klinischer Interventionen verwendet nur ein Spital ein webbasiertes System. Auch hier gibt es die Lösungsvariante mit Excel (vier) und Access (zwei) (Abb. 3).

11. Medikamenten-Stammdatensysteme in Spitälern mit KIS

Von den 19 Häusern, die mit einem KIS arbeiten, haben 10 ein Stammdatensystem für Medikamentenstammdaten und 6 geben an, dies zu planen. Allerdings geben zwei Häuser an, mit einem Medikamentenstammdatensystem zu arbeiten, bei denen das KIS erst geplant ist.

Abb. 3: Erfassung von Anfragen und Interventionen



Diskussion

Die grösste Abdeckung mit IT-Tools ist in der Lagerbewirtschaftung der Spitalapotheken zu finden. Da geben 83 % an, dass sie aktuell ein System verwenden. Etwa gleich gut abgedeckt ist ein Stammdatenmanagement der Medikamentenstammdaten für logistische Zwecke oder Abrechnung. Medikamentenstammdatensysteme für das KIS geben nur 52% der 19 KIS Spitäler an.

Eine online Apothekenbestellung gibt es in 56% der 30 Häuser.

Stark verbreitet hat sich das Klinikinformationssystem (63%) und die elektronische Medikamentenverordnung (40%). Das Barcode Scanning findet in ca. einem Drittel der Häuser Anwendung in verschiedenen Bereichen der Logistik. Barcode Scanning bei der Medikamentenabgabe, Applikation von Blut oder Abnahme von Laborproben wird nur in ein bis zwei Häusern praktiziert. Nach wie vor wenig verbreitet sind die automatisierten Systeme für die Medikamentenverteilung dezentral (AMD) mit drei Prozent oder zentral (Rüstroboter) mit drei Prozent. Bei beiden Systemen sind aber sechs bis sieben Häuser daran, die Einführung zu planen. Keine Applikation gibt es für Unit Dose Medikamentendistribution. Drei sind in der Evaluation.

Webserviceprogramme zur Erfassung von Anfragen werden von 20%, zur Erfassung von Interventionen von drei Prozent eingesetzt. Der Anteil der Spitäler, die diese Erfassung mittels eigenen Excel oder Accessprogrammen durchführen, ist mit 27% (Anfragen) und 20% (Interventionen) höher.

In den allgemeinen Spitälern der Schweiz ist die Bestückung mit IT-Tools sehr unterschiedlich. Standardmässig ist ein Lagerbewirtschaftungsprogramm mit diversen Schnittstellen vorhanden. Die Klinikinformationssysteme sind aktuell auf dem Vormarsch und noch wenig verbreitet sind Systeme, welche die Automatisierung der Distribution unterstützen.

Herzlichen Dank den Teilnehmern/innen für die Mitarbeit bei der Umfrage.

Kontakt:
Dr. pharm. E. Hufschmid Thurnherr: hufschmid.edith@bluewin.ch

Grosser Andrang an der Generalversammlung 2011

Dienstag 29. November 2011, Casino-Kursaal, Interlaken

Ich wage zu behaupten, dass wir mit den 90 anwesenden GSASA-Mitgliedern den Teilnahmerekord der GSASA Generalversammlungen geschlagen haben… Hier kommt das Wichtigste in Kürze.

1.Statuarischer Teil

Statutenrevision
„Gesellschaftsverein" ist zugegeben ein etwas komischer Begriff, wurde uns aber vom fribourgischen Handelregisteramt vorgeschlagen und hatte den Vorteil, dass das "G" von GSASA immer noch im Namen vorkam. Das eidgenössische Handelsregisteramt hingegen akzeptierte diese Benennung nicht und lässt uns keine andere Wahl, als die GSASA, Verein schweizerischer Amts- und Spitalapotheker zu nennen. Dieser erneuten Namensänderung hat denn auch die Generalversammlung mit grossem Mehr zugestimmt.
Gleichzeitig wurde die KWFB-GSASA in FPH-Spital umbenannt.

GSASA-Termine 2012
Die Generalversammlung und der Kongress 2012 finden vom 14. bis 16. November 2012 im Trafo Baden statt. Erste Informationen können Sie dem Flyer, der dieser GSASA-Journal Ausgabe beigelegt ist, entnehmen oder finden Sie unter http://www.gsasa.ch/seiten/bildung/gsasa-kongresse/449.

GSASA-Finanzen
Der Rechnungsabschluss 2010 weisst einen Jahresverlust von 15'293.98 CHF auf (budgetierter Jahresverlust 2010: 32'700.- CHF). Das um gut 15'000.-- CHF bessere Abschliessen ist ein sehr erfreuliches Resultat, war 2010 doch ein Jahr ohne GSASA-Kongress. Der Revisorenbericht und die Jahresrechnung 2010 wurden einstimmig genehmigt und der Rechnungsführung sowie dem Vorstand Decharge erteilt.

Das Budget 2012 wurde mit einem Jahresverlust von -11'500.00 CHF ebenfalls genehmigt. Warum aber veranschlagen wir einen Jahresverlust in einem Jahr, wo die GSASA einen Kongress organisiert? Der Unterschied liegt hauptsächlich in drei Budgetpunkten:

1. Für Aufwände in Zusammenhang mit der eidgenössischen Akkreditierung des FPH-Titels wurden für die „Kosten Arbeitsgruppen" 20'000.-- CHF mehr budgetiert.
2. Die neuen Web-Technologien ermöglichen es, enger vernetzt zu arbeiten, die GSASA-Webseite soll weiterentwickelt werden. Auch das kostet.
3. Und schliesslich wird 2012 das Jahr der Steuerabrechnung sein, auch hierfür wurden 20'000.-- CHF extra budgetiert.

Die frisch gewählte Vizepräsidentin, Priska Vonbach

Personelles
Die GSASA hat eine neue Vizepräsidentin – Frau Dr. Priska Vonbach wurde unter Applaus einstimmig gewählt. Weiter wurde Frau Marie-Christine Grouzmann als GSASA-Delegierte für die Schweizerische Gesellschaft für medizinische Informatik SGMI und Prof. Christoph Meier als GSASA-Delegierter für die Schweizerische Gesellschaft für pharmazeutische Wissenschaften SGphW gewählt.

Unsere langjährige Sekretärin – Brigitte Demierre – hatte den Wunsch geäussert, ihr Arbeitspensum – das stetig gestiegen war - zu reduzieren. Im Zuge der Professionalisierung der GSASA und zur Entlastung von Brigitte Demierre, wurde eine zweite Sekretärin per 15.6.2011 angestellt: Frau Irene Fankhauser aus Meyriez. Sie ist Fachfrau der Buchführung und wird das ganze Fakturierungswesen und die Buchhaltung in enger Zusammenarbeit mit Frau Dr. Katharina Bracher, der Finanzchefin, übernehmen.

Herr Dr. Torsten Hoppe-Tichy stellt die ADKA (Deutschland) vor.

Frau Irene Fankhauser – die Buchhaltungsfachfrau und tatkräftige Unterstützung der GSASA-Geschäftsstelle

Ein herzliches Willkommen im Kreise der GSASA an Irene Fankhauser! Seit der Statutenrevision (GV 2010) ist es möglich und der Vorstand hat es umgehend umgesetzt: er hat vorgeschlagen, 3 langjährige und sehr engagierte GSASA-Mitglieder zu Ehrenmitgliedern zu ernennen. Pascal Bonnabry überreichte unter Applaus Dr. Guido Bichsel, Dr. André Dubied und PD Dr. Stefan Marty eine Ehrenurkunde und ein kleines Präsent.

2. Aktuelle Projekte

Klinische Pharmazie
Die Definition der klinischen Pharmazie gab Anlass einer längeren Diskussion. Uneinigkeit herrschte darüber, ob klinische Pharmazie direkt am Krankenbett zu erfolgen hat, oder ob auch andere Interventionen auf den Stationen zur klinischen Pharmazie gezählt werden dürfen. Etymologisch leitet sich „klinisch" her aus dem altgriechischen κλινική (kliniké) = Lager, Bett und beinhaltet somit den direkten Kontakt zum Patienten. Dies heisst aber nicht, dass andere Aktivitäten auf den Stationen nicht auch dazu gezählt werden – genau in dieser Hinsicht ist der Wortlaut der Definition sehr offen formuliert worden.
Die Abstimmung widerspiegelte die vorangegangene, hitzige Diskussion: 54 Ja, 5 Nein und 20 Stimmenthaltungen wurden gezählt.

GSASA-Journal
André Pannatier, Christian Schäli und Lucien Anker, die sich seit 25 Jahren um das offizielle Publikationsorgan der GSASA kümmern, werden sich wegen nahender Pensionierung Ende 2012 aus dem Redaktionsteam verabschieden. Daher der Aufruf:

REDAKTOREN FÜRS GSASA-JOURNAL GESUCHT!

Neues Team – neues Format? Sollen wir statt der gedruckten Form auf einen Web-Newsletter wechseln, oder sogar auf Twitter/Facebook bis hin zu GSASA-Apps fürs iPhone/iPad? Die Konsultativabstimmung nach einer angeregten Diskussion zeigte eine klare Tendenz für das Format Web&Newsletter.
Susanna Kussmann wird weiterhin im Redaktionsteam bleiben und die Koordination übernehmen. Gesucht werden 3 Personen, die sich um folgende Rubriken kümmern:

- Bildung
- Forum (Mitgliederbeiträge)
- Sponsoring und Finanzen

Akkreditierung des FPH-Titels durch den Bund
Die Prozesse für die Akkreditierung der FPH-Titel durch den Bund werden sehr rasch vorangetrieben. Der Fahrplan sieht eine Selbstbeurteilung zwischen dem 1. Januar und dem 30. April 2012 vor. Externe Begutachter werden sich dann in den anschliessenden 3 Monaten ein Bild machen müssen und der MeBeKo einen Bericht abliefern. Gegen Jahresende erfolgt die Anhörung der MeBeKo. Der Akkreditierungsentscheid wird im Mai 2013 fallen.

3. Ein Blick über die Schweizergrenzen hinaus

Im Anschluss an die GV stellte Dr. Torsten Hoppe-Tichy die ADKA vor. Der Foliensatz kann auf der GSASA-Webseite bei den GV-Unterlagen heruntergeladen werden. Zuvor hatte Herr Dr. Roberto Frontini, Präsident der EAHP, ein Grusswort ans Plenum gerichtet. Als einer der ersten Redner des Kongresses musste er bereits am Vortag anreisen und hatte somit Zeit, unsere GV mitzuverfolgen.
Knapp 80 Personen kamen anschliessend im Hotel Interlaken zum Fondue Chinoise zusammen. Kein Stuhl blieb frei und die Stimmung war heiter – ein gebührender Rahmen, um den vier Pharma-AssistentInnen, Sandrine Betrix, Tiziana Damiani, Caroline Mesnier und Hervé Ducourneau, die die Fortbildung zur OPH (Opératrice de Production Hospitalière) absolviert und abgeschlossen haben, unter grossem Applaus ihr Diplom zu überreichen.

Kontakt
Susanna Kussmann, Geschäftsführerin GSASA
susanna.kussmann@gsasa.ch

Fotografien: © William Griffiths

Une grande affluence à l'Assemblée générale 2011

Mardi, 29 novembre 2011, Casino-Kursaal Interlaken

J'ose affirmer que nous avons battu le record de participation à l'Assemblée générale avec les 90 membres GSASA présents ... Voici brièvement les points principaux.

1. Partie statutaire

Révision des statuts
Il est vrai que le terme "Gesellschaftsverein" est un peu bizarre, cependant il nous a été proposé par le registre du commerce du canton de Fribourg et avait l'avantage que le "G" de GSASA était toujours représenté dans notre nom. En revanche le registre du commerce fédéral n'a pas accepté cette appellation et ne nous permet pas d'autre choix que de nommer la GSASA, "Verein schweizerischer Amts- und Spitalapotheker". L'Assemblée générale a approuvé ce nouveau changement de nom à une très large majorité.
En même temps, la CFPC-GSASA a été rebaptisée en FPH-hôpital.

Dates GSASA 2012
L'assemblée générale et le congrès 2012 auront lieu du 14 au 16 novembre 2012 au Trafo à Baden. Les premières informations peuvent être obtenues dans l'annonce jointe à cette édition du GSASA-journal ou sur le site web de la GSASA http://www.gsasa.ch/seiten/bildung/gsasa-kongresse/449.

GSASA Finances
Les comptes 2010 montrent un déficit de 15'293.98 CHF (déficit budgété 2010: 32'700.- CHF). Clore les comptes avec un montant de 15'000.-- CHF supérieur au budget est un résultat très satisfaisant, vu que 2010 a été une année sans congrès GSASA. Le rapport des réviseurs et les comptes 2010 ont été approuvés à l'unanimité et décharge a été donnée à la responsable des finances ainsi qu'au comité.

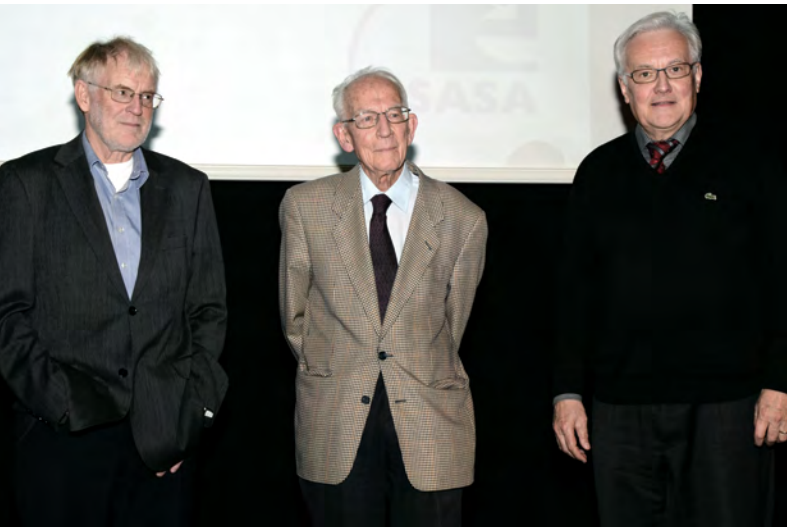
Le budget 2012 a également été approuvé avec un déficit de 11'500.-- CHF. Mais pourquoi prévoyons nous un déficit pour une année où la GSASA organise un congrès? La différence réside essentiellement dans trois points budgétaires:

1. Le budget pour les coûts "groupes de travail" a été augmenté de 20'000.-- CHF en relation avec l'accréditation du titre FPH par la confédération.
2. Les technologies du nouveau site web permettent de travailler plus étroitement et inter-connectés, mais nous souhaitons réaliser encore plusieurs projets de développement du site web GSASA. Et cela coûte…
3. Et enfin, 2012 sera très probablement l'année des décomptes d'impôts, d'où 20'000.-- CHF budgétisés en plus.

Centre de congrès | Casino Kursaal, Interlaken

La GSASA en personne
La GSASA a une nouvelle vice-présidente. Madame Dr Priska Vonbach a été élue à l'unanimité avec acclamation. Madame Marie-Christine Grouzmann a également été élue comme déléguée pour la société Suisse d'informatique médicales (SSIM) et le Prof. Christoph Meier comme délégué pour la société Suisse des sciences pharmaceutiques (SSSPh).

Notre secrétaire de longue date – Brigitte Demierre – avait exprimé le désir de réduire son taux de travail qui n'a pas cessé d'augmenter ces dernières années. Pour poursuivre la professionnalisation de la GSASA et décharger Brigitte Demierre, une deuxième secrétaire a été engagéé



Prof. Dr Stefan Marti, Dr Guido Bichsel et Prof. Dr André Dubied (d.g.à.d) – les premiers membres d'honneur de la GSASA.

Hervé Ducourneau, Sandrine Betrix et Tiziana Damiani ors de la remise des diplômes OPH par Dr Farshid Sadeghipour et Viktor Herrera.

le 15.6.2011: Mme Irene Fankhauser de Meyriez. Elle est spécialisée en comptabilité et prendra en charge la gestion de la facturation et la comptabilité en étroite collaboration avec Katharina Bracher, la responsable des finances.Une chaleureuse bienvenue au sein de la GSASA à Irene Fankhauser!
Depuis la révision des statuts (AG 2010), il est possible de nommer des membres honoraires. Le comité a mis en œuvre cette nouvelle possibilité sans attendre: il a proposé à l'AG de nommer 3 membres GSASA de longue date et très engagés. Pascal Bonnabry a remis sous de grands applaudissements le certificat de membre d'honneur ainsi qu'un un petit présent à Dr Guido Bichsel, Dr André Dubied et PD Dr Stefan Marty.

2. Projets d'actualités

Pharmacie clinique
La définition de la pharmacie clinique a suscité une longue discussion. Il s'agissait notamment de savoir si la pharmacie clinique se déroule uniquement et directement aux lits des patients, ou si d'autres interventions dans les unités de soins peuvent être prises en compte parmi les activités de la pharmacie clinique. Étymologiquement "clinique" dérive du grec ancien κλινική (kliniké) = lit et implique donc le contact direct avec le patient. Cela ne signifie cependant pas que d'autres activités ne sont pas aussi comprises, c'est précisément à cet égard que les textes de la définition ont été formulés de manière très ouverte.
La votation reflète le précédent débat animé, la définition ayant été adoptée par 54 oui, 5 non et 20 abstentions.

GSASA-Journal
André Pannatier, Christian Schäli et Lucien Anker, qui s'occupent depuis 25 ans de l'organe officiel de publication de la GSASA, se retireront fin 2012 de l'équipe rédactionnelle du GSASA-Journal en raison de la retraite proche d'André Pannatier. Par conséquent, voici un appel important:
RÉDACTEURS RECHERCHÉS POUR LE GSASA-JOURNAL!

Nouvelle équipe – nouveau format ? Devons-nous au lieu de la forme imprimée changer vers un Web-Newsletter, ou même nous diriger vers twitter/facebook jusqu'à une GSASA-Apps pour iPhone/iPad? Après un débat très animé, une votation consultative a montré une tendance claire pour le format Web-Newsletter.
Susanna Kussmann continuera de s'engager au sein de l'équipe rédactionnelle et se chargera de la coordination. Trois personnes sont recherchées, pour s'occuper des rubriques suivantes:

- Formation
- Forum (contributions des membres)
- Sponsoring et finances

Accréditation du titre FPH par la Confédération
Le processus d'accréditation des titres FPH par la Confédération a très rapidement progressé. Le calendrier prévoit une auto-évaluation entre le 1er janvier et le 30 avril 2012. Dans les 3 mois qui suivent, des experts externes devront se faire une image et livrer un rapport à la MeBeKo. La décision d'accréditation sera prise en mai 2013.

3. Un regard au-delà des frontières suisses:

À la suite de l'AG, le Dr. Torsten Hoppe-Tichy a présenté l'ADKA. Sa présentation peut être téléchargée sur le site de la GSASA sous les documents de l'AG. Roberto Frontini, président de l'EAHP, était également présent et a adressé quelques mots à l'assemblée.

Près de 80 personnes se sont ensuite réunies à l'hôtel Interlaken pour se régaler d'une fondue chinoise. Aucune chaise n'est demeuré libre et l'atmosphère était gaie. Un cadre idéal pour remettre sous de grands applaudissements les certificats aux quatre assistant-e-s en pharmacie, Sandrine Betrix, Tiziana Damiani, Caroline Mesnier (absente lors de la remise) et Hervé Ducourneau, qui ont achevé leur formation d'OPH (Opéra-teur-trice de Production Hospitalière).

Susanna Kussmann, responsable de l'organisation de la GSASA

Contact: susanna.kussmann@gsasa.ch

Crédit de photos: William Griffiths ©

Fachtitel FPH in Spitalpharmazie und Fähigkeitsausweis FPH in klinischer Pharmazie 2011

Am 24. November 2011 präsentierte Herr Raphael Hösli (Spitalzentrum Biel) in Bern seine Diplomarbeit zur Erhaltung des Fachtitels FPH in Spitalpharmazie.

Gleichentags absolvierten Frau Anne Eichenberger (PHEL, Vevey), Frau Anne Henry (ICHV, Sion), Frau Seraina Mengiardi (Kantonsspital Bruderholz) und Frau Petra Strub (St. Clara Spital, Basel) die Prüfung zum Erlangen des Fähigkeitsausweises FPH in klinischer Pharmazie.

Die Redaktion des GSASA Journals gratuliert herzlich zur Bestandenen Prüfung und publiziert anbei die Zusammenfassungen dreier persönlichen Arbeiten FPH in klinischer Pharmazie. Zwei Zusammenfassungen werden zu einem späteren Zeitpunkt publiziert.

Diplômes FPH en pharmacie hospitalière et certificats FPH en pharmacie clinique 2011

Le 24 novembre 2011 Monsieur Raphael Hösli (Spitalzentrum Bienne) a présenté à Berne son travail de diplôme en vue de l'obtention du titre FPH en pharmacie hospitalière.

Le même jour Mesdames Anne Eichenberger (PHEL, Vevey), Anne Henry (ICHV, Sion), Seraina Mengiardi (Kantonsspital Bruderholz) et Petra Strub (St. Clara Spital, Basel) ont réussi leur examen en vue de l'obtention du certificat FPH en pharmacie clinique.

La rédaction du GSASA Journal félicite les candidats pour leur réussite et publie ci-après les résumés de trois travaux personnels (FPH en pharmacie clinique). Deux autres résumés seront publiés ultérieurement.

Standardisierte elektronische Chemotherapie-Verordnung und der klinische Pharmazeut im interdisziplinären Team – mehr Sicherheit?

Petra Strub, Apotheke St.Claraspital Basel. Supervison: Dr Ingrid Carlen

Ziele und Hintergrund

Die Onkologie ist ein Bereich mit einem hohen Risiko für schwerwiegende unerwünschte Arzneimittelwirkungen. Der Prozess der „onkologischen Therapie" fordert effiziente, sichere und klar definierte Abläufe. Am St.Claraspital Basel wurde in einem interdisziplinären Projekt der Verordnungsprozess einer Optimierung unterzogen mit speziellem Augenmerk auf Erhöhung der Patientensicherheit, Standardisierung sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die Optimierung umfasste die Einführung einer standardisierten, elektronischen Verordnung. Die Wahl der Verordnungs-Software fiel auf cato®[1], welche seit 2006 in der Spitalapotheke zur patientenspezifischen Zytostatikaherstellung eingesetzt wird. Die Erarbeitung von standardisierten Chemotherapieprotokollen als Verordnungsgrundlage wurde interdisziplinär durch das GCP-Team („Good-cato®-Praxis"-Team) erarbeitet, validiert und freigegeben.

Das Projekt verfolgte mit der Optimierungsstrategie „Einführung einer standardisierten, elektronischen Verordnung" folgende Zielsetzungen: 1. Reduktion der Häufigkeit und des Schweregrads von Verordnungsfehlern bei Chemotherapien. 2. Ermittlung des Beitrags der klinischen Pharmazie bei der Reduktion von Verordnungsfehlern.

Methode

1. Plausibilitätsüberprüfung durch klinische Pharmazeutin: Die Plausibilität jeder Chemotherapieverordnung (ambulant und stationär) wird durch eine klinische Pharmazeutin vor Freigabe zur patientenspezifischen Zytostatikaherstellung überprüft. Die dabei festgestellten Verordnungsfehler werden mit dem zuständigen Arzt besprochen und schriftlich dokumentiert. Mit der elektronischen Verordnung (EV-cato®) sowie dem zusätzlichen Einblick in das Klinikinformations-System (Phoenix®[2]) stehen der klinischen Pharmazeutin mehr Informationen für die Plausibilitätsüberprüfung als mit Papierverordnung (PV) zur Verfügung (u.a. Prämedikation, Laborwerte, Diagnose, Interaktionen mit anderen Medikamenten).

2. Retrospektive Analyse der Verordnungsfehler: In einer retrospektiven Untersuchung wurden alle dokumentierten Verordnungsfehler nach Plausibilitätsprüfung vor und nach Umstellung von PV auf EV-cato® in Bezug auf Inzidenz und Schweregrad miteinander verglichen (Fisher Test[3], $p<0.05$). Die Bewertung der klinischen Relevanz der Verordnungsfehler wurde durch drei Onkologen unabhängig nach modifizierter NCC-MERP-Einteilung[4] vorgenommen. Eingeschlossen wurden sowohl ambulante wie auch stationäre Verordnungen im Zeitraum Januar bis Dezember 2007 (PV-Phase) und Oktober 2009 bis September 2010 (EV-cato®-Phase).

Resultate

Retrospektiv wurden 7426 Chemotherapieverordnungen von 1094 Patienten analysiert (PV: 506 Patienten, 3792 Verordnungen, EV-cato®: 588 Patienten, 3634 Verordnungen). Erfasst wurden 174 Verordnungsfehler mit PV und 74 mit EV-cato®. Dies entspricht einer statistisch signifikanten Fehlerreduktion von 4.6% auf 2.0% ($p<0.05$) und Signifikanz für alle 3 klinischen Relevanzstufen (klinisch nicht/wenig relevant, klinisch relevant, klinisch sehr relevant).

In der EV-cato®-Phase konnten 103 Verordnungsfehler von 3 zusätzlichen Fehlertypen entdeckt werden, welche in der PV-Phase gar nicht erfasst werden konnten: Fehler der Prä- und Postmedikation, Zytostatika-Applikationsdauer und Datenübertragung der Befunde von Phoenix® nach cato®. Diese zusätzlichen Fehlertypen waren zu 39% klinisch relevant. Insgesamt konnten 177 Verordnungsfehler (4.9%) durch Kombination von EV-cato® und Plausibilitätsüberprüfung der klinischen Pharmazeutin verhindert werden.

Schlussfolgerungen

Die Überprüfung der Optimierungsstrategie zeigt: 1. Die Einführung von EV-cato® bewirkte im Vergleich zur PV eine Reduktion der Verordnungsfehler von Chemotherapien von 57% (4.6% auf 2.0%) mit Signifikanz auf allen Relevanzstufen. 2. Klinische Pharmazie konnte mit Informationen aus cato® und Phoenix® weitere drei Fehlertypen erkennen und rund 5 Verordnungsfehler pro 100 EV-cato® rechtzeitig identifizieren und verhindern. 3. Elektronische Verordnung, Standardisierung und klinische Pharmazie in einem interdisziplinären Umfeld tragen synergistisch zur Fehlerreduktion bei und verbessern somit die Medikamenten- und Patientensicherheit.

Referenzen

[1] cato® - „Computer Aided Therapy for Oncology" - Die Software zur onkologischen Therapieplanung, Therapiebegleitung und Zytostatikaherstellung (www.cato.eu, accessed 24.02.11)

[2] Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, NCC MERP (http://www.nccmerp.org/medErrorCatIndex.html, accessed 19.10.10)

[3] Banfield J . Statistical Analysis on the Web (http://www.bayes.math.montana.edu/Rweb/Rweb.general.html, accessed 27.10.-01.12.10)

[4] Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, NCC MERP (http://www.nccmerp.org/medErrorCatIndex.html, accessed 19.10.10)

Kontakt: petra.strub@claraspital.ch

Système de détection d'interactions médicamenteuses: critères pour son implémentation et test du produit eMedisTa®

Anne Henry, Pharmacie ICHV, Sion. Supervision: Dr Vera von Gunten

Introduction

La iatrogénie médicamenteuse est désormais reconnue comme un problème de santé publique. L'amélioration de la sécurité médicamenteuse constitue un des objectifs de la stratégie fédérale en matière de qualité. Dans ce contexte, le recours aux technologies de l'information suscite de nombreux espoirs. Le dossier patient informatisé (DPI) ainsi que la prescription informatisée (CPOE: Computerized Physician Order Entry) sont implémentés dans les hôpitaux valaisans (Phoenix®). Par contre, il n'y a actuellement pas de système d'aide à la décision (CDSS: Clinical Decision Support System). Un outil, récemment acquis pour la gestion de la base de données des médicaments (eMedisTa® permettant la lecture des données d'hospIndex®), contient un système de contrôle d'interactions qui peut être interfacé avec Phoenix® soit en mode «détection automatique» (dès qu'une nouvelle prescription est réalisée) soit en mode «sur demande» (nécessitant une action – un click – de l'utilisateur).

L'objectif de ce travail est de déterminer les qualités requises pour qu'un tel système de détection soit utile et adapté à la pratique et de vérifier si celui proposé par eMedisTa® pourrait être implémenté.

Méthode

Le travail s'articule en trois parties. Dans la première partie, une revue de la littérature vise à identifier les critères requis pour le système de détection des interactions.

Dans la seconde partie, la capacité de détection et de discrimination des interactions ainsi que leur présentation est analysée. Différentes associations sont testées: 28 qui, selon les auteurs, devraient faire l'objet d'alertes d'interactions, 5 qui ne devraient pas être signalées et 11 qui peuvent être prescrites moyennant un monitoring (ex. INR, kaliémie) et pour lesquelles une alerte n'est pas nécessaire.

Dans la troisième partie, des situations cliniques réelles, provenant de patients d'un service de médecine interne, sont reproduites de manière exhaustive par un investigateur pharmacien (AH) dans un environnement de test avec détection automatique des interactions. Les patients sont suivis durant l'intégralité de leur séjour dans le service. Le pharmacien décide de la relevance de l'interaction détectée par le système et, le cas échéant, la transmet au médecin puis prend note de son choix (acceptation ou refus). Les interactions transmises au médecin mais refusées par celui-ci font l'objet d'une évaluation par un panel composé de 2 pharmaciens (VG et JB) et d'un médecin investigateur (PAP).

Résultats

La revue de la littérature met en évidence les critères essentiels suivants pour qu'un système de contrôle d'interactions soit utile et adapté à la pratique de routine:

- L'information doit être claire, précise, basée sur la littérature, actualisée et bien présentée.
- Le mécanisme, l'effet clinique, le délai d'apparition, la durée de l'interaction et le niveau de sévérité doivent être mentionnés. Le système doit proposer des modalités de prise en charge et/ou des alternatives thérapeutiques.
- Le système doit tenir compte des formes galéniques (par exemple topiques) et des heures d'administration (par exemple, pour les interactions nécessitant un espacement des prises).

La seconde partie a permis de se familiariser avec le système: une première fenêtre récapitule les interactions détectées en indiquant la relevance de celles-ci sur une échelle de 1 à 6. L'utilisateur peut accéder aux informations complémentaires (mécanisme, effet clinique, gestion de l'interaction) via un lien hypertexte. 27 interactions pertinentes (sur 28) ont été détectées par le système. 4 associations (sur 5) ont généré des alertes non pertinentes sur le plan clinique. Les 11 associations pouvant être prescrites moyennant un monitoring ont également généré des alertes.

La troisième partie s'est déroulée d'avril à mai 2011. Les traitements de 33 patients ont été suivis: 516 médicaments représentant un total de 4'743 combinaisons possibles ont été prescrits.168 interactions médicamenteuses ont été identifiées par le système, parmi celles-ci 33 ont été transmises par la pharmacienne et acceptées par le prescripteur ou le panel. Enfin, une interaction relevée par la pharmacienne n'a pas été identifiée par le système. Compte tenu de l'interfaçage actuel du système de détection des interactions avec le CPOE (qui signale l'ensemble des interactions à chaque nouvelle prescription) ces interactions ont été signalées à 1'123 reprises. Partant du principe que des améliorations pourraient être apportées pour éviter les répétions d'alertes, et en ne considérant que les 168 interactions, nous obtenons une sensibilité et une spécificité de 97.1%. La valeur prédictive négative (VPN) est de 99.9% et la valeur prédictive positive (VPP) est de 19.6%.

Discussion – Conclusion

La présentation des interactions par eMedisTa® répond globalement aux critères de qualité identifiés dans la littérature. En admettant que son interfaçage avec Phoenix® puisse être revu pour éviter les répétitions de la même alerte, la question du manque de relevance clinique des alertes demeure. Leur faible VPP (19.6%) peut conduire à leur banalisation avec le risque que des interactions relevantes soient finalement ignorées; ceci hypothèque un éventuel bénéfice en termes de sécurité. Le système ne peut donc pas, en l'état, être implémenté en mode «détection automatique».

Le mode «sur demande» permet à l'utilisateur, lorsque celui-ci a un doute sur une éventuelle interaction, de l'exclure avec une bonne VPN si celle-ci n'est pas répertoriée ou, dans le cas contraire, d'accéder rapidement aux informations pour décider de modifier ou non la prescription. Ce mode, même s'il offre un certain confort pour l'utilisateur, n'apporte qu'un bénéfice limité en termes de sécurité. Il dépend des connaissances du prescripteur et ne remplit pas la fonction de «filet de sécurité» en cas de défaillance humaine.

D'autres systèmes ou approches visant à augmenter la VPP sont nécessaires avant d'envisager une mise en production en mode «détection automatique».

Un logiciel de prescription peut-il améliorer la qualité de la continuité des traitements médicamenteux des patients hospitalisés dans un hôpital régional?

Partie 1: De l'anamnèse médicamenteuse d'entrée à l'ordonnance de sortie.

Anne Eichenberger, PHEL, Vevey. Supervision: Dr Christian Schäli

Introduction et objectifs

À l'hôpital, l'admission et la sortie des patients sont des étapes souvent liées à une discontinuité du traitement médicamenteux. Les objectifs de cette étude étaient (1) d'évaluer les données recueillies lors de l'anamnèse médicamenteuse d'entrée du patient en comparant les informations fournies par le patient, le généraliste et l'officine et (2) d'évaluer la concordance entre le traitement du patient avant l'admission et le traitement médicamenteux prescrit lors de la sortie (réconciliation).

Cette étude, qui analyse les pratiques en cours dans nos hôpitaux, est une première étape. La suivante, objet d'un autre travail, prendra ces résultats comme référence pour estimer dans quelle mesure le logiciel de prescription Predimed améliore la continuité des traitements médicamenteux de l'admission à la sortie des patients.

Méthodes[1]

20 patients de deux services de médecine utilisant un logiciel électronique de prescription d'un hôpital régional ont été inclus dans l'étude.

La concordance des informations reçues sur la médication avant l'admission était évaluée en comparant l'anamnèse d'entrée du patient aux listes de médicaments obtenues du généraliste et de l'officine.

Après conciliation des données de l'anamnèse et des informations provenant du généraliste et de l'officine, la médication était ensuite comparée avec celle qui figurait sur l'ordonnance de sortie. Une modification était considérée comme appropriée si son motif était notifié dans le dossier médical du patient ou dans la lettre de sortie. Une modification était considérée comme inappropriée si le changement de traitement ne faisait l'objet d'aucune remarque dans le dossier médical du patient ou la lettre de sortie.

Résultats

La concordance des médicaments d'entrée du patient était de 66.9% entre le patient et son médecin, de 59.7% entre le patient et son officine et 59.9% entre le médecin et l'officine du patient. En comparant les trois sources d'information (patient, généraliste et officine cumulés) le taux de concordance tombait à 47.9%. Ni le patient, ni le médecin ou l'officine n'ont fourni d'informations exhaustives sur la médication du patient. 95% des patients auraient bénéficié d'une mise en concordance médicamenteuse du traitement d'entrée, vu que 25.8% des médicaments pris par le patient n'étaient pas notifiés à l'admission. Pendant l'hospitalisation, le traitement médicamenteux de 95% des patients a subi au moins une modification appropriée et celui de tous les patients a subi au moins une modification inappropriée. En moyenne, ont été enregistrées pour chaque patient 3.1 modifications appropriées et 5.5 modifications inappropriées de médication. Le changement approprié le plus fréquent était l'ajout d'un nouveau médicament (72.1%), suivi par la substitution thérapeutique pour raison pharmacologique (14.8%) et l'arrêt de médicament (13.1%). La modification inappropriée la plus observée était l'erreur d'anamnèse médicamenteuse à l'entrée (38.2%), suivie par la substitution thérapeutique ou générique sans reprise du traitement ambulatoire à la sortie (29.1%), l'oubli ou l'arrêt (19.1%) ainsi que l'ajout (13.6%) d'un nouveau médicament sans notification.

Discussion-Conclusion

Cette étude prospective montre que l'anamnèse d'entrée des patients hospitalisés est souvent incomplète. En outre, leur médication subit beaucoup de modifications pendant le séjour hospitalier. Ces changements peuvent représenter des obstacles supplémentaires lors de la réconciliation effectuée avant la sortie. Enfin, beaucoup de ces modifications restent insuffisamment documentées, un défaut d'information qui risque de nuire au suivi du traitement ordonné à la sortie comme à la compliance du patient.

L'amélioration de la documentation du traitement médicamenteux, aussi bien lors de l'anamnèse d'entrée que dans le processus de réconciliation précédant l'ordonnance de sortie pourrait contribuer à la sécurité et au bon suivi des médications prescrites par les médecins hospitaliers. La deuxième partie de cette étude montrera dans quelle mesure un logiciel de prescription peut pallier aux discontinuités constatées.

[1] adaptées à partir du travail publié par C. Grandjean et al. «De l'anamnèse d'entrée à l'ordonnance de sortie: continuité des traitements médicamenteux des patients hospitalisés dans un hôpital régional Suisse». J Pharm Clin, Vol 28, No 3, p.151-156, 2009

Contact: anne.eichenberger@insel.ch

12èmes Journées de formation continue GSASA pour assistantes en pharmacie hospitalière sur le thème "Marché du médicament en Suisse: entre innovation et aspects légaux et économiques"

les 7 et 16 juin 2011, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne

A l'heure où 7000 médicaments environ sont proposés sur le marché suisse, il nous est apparu important et intéressant de traiter différents éléments propres à ce domaine comme l'autorisation de mise sur le marché, la formation des prix et le remboursement des médicaments. D'autres sujets ont été intégrés dans le programme de ces journées comme les Swiss DRG, le problème des génériques et des biosimiliaires ainsi que le cas des médicaments orphelins.
L'intérêt pour ce thème s'est confirmé, puisque environ 70 assistantes en pharmacie se sont inscrites pour ces deux journées.
La formation a débuté par la présentation de deux exposés d'*Anne Decollogny*, pharmacienne engagée à l'institut d'économie et management de la santé de L'UNIL à Lausanne. Le premier intitulé *"Economie et politique de la santé"* a permis de présenter des notions de base du marché de la santé, de prendre connaissance de quelques facteurs qui influencent la demande et l'offre de soins, d'aborder la notion de coûts et de régulation, puis d'introduire les notions d'efficience, de rationalisation et de rationnement. Le second exposé intitulé *"Marché des médicaments: Évaluation économique et remboursement"* a présenté quelques chiffres significatifs du marché du médicament en Suisse puis la procédure d'admission des médicaments a été rappelée. Un cas pratique a permis de dégager les quelques éléments utilisés dans les évaluations économiques et pharmaco économiques, enfin d'autres exemples d'approches de prises en charge des médicaments en Europe ont été décrits.

Dans les deux cas, l'auditoire a beaucoup apprécié les qualités d'oratrice d'*Anne Decollogny* qui a transmis ses larges connaissances du domaine avec enthousiasme et compétence.
Après une brève pause, le *Dr Hervé Guillain*, responsable de la Centrale de codage et d'archivage médical du CHUV a poursuivi en décrivant le rôle des AP-DRG et des SwissDRG. De formation médicale, le Dr Guillain a su décrire de manière dynamique et à l'aide d'exemples bien choisis et pertinents ce nouveau système tarifaire qui entrera en vigueur le 1er janvier 2012 pour la rémunération des prestations hospitalières en soins somatiques aigus.
La pause de midi s'est déroulée dans une atmosphère agréable et conviviale, le soleil et la température estivale ayant chaque fois contribué au succès de ces deux journées.
L'après-midi a commencé par une présentation consacrée aux génériques et aux biosimilaires. *Suzan Mejdi*, pharmacienne actuellement en formation post-grade à l'Hôpital du Valais, a exposé de manière très accessible les aspects scientifiques, économiques et légaux de ces médicaments. Elle a rappelé leurs particularités et a décrit la stratégie d'intégration d'un générique dans la liste des médicaments d'un hôpital.
Cette journée de formation s'est terminée par une présentation consacrée aux médicaments orphelins. *Dr Isabella De Giorgi*, pharmacienne à la pharmacie du CHUV, a décrit le statut juridique de ces médicaments. Elle a ensuite abordé les enjeux éthiques et les incitatifs financiers qui caractérisent ces orphelins de la recherche scientifique. Les exemples des produits figurant dans l'assortiment de certains de nos hôpitaux ont permis d'illustrer les propriétés et les caractéristiques particulières de ces médicaments.
Un chaleureux merci aux orateurs qui ont su transmettre leur expérience et leur savoir avec enthousiasme et professionnalisme. Les évaluations et autres retours ont en effet montré que la qualité de ces journées était à la hauteur des attentes des participantes.
Un grand merci également à *Madame Stéphanie Dartevelle,* pharmacienne au CHUV qui a assuré avec compétence l'organisation locale de ces journées.
Merci également aux employeurs qui ont entièrement financé la participation à ces cours pour la majorité des assistantes.
Une réflexion générale concernant le mode d'organisation des journées de formation GSASA est actuellement en cours. De ce fait, le sujet ainsi que le lieu des prochains cours ne sont pas encore définis; mais nous allons tout mettre en œuvre afin que les prochaines journées de formation GSASA puissent rester à ce niveau de satisfaction.

Dr. Stéphane Gloor

Contact: stephane.gloor@ne.ch

La pharmacie du futur: collaboration interdisciplinaire et développement de services spécialisés.

Compte rendu du 1er congrès suisse des pharmaciens
30 novembre et 1er décembre 2011, Interlaken, Casino Kursaal

Interlaken se trouve dans l'Oberland bernois, dans une plaine alluviale entre le lac de Thoune et de Brienz. Dominé par le célèbre trio de sommets Eiger, Mönch et Jungfrau, sa réputation de lieu international pour l'organisation de congrès n'est pas usurpée. Au milieu des montagnes, nous avons eu le plaisir de découvrir le magnifique casino de Kursaal où le congrès s'est tenu dans les splendides salles recouvertes de riches boiseries.

Orateurs et modérateurs de la première session plénière (Dominique Jordan, Michel Buchmann, Pascal Bonnabry et Roberto Frontini)

Le Jury (André et les 3 Isabelles) lors de leur discussion sur le choix des prix pour les posters.

Mme Susanna Kusmann, présidente du comité d'organisation, a ouvert ce congrès en donnant la parole tout d'abord au Président d'Interlaken, *Monsieur Urs Graf*, qui lui a remis la traditionnelle clé d'or de la ville (ainsi qu'un billet pour monter à la Jungfraujoch). Une intervention qui nous a permis de découvrir le tourisme d'Interlaken, du Jungfrau Marathon à la fête des Yodeleurs ou encore du Greenfield festival. Se succédèrent *Mme Katharina Schönbucher*, secrétaire générale adjointe de la direction de la santé publique du canton de Berne, *M. Michele Bordoni*, président de l'Association des Pharmaciens du canton de Berne, *M. Dominique Jordan* – président de pharmaSuisse et *Prof. Pascal Bonnabry* – président de la GSASA.

Les 2 présidents (GSASA et pharmaSuisse) ont introduit et modéré la matinée du mercredi, consacrée au rôle du pharmacien dans le système de santé en 2020 du point de vue politique et professionnel. Le premier intervenant, *Andreas Faller*, responsable de l'unité de direction Assurance maladie et accidents de l'OFSP a présenté les priorités politiques en santé. Beaucoup de changements se préparent notamment dans les prix des médicaments, le Managed Care, l'e-Health, l'utilisation off-label ou encore les maladies orphelines. L'avenir du pharmacien réside en une amélioration de la qualité pour améliorer l'efficacité tout en maîtrisant les coûts croissants de la santé. Le challenge reste de trouver tout de suite la bonne médication pour le bon patient. Le deuxième intervenant de la matinée, le *Dr. Michel Buchmann*, président de la FIP, a enchaîné sur les défis professionnels qu'impose l'usage responsable des médicaments: la complexité croissante des traitements et l'accessibilité à un réseau de qualité. Il a conclu en insistant sur l'importance d'offrir une formation adéquate et complète, la collaboration avec les médecins et une activité plus présente en politique. Finalement, le *Dr. Roberto Frontini*, président l'EAHP a relevé l'importance de la sécurité du patient et de la clinique pour le futur de la

pharmacie hospitalière en Europe. Entre encouragement à participer à la maîtrise des coûts de santé et au maintien de la qualité, les orateurs ont su éviter les sujets qui fâchent, ce qui n'a pas échappé à certains de nos confrères qui n'ont pas manquer de rappeler certaines incohérences de la politique fédérale et notamment la propharmacie du côté Suisse alémanique, ce qui a animé un peu les débats.

L'après-midi du mercredi, modéré par la *Dr. Chantal Cjaska* fut consacré à la pharmacie clinique à l'hôpital et à l'officine avec les points communs et les différences. Furent ainsi abordés le point de vue de l'officine avec le *Dr. Kurt Hersberger*, celui de l'hôpital avec le *Dr. Johny Beney* et la perspective européenne avec *Mme Cecilia Bernsten*, présidente de l'ESCP, avec la vision commune du patient au centre de toute collaboration interdisciplinaire.
Dans le même temps se déroulaient différents ateliers dont celui très didactique sur l'usage off-label des médicaments en pédiatrie animé par *Priska Vonbach*, *Jérôme Berger* et *Ursula von Mandach*.
L'après-midi s'est terminé par l'Assemblée générale de pharmaSuisse et, en parallel, par la présentation orale de 6 des 12 meilleurs posters sélectionnés par le jury.
Cette journée s'est terminée par une soirée de gala organisée au Viktoria Jungfrau. Le repas y fut excellent mais on pourra regretter un service un peu trop rapide et le prix exorbitant des boissons lors de la soirée dansante. Heureusement les désargentés d'entre nous ont pu se consoler au Hoosters Bar. Pour faire bref, cet établissement est un divin mélange entre l'esprit suisse allemand et bikers états uniens. Il rompait clairement avec le faste de la soirée de Gala, mais dans cette ambiance très décontractée, les fous rires et les blagues ont vite fait leur réapparition.

La deuxième journée, consacrée aux services pour lesquels les assurances et les patients étaient prêts à payer, s'est ouverte avec le *Prof. Christoph Meier*, pharmacien chef de l'hôpital de Bâle. Différents intervenants ont tour à tour animé la matinée : *M. Thomas Szucs*, *M.Fleury Mathieu* de la FRC et *Lukas Golder*.
Le premier orateur nous a appris que les pharmaciens devraient s'orienter vers l'offre de services spécialisés de diagnostics orientés vers le dépistage et le triage, services habituellement réalisés par la médecine de premier recours mais délaissés faute de temps par les médecins généralistes. A l'inverse, la FRC (Fédération romande des consommateurs) dévoile dans sa grande enquête que si le pharmacien reste un des professionnels les plus appréciés, il n'en est pas moins en seconde position derrière le médecin et attire la défiance lorsqu'il s'oriente vers des compétences réservées habituellement au médecin. Sans étonnement, les RBP sont toujours aussi mal perçues, les patients ne comprenant pas pourquoi on leur fait payer des forfaits d'autant plus que certains de nos confrères ne jouent pas systématiquement le jeu.
Les assureurs nous recommandent de nous unir et de leur présenter des demandes claires et non dispersées pour que nous obtenions gain de cause lors de négociations. Ils nous incitent à faire des efforts sur la qualité de nos services, à réduire encore les coûts et à mieux collaborer avec eux et les autres professionnels de la santé. Ces propos ont déclenché la colère de nombreux de nos confrères, qui n'ont pas manqué de rappeler les accords passés par certains assureurs avec certaines chaînes qui acceptent de ne pas faire payer de forfait et d'octroyer des rabais, mais qui par contre ne favorisent ni le conseil ni la démarche qualité. Les réponses sont demeurées très évasives et l'assureur prompt à s'en aller.

L'après-midi, qui fut plus calme, était consacrée aux thérapies oncologiques avec deux sujets pertinents: les médicaments dans la transplantation des cellules souches par le *Prof. Jakop Passweg* suivi de la présentation d'une expérience lausannoise sur l'adhésion thérapeutique en oncologie par *Dre Marie-Paule Schneider*.
Parallèlement, une deuxième session de communications orales a eu lieu avec la présentation des 6 autres meilleurs posters.

Ce congrès a été aussi l'occasion de découvrir les casques de traduction simultanée et combien il est parfois difficile de comprendre le langage scientifique pour des traducteurs pas forcément préparés à ce défi avec des orateurs au débit rapide. Cela a permis sur des sujets sérieux et polémiques d'avoir quelques crises de fous rires. Nous retiendrons quelques bons mots involontaires:

- «Taleliminus» pour nous parler du Tacrolimus, «Pharmaceute» pour le Pharmacien ou encore Cytostase pour les «cytostatiques».
- 'et voila tout plein d'autres choses…' pour résumer un peu rapidement la fin de phrases d'un orateur par un traducteur dépassé.
- Et la récitation de l'alphabet pour décrire les régions hypervariables des gènes des lymphocytes des anticorps DR.

Nous ne leur tiendrons pas rigueur et les remercions pour leur magnifique travail.

Ce premier congrès suisse des pharmaciens s'est terminé par **la remise des prix** suivants:
1. Prix Junior décerné par SwissYPG attribué à Christoph Bitter pour son travail intitulé «Eskena-study : Clinical testing of developed esketamine nasal sprays in comparison to intravenous and intramuscular application».
2. Prix du meilleur poster décerné à Mme Catherine Plüss-Suard pour son travail intitulé «Resistance of pseudomonas aeruginosa to imipenem in swiss hospitals: correlation with consumption and diversity of antibiotics».
3. 2ème prix poster, catégorie Forum, décerné à Marc Mattuzzio pour son travail intitulé «Continuité des soins entre hôpital et milieu ambulatoire: conception d'une page web à l'intention des pharmaciens d'officine».
4. 3ème prix poster, catégorie Research, décerné à Markus Messerli pour son travail «Polymedication check – A new challence for swiss community pharmacists».
5. Prix de la recherche B.Braun, attribué à Mme Susanne Nussbaumer pour son travail intitulé «Analyse de traces de substances cytotoxiques sur des surfaces».
6. Prix Jean-Philippe Reymond attribué à Mme Claudia Broggini pour son travail intitulé «Can a hospitalization in a geriatric ward improve medication appropriateness?»

par Stéphanie Martignoni et Laurent Carrez

Contact: Andre.Pannatier@chuv.ch

D'Interlaken à la New Orleans, changement de rythme, du Yodel au Jazz

Pascal Bonnabry

A peine le rideau du congrès d'Interlaken baissé que je me retrouve de l'autre côté de l'Atlantique, à la New Orleans, «le meilleur endroit du monde où se trouver pour les pharmaciens cette semaine-là», dixit Stanley S. Kent, président de l'American Society of Health-System Pharmacists (ASHP). Le décor est planté, il s'agit de la plus grande réunion de pharmaciens hospitaliers au monde: environ 20'000 personnes. Si à Interlaken, il était difficile d'avancer à plus de 10 mètres à l'heure, compte tenu des nombreuses rencontres faites à chaque coin de stand, ici il faut plutôt faire un bon 5 kilomètres à l'heure si on veut arriver à faire le tour du congrès en moins d'une journée … Peu de chance d'arriver à croiser les quelques autres participants suisses au milieu de cette foule …

Stanley S. Kent, président de l'American Society of Health-System Pharmacists (ASHP)

Residency showcase

Sur la forme, le congrès offre des sessions traditionnelles, mais également quelques modalités de présentations intéressantes. J'ai notamment apprécié:

- Les «networking sessions», qui rassemblent des participants intéressés par un thème pour échanger des expériences et des informations. Pas de présentation formelle, juste un modérateur qui mène la discussion sur quelques points d'actualité;
- Les sessions «pearls», suites de présentations orales de 5 minutes sur un thème donné (clinical, medication safety, IT, …). Cela ressemble à des communications orales, mais avec une différence majeure: pas besoin de présenter un travail structuré, on peut venir y parler d'une idée, une expérience. L'objectif n'est pas la science, mais le partage.

L'interactivité est un mot-clé: chaque session doit obligatoirement contenir des questions de «self-assessment» pour les participants. On vote à main levée sur des minis-QCM au milieu ou à la fin des exposés. Le clou de l'interactivité a été atteint lors de la principale conférence plénière durant laquelle les participants pouvaient envoyer des Twitts, qui étaient ensuite projetés à l'écran au moment dédié aux questions.

Le congrès n'est pas uniquement une rencontre scientifique, mais également une immense bourse à l'emploi. J'ai été fasciné et impressionné par les «residency showcase», durant lesquels des milliers de pharmaciens récemment diplômés font la cour, avec une pile de CV à la main, à des centaines d'hôpitaux qui présentent leurs offres d'emploi sur des stands. Visiblement, les candidats n'ont pas peur de la

mobilité au sein des USA, leur principal objectif étant de décrocher un poste dans une université ayant la meilleure cotation possible.

A l'ASHP, le rythme est effréné. Vous voulez voir les posters: dépêchez-vous, chaque session dure entre 1h et 2h, puis les affiches sont décrochées pour laisser la place à la session suivante, dédiée aux travaux des étudiants, des résidents ou des professionnels. Par contre, pendant le temps d'affichage, vous trouverez toujours l'auteur devant son poster, prêt à répondre avec fierté à vos questions. Un petit tour dans l'exposition industrielle pour se reposer? Elle, elle ne change pas toutes les deux heures, mais les 300 exposants, dont certains avec des stands dignes du salon de l'auto, auront vite fait de vous achever.

Et le contenu me direz-vous? Quelles sont les préoccupations actuelles de nos collègues américains? Et bien il est frappant de constater à quel point elles sont proches des nôtres.

- La problématique des ruptures («drug shortages») était incontestablement le thème de la plus haute actualité. L'ASHP mène de nombreuses actions politiques, jusque dans les coulisses du parlement, pour tenter de trouver des solutions;
- La sécurité des patients, et en particulier de la médication, est au centre de leurs préoccupations, avec des solutions préconisées qui sont similaires à celles sur lesquelles nous nous investissons. Une présentation plénière a bien résumé les 3 axes de travail: les pratiques professionnelles, la technologie et le leadership;
- La technologie fait partie des développements en cours. Il est intéressant de constater que seulement 25% des hôpitaux disposent actuellement d'une prescription informatisée, que la grande majorité est équipée d'armoires à pharmacie automatisée et que 50% font du scanning au lit du patient. Un des enjeux est de passer d'une retranscription des ordres médicaux manuscrits par la pharmacie à une prescription électronique avec saisie directe par le médecin;
- La recherche de l'excellence est fortement stimulée par la nécessité de répondre aux critères qualité de la Joint Commission. Ceux-ci vont très loin et sont des facteurs contributifs importants à une amélioration de la performance des processus et de la prise en charge clinique;
- Finalement, j'ai également ressenti les préoccupations de nos collègues américains face à la crise de la dette et des restrictions budgétaires qui y font suite. L'optimisme n'était pas vraiment de mise de ce point de vue-là.

En conclusion, je ne peux qu'encourager chacun d'entre vous à vivre une fois (au moins) l'expérience de ce grand raout. En revenant, on a l'impression que l'Atlantique qui nous sépare n'implique pas forcément des préoccupations et des priorités différentes. Et surtout, en se remémorant le contenu du congrès d'Interlaken, on se dit que «small is beautiful» et que la Suisse est quand même très dynamique dans le domaine de la pharmacie hospitalière!

Contact: Pascal.Bonnabry@hcuge.ch

Kongress Stiftung für Patientensicherheit

Carla Meyer

Die Stiftung für Patientensicherheit führte vom 28. bis 30. November 2011 einen internationalen Kongress in Basel durch, unter dem Titel „Patientensicherheit – avanti! Fortschritte!? im 2. Jahrzehnt des 3. Jahrtausends". Hauptthemen waren Fehler in der Gesundheitsversorgung, Fehlerprävention und klinisches Risikomanagement.

Rund 600 Personen aus der gesamten Schweiz, aus Deutschland, Skandinavien, Holland, Österreich, Frankreich, Grossbritannien, USA, Italien und asiatischen Ländern nahmen am Kongress teil. Alle Berufsgruppen des Gesundheitswesens und der Versorgungssektoren waren vertreten. Medikationssicherheit war ein Schlüssel-Thema in verschiedenen Key-Referaten.

An der Preconference wurde eine Übersicht über das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit vermittelt, welche sowohl aktuelle nationale und internationale Zahlen zu Medikationsassoziierten Problemen präsentierte sowie Strategien zur Identifizierung, Priorisierung und Lösung von Medikationsproblemen [1].

Die bestfrequentierte Parallelsession war ebenfalls ganz dem Thema Medikationssicherheit gewidmet und umfasste die Präsentation von konkreten Verbesserungsprojekten im Spital- und Heimsetting in der Schweiz und in den USA [2].

Am Kongress wurden drei Posterpreise vergeben.
Der Forschungspreis ging an unsere GSASA-Kollegin *Petra Strub* und ihre Gruppe aus dem St. Clara Spital und der Universität Basel. Mit einer Kombination aus elektronischer Verordnung, Prozessstandardisierung und Beratung durch klinische Pharmazeuten wurde dort die Fehlerrate in der Krebsbehandlung (Chemotherapie) deutlich gesenkt.

Der Kongress hat gezeigt, dass sich viel tut in der Schweiz. Immer mehr Gesundheits-Professionals und Institutionen arbeiten aktiv an der Fehlerprävention. Klar ist auch: Fehler in der Gesundheitsversorgung sind nicht ein Problem unsorgfältiger Arbeit von Einzelnen, sondern ein gewaltiges Systemproblem, ein Public Health Problem. Medikationssicherheit ist einer der Hotspots der Patientensicherheit. Spitalapotheker sind ideal positioniert, um zur Verbesserung der Patientensicherheit durch Optimierung der Medikationssicherheit beizutragen.

Herr Prof. Dieter Conen überreicht Frau Petra Strub, Spitalapothekerin St. Clara Spital, den Forschungspreis.

Referenzen

Internationaler Kongress: Programm, Bilder & Präsentationen
www.patientensicherheit.ch/kongress
[1] http://www.patientensicherheit.ch/de/aktuell/Kongress-2011/Pr-sentationen/Preconference-28--November-2011.html
[2] http://www.patientensicherheit.ch/de/aktuell/Kongress-2011/Pr-sentationen/Dienstag-29--November-2011.html;

Kontakt

Carla Meyer; meyer@patientensicherheit.ch

Veranstaltungskalender 2012

Kollege Thomas Zysset hat vom Vorstand die Aufgabe übernommen, den Veranstaltungskalender der GSASA zu koordinieren. Dies bedeutet, dass er mit der Industrie die Daten der Vortragsveranstaltungen, Symposien, Meetings usw. zu koordinieren versucht. Thomas Zysset bittet alle, die von einer Veranstaltung wissen, diese bei ihm anzumelden. Er wird versuchen, sicherzustellen, dass nicht zwei Veranstaltungen in derselben Woche stattfinden oder sich womöglich noch im Themenkreis konkurrenzieren. Er ist auch zuständig für die Erteilung der FPH Punkte für die Fortbildungsveranstaltungen.
Diese Veranstaltungen werden regelmässig im GSASA Journal (Rubrik "Veranstaltungskalender") publiziert. Sie finden sie aber auch auf unserer Homepage.

www.gsasa.ch

Vergleichen Sie auch die Agenda der Veranstaltungen im pharmaJournal *(Schweizer Apothekerzeitung).*

Calendrier de manifestations 2012

Sur mandat du comité de la GSASA, notre confrère Thomas Zysset est chargé de coordonner le calendrier des diverses manifestations de formation continue. Concrètement il essaiera de coordonner, avec l'industrie, les dates des différents symposia, conférences, réunions etc. afin d'éviter une collusion de dates, voire même de thèmes traités.
Thomas Zysset vous est reconnaissant de lui faire part de toute manifestation dont vous auriez connaissance. Il est également compétent pour l'attribution des points FPH pour les manifestations de formation continue.
Ces manifestations vous seront communiquées périodiquement dans la rubrique « Calendrier de manifestations » du GSASA Journal. Vous les trouverez aussi sur notre homepage.

www.gsasa.ch

Consultez aussi l'agenda des manifestations du pharmaJournal *(Journal Suisse de Pharmacie).*

Daten in 2012	Ort	Veranstaltung / Veranstalter: Titel der Veranstaltung	Informationen	Kreditpunkte GSASA Spital-pharmazie	Kreditpunkte GSASA klin. Pharmazie	Kosten
2012	Online	FPH-Fortbildung für Apotheker / Formation continue FPH pour pharmaciens: „online academy“	www.online-academy.ch	6.25 pro Fortbildungsartikel Höchstens 25/Jahr	6.25 pro Fortbildungsartikel Höchstens 25/Jahr	
Diverse	Zürich	Agfam Kursprogramm Pharmazie-Medizin	www.agfam.ch 043 541 11 55	25 bis 50 (siehe Kursprogr.)	25 bis 50 (siehe Kursprogr.)	½ Tag: CHF 220 1 Tag: CHF 420
21. Jan.	Lugano	Update in medicina interna	congressi.med-ocl@eoc.ch	25	25	0
26. Jan.	Bern	Fortschritte der Pharmakologie: Kardio-vaskuläre Pharmakologie	http://pharmacology.unibe.ch/SSPT2012	45	0	Fr. 80.- (Fr. 100.- on-site)
31. Jan.	Bern	Jahrestagung Forumsante.ch: Die Gesundheit-ein wirtschaftlicher und sozialer Aufschwung für die Schweiz	http://www.forumsante.ch/	40	0	0
15 – 16 mars	Lons le Saulnier	17ème Journées Franco-Suisses de Pharmacie Hospitalière (JFSPH)	andre.pannatier@chuv.ch	75	50	CHF 300.- resp. CHF 250.-
21 – 23 march	Milan	17th Congress of EAHP Special patient groups: Hospital pharmacists creating standards for care	http://www.eahp.eu/Congresses/2012-Congress-Milan-Italy	125	25	Euro 600 - 800
31.3.12 bis 1.4. 14	Diverse	Universität Basel: Zertitikatskurs Betriebsführung für ApothekerInnen	http://www.uniweiterbildung.ch/studienangebot/kursdetails/, mathis@galenicare.com	50 pro Tag	0	1300.- Fr./Tag
20. – 21. April	Basel oder Wintertur	Pharmazeutenkurs: Arzneimittelsicherheit in der Onkologie	Ingrid.Carlen@claraspital.ch	100 (2x50)	0	Fr. 600.-
26 avril	Lausanne	Forum: Automatisation en pharmacie hospitalière	christian.schaeli@phel.ch	25	0	0
23 – 25 mai	Lille	HOPIPHARM: congrès du SYNPREFH	http://www.synprefh.org/	125 (provisoire)	?	?
30 May –1 June	Leuven/ Belgium	ESCP International Workshop: Patients, Infections and the Clinical Pharmacist	http://www.escpweb.org/	100 (provisional)	100 (provisional)	?
21 – 22 juin	Mont-pellier	Journées de printemps de la SFNEP: nutri-tion des maladies chroni-ques et nutrition arti-ficielle à domicile	http://www.journeesdeprint-emps.com/	100 (provisoire)	100 (provisoire)	?
21 – 22 juin	ZH-Kilch-berg	Stiftung für Patientensicherheit : Error & Risk Analysis. ERA-Kurs (Teil 1 und 2)	http://www.patientensicher-heit.ch/de/aktuell.html	100 (2x50)	100 (2x50)	CHF 1700.- resp. CHF 1950.-
8 – 11 Sept.	Barcelona	34th ESPEN Congress: Achieving goals in nutrition	http://espen.org/	175	90	Euro 480.-/585.-
28 Sep-tember	ZH-Kilch-berg	Stiftung für Patientensicherheit: Error & Risk Analysis. ERA-Kurs (Teil 3)	http://www.patientensicher-heit.ch/de/aktuell.html	50	50	
29 – 31 October	Barcelona	41st ESCP European Symposium on Clinical Pharmacy: “Personalised and safe therapy”	http://www.escpweb.org/cms	150 (3x50) (Provisoire)	150 (3x50) (Provisoire)	
14. Nov.	Baden	GSASA-Generalversammlung	www.gsasa.ch	25	0	0
15. – 16. Nov.	Baden	GSASA-Kongress	www.gsasa.ch	75	0	?
23. – 24. Nov.		Sicherer Umgang mit Zytostatika: Basiskurs für Mitarbeitende der Spitalapotheken	Ingrid.Carlen@claraspital.ch	100 (2x50)	0	Fr. 500.-

Update décembre 2011; vgl. auch Agenda unter www.gsasa.ch oder im pharmaJournal von pharmaSuisse

Jetzt bewerben!
Posez votre candidature !

B. Braun Forschungspreis Spitalpharmazie 2012

Prix de recherche B. Braun pour la pharmacie hospitalière 2012

Der B. Braun Forschungspreis Spitalpharmazie hat zum Ziel Innovation, Forschung, Qualitätssicherung und Entwicklungen in der Spitalpharmazie zu fördern.

Pharmazeutische und / oder medizinische Fachpersonen sind eingeladen sich um den Preis zu bewerben. Für Arbeiten nicht älter als Abschluss / Publikation 31. Oktober 2009 steht eine Preissumme von CHF 5'000 zu Verfügung.
Interessiert?

Le prix de recherche B. Braun pour la pharmacie hospitalière, souhaite mettre en valeur l'innovation, la recherche, la sécurité et le développement dans le domaine de la pharmacie hospitalière.

Les professionnels de la pharmacie et / ou de la médecine sont invités à présenter leurs travaux. Seul les dossiers dâtés après le 31 octobre 2009 seront validés.
Un prix de CHF 5'000 est mis en concours.
Etes-vous intéressé?

Wir freuen uns über Ihre Bewerbung unter
Pour plus d'information et pour votre candidature
consultez notre site internet

www.bbraun.ch

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Medical AG | Hospital Care | Chantal van der Voort | Seesatz 17 | 6204 Sempach
Tel. 058 258 54 83 | Fax 058 258 64 83 | chantal.van_der_voort@bbraun.com | www.bbraun.ch

HC1331_12.2011

Drug-related problems in diabetes and transplant patients: an observational study with home visits

P. M. Eichenberger[1], M. Haschke[2], M. L. Lampert[3], K. E. Hersberger[1]

[1] Pharmaceutical Care Research Group, University of Basel, Switzerland
[2] Clinical Pharmacology and Toxicology, University Hospital Basel, Switzerland
[3] Clinical and Hospita! Pharmacy, Cantonal Hospital Bruderholz, Switzerland

Objectives
To get insight into the medication management of diabetes type 2 (DM) as well as solid organ transplant (Tx) patients and to analyse drug-related problems (DRPs) in order to explore opportunities for the provision of pharmaceutical care.
Setting
Seventy-nine Swiss community pharmacies offering internships for pharmacy students.
Methods
Diabetes and transplant patients were recruited in community pharmacies and were interviewed at home by fifth-year pharmacy students who were supervised by a trained investigator, using a specific interview guide developed for this study.
Main outcome measure
Pattern and frequency of DRPs and pattern of medication management.
Results
In total, 22 (Tx patients) and 54 (DM patients) home visits were carried out. Mean age of visited patients was 71.4 ± 8.1 years (DM) and 52.6 ± 13.8 years (Tx). Overall, 37.0% (DM) and 50.0% (Tx) of participants were female. We identified 7.4 ± 2.4 (mean ± SD) DRPs per visited patient, with considerable differences between Tx and DM patients (6.3 ± 1.7 vs. 7.8 ± 2.5). The most frequent DRPs were risk for non-adherence (DM: 61.1 %; Tx: 77.3%), confusion of generic and trade names (DM: 74.1%; Tx: 27.3%), hoarding of over-the-counter medicines (DM: 48.1%; Tx: 4.5%) and prescription-only medicines (DM: 37.0%; Tx: 36.4%), gaps in knowledge about potential interactions (DM: 61.1 %; Tx: 18.2%) and purpose of drugs (DM: 48.1%; Tx: 36.4%). Mean (SD) duration of the visits was 51.7 ± 21.4 min.
Conclusion
Visiting Tx and DM patients in their homes allowed the identification of a wide range of opportunities for pharmaceutical care as well as specific DRPs which most probably would have escaped a medication review in the pharmacy.
Keywords
Community pharmacy – Diabetes type 2 – Home visits – Pharmaceutical care – Solid organ transplantation

Contact for correspondence
Kurt.Hersberger, email: kurt.hersberger@unibas.ch

Article published in: Int J Clin Pharm (2011) 33 : 815-823

Interest of capillary electrophoresis for the quality control of pharmaceutical formulations produced in hospital pharmacy

S. Fleury-Souverain[1], S. Nussbaumer[1,2]; J. Schappler[2]; P. Bonnabry[1,2], J.-L. Veuthey[2]

[1] Pharmacy Department Geneva University Hospitals (HUG), Geneva
[2] School of Pharmaceutical Sciences (EPGL), University of Geneva and Lausanne, Geneva

Study objectives
The aim of this paper is to share the experience of the Geneva University Hospitals' pharmacy regarding the establishment of capillary electrophoresis in the quality control laboratory.
Methods
Six capillary electrophoresis methods have been developed to quantify pharmaceuticals contained in more than 20 different formulations produced by the hospital pharmacy.
Results
All developed capillary electrophoresis methods exhibited good performance with the following main advantages:
low organic solvent consumption, low cost (of capillary) and rapid development.
Conclusion
Capillary electrophoresis, a complementary technique to liquid chromatography, appears as a very attractive alternative for quality control of formulation produced in hospital pharmacy.
Keywords
Capillary electrophoresis – Hospital pharmacy – Quality control

Contact for correspondence
Sandrine Fleury-Souverain, e-mail : sandrine.fleury.souverain@hcuge.ch

Article published in: EJHP Practice (2011) 17(4): 32-34

Comparative safety of antipsychotics in the WHO pharmacovigilance database: the haloperidol case

C. Meyer-Massetti[1], S. Vaerini[1], A. E. Rätz Bravo[2], Ch. R. Meier[1,3], B. J. Guglielmo[4]

[1] Clinical Pharmacy and Epidemiology, Department of Pharmaceutical Sciences, University of Basel, Basel, Switzerland.
[2] Regional Pharmacovigilance Center and Clinical Pharmacology and Toxicology, University Hospital Basel, Basel, Switzerland.
[3] Hospital Pharmacy, University Hospital Basel, Basel, Switzerland.
[4] Department of Clinical Pharmacy, School of Pharmacy, University of California San Francisco, San Francisco, CA, USA.

Background
Starting in 2007, regulatory agencies strengthened label warnings for intravenous haloperidol. Based on adverse drug reaction (ADR) reports of QT prolongation and torsades de pointes, regulatory agencies recommended the use of continuous telemetry or advising against the intravenous administration in general. Intravenous haloperidol is commonly used as a first line treatment for acute delirium. Consequently, the extended warning has caused uncertainty among health care professionals.

Objective
The aim of this study is to critically evaluate the WHO global individual case safety report (ICSR) database VigiBase for QT prolongation, torsades and/or cardiac arrest involving intravenous haloperidol compared to other routes of administration and the antipsychotics olanzapine and quetiapine.

Method
All WHO safety reports (1972–2010) of cardiac reactions associated with haloperidol, quetiapine and olanzapine were evaluated, including dose, route of administration and patient risk factors. Reporting odds ratios for the 3 antipsychotics were calculated.

Main outcome measure
Number of submitted reports on different antipsychotics.

Results
The absolute number of ICSR regarding QT prolongation, torsades and/or cardiac arrest were: haloperidol (365 cases), olanzapine (489) and quetiapine (520). Reporting rates of haloperidol did not increase over the last two decades. 32% of the haloperidol cases involved oral, 16.4% intramuscular and 22.7% intravenous administration. The difference of the reporting odds ratios of haloperidol and quetiapine were not statistically significant. Olanzapine was associated with a slightly lower reporting odds ratio.

Conclusion
While regulatory agencies advise against the use of intravenous haloperidol, review of VigiBase does not reveal that the intravenous route is any more likely to be associated with cardiac adverse events. Furthermore, our results do not demonstrate any additional risk associated with haloperidol when compared with alternative agents. Although pharmacovigilance data does not routinely include a denominator regarding frequency of use, regulatory agencies are currently advising against the use of intravenous haloperidol based on pharmacovigilance, but the number of overall reports is greater for quetiapine and olanzapine when compared to haloperidol. Improved pharmacovigilance approaches are needed to more accurately address the safe, effective use of medicines.

Keywords
Adverse events – Adverse drug reaction database – Adverse drug reactions –Antipsychotic agents – Drug safety – Drug related problems – Medication safety –Pharmacogviliance – QT prolongation – Torsades de pointes – World Health Organization

Contact for correspondence
Carla Meyer-Massetti, e-mail: carla.meyer@unibas.ch

Article published in:
International Journal of Clinical Pharmacy (2011) 33 (5): 806-814

Engagements des pharmaciens militaires de milice dans les bataillons hôpital de l'armée

Nicolas Widmer[1,2], Jean-Marc Krähenbühl[2,3], Patric Kurmann[4], Petra Hürlimann[5], Marco Cecconi[6], Yann Guillod[7], Christophe Friggeri[8], Michael Freudweiler[9] (au nom du bataillon hôpital 2, brigade logistique 1)

[1] Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne
[2] swissYPG, Berne-Liebefeld
[3] Pharmacie 24 SA, Lausanne
[4] Clinique Montbrillant SA, La Chaux-de-Fonds
[5] Hôpital Riviera Site du Samaritain, Vevey
[6] Swiss Dental Center, Zürich
[7] Laboratoire MCL, Niederwangen
[8] Commune de Chalais, Chalais
[9] Relations internationales, Etat-major de l'armée, Berne

Introduction

Le service sanitaire coordonné (SSC) suisse a pour tâche de coordonner l'engagement et la mise à contribution optimale des moyens disponibles en personnel, en matériel et en installations de tous les organes civils et militaires du pays. Le but du SSC est donc de procurer le meilleur soutien sanitaire possible aux patients, en temps normal comme en situation de crise [1, 2]. Cette coordination est notamment une activité importante en vue de la prévention et de la maîtrise d'évènements et de catastrophes extraordinaires. L'exemple récent de la préparation à la pandémie de grippe A/H1N1 a tout particulièrement montré les difficultés à rassembler les efforts de 26 cantons en cas d'urgence dans un état fédéral comme le nôtre [3].

Les partenaires du SSC sont autant civils (alliance suisse des samaritains, cantons, hôpitaux, etc.) que militaires (notamment service sanitaire de l'armée). Dans le domaine militaire, l'armée suisse a recours, parmi d'autres professionnels de la santé, à des pharmaciens de milice, c'est à dire à des pharmaciens civils participant à des missions militaires. Leur engagement principal s'effectue dans un bataillon responsable de fabriquer des médicaments essentiels pour la fourniture d'urgence en Suisse (bat log san 81), ainsi que dans 6 bataillons hôpital (bat hôp)[1] [4].

L'engagement des pharmaciens de milice dans la fabrication de ces médicaments essentiels est réalisé annuellement au profit de la Pharmacie de l'armée, seule structure en main totalement publique capable de fabriquer des médicaments au niveau national. Ses tâches et son organisation ont été décrites dans un numéro précédent du GSASA Journal [5]. Le présent article vise, quant à lui, à présenter l'engagement des pharmaciens de milice dans les structures hospitalières du service sanitaire de l'armée.

Les hôpitaux militaires en Suisse

Au contraire de grands pays voisins qui disposent d'hôpitaux militaires en fonction toute l'année (ex: Hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce à Paris ou Bundeswehrzentral-krankenhaus à Coblence), la Suisse ne dispose pas de telles structures[2]. Ce que l'on appelle actuellement hôpital militaire en Suisse est en réalité un ensemble de militaires incorporés dans un bataillon hôpital [6]. Formellement, les missions d'un tel bataillon sont de pouvoir exploiter:

- une station de soins improvisée,
- un centre opératoire protégé[3],
- un centre de vaccination,
- une station d'isolement,
- un des hôpitaux militaires fixes (illustration 1)[4].

En résumé, le principe est que le personnel de ces bataillons puisse renforcer, en moyens humains et matériels, des structures civiles existantes en cas d'afflux massif de patients dans une situation de crise sanitaire (conflits ou catastrophes naturelles par exemple; illustration 2)[5].

Missions des pharmaciens d'hôpital militaire: histoire et évolution

Les pharmaciens militaires sont localement apparus en Suisse dans les armées cantonales à partir du XVIe siècle déjà. Ils assistaient les médecins présents sur les champs de bataille face aux hécatombes de blessés. À l'époque le gros de l'approvisionnement en médicaments

[1] 4 bataillons actifs et 2 de réserve, attribués à la brigade logistique 1.
[2] L'hôpital de secours d'Andermatt, à la fois civil et militaire constitue une forme d'exception.
[3] Structure d'urgence préexistante située sous bon nombre d'hôpitaux civils.
[4] Complexes hospitaliers principalement souterrains, vestiges de la guerre froide, dont quelques uns sont encore conservés en cas de besoin.
[5] Ce principe actuel contraste avec les concepts du XXe siècle où les hôpitaux militaires étaient prévus pour fonctionner de façon autonome en parallèle aux structures civiles.

Illustration 1. Fiesch (Valais); ancien hôpital militaire, désormais propriété du canton du Valais.

Illustration 2. Tavel (Fribourg); exercice d'évacuation de patients à partir du centre opératoire protégé sous l'hôpital civil.

et matériel de pansement s'effectuait par contre par les pharmaciens de ville [7]. Progressivement, le besoin en pharmaciens s'est fait davantage sentir, comme dans d'autres pays [8, 9], et certains ont été incorporés dans des hôpitaux de campagne[6], à commencer par ceux de Berne au XVIIIe siècle. Lors du siècle suivant, les tâches des pharmaciens dans ces hôpitaux commencent à se préciser, notamment sur la base du modèle allemand. Ils ne seront dès lors plus seulement responsables de l'approvisionnement en médicaments, mais devront gérer également tout l'approvisionnement en matériel sanitaire (i.e. dispositifs médicaux), ainsi que son engagement au profit des soignants [7, 10]. À noter que, durant ce XIXe siècle également, avec la constitution de la Suisse moderne, le concept de milice se formalise et que le premier officier pharmacien de milice fait son apparition[7]. Durant les périodes tourmentées du XXe siècle, les attributions du pharmacien s'étendent encore et celui-ci devra également s'impliquer dans les domaines d'hygiène, de désinfection, puis ensuite aussi dans la problématique NBC (dommages liés aux armes nucléaires, biologiques et chimiques). En 1940, l'armée suisse alla même jusqu'à compter 260 pharmaciens [7]. Ceux qui étaient engagés dans les hôpitaux militaires devaient également être capables de confectionner certains médicaments sur place.

Fort heureusement, à l'heure actuelle, un système sanitaire militaire d'une telle ampleur n'est plus nécessaire. Son importance intrinsèque subsiste toutefois, notamment à la vue de la vulnérabilité croissante de nos sociétés modernes hyper-organisées, impliquant une exposition importante aux risques liés aux catastrophes naturelles, épidémies, conflits localisés ou encore accidents technologiques (cf. exemple récent de Fukushima) [11, 12]. Dans ce contexte, les pharmaciens engagés dans les bataillons hôpital[8] conservent deux des attributions principales mentionnées ci-dessus [13]:

- gestion et approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux,
- coordination des tâches d'hygiène hospitalière.

La responsabilité de la fabrication autonome des médicaments a, pour sa part, disparue au début des années 2000, l'approvisionnement s'effectuant actuellement de façon centralisée via la Pharmacie de l'armée (cf. Introduction)[9].

Engagements actuels des pharmaciens d'hôpital militaire

Afin de mieux illustrer ces deux missions principales, nous les présentons ici dans le cadre d'engagements récents effectués par un des bataillon hôpital suisse (bat hôp 2), pouvant opérer dans tout le pays. Deux types d'engagements ont été considérés:

- camps de l'armée pour handicapés (CAH; 2005 et 2010, Fiesch en Valais; illustration 3) [14],
- exploitation de deux homes pour personnes âgées (EMS; 2008, canton de Neuchâtel [15]) et soutien du service d'hygiène d'un autre home (2011, canton de Nidwald).

Ces engagements ont été choisis car ils présentent des intérêts militaires et civils convergents. Tout en soulageant le personnel soignant civil impliqué habituellement dans la prise en charge des personnes handicapées ou âgées, ils offrent la possibilité au service sanitaire de l'armée, donc aussi aux pharmaciens militaires, d'exercer les processus de travail et de soin avec des patients réels. À noter que ce type d'engagement se rapproche de ce qui est appelé un engagement subsidiaire de l'armée, c'est-à-dire un engagement au profit direct des autorités civiles, qui peut être réalisé en urgence en cas de crise, voire de façon planifiée en cas de besoin régulier [16]. Les engagements précités s'écartent toutefois de cette définition en ce sens que la proposition d'engagement provenait de l'armée et non pas d'un besoin avéré des autorités civils. Quoi qu'il en soit, de telles missions ont permis d'offrir une formation très pratique au personnel médical, soignant et médico-technique du bataillon, cela afin de se préparer de façon optimale pour

[6] Un hôpital de campagne est un hôpital de fortune, sous tente, dont le premier fut probablement créé vers 1475 en Espagne par la reine Isabelle de Castille et incorporant déjà un pharmacien (Maestre Jaime Pascual) [8,9].
[7] Capitaine Bernhard Friederich Studer, responsable du «magasin sanitaire» à Berne [7].
[8] Deux officiers pharmaciens sont officiellement incorporés par bataillon. De plus, des soldats et sous-officiers pharmaciens, droguistes ou assistant(e)s en pharmacie font aussi fréquemment partie de l'effectif des bataillons.
[9] La Pharmacie de l'Armée s'approvisionne, quant à elle, en partie grâce à sa fabrication propre (avec le soutien du bat log san 81) et en partie auprès des industries pharmaceutiques civiles.

Illustration 3. Fiesch (Valais); hôtes du camp de l'armée pour handicapés 2010 et personnel militaire.

Illustration 4. Fiesch (Valais) ; gestion du dépôt central de matériel sanitaire de la pharmacie bat hôp 2.

d'éventuels engagements en cas de crise.
Lors de ces engagements, les activités de logistique sanitaire suivantes ont été assumées:

- gestion centralisée des médicaments et dispositifs médicaux (illustration 4),
- aide à la gestion des pharmacies des unités de soin.

Ces activités correspondent aux attributions classiques des pharmaciens militaires et s'effectuent également en collaboration étroite avec des logisticiens spécialisés. Elles s'effectuent tant au profit du personnel soignant que des collègues responsables du laboratoire médical et de celui de contrôle d'hygiène (commande des réactifs de laboratoire, etc.). La gestion des dispositifs médicaux n'est pas une activité usuelle des pharmaciens d'hôpitaux civils suisse. Elle se rapproche par contre de celle des pharmaciens hospitaliers civils français, voire en partie des pharmaciens impliqués dans l'hospitalisation à domicile. Dans d'autres armées étrangères, cette tâche échoit aussi classiquement aux pharmaciens, qui se trouvent ainsi amenés à collaborer avec leurs homologues des ONG lors d'interventions dans des zones de conflits ou sinistrées [17].
En parallèle à ces deux activités de base, de nouvelles tâches interdisciplinaires orientées plus directement vers la clinique ont également été accomplies durant ces engagements:

- suivi ponctuel de la visite médicale,
- "medication review" au profit des médecins pour certains patients d'EMS,
- préparation des semainiers pour les patients du CAH,
- participation au suivi des contrôles d'hygiène et des mesures de désinfection (illustration 5).

Les trois premières de ces tâches sont relativement en phase avec l'évolution actuelle de la profession dans le contexte civil et pourraient être aussi assumées lors d'engagement des bataillons hôpital en cas de crise, en soutien de structures civiles existantes.

Conclusion

À l'heure actuelle, l'armée suisse repose principalement sur un système de milice[10]. Ce système désigne un principe d'organisation issu de l'idée démocratique selon laquelle le citoyen qui en a les capacités doit assumer des charges et des tâches publiques à titre extraprofessionnel et bénévole [6, 18-20][11]. Depuis l'époque napoléonienne, ce modèle de service militaire a permis de lever des forces humaines très importantes tout en s'économisant le besoin de maintenir constamment des professionnels sur pied. Il est toutefois actuellement en net recul dans les armées occidentales [20, 21] et aussi régulièrement remis en question en Suisse [22].
Quoi qu'il en soit, dans le système actuel, même si le service militaire représente une forme de servitude, un bataillon hôpital peut constituer un environnement pluridisciplinaire intéressant pour un(e) jeune pharmacien(ne) en parallèle à ses activités civiles. En effet, comme décrit dans cet article, il (elle) a l'occasion d'y travailler en étroite collaboration avec ses collègues médecins, infirmiers, dentistes, spécialistes en laboratoire médical/hygiène et logisticiens, grâce à la taille relativement petite d'un tel bataillon (moins de 400 personnes tout compris)[12]. Ainsi, durant ces engagements, le pharmacien peut développer pratiquement ses capacités de gestion, de communication (dans un environnement plurilingue) et d'imagination dans un emplacement toujours différent en Suisse. Il doit également apprendre à travailler avec des contraintes importantes, notamment en temps et en matériel. Cela peut constituer un atout dans ses activités professionnelles civiles. De plus, la gestion du matériel sanitaire et l'implication dans le service d'hygiène lui offre temporairement une ouverture professionnelle plus grande que dans sa pratique civile.
À l'inverse, le service sanitaire de l'armée peut également retirer un bénéfice de l'engagement de pharmaciens de milice dans les bataillons hôpitaux. Ces pharmaciens peuvent apporter de l'innovation et des

[10] Tout comme d'autres institutions étatiques suisses, notamment notre système politique.
[11] Cette conception s'inspire, entre autres, du contrat social cher au philosophe Rousseau, qui lie le citoyen à l'Etat au travers d'un ensemble de droits, mais aussi de devoirs.
[12] Cette collaboration s'étend d'ailleurs souvent encore au delà du strict domaine médical/soignant et médico-technique (ex: conduite et exploitation militaire et civile, aumônerie, etc.).structures civiles.

compétences acquises dans le cadre de leur profession civile. Le monde (bio)médical et pharmaceutique évolue effectivement très vite. Même si chacun espère qu'il ne faudra pas avoir recours à leurs services dans un avenir proche, les bataillons hôpital se doivent en effet aussi de suivre cette évolution dans un monde en mutation (nouveaux médicaments et technologies, systèmes d'informations et de monitoring, etc.) [23].

Remerciements

Nos remerciements tout particuliers vont au pharmacien chef de l'armée, le colonel Heinz Moll, pour son soutien à cet article et sa relecture du manuscrit, de même qu'à tous ses collaborateurs pour leurs précieux services et prestations durant les cours de répétition réalisés ces dernières années. Nos remerciements s'adressent aussi aux pharmaciens du bat hôp 2 impliqués dans les engagements décrits (Patrick Frein, Nicolas Fotinos, Alain Piquerez, Fabien Terranova), ainsi qu'aux nombreux collègues et camarades du bataillon hôpital 2 pour tout leur travail et collaboration au profit de ces engagnements.

Illustration 5. Stans (Nidwald); remorque engagée pour la désinfection à haut débit de la literie du Wohnheim Nägeligasse.

Références

[1] Bureau du Service sanitaire coordonné. Service sanitaire coordonné (SSC). Berne: Base logistique de l'armée; 2011 [citation du 14 novembre 2011]; http://www.ksd-ssc.ch/.
[2] Le Mandataire du Conseil fédéral pour le service sanitaire coordonné SSC. Prospectus SSC. Berne: Confédération suisse; 2011.
[3] Pannatier A. Grippe AH1N1 quand la vaccination se grippe. GSASA Journal 2009; 23(4): 73.
[4] Brigade logistique 1. Organigramme (OB). Berne: Base logistique de l'armée; 2011 [citation du 14 novembre 2011]; http://www.lba.admin.ch/internet/lba/fr/home/verbaende/logbr/organisation/ob.html.
[5] Kussmann S. Amtsapotheker und ihre vielseitigen Tätigkeiten: Ein Gespräch mit Heinz Moll, Armeeaoptheker. GSASA Journal 2008; 22(2): 55-8.
[6] Fondation DHS. Dictionnaire historique de la Suisse. Berne, Bellinzone et Coire; 2011.
[7] Dreifuss E. Die Entwicklung der schweizerischen Militärpharmazie im Lauf der Jahrunderte. In: Dreifuss E. Die Entwicklung der schweizerischen Armeesanität und Militärpharmazie. Bern: Bundesamt für Sanität; 1994. p. 45-9.
[8] Guitard E-H. En Espagne, la pharmacie militaire se confond à l'origine avec l'apothicairerie du prince. Revue d'Histoire de la Pharmacie 1964; 52(181-182): 127.
[9] Damme V. The history of military pharmacy – a survey. 63rd FIP Congress; 2003; Sydney.
[10] Evatt GJ. Notes on the Medical Corps of the Swiss Army. British Medical Journal 1885; 1(1269): 828-30.
[11] Julliand D. De la vulnérabilité des sociétés modernes. Revue Militaire Suisse 2008; (3): 13-9.
[12] Commission extraparlementaire: Plate-forme nationale «Dangers naturels» PLANAT. Berne: Confédération suisse; 2011 [citation du 14 novembre 2011]; http://www.planat.ch/.
[13] Sanitätsdienst der Armee [Entwurf des Grundlagenreglementes für den Sanitätsdienst der Armee], 59.020 d San D A; 2007.
[14] Freudweiler M. CAH 2010: Un engagement enrichissant. armée.ch: Brigade logistique 1 2010; 10(2): 6-8.
[15] Illi M. L'exploitation de deux homes pour personnes âgées : un défi hors du commun. Armée actualités: Brigade logistique 1 2008; (2): 23-5.
[16] Schwab P. Le principe de subsidiarité et les engagements de l'armée au profit des autorités civiles: un concept à géometrie variable. Military Power Revue 2007; (3): 38-46.
[17] International Pharmaceutical Federation. La Haye: Military and Emergency Pharmacy Section; 2011 [citation du 14 novembre 2011]; http://www.fip.org/mo_im_military.
[18] Rousseau JJ. Du contrat social ou Principes du droit politique. Rey M-M, Amsterdam; 1762.
[19] Jaurès J. L'armée nouvelle. Paris: Edition populaire l'Humanité; 1915.
[20] Rickli J-M. Le déclin de la conscription en Europe depuis la fin de la guerre froide. Revue Militaire Suisse 2011; Thématique obligation de servir: 7-12.
[21] Boëne B. Shifting to all-volunteer armed forces in Europe, 1994-2011: Why, how, with what effects. Revue Militaire Suisse 2011; Thématique obligation de servir: 13-23.
[22] Oui à l'abrogation du service militaire obligatoire: Résolution du Comité directeur du Parti socialiste suisse (29 mai 2010).
[23] Widmer N, Bezençon J, et al. La Pharmacie en mutation. pharmaJournal 2011; 149(16): 19.

Contact: nicolas.widmer@chuv.ch

Crédits photographiques: illustrations 1, 2, 5: Nicolas Widmer, pharm chef bat hôp 2;
illustration 3: Gazette de Fiesch du 22 juin 2010 (journal officiel du CAH);
illustration 4: Nadine Geissbühler, service de communication de la Base logistique de l'armée.

Einsätze der Miliz-Militärapotheker in den Spitalbataillonen der Armee

(deutsche Zusammenfassung des vorhergehenden Artikels)

Nicolas Widmer[1,2], Jean-Marc Krähenbühl[2,3], Patric Kurmann[4], Petra Hürlimann[5], Marco Cecconi[6], Yann Guillod[7], Christophe Friggeri[8], Michael Freudweiler[9] (im Namen des Spitalbataillon 2, Logistik Brigade 1)

[1] Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne
[2] swissYPG, Bern-Liebefeld
[3] Pharmacie 24 SA, Lausanne
[4] Clinique Montbrillant SA, La Chaux-de-Fonds
[5] Hôpital Riviera Site du Samaritain, Vevey
[6] Swiss Dental Center, Zürich
[7] Labor MCL, Niederwangen
[8] Commune de Chalais, Chalais
[9] Internationale Beziehungen, Armeestab, Bern

Milizapotheker (d.h. zivile Apotheker, die sich an militärischen Aufgaben beteiligen) sind in verschiedenen Einheiten der Schweizer Armee eingeteilt, hauptsächlich in einem Bataillon, das essentielle Arzneimittel für die Notfallversorgung in der Schweiz herstellt, sowie in sechs Spitalbataillonen. Im Rahmen des *Koordinierten Sanitätsdienstes* obliegt letzteren im Krisenfall der Betrieb

- einer improvisierten Pflegestation,
- einer geschützten Operationsstelle,
- eines Impfzentrums,
- einer Isolierstation,
- eines der ständigen Militärspitäler.

Die traditionellen Aufgaben der Apotheker in diesem Rahmen sind:

- die Bewirtschaftung der Arzneimittel und Medizinprodukte des Spitals,
- die Koordination der Aufgaben der Spitalhygiene.

Zur Veranschaulichung stellen wir diese Aufgaben im speziellen Rahmen von kürzlich durchgeführten Einsätzen zugunsten der Zivilbevölkerung vor. Zwei Typen von subsidiären Einsätzen wurden ausgewählt:

- Armeelager für Behinderte (AIB; 2005 und 2010 im Wallis),
- Betrieb von zwei Altersheimen (2008 im Raum Neuenburg) und Unterstützung des Hygienedienstes in einem weiteren Heim (2011 im Kanton Nidwalden).

Diese Einsätze wurden gewählt, weil sie übereinstimmende militärische und zivile Interessen aufzeigen. Sie entlasten das zivile Pflegepersonal, das üblicherweise für die Betreuung der behinderten oder betagten Personen zuständig ist und bietet gleichzeitig dem Sanitätsdienst der Armee und damit auch den Militärapothekern die Möglichkeit, die Arbeits- und Pflegeprozesse mit richtigen Patienten einzuüben.

Bei den drei ausgewählten Einsätzen wurden folgende Logistikaktivitäten übernommen:

- zentralisierte Versorgung und Bewirtschaftung der Arzneimittel und Medizinprodukte (Bestellungen hauptsächlich bei der Armeeapotheke),
- Mithilfe bei der Führung der Apotheken der Pflegestationen.

Parallel dazu konnten interdisziplinäre Aufgaben mit einem direkteren klinischen Bezug erfüllt werden:

- punktuelle Begleitung von Arztvisiten,
- «Medication Review» bei einzelnen Heimpatienten,
- Vorbereitung der Wochendosierboxen in den AIB,
- Teilnahme an der Überwachung der Hygienekontrollen und anschliessenden Desinfektionsmassnahmen.

Ein Spitalbataillon bildet somit ein interessantes Umfeld für junge Apothekerinnen und Apotheker. Es besteht die Möglichkeit zur engen, kollegialen Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegepersonal, Zahnärzten, Spezialisten in Labormedizin/Hygiene und Logistikern. Während dieser Einsätze können sie ihre Führungsqualitäten, Kommunikationsfähigkeiten (in einem mehrsprachigen Umfeld) und Vorstellungskraft entwickeln, was ein Pluspunkt für die zivile Berufstätigkeit ist. Sie lernen auch, mit erheblichen Sachzwängen zu arbeiten, insbesondere bezüglich Zeit und Material. Umgekehrt kann der Sanitätsdienst der Armee einen Nutzen aus dem Einsatz von Milizapothekern ziehen, da sie Innovationen und ihre im Rahmen der zivilen Berufstätigkeit erworbenen Fachkenntnisse einbringen können.

Cette rubrique n'engage pas la responsabilité de la rédaction / Rubrik unter Verantwortung der Industrie

Identification normalisée dans le domaine de la santé

L'utilisation des standards GS1 permet à l'hôpital d'intégrer les informations que ses fournisseurs mettent sur les produits et ainsi de prolonger leur traçabilité jusqu'à leur utilisation. Un gage de sécurité pour le patient et le personnel hospitalier.

Les possibilités d'utilisation active des codes-barres se développent rapidement et hospINDEX, par exemple, intègre progressivement ces informations pour les doses unitaires.

De nombreux acteurs de la santé, en Suisse et à l'étranger s'engagent pour que les injectables portent prioritairement un code GS1 Datamatrix.

Les pharmacies hospitalières utilisent ces mêmes standards pour l'identification et la traçabilité de leur production.

Efficience et sécurité

La mission de Medinorma est de vous aider à développer le concept nécessaire au suivi des médicaments et des fournitures médicales, de vous soutenir dans vos relations avec les fournisseurs et de vous accompagner dans la mise en oeuvre d'un suivi logistique complet.

Promoteur de l'utilisation des standards internationaux GS1, Medinorma est le conseiller privilégié de nombreuses plateformes hospitalières, d'organisations internationales et de fournisseurs.

Medinorma Sàrl
34, Grand-Rue
CH-1180 Rolle
Tél. +41 (0)21 825 32 19
info@medinorma.ch
www.medinorma.ch

Medinorma
Le spécialiste de l'identification normalisée dans le domaine de la santé