

# Herausforderungen und Weiterentwicklung für die nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren

Sonja Baumann, Brigitte Benkert, Nereide Curreri, Nathalie IH Wellens, Emmanuelle Poncin, Jianan Huang & Franziska Zúñiga<sup>1</sup>

Mit der Messung der nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren (MQI) seit 2019 haben die Pflegeheime einen Schritt hin zu öffentlichem Rapportieren von Qualitätsmerkmalen gemacht. NIP-Q-UPGRADE zeigt nach einer ersten Feldstudie aktuelle Herausforderungen im Bereich der Datenqualität der MQI auf und erarbeitet gemeinsam mit Pflegeheimen und anderen Akteur\_innen Lösungen.

**D**as nationale Implementierungsprogramm NIP-Q-UPGRADE zielt darauf, die Pflegeheime bei der Arbeit mit den nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren (MQI) zu unterstützen. Zum Start von NIP-Q-UPGRADE führten wir eine Kontextanalyse in Form einer Feldstudie mit schweizweit 20 freiwillig teilnehmenden Pflegeheimen mit 145 Personen durch, um die aktuellen Praktiken und Herausforderungen rund um die Messung und aktive Nutzung der MQI zu verstehen. Wir besuchten elf Heime in der deutschsprachigen, sechs in der französischsprachigen und drei in der italienischsprachigen Schweiz, die Lebensraum für 28 bis 255 Bewohnende bieten. Die Mehrheit der Befragten waren Heimleitungen oder Leitungen Pflege (je 17%), gefolgt von Fachpersonen Gesundheit/Betreuung (16%), diplomierten Pflegefachpersonen (12%) und Assistenz- und Hilfspersonen (11%). Zusätzlich wurden Interviews geführt mit Pflegeexpert\_innen, Expert\_innen für Bedarfserhebungsinstrumente, Qualitätsmanager\_innen, Haus-/Heimärzt\_innen, Pharmazeut\_innen und administrativem Personal. Alle Teilnehmenden berichteten in Interviews von ihren Strukturen, Prozessen sowie Erfahrungen zu den MQI oder zeigten dem Studienteam die konkrete Arbeit.

In BESA und Plaisir/Plex (Bedarfserhebungsinstrument der französischsprachigen Schweiz) werden die MQI in ein extra Softwareprogramm eingegeben, wohingegen sie beim RAI-Assessment aus dem Bedarfserhebungsbogen ausgelesen werden. Als Hilfsmittel und Unterstützung bei der Definition der MQI und der Beschreibung der Daten-



© gettyimages / Morsa Images

Als Qualitätsindikatoren werden in den befragten Pflegeheimen auch bewegungseinschränkende Massnahmen, Schmerzkonzepte und die Polymedikation anvisiert.

erfassung dienen die online abrufbaren „Faktenblätter Qualitätsindikatoren“ vom ARTISET Branchenverband Curaviva (2024), dem Branchenverband der Dienstleistenden für Menschen im Alter.

Die Teilnehmenden berichteten uns von vielen positiven Entwicklungen seit Einführung der MQI. So reduzierten sich in nahezu allen Pflegeheimen bewegungseinschränkende Massnahmen deutlich, Schmerzkonzepte wurden eingeführt und die Polymedikation in den Fokus genommen. Gleichzeitig gibt es einige Herausforderungen rund um die MQI, die nachfolgend beschrieben sind.

## Strukturen und Prozesse

### Personalbestand

Wenn in Pflegeheimen ein Mangel an Pflegefachpersonen insbesondere auf Tertiärstufe vorherrscht, kann dies zu

<sup>1</sup> im Namen des NIP-Q-UPGRADE-Consortiums

unzuverlässigen klinischen Bewertungen und zur Verlagerung von Aufgaben führen. So sind beispielsweise mehr als die Hälfte der Pflegeheime in unserer Kontextanalyse auf Temporärmitarbeitende angewiesen. Aufgrund ihrer kurzen Anwesenheit in einer Wohngruppe haben sie nicht die Möglichkeit, die Bewohnenden gut kennenzulernen. Das erschwert eine genaue Beurteilung der Bewohnenden, insbesondere bei kognitiven Beeinträchtigungen, z. B. bei der Beurteilung von Schmerzen. Um den Personalbestand zu stabilisieren, haben einige Pflegeheime einen internen Pool von Aushilfen eingerichtet. Wir beobachteten auch, dass aufgrund des Personalbestands die Datenerfassung für die MQI manchmal an Assistenzpersonen übertragen wird, die keine spezifische Ausbildung für eine zuverlässige klinische Bewertung und Datenerfassung haben. Die Klärung der Rolle der Assistenzpersonen und die gezielte Wissensvermittlung zu den MQI ist hier essenziell. Andere Pflegeheime lösten den engen Personalbestand auf Tertiärniveau, indem der Pflegekader die Dateneingabe ins MQI-System übernahm, um den diplomierten Pflegefachpersonen Zeit für ihre Kernaufgaben zu ermöglichen.

### **Systematische Zusammenarbeit mit Haus- und Heimärzt\_innen**

Die Zusammenarbeit ist besonders wertvoll bei den MQIs „Polymedikation“ und „Mangelernährung“ sowie bei der Einschätzung der Lebenserwartung. So wurde uns die Zusammenarbeit mit Haus- und Heimärzt\_innen in allen teilnehmenden Pflegeheimen als personenabhängig beschrieben. Nach Aussage unserer Interviewten sind einige Heim-/Hausärzt\_innen offen und fragen diplomierte Pflegefachpersonen nach ihrer Einschätzung zur Polymedikation, während andere wenig Interesse an einer gemeinsamen Bewertung und Diskussion der Medikation und daraus resultierender Reduktion von Wirkstoffen zeigen.

Eine Leitung Pflege erläuterte, wie auf der Grundlage der Ergebnisse des MQI „Polymedikation“ im Benchmarking-Bericht ein Projekt gestartet wurde. Bei den Hausärzt\_innen erfuhr jenes Pflegeheim unterschiedliche Unterstützung: Einige waren angeblich nicht interessiert, andere zeigten ein grösseres Bewusstsein für das Thema. Eine andere Leitung berichtete, dass sie die Diskussionen über Polymedikation einer diplomierten Pflegefachperson übertragen hatte, die das Thema mit allen Hausärzt\_innen besprach. Dank ihrer grossen Erfahrung und Kompetenz konnte das Pflegeheim den MQI „Polymedikation“ insgesamt deutlich senken.

Einzelne Pflegeheime reduzierten die Zahl der kooperierenden Hausärzt\_innen, mit denen man alle Themen besprach und kontaktierten die Apotheken mit ihrer zusätzlichen Expertise zur Beurteilung der Polymedikation.

Beim MQI „Mangelernährung“ melden die Teilnehmenden positiv zurück, dass eine Behandlung im interprofessionellen Team erfolgt. Da sie sich mit Emails austauschen, ist der Zeitaufwand hier für alle Beteiligten gering. Bei der Beurteilung der Lebenserwartung, ein Ausschlusskriterium für die Berechnung des MQI „Mangelernährung“ (CURAVIVA, 2024), ergab sich ein gemischtes

Bild: Während die einen das Thema mit einzelnen Heim-/Hausärzt\_innen gemeinsam diskutierten, verstanden andere die Frage als rein ärztliche Einschätzung der Situation. Dabei ist wichtig zu betonen, dass eine Einschätzung nicht mit Entscheidungen über die weitere Therapie verbunden ist. Der Zweck ist lediglich, zu ermitteln, ob von den spezifischen Situationen der Bewohnenden ein Gewichtsverlust zu erwarten ist.

### **Assessmentzeitpunkt**

In vielen Pflegeheimen wird das Gewicht der Bewohnenden regelmässig gemessen, um sowohl unerwartete Gewichtsverluste als auch Gewichtszunahmen zu überwachen und so frühzeitig veränderte Gesundheitszustände wie z. B. Herzversagen, Lebensende, Appetitlosigkeit usw. zu erkennen. Die Pflegeheime, die über Schwierigkeiten bei der regelmässigen Gewichtserfassung berichten, nennen Herausforderungen, die auf kontextuelle Hindernisse im Tagesablauf zurückzuführen sind. Auch spielt die Tagesform der Bewohnenden eine wichtige Rolle: Je nachdem, wie viel Unterstützung sie bei der Gewichtsmessung benötigen, kann dies zu Verschiebungen des Messzeitpunkts führen. Information, Dokumentation des Vorgehens und der aktive Einbezug der Bewohnenden erleichtern die Gewichtserfassung.

### **Schnittstellen verschiedener IT-Produkte im parallelen Einsatz**

Viele Teilnehmende der Studie äussern, dass sie doppelt dokumentieren müssen aufgrund fehlender Schnittstellen zwischen der Dokumentation der Bewohnenden und den Instrumenten der Bedarfserhebung. Die Beteiligten suchen aktuell nach Lösungen, um das administrative Hindernis zu senken. Parallel sucht NIP-Q-UPGRADE nach Möglichkeiten zur Vereinheitlichung von Algorithmen in den Dokumentationen der Bewohnenden, die die Zuverlässigkeit der Berechnung von Gewichtsverlust und Polymedikation verbessern.

### **Messvorgaben der MQI**

Die Beobachtungen während der Studie zeigten auch Unklarheiten bei den Vorgaben zur Messung verschiedener MQI. Obwohl z. B. die Messung der Schmerzintensität auf nationaler Ebene klar definiert ist, werden in der klinischen Praxis verschiedene Schmerzskalen verwendet (Numerische Rating Skala (NRS), Visuelle Analog-Skala (VAS) etc.). Dabei ist unklar, wie die Resultate vergleichbar gemacht werden können. Auch für den MQI „Polymedikation“ sind nicht alle Regeln zum Zählen der Wirkstoffe verständlich und es gibt Situationen, die die nationalen MQI-Regeln noch nicht abdecken. Es wurde festgestellt, dass verschiedene Softwares für ähnliche Situationen unterschiedliche Berechnungen durchführten, was je nach benutzter Software zu nicht vergleichbaren Ergebnissen unter den Pflegeheimen führt. Hier arbeitet das NIP-Q-UPGRADE-Team mit verschiedenen Interessengruppen an der Aktualisierung der Prozesse, um eine einheitliche Grundlage zu schaffen.

## Individuelle Wahrnehmungen der MQI

### Wahrnehmungen und Kenntnisse

Wir trafen in unserer Studie auf unterschiedliche Wahrnehmungen und Kenntnisse zu den Indikatoren. Das Bewusstsein, dass mit den Instrumenten zur Bedarfsermittlung (RAI-NH, BESA, Plaisir/Plex) Daten für die MQI gesammelt werden, war an der Basis gering. Ausserdem kannten nur wenige Teilnehmende die Faktenblätter zu den medizinischen Qualitätsindikatoren von CURAVIVA (2024). Die online abrufbaren Faktenblätter geben unter anderem Hinweise zur Datenerhebung und sind unabhängig von einer Mitgliedschaft bei CURAVIVA abrufbar. Die Beobachtungen in den Heimen zeigten jedoch auch, dass die Faktenblätter ein Update brauchen, um unklare Situationen, wie z.B. den Umgang mit geteilten Bettgittern, deutlicher zu klären.

### Nutzbarkeit der MQI

Die meisten der Teilnehmenden halten die MQI für sinnvoll, unter der Voraussetzung, dass die daraus resultierenden Benchmark-Daten für die interne Qualitätsverbesserung zuverlässig sind und genutzt werden können. Rund drei Viertel der teilnehmenden Pflegeheime haben bereits aufgrund der MQI-Ergebnisse individuelle Projekte zur Qualitätsverbesserung durchgeführt. Die Teilnehmenden in der französisch-sprachigen Schweiz, die mit Plaisir/Plex arbeiten, haben keine Rückmeldung zu ihren MQI-Daten der Vorjahre erhalten, sehen dementsprechend auch wenig Nutzen in der Datenerhebung und können keine Veränderungen in der klinischen Praxis daraus ableiten. Es ist zu erwähnen, dass die Teilnahme an der Studie auf freiwilliger Basis erfolgt. Die Wahrnehmung der Nützlichkeit spiegelt möglicherweise nicht den allgemeinen nationalen Trend wider.

## Weiterentwicklungen

Die Förderung und Unterstützung einer Kultur der datengestützten Qualitätsverbesserung in der stationären Langzeitpflege ist der Schlüssel zur Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege für alle Bewohnenden. Dies haben wir in einigen Pflegeheimen bereits im Aufbau respektive in der Umsetzung gesehen. Diese Kultur baut auf gemeinsamem Verstehen und Erheben der MQI mit allen Beteiligten auf. Verschiedene Pflegeheime bieten Schulungen an, um den Hintergrund und das Ziel medizinischer Qualitätsindikatoren zu vermitteln und damit Kenntnisse zu den MQI zu erhöhen: „Die Qualitätsindikatoren helfen, die Qualität im eigenen Pflegeheim in Bezug auf das gemessene Thema zu überprüfen“ (CURAVIVA, 2024, S. 3). Die Kultur der datengestützten Qualitätsverbesserung wird unterstützt, wenn Daten gemeinsam besprochen werden und hinterfragt wird, wie sie zu Stande kommen. So kann hinsichtlich der Datenqualität analysiert werden, ob es ein Problem im Prozess der Messung, bei Strukturen oder bei Wahrnehmungen und Kenntnis-

sen gibt. Ziel ist schlussendlich eine Verbesserung der Versorgungsqualität im Dialog mit und für die Bewohnenden sowie deren Angehörigen.

## Literatur

CURAVIVA (2024). *Medizinische Qualitätsindikatoren*. <https://www.curaviva.ch/Fachwissen/Medizinische-Qualitaetsindikatoren/PR0oS/>



**Sonja Baumann, RN, MScN**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
Pflegerwissenschaft – Nursing Science  
(INS), Universität Basel

sonja.baumann@unibas.ch

**Brigitte Benkert**, wissenschaftliche Mitarbeiterin  
NIP-Q-UPGRADE, Pflegewissenschaft – Nursing Science,  
Department Public Health, Universität Basel

**Nereide Curreri**, Forscherin, Kompetenzzentrum Alter,  
Fachhochschule SÜDSCHWEIZ

**Nathalie IH Wellens**, Wissenschaftliche Co-Leiterin NIP-Q-UPGRADE, Professor and Vice-Dean R&D, La Source Institut und Fachhochschule für Gesundheit, Fachhochschule Westschweiz HES-SO, Lausanne

**Emmanuelle Poncin**, Senior Researcher NIP-Q-UPGRADE, La Source Institut und Fachhochschule für Gesundheit, Fachhochschule Westschweiz HES-SO, Lausanne

**Jianan Huang**, Postdoktorandin NIP-Q-UPGRADE, Pflegewissenschaft – Nursing Science, Department Public Health, Universität Basel

**Franziska Zúñiga**, Wissenschaftliche Leiterin NIP-Q-UPGRADE, Pflegewissenschaft – Nursing Science, Department Public Health, Universität Basel



### Serie in der NOVAcura 2024

#### Qualitätsindikatoren in Schweizer Pflegeheimen

Im Verlauf des Jahres erscheinen in der Print-(de) und online-Version (de, fr & it) folgende Beiträge zum Thema Qualitätsindikatoren in der stationären Langzeitpflege:

- Juni: Herausforderungen und Weiterentwicklung für die nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren,
- Juli: Dekubitus als neuer Qualitätsindikator,
- November: Medikationsreview und Polypharmazie,
- Dezember: Gesundheitliche Vorausplanung als Qualitätsindikator.

# Défis et développement ultérieur pour les indicateurs de qualité médicaux au niveau national

Sonja Baumann, Brigitte Benkert, Nereide Curreri, Nathalie IH Wellens, Emmanuelle Poncin, Jianan Huang & Franziska Zúñiga<sup>1</sup>

Grâce à la mesure des indicateurs de qualité médicaux au niveau national (IQM) depuis 2019, les établissements médico-sociaux (EMS) ont fait un pas vers le reporting public des caractéristiques de qualité. Après une première étude sur le terrain, NIP-Q-UPGRADE met en évidence les défis actuels dans le domaine de la qualité des données des IQM et élabore des solutions en collaboration avec les EMS et d'autres acteurs·trices.

Le programme national d'implémentation NIP-Q-UPGRADE vise à aider les EMS à travailler avec les indicateurs de qualité médicaux nationaux (IQM). Pour le lancement de NIP-Q-UPGRADE, nous avons réalisé une analyse contextuelle sous la forme d'une étude de terrain auprès de 20 EMS volontaires dans toute la Suisse, soit au total 145 personnes, afin de comprendre les pratiques et les défis actuels en rapport avec la mesure et l'utilisation active des IQM. Nous avons visité onze EMS en Suisse alémanique, six en Suisse romande et trois en Suisse italienne, qui offrent un espace de vie pour 28 à 255 résident·es. La majorité des personnes interrogées étaient des directeur·trices d'établissements ou assumaient la direction des soins (17% respectivement), puis des professionnel·les de la santé/de l'encadrement (16%), des infirmier·ères diplômé·es (12%), des assistant·es et auxiliaires (11%). En outre, des entretiens ont été menés avec des expert·es en soins infirmiers, des expert·es en instruments d'évaluation des besoins, des responsables de la qualité, des médecins de famille et médecins d'EMS, des pharmacienn·es et du personnel administratif. Dans le cadre des entretiens, les participant·es ont toutes et tous fait part de leurs structures, de leurs processus, ainsi que de leurs expériences concernant les IQM ou ont montré leur travail concret à l'équipe d'étude.

Pour les EMS qui utilisent les évaluations BESA ou Plaisir/Plex (instrument d'évaluation des besoins en Suisse romande), les IQM sont saisis dans un logiciel spécifique. Alors que pour les EMS utilisant l'évaluation RAI-NH, les IQM sont extraits de la fiche d'évaluation des besoins. Les «Fiches informatives Indicateurs de qualité médicaux» servent d'outil et de soutien pour la définition des IQM et la description de la saisie des données. Elles sont éditées par l'association de branche Curaviva, l'association de branche des prestataires au service des personnes âgées qui fait partie d'ARTISET (2024).

Les participant·es ont fait part de nombreux développements positifs depuis l'introduction des IQM. Ainsi, dans presque tous les EMS, les mesures limitant les mouvements ont été nettement réduites, des concepts de gestion de la douleur ont été introduits et la polymédication a fait l'objet d'une attention particulière. Parallèlement, des défis existent en rapport avec les IQM et sont décrits ci-après.

---

<sup>1</sup> Au nom du consortium NIP-Q-UPGRADE

## Structures et processus

### Effectif du personnel

Si les EMS souffrent d'une pénurie d'infirmier·ières, en particulier au niveau tertiaire, cela peut conduire à des évaluations cliniques peu fiables et à une délocalisation des tâches. Par exemple, plus de la moitié des EMS de notre analyse contextuelle dépendent de collaborateurs·trices temporaires. En raison de leur courte présence au sein d'une unité, ils ou elles n'ont pas toujours la possibilité de bien connaître les résident·es. Cela rend difficile une évaluation fiable des résident·es, en particulier ceux ayant des troubles cognitifs, comme lors de l'évaluation de la douleur, par exemple. Afin de stabiliser les effectifs, certains EMS ont mis en place un pool interne d'intérimaires. Nous avons également observé qu'en raison des effectifs, la saisie des données pour les IQM est parfois confiée à des assistant·es qui n'ont pas de formation spécifique pour une évaluation clinique et une saisie des données. La clarification du rôle des assistant·es et la transmission ciblée des connaissances sur les IQM sont ici essentielles. D'autres EMS ont résolu le problème de l'effectif restreint au niveau tertiaire en confiant aux infirmier·ières cadres la tâche de saisie des données dans le système IQM, afin de permettre aux infirmier·ières diplômées de se consacrer à leurs tâches principales.

### Collaboration systématique avec les médecins de famille et les médecins d'EMS

La collaboration est particulièrement précieuse en ce qui concerne les IQM «polymédication» et «malnutrition», ainsi que pour l'évaluation de l'espérance de vie. Ainsi, la collaboration avec les médecins de famille et les médecins d'EMS nous a été décrite par tous les EMS participants, comme étant dépendante des personnes. D'après les personnes interviewées, certains médecins d'EMS et médecins de famille ont une attitude ouverte et demandent aux infirmier·ières diplômé·es leur avis sur la polymédication. Tandis que d'autres montrent peu d'intérêt d'effectuer une évaluation clinique ensemble et de discuter ensuite sur la médication et la réduction des substances actives qui en résulte.

Un membre de la direction des soins a expliqué comment un projet a été lancé sur la base des résultats de l'IQM «polymédication» du rapport de benchmarking. Les médecins de famille ont apporté un soutien variable à cet EMS: Certains n'étaient soi-disant pas intéressés, d'autres ont montré une plus grande sensibilisation au sujet. Un autre membre de la direction a indiqué qu'elle avait confié les discussions sur la polymédication à une infirmière diplômée, qui a abordé le sujet avec tous les médecins de famille traitants. Grâce à sa grande expérience et à ses compétences, l'EMS a pu réduire considérablement l'IQM «polymédication» dans son ensemble.

Certains EMS ont réduit la coopération à un nombre restreint de médecins de famille. avec lesquels elles ont pu aborder les enjeux cliniques. Il peut également être utile de faire appel à une expertise spécialisée supplémentaire des pharmacien·nes dans le cadre des évaluations de la polymédication.

Pour l'IQM «malnutrition», les participant·es signalent positivement qu'un traitement est effectué au sein d'une équipe interprofessionnelle. Etant donné qu'ils·elles échangent des e-mails, l'investissement en temps est ici minime pour tous les participant·es.

L'évaluation de l'espérance de vie, un critère d'exclusion pour le calcul de l'IQM «malnutrition» (CURAVIVA, 2024), a donné des résultats mitigés: Alors que certaines des personnes interviewées ont pu discuter du sujet avec des médecins d'EMS et des médecins de famille, d'autres ont perçu la question comme étant une évaluation purement médicale de la situation. Il est important de souligner qu'une évaluation n'est pas liée à des décisions concernant la poursuite du traitement. Le but est de déterminer si une perte de poids peut être attendue des situations spécifiques des résident·es.

### Moment auquel est effectuée l'évaluation

Dans de nombreux EMS, le poids des résident·es est régulièrement mesuré afin de surveiller aussi bien les pertes de poids inattendues que les prises de poids et de détecter ainsi à temps les changements d'état de santé, tels que l'insuffisance cardiaque, la fin de vie, le manque d'appétit, etc. Les EMS qui signalent des difficultés dans la saisie régulière du poids mentionnent des défis liés à des obstacles contextuels dans le déroulement de la journée. L'humeur du jour des résident·es joue également un rôle important: Selon le degré d'assistance dont ils et elles ont besoin pour mesurer leur poids, il peut en résulter des décalages dans le moment de la mesure. La clarification et la documentation de la procédure ainsi que l'implication active des résident·es, facilitent le relevé du poids.

### Interfaces de différents produits informatiques utilisés parallèlement

Un grand nombre de participant·es à l'étude expriment le fait qu'ils doivent procéder deux fois à la documentation, en raison du manque d'interfaces entre la documentation des résident·es et les instruments d'évaluation des besoins. Les parties concernées cherchent actuellement des solutions pour réduire l'obstacle administratif. Parallèlement, NIP-Q-UPGRADE recherche des possibilités d'uniformisation des algorithmes dans les dossiers médicaux des résident·es, afin d'améliorer la fiabilité du calcul de la perte de poids et de la polymédication.

### Prescriptions de mesure des IQM

Les observations faites au cours de l'étude ont également révélé des ambiguïtés dans les directives relatives à la mesure de différents IQM. Par exemple, bien que la mesure de l'intensité de la douleur soit clairement définie au niveau national, différentes échelles de douleur sont utilisées dans la pratique clinique (échelle d'évaluation numérique (NRS Numeric Rating Scale), échelle visuelle analogique (VAS Visual Analogue Scale), etc.) Dans ce contexte, la manière dont les résultats peuvent être rendus comparables n'est pas claire. Même pour l'IQM «polymédication», les règles de comptage des substances actives ne sont pas toutes compréhensibles, et il existe des situations qui ne sont pas encore couvertes par les règles nationales relatives aux IQM. Il a été constaté que différents logiciels effectuaient des calculs divergents pour des situations similaires, ce qui conduit à des résultats non comparables entre les EMS, en fonction du logiciel utilisé. Dans ce domaine, l'équipe NIP-Q-UPGRADE travaille avec différentes parties prenantes à la mise à jour des processus afin de créer une base uniforme.

## Perceptions individuelles des IQM

### Perceptions et connaissances

Dans cet étude, nous avons rencontré une divergence dans les perceptions et connaissances relatives aux indicateurs. La sensibilisation au fait que les instruments d'évaluation des besoins (RAI-NH, BESA, Plaisir/Plex) permettent de collecter des données pour les IQM était faible à la base. En outre, peu de participant·es connaissaient les fiches informatives sur les indicateurs de qualité médicaux de CURAVIVA (2024). Les fiches informatives disponibles en ligne donnent notamment des indications sur la collecte des données et peuvent être consultées indépendamment d'une adhésion à CURAVIVA. Toutefois, les observations dans les EMS ont également montré que ces fiches d'information avaient besoin d'une mise à jour pour clarifier davantage les situations ambiguës, comme l'utilisation de barrières de lit en deux parties.

### Utilité des IQM

La plupart des participant·es estiment que les IQM sont utiles, à condition que les données de référence (benchmark) qui en résultent soient fiables et puissent être utilisées en interne pour l'amélioration de la qualité. Environ trois quarts des EMS participant·es ont déjà mis en place des projets individuels d'amélioration de la qualité sur la base des résultats des IQM. Les participant·es de Suisse romande qui travaillent avec Plaisir/Plex n'ont pas reçu de feedback sur leurs données IQM des années précédentes, ne voient par conséquent que peu d'utilité à la collecte de données et ne peuvent pas en déduire de changements dans la pratique clinique. Il convient de préciser que la participation à l'étude se fait sur une base volontaire. La perception de l'utilité peut ne pas refléter la tendance nationale générale.

### Développements ultérieurs

Promouvoir et soutenir une culture d'amélioration de la qualité fondée sur les données dans les EMS est essentiel pour offrir de soins de haute qualité à l'ensemble des résident·es. Nous avons pu constater que cela était déjà en cours d'élaboration ou de mise en œuvre dans certains EMS. Cette culture repose sur une compréhension partagée et une collecte des IQM avec toutes les acteur·es concerné·es. Divers EMS proposent des formations pour expliquer le contexte et l'objectif des indicateurs de qualité médicaux, augmentant ainsi la connaissance des IQM: «Les indicateurs de qualité aident les EMS à vérifier le niveau de leur propre qualité par rapport aux thèmes mesurés» (CURAVIVA, 2024, p. 3). La culture de développement de la qualité fondée sur les données est renforcée par la discussion collective des données et l'interrogation sur leur obtention. Ainsi, la qualité des données peut être examinée pour voir s'il existe un problème dans le processus de mesure, dans les structures ou dans les perceptions et les connaissances des utilisateur·trices. L'objectif final est d'améliorer la qualité des soins en dialogue avec et pour les résident·es et leurs proches.

## Littérature

CURAVIVA (2024). *Indicateurs de qualité médicaux*. <https://www.curaviva.ch/Informations-specialisees/Indicateurs-de-qualite-medicaux/PR0oS/>

**Sonja Baumann-Hirt, RN, MScN**

Collaboratrice scientifique  
Sciences infirmières  
(INS), Université de Bâle  
[sonja.baumann@unibas.ch](mailto:sonja.baumann@unibas.ch)

**Brigitte Benkert**, collaboratrice scientifique NIP-Q-UPGRADE, Sciences infirmières - Institut des sciences infirmières, Department Public Health, Université de Bâle

**Nereide Curreri**, chercheuse, Competence Centre on Ageing, Haute école spécialisée de Suisse méridionale (SUPSI)

**Nathalie IH Wellens**, co-responsable scientifique NIP-Q-UPGRADE, professeur et vice-doyenne R&D, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, Haute école spécialisée de Suisse occidentale HES-SO, Lausanne

**Emmanuelle Poncin**, Senior Researcher NIP-Q-UPGRADE, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source, Haute école spécialisée de Suisse occidentale HES-SO, Lausanne

**Jianan Huang**, post-doctorante NIP-Q-UPGRADE, Sciences infirmières, Département de la santé publique, Université de Bâle

**Franziska Zúñiga**, Directrice scientifique NIP-Q-UPGRADE, Sciences infirmières, Département de la santé publique, Université de Bâle

**Série dans NOVAcura 2024**

**Indicateurs de qualité dans les EMS de Suisse**

Au cours de l'année, les articles suivants sur le thème des indicateurs de qualité dans les soins stationnaires de longue durée seront publiés en version imprimée (de) et en ligne (de, fr & it):

- Juin: Défis et développement ultérieur pour les indicateurs de qualité médicaux au niveau national,
- Juillet: Les escarres comme nouvel indicateur de qualité,
- Novembre: Revue de médication et polypharmacie,
- Décembre: Le projet de soins anticipé comme indicateur de qualité.



# Ulteriori sviluppi degli indicatori medici di qualità nazionali e relative problematiche

Sonja Baumann, Brigitte Benkert, Nereide Curreri, Nathalie IH Wellens, Emmanuelle Poncin, Jianan Huang e Franziska Zúñiga<sup>1</sup>

Con la misurazione degli indicatori medici di qualità (IMQ) nazionali, in atto dal 2019, le Case per Anziani hanno fatto un passo avanti verso la pubblicazione di criteri qualitativi. Dopo un primo studio sul campo, NIP-Q-UPGRADE presenta le attuali problematiche nel campo della qualità dei dati degli IMQ, elaborando soluzioni in collaborazione con le Case per Anziani e altri parti interessate.

Il programma nazionale di implementazione NIP-Q-UPGRADE punta a fornire alle Case per Anziani supporto nel lavoro con gli indicatori medici di qualità (IMQ) nazionali. All'avvio di NIP-Q-UPGRADE, abbiamo svolto un'analisi contestuale, sotto forma di uno studio sul campo con la partecipazione di 20 Case per Anziani di tutta la Svizzera per un totale di 145 partecipanti, al fine di comprendere le pratiche e le problematiche attuali concernenti la misurazione e l'utilizzo attivo degli IMQ. Abbiamo visitato undici istituti della Svizzera tedesca, sei nella Svizzera romanda e tre in quella italiana, i quali offrono spazio vitale per un numero di residenti compreso tra 28 e 255. Gli intervistati erano: membri della direzione dell'istituto (17%) o responsabili cure (17%), personale specializzato in campo sanitario/nell'assistenza (16%), personale infermieristico diplomato (12%) e assistenti di cura (11%). In aggiunta, sono state svolte interviste con esperti delle cure e degli strumenti di valutazione dei bisogni, manager della qualità, medici di famiglia e degli istituti, farmacisti e personale amministrativo. I partecipanti hanno riferito sulle proprie strutture, i processi e le esperienze in relazione agli IMQ e hanno mostrato alla squadra di ricerca il lavoro concretamente svolto.

In BESA e Plaisir/Plex (lo strumento di valutazione dei bisogni della Svizzera romanda), gli IMQ vengono inseriti in un programma software a parte, mentre per le valutazioni in RAI vengono riprese dal questionario per la rilevazione dei bisogni. Come ausili e strumenti di supporto per la definizione degli IMQ e la descrizione dell'inserimento dei dati, sono disponibili le «Schede informative sugli indicatori di qualità» di ARTISET – Associazione di categoria CURAVIVA (2024), l'associazione di categoria dei fornitori di servizi per le persone anziane.

I partecipanti ci hanno riferito di molti sviluppi positivi verificatosi dopo l'introduzione degli IMQ. Le contenzioni fisiche si sono nettamente ridotte in molte Case per Anziani, sono stati introdotti sistemi per la rilevazione del dolore e c'è stata una focalizzazione dell'attenzione sulla polifarmacia. Al contempo, sussistono alcune problematiche concernenti gli IMQ che sono descritte qui di seguito.

---

<sup>1</sup> A nome del consorzio NIP-Q-UPGRADE

## Strutture e processi

### Effettivo del personale

Se nelle Case per Anziani c'è una carenza di personale infermieristico specializzato, tale situazione può causare valutazioni cliniche non affidabili e trasferimenti di mansioni. Nella nostra analisi contestuale, ad esempio, più della metà delle Case per Anziani dipendono da lavoratori temporanei i quali, a causa della loro breve permanenza in un reparto, non hanno la possibilità di conoscere bene i residenti. Ciò rende più difficoltosa una accurata valutazione dei residenti, in particolare in presenza di deficit cognitivi, ad es. con riferimento alla valutazione del dolore. Per stabilizzare l'effettivo del personale, alcune Case per Anziani hanno creato un gruppo interno di ausiliari disponibili. Abbiamo osservato anche che, per motivi legati alla disponibilità di personale, la rilevazione dei dati per gli IMQ a volte viene trasferita a persone addette all'assistenza, che non dispongono di una formazione specifica per una valutazione clinica e una rilevazione dei dati affidabili. In questi casi, la definizione dei ruoli degli assistenti di cura e la trasmissione mirata delle conoscenze riguardo agli IMQ sono essenziali. Altre Case per Anziani hanno risolto il problema della carenza di personale affidando l'inserimento nel sistema dei dati degli IMQ ai quadri infermieristici, in modo da consentire agli infermieri diplomati di dedicare tempo alle loro mansioni principali.

### Collaborazione sistematica con i medici di famiglia e degli istituti

La collaborazione è particolarmente preziosa per quanto concerne gli IMQ «polifarmacia» e «malnutrizione», nonché in relazione alla valutazione dell'aspettativa di vita. Inoltre, in tutte le Case per Anziani partecipanti, la collaborazione con i medici di famiglia ci è stata descritta come dipendente dalle persone. Secondo le opinioni dei partecipanti, alcuni medici di famiglia hanno un atteggiamento aperto e chiedono agli infermieri diplomati la loro valutazione riguardo alla polifarmacia, mentre altri mostrano scarso interesse nei confronti di una discussione e valutazione comune dei medicinali e della riduzione dei principi attivi che ne può derivare. Un responsabile delle cure ha spiegato in che modo è stato avviato un progetto sulla base dei risultati dell'IMQ «polifarmacia» presentati nel rapporto di benchmarking. La Casa per Anziani in questione ha ottenuto da parte dei medici di famiglia un supporto variato: alcuni non erano apparentemente interessati, mentre altri mostravano una maggiore consapevolezza per questa tematica. Un'altra persona responsabile ha riferito di avere trasferito la discussione sulla polifarmacia a un membro del personale infermieristico diplomato, il quale ha discusso l'argomento con tutti i medici di famiglia. Grazie alla grande esperienza e competenza di questa persona, la Casa per Anziani ha potuto nel complesso ridurre nettamente l'IMQ «polifarmacia».

Singole Case per Anziani hanno ridotto il numero di medici di famiglia cooperanti, con i quali venivano discussi tutti i temi e, per la valutazione della polifarmacia, hanno contattato le farmacie per la loro conoscenza in merito. Per quanto concerne l'IMQ «malnutrizione» i partecipanti riferiscono, come aspetto positivo, il fatto che viene effettuato un trattamento nell'ambito di una squadra interprofessionale. Dato che lo scambio di opinioni avviene per e-mail, il dispendio di tempo da parte di tutte le persone coinvolte è limitato. Riguardo alla valutazione dell'aspettativa di vita, un criterio di esclusione per il calcolo dell'IMQ «malnutrizione» (CURAVIVA, 2024), è emerso un quadro variegato: mentre in alcuni istituti la tematica è stata discussa con singoli medici interni o di famiglia, altri hanno inteso la domanda come valutazione puramente medica della situazione.

### Tempistica della rilevazione

In molte Case per Anziani, il peso dei residenti viene misurato regolarmente al fine di monitorare perdite o aumenti di peso inattesi e individuare tempestivamente variazioni dello stato di salute come ad es. insufficienza cardiaca, fine vita, perdita dell'appetito ecc. Le Case per Anziani che riferiscono difficoltà nel rilevare il peso con regolarità citano problematiche riconducibili a ostacoli contestuali nel corso della giornata. A giocare un ruolo importante è anche lo stato di forma dei residenti nella singola giornata: in base al livello di assistenza occorrente per la misurazione del peso, possono rendersi necessari dei rinvii. Le informazioni, la documentazione della procedura, e il coinvolgimento attivo dei residenti facilitano invece la rilevazione del peso.

### Utilizzo parallelo di interfacce di diversi prodotti IT

Molti partecipanti allo studio spiegano che devono effettuare una doppia documentazione per la mancanza di interfacce tra la documentazione dei residenti e gli strumenti di valutazione dei bisogni. Attualmente, i partecipanti stanno cercando soluzioni per ridurre questo impedimento amministrativo. Parallelamente, NIP-Q-UPGRADE sta cercando possibilità per uniformare gli algoritmi contenuti nelle documentazioni dei residenti, migliorando così l'affidabilità dei calcoli relativi a perdite di peso e polifarmacia.

### Direttive per la misurazione degli IMQ

Dalle osservazioni effettuate nel corso dello studio sono emersi anche aspetti poco chiari inerenti alle direttive per la misurazione di diversi IMQ. Ad esempio, sebbene la misurazione dell'intensità del dolore sia chiaramente definita a livello nazionale, nella prassi clinica vengono utilizzate diverse scale del dolore (scala di valutazione numerica NRS, Scala Analogica Visiva (VAS) ecc.). A tale riguardo non è chiaro in che modo sia possibile rendere i risultati comparabili. Anche per l'IMQ «polifarmacia», non tutte le regole per il conteggio dei principi attivi sono comprensibili e ci sono situazioni non ancora coperte dalle regole nazionali in materia di IMQ. Si è constatato che diversi software eseguivano calcoli differenti per situazioni simili, producendo risultati non paragonabili tra le Case per Anziani in base al software utilizzato. Su questo punto, la squadra di NIP-Q-UPGRADE lavora con vari gruppi di interesse all'aggiornamento dei processi, per creare una base uniforme.

### Percezioni individuali degli IMQ

#### Percezioni e conoscenze

Nell'ambito del nostro studio, ci siamo imbattuti in percezioni e conoscenze differenti riguardo agli indicatori. Alla base, la consapevolezza che con gli strumenti di valutazione dei bisogni (RAI-NH, BESA, Plaisir/Plex) vengono raccolti dati per gli IMQ, è ridotta. Inoltre, solo pochi partecipanti erano a conoscenza delle schede informative sugli indicatori medici di qualità di CURAVIVA (2024). Le schede informative visualizzabili online forniscono, tra l'altro, indicazioni sulla rilevazione dei dati e sono consultabili indipendentemente dall'affiliazione a CURAVIVA. Tuttavia, dalle osservazioni effettuate negli istituti è emerso anche che le schede informative necessitano di un aggiornamento per chiarire meglio situazioni poco chiare, come ad esempio la gestione dei letti con sponde divise in due.

### Utilizzabilità degli IMQ

La maggior parte dei partecipanti ritengono gli IMQ utili, a condizione che i dati di benchmarking che ne risultano per il miglioramento della qualità a livello interno siano affidabili e possano essere effettivamente utilizzati. Circa tre quarti delle Case per Anziani partecipanti hanno già svolto progetti personalizzati per il miglioramento della qualità sulla base dei risultati degli IMQ. I partecipanti della Svizzera romanda, che lavorano con Plaisir/Plex, non hanno ricevuto riscontri sui loro dati relativi agli IMQ degli anni precedenti e, di conseguenza, non ritengono la rilevazione dei dati particolarmente utile, in quanto non ne possono desumere alcuna modifica della prassi clinica. Va detto, che la partecipazione allo studio è facoltativa. È quindi possibile che la percezione dell'utilizzabilità non rispecchi la tendenza a livello nazionale.

### Ulteriori sviluppi

La promozione e il supporto di una cultura del miglioramento della qualità basata sui dati nelle cure di lungodegenza sono la chiave per mettere a disposizione cure di elevata qualità per tutti i residenti. Si tratta di un processo che in alcune Case per Anziani abbiamo già visto in fase di strutturazione o addirittura di attuazione. Tale cultura si basa su una comprensione condivisa e sulla rilevazione degli IMQ. Diverse Case per Anziani offrono corsi di formazione sul contesto e le finalità degli indicatori medici di qualità, aumentando così l'interesse: «Gli indicatori di qualità agevolano gli istituti nella verifica del proprio livello di qualità riferito al tema di misurazione» (CURAVIVA, 2024, p. 3).

### Bibliografia

CURAVIVA (2024). *Indicatori medici di qualità*. <https://www.curaviva.ch/Informazioni-specialistiche/Indicatori-medici-di-qualita/PR0oS/?lang=it>

#### **Sonja Baumann-Hirt, RN, MScN**

Collaboratrice scientifica

Infermieristica – Nursing Science

(INS), Università di Basilea

[sonja.baumann@unibas.ch](mailto:sonja.baumann@unibas.ch)

**Brigitte Benkert**, Collaboratrice scientifica NIP-Q-UPGRADE, Infermieristica – Nursing Science, Department Public Health, Università di Basilea

**Nereide Curreri**, Capo ricercatrice, Centro di competenze Anziani, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

**Nathalie IH Wellens**, Co-responsabile scientifica di NIP-Q-UPGRADE, Professor and Vice-Dean R&D, Istituto La Source e Scuola universitaria professionale per la sanità, Scuola universitaria professionale della Svizzera romanda HES-SO, Losanna

**Emmanuelle Poncin**, Ricercatrice Senior di NIP-Q-UPGRADE, Istituto La Source e Scuola universitaria professionale per la sanità, Scuola universitaria professionale della Svizzera romanda HES-SO, Losanna

**Jianan Huang**, Postdottorando NIP-Q-UPGRADE, Infermieristica – Nursing Science, Department Public Health, Università di Basilea

**Franziska Zúñiga**, Collaboratrice scientifica NIP-Q-UPGRADE, Infermieristica – Nursing Science, Department Public Health, Università di Basilea

#### **Serie in NOVAcura 2024**

##### **Indicatori medici di qualità nelle Case per Anziani svizzere**

Nel corso dell'anno verranno pubblicate in versione stampata (in tedesco) e online (in italiano, tedesco e francese) i seguenti articoli sul tema degli indicatori medici di qualità:

- Giugno: Ulteriori sviluppi degli indicatori medici di qualità nazionali e relative problematiche,
- Luglio: Le piaghe da decubito come nuovo indicatore medico di qualità,
- Novembre: Revisione dei medicinali e polifarmacia,
- Dicembre: La Pianificazione Sanitaria Anticipata come indicatore medico di qualità.