

„Weniger ist oft mehr“

Sichere, altersgerechte Medikation – Polymedikation und Medikationsreview im Fokus

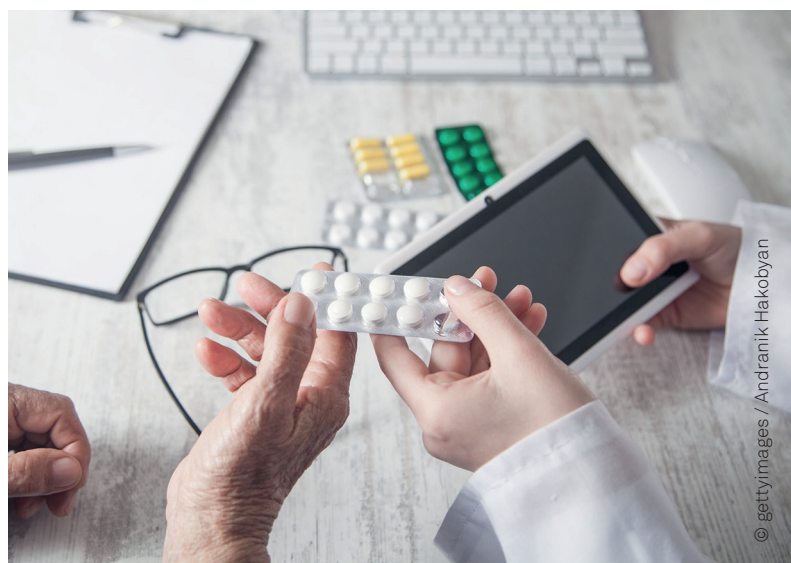
Brigitte Benkert, Sonja Baumann, Magdalena Osinska, Jianan Huang, Laurie Corna, Nathalie IH Wellens, Serena Sibelio, Angelika Barco Rüttimann, Bastiaan van Grootven & Franziska Zúñiga¹

Polymedikation wird seit 2019 in Pflegeheimen national als medizinischer Qualitätsindikator (MQI) gemessen. Klare Zählregeln, medikationsspezifisches Fachwissen und interprofessionelle Zusammenarbeit erlauben das Erkennen von Bewohnenden, die für medikationsassoziierte Probleme gefährdet sind. NIP-Q-UPGRADE unterstützt die fachgerechte Messung und das Angehen der Polymedikation mit Medikationsreviews.

Alterwerden geht mit einer Zunahme chronischer Erkrankungen (Multimorbidität) einher. Ab 60 Jahren haben 50 % der Menschen mindestens drei und 20 % fünf oder mehr chronische Erkrankungen (Sauer et al., 2015). Hohes Lebensalter und Multimorbidität erhöhen das Risiko einer Polymedikation (Boudon et al., 2017). Deren Prävalenz liegt weltweit bei Menschen über 60 Jahre bei 39 %. Polymedikation ist definiert als die regelmässige Einnahme von fünf oder mehr Medikamenten, während exzessive Polymedikation die regelmässige Einnahme von zehn oder mehr Medikamente bedeutet (Wang et al., 2024; Boudon et al., 2017). In Schweizer Pflegeheimen erhalten Bewohnende im Durchschnitt 9,3 Medikamente. Polymedikation kann die Gesundheit gefährden, die Lebensqualität beeinträchtigen und die Gesundheitskosten erhöhen (Schneider et al., 2017).

Weshalb ist Polymedikation problematisch?

Die Einnahme mehrerer Medikamente mit unterschiedlichen Wirkstoffen kann bei akuten und chronischen Erkrankungen sinnvoll sein, wenn diese die Gesundheit und Lebensqualität verbessern. Allerdings kann die Art, Menge und Kombination der verordneten Medikamente auch gesundheitliche Probleme verursachen oder verstärken. Symptome wie Schwindel, Übelkeit, akute Verwirrtheit, Inkontinenz, Stürze oder Verdauungsbeschwerden werden oft nicht als Nebenwirkung von Medikamenten erkannt



In einem Medikationsreview werden im interprofessionellen Team die verschriebenen Medikamente der Bewohnenden in einem festgelegten Rhythmus systematisch überprüft, um die Folgen einer Polymedikation rechtzeitig zu erkennen.

und mit weiteren Medikamenten behandelt. Je mehr Medikamente eingenommen werden, desto höher ist das Risiko von Wechselwirkungen und Nebenwirkungen, und es kann zu vermeidbaren Spitalweisungen kommen. Polymedikation erfordert ein gutes Monitoring, um bei Bedarf die verordneten Medikamente anzupassen oder zu reduzieren. Hier hilft die Messung des nationalen MQI.

Was bezweckt die Messung der Polymedikation als medizinischer Qualitätsindikator?

Der MQI Polymedikation misst die Anzahl der Wirkstoffe, die Bewohnende in den letzten sieben Tagen eingenommen haben. Dabei wird für Pflegeheime die Grenze für Polymedikation bei neun oder mehr Wirkstoffen angesetzt. Mit dem Fokus auf Wirkstoffe anstatt Medikamente wird der breiten Anwendung an Kombinationspräparaten Rechnung getragen. Der MQI dient als Trigger zum Erkennen von Bewohnenden, die für medikationsassoziierte

¹ im Namen des NIP-Q-UPGRADE-Consortiums

Probleme gefährdet sind. Er fordert das Behandlungsteam auf, die Medikation von denjenigen Bewohnenden genauer zu überprüfen, die mehr als neun Wirkstoffe einnehmen, z.B. mit einer Medikationsreview. Selbstverständlich gibt es auch andere Trigger, die zu einer Überprüfung der Medikation führen können, wie z. B. die Rückkehr aus dem Spital oder eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Entscheidend bei der Überprüfung der Medikation sind die Therapieziele der Bewohnenden. Die Kombination der verordneten Medikamente kann sinnvoll sein für die vereinbarten Therapieziele, auch wenn eine Polymedikation vorliegt. Der Indikator macht keine Aussage, ob die verordneten Medikamente zielführend sind. Er fordert das Behandlungsteam nur auf, genauer hinzuschauen.

Wie wird der medizinische Qualitätsindikator Polymedikation gemessen und was sind die Herausforderungen?

Für eine zuverlässige Zählung der Wirkstoffe braucht es klare Vorgaben, an die sich alle halten. Diese Vorgaben sind aktuell im CURAVIVA-Faktenblatt (Guerbaai et al., 2024) sowie in den Handbüchern der Bedarfserhebungsinstrumente festgelegt. Im nationalen Implementierungsprogramm „Qualität der Langzeitpflege in Alters- und Pflegeheimen (NIP-Q-UPGRADE)“ hat das Studienteam genauer beobachtet, wie die Anzahl Wirkstoffe gezählt werden². Es zeigt sich, dass die Pflegeheime einerseits manuell zählen. Dies erfordert entsprechende Fachkenntnisse zu Medikamenten und Wirkstoffen. Andererseits bieten verschiedene Bewohnendendokumentationssysteme und Bedarfserhebungsinstrumente die Möglichkeit einer automatisierten Zählung. Bei beiden Varianten hat das Studienteam verschiedene Herausforderungen festgestellt:

- Mit den Regeln für die Zählung der Anzahl der Wirkstoffe sind nicht alle hierfür zuständigen Fachpersonen in den Pflegeheimen vertraut. Dies führt zu Unsicherheiten und ungenauen Messungen, was auch damit zu tun hat, dass unterstützende Materialien wie das Faktenblatt CURAVIVA nicht bekannt sind.
- Die bestehenden Zählregeln sind nicht immer eindeutig. Dies führt ebenfalls zu Unsicherheiten.
- Die Angebote zur automatisierten Zählung der Anzahl der Wirkstoffe in den Instrumenten der Dokumentation und Bedarfserhebung bei den Bewohnenden werden in der Praxis nicht immer genutzt, da die Anwendung nicht bekannt ist.

² NIP-Q-UPGRADE wird vom Branchenverband CURAVIVA und senesuisse im Auftrag der eidgenössischen Qualitätskommission umgesetzt. Das Studienteam besteht aus Mitarbeitenden des Instituts für Pflegewissenschaft (INS) der Universität Basel, der École La Source in Lausanne (La Source) und der Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI).

Kasten 1

Medizinischer Qualitätsindikator (MQI) Polymedikation

Definition: Prozentualer Anteil an Bewohnenden, die in den letzten sieben Tagen neun und mehr Wirkstoffe einnahmen.

Ausschlusskriterien: Es gibt keine Ausschlusskriterien für diesen Indikator, es werden alle Bewohnenden in die Messung hineingenommen.

Risikoadjustierung: Folgende Merkmale der Bewohnenden werden zur Risikoadjustierung verwendet: Pflegestufe, kognitive Einschränkung (gemessen mit der Cognitive Performance Scale, interRAI CPS) und Alter (Guerbaai et al., 2024)

- Diese automatisierte Zählung wird aktuell in den verschiedenen Softwares noch unterschiedlich umgesetzt, so dass es zu Resultaten kommen kann, die nicht vergleichbar sind.

Wie unterstützt NIP-Q-UPGRADE den Umgang mit dem medizinischen Qualitätsindikator Polymedikation?

Mit den Untersuchungen wurde deutlich, dass Massnahmen nötig sind, um die Messung des MQI Polymedikation in den Pflegeheimen zu unterstützen, zu vereinfachen und gleichzeitig den Umgang mit dem Thema zu fördern. NIP-Q-UPGRADE setzt hierzu auf verschiedenen Ebenen an.

Unterstützung bei der Zählung der Wirkstoffe

- Die Regeln für die Zählung der Wirkstoffe für den MQI werden überarbeitet. Sie sollen vereinfacht werden, um bestehende Unklarheiten zu bereinigen und ihre Anwendung zu erleichtern.
- Die Algorithmen zur automatisierten Berechnung der Wirkstoffe werden gemeinsam mit den Softwareanbietenden überarbeitet, und die neuen Zählregeln werden aufgenommen. Damit ist eine zuverlässige und einheitliche Messung gewährleistet. Leider hängt der Zugang zur automatisierten Berechnung von der verwendeten Software zur Bedarfserhebung resp. zur Dokumentation der Bewohnenden ab und wird nicht allen Pflegeheimen zugänglich sein.
- Das NIP-Q-UPGRADE Studienteam überarbeitet das Faktenblatt und entwickelt Anleitungen zur Messung des Qualitätsindikators, die ab 2025 zugänglich sein werden.

Unterstützung im Umgang mit dem MQI

- Es werden Kurzschulungen und Materialien entwickelt, um die Pflegeheime im Umgang mit dem Thema Polymedikation zu unterstützen

Kasten 2**Beispiel 1: Umgang mit Polymedikation**

Polymedikationsverantwortliche: Ein Pflegeheim führte eine Stelle der Polymedikationsverantwortlichen HF mit 20 % der Arbeitszeit ein. Ihre Arbeit mit den Ärzt_innen führte zu einer signifikanten Verbesserung des MQI Polymedikation. Die Polymedikation konnte an drei Standorten mit insgesamt 180 Betten auf unter 40 % gesenkt werden.

Aufgaben: Regelmässige Überprüfung der Medikationslisten in der Übergangspflege, bei Bewohnenden, die aus dem Spital zurückkehrten und jährlich bei allen Bewohnenden der Langzeitpflege (15 Min pro Bewohnende); Überprüfen von Diagnosen, verordneter Medikation, Durchgehen der Einträge im Pflegebericht zu Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente und Angemessenheit der Medikation in Bezug auf die Wünsche der Bewohnenden; Austausch und Diskussion mit den verantwortlichen Pflegefachpersonen.

Dokumentation: Führen von einer Liste pro Abteilung; Festhalten von Überlegungen sowie Resultaten der Diskussion mit Pflegefachpersonen und Ärzt_innen sowie gegebenenfalls Apotheker_innen.

Vorbereitung auf die Rolle: Teilnahme an Schulungen zur geriatrischen Medikation; Wissenserwerb durch Fachliteratur; Kompendium und Liste von potenziell inadäquater Medikation.

Herausforderungen: Eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit erfordert gute Kommunikation, Präsenz und Beziehungspflege, z.B. durch Besuche in hausärztlichen Praxen und Dialog mit Apotheker_innen.

- Eine wichtige Massnahme hierzu ist der Medikationsreview. Neu wird ein medizinischer Qualitätsindikator eingeführt, der misst, ob Medikationsreviews durchgeführt wurden. Der neue MQI soll die Pflegeheime beim internen Monitoring unterstützen, wie oft Medikationsreviews umgesetzt werden.

Wie funktioniert ein Medikationsreview?

Unter einem Medikationsreview wird verstanden, dass im interprofessionellen Team die verschriebenen Medikamente der Bewohnenden systematisch überprüft werden. Der neue MQI Medikationsreview legt fest, dass mindestens eine Vertretung der Pflege und des ärztlichen Dienstes miteinander die Medikamente pro Bewohnende_n mindestens alle zwölf Monate analysieren und besprechen. Wünschenswert ist, dass auch der Input von Apotheker_innen vorliegt mit Hinweisen zu allfälligen Anpassungsmöglichkeiten der aktuellen Medikation. Zum Medikationsreview gehört die Berücksichtigung der aktu-

Kasten 3**Beispiel 2: Umgang mit Polymedikation**

Verantwortlichkeiten und Zeitplanung auf Abteilungsebene: Die Pflegefachperson überprüft vor jeder Visite die Medikationsliste. Auf der Visite wird die Polymedikation mit dem Hausarzt/der Hausärztin diskutiert. Einmal in der Woche ist eine Pflegefachperson im Spätdienst abteilungsübergreifend für die Polymedikation zuständig. Ihre Aufgaben umfassen die Überprüfung von Medikationslisten und Verordnungen sowie die Bewertung der Notwendigkeit der Medikamente. Erkenntnisse werden auf einer Liste der Bewohnenden dokumentiert und an die Abteilungsleitungen weitergeleitet. Daraufhin werden Massnahmen wie Visiten oder Gespräch mit Bewohnenden/Angehörigen geplant.

ellen klinischen Situation (Wirkung und Nebenwirkung von Medikamenten) und der Wünsche der Bewohnenden. Hierbei ist von grosser Bedeutung, dass die Pflege Beobachtungen und Hinweise aus Gesprächen mit Bewohnenden in den Review einbringt. Es werden spezifische Fragen besprochen, wie z.B. Überversorgung (gibt es für jedes Medikament eine Indikation?), Unterversorgung (gibt es für jede Indikation, die einer medikamentösen Behandlung bedarf, ein Medikament?), Interaktionen, Mehrfachverordnungen sowie richtige Dosierung, Intervalle, Verabreichungsform und Therapiedauer (Zúñiga et al., 2022; Hostenstein et al., 2022). Studien belegen, dass Medikationsreviews die Einschätzung der Polymedikation und potenziell inadäquater Medikation verbessern und die interprofessionelle Zusammenarbeit fördern (Boudon et al., 2017; Mena et al., 2023).

Welche Erfordernisse stellt ein Medikationsreview?

Ein Medikationsreview erfordert, dass alle involvierten Berufsgruppen über spezifisches Wissen zur Medikation im Alter, Wirkstoffen und deren Wirkungen, möglichen Interaktionen sowie gesundheitlichen Folgen verfügen. Hier braucht es sicher noch einen weiteren Ausbau des Fachwissens bei allen Beteiligten. Eine wichtige Berufsgruppe für die Vorbereitung des Medikationsreviews sind die Apotheker_innen. Sie übernehmen Interaktionsprüfungen, wenn die Medikamente in der Apotheke bestellt und geliefert werden. Sie geben Rückmeldungen an die behandelnden Ärzt_innen sowie Pflegefachpersonen und schlagen Anpassungen der Medikation vor. Ebenso braucht es gute Strukturen und Prozesse in der Zusammenarbeit mit den Heim- und Hausärzt_innen. Ein persönliches Treffen ist wichtig (vor Ort oder online), um die Medikation zu be-

sprechen. Es hat sich bewährt, dass Pflegefachpersonen gut vorbereitet sind auf Medikationsreviews und umfassend Auskunft geben können zur aktuellen Situation der Bewohnenden. Bewohnende und Angehörige möchten durchaus in Entscheidungsfindungen zu ihren Medikamenten einbezogen werden. Sie wünschen, dass ihre Wünsche respektiert werden.

Fazit

Eine alters- und bedarfsgerechte Medikation trägt zum Wohlbefinden und zur Lebensqualität der Bewohnenden bei. NIP-Q-UPGRADE fördert eine einheitliche Messung der Polymedikation und unterstützt die Umsetzung von Medikationsreviews mit Fachinformationen und Hilfsmitteln.

Literatur

- Boudon, A., Riat, F., Rassam-Hassoc, Y. & Lang, P. O. (2017). Polymorbidität und Polypharmazie. *Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizinforum*, 17(13), 306–312. <http://emh.ch/en/services/permissions.html>
- Guerbaai, R. A., Zúñiga, F., Bieri-Bruning, G., Häsl, T., Amrhein, I., Anliker, M., Schori, E., & Zemp, L. (2024). *Faktenblatt zu Qualitätsindikatoren für die stationäre Langzeitpflege – Polymedikation*. CURAVIVA Schweiz. https://www.curaviva.ch/files/DHXYUC/qualitaetsindikator_stationaere_langzeitpflege_polymedikation_curaviva__2024.pdf
- Holenstein, P., Zúñiga, F. & Bieri-Brüning, G. (2022). *Medikationsreview – Minimal Kriterien für Umsetzung in Pflegeheimen*. Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie SFGG SPSG.
- Mena, S., Moulling, J. C., Schneider, M. & Niquille, A. (2023). Implementation of interprofessional quality circles on deprescribing in Swiss nursing homes: An observational study. *BMC Geriatrics*, 23, 620. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04335-w>
- Sauver, J. L., Boyd, C. M., Grossardt, B. R., Bobo, W. V., Finney Rutten, L. J., Roger, V. L., Ebbert, O. J., Therneau, T. M., Yawn, B. Y. & Rocca, W. A. (2015). Risk of developing multimorbidity across all ages in a historical cohort study: Differences by sex and ethnicity. *BMJ Open*, 5, e006413. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006413>
- Schneider, R., Schur, N., Reinau, D., Schwenkgenks, M. & Meier, C. (2017). *Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz: Auswertungsergebnisse der Helsana Arzneimitteldaten aus den Jahren 2013 bis 2016*. https://ecpm.unibas.ch/fileadmin/ecpm/pdf/helsana_2017.pdf
- Thiem, U., Heppner, H. J. & Sieber, C. (2021). Weniger kann mehr sein: Beispiele zur Medikation bei älteren und geriatrischen Patienten aus aktuellen Studien. *Internist*, 62, 363–372. <https://doi.org/10.1007/s00108-021-00981-7>
- Wang, Z., Liu, T., Su, Q., Luo, H., Lijun, L., Zhao, L., Kang, X. & Yanglin, P. (2024). Prevalence of polypharmacy in the elderly population worldwide: A systematic review and meta-analysis. *Pharmacoeconomics and Drug Safety*, 33, e5880. <https://doi.org/10.1002/pds.5880>



Brigitte Benkert

RN, MScN, wissenschaftliche Mitarbeiterin Pflegewissenschaft – Nursing Science (INS), Universität Basel

brigitte.benkert@unibas.ch

Sonja Baumann

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Pflegewissenschaft – Nursing Science, Department Public Health Universität Basel

Magdalena Osinska

PHD Studierende NIP-Q-UPGRADE. Pflegewissenschaft – Nursing Science, Department Public Health Universität Basel

Jianan Huang

Postdoktorandin NIP-Q-UPGRADE. Pflegewissenschaft – Nursing Science, Department Public Health Universität Basel

Laurie Corna

Wissenschaftliche Co-Leiterin NIP-Q-UPGRADE. Kompetenzzentrum Alter, Fachhochschule Südschweiz

Nathalie IH Wellens

Wissenschaftliche Co-Leiterin NIP-Q-UPGRADE, La Source Institut und Fachhochschule für Gesundheit, Fachhochschule Westschweiz HES-SO Lausanne

Serena Sibelio

PHD Studierende NIP-Q-UPGRADE. Pflegewissenschaft – Nursing Science, Department Public Health Universität Basel

Angelika Barco Rüttimann

Wissenschaftliche Mitarbeiterin, Pflegewissenschaft – Nursing Science, Department Public Health Universität Basel

Bastiaan van Grootven

Postdoktorand 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:

- Mai: Veröffentlichung der nationalen Qualitätsindikatoren in der stationären Langzeitpflege – was nun? (bereits erschienen),
- Juni: Herausforderungen und Weiterentwicklung für die nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren (bereits erschienen),
- Juli: Dekubitus als neuer Qualitätsindikator (bereits erschienen),
- November: Polymedikation und Medikationsreview,
- Dezember: Gesundheitliche Vorausplanung als Qualitätsindikator.

«Moins est souvent plus»

Médication sécurisée et adaptée à l'âge – la polymédication et la revue de la médication au centre des préoccupations

Brigitte Benkert, Sonja Baumann, Magdalena Osinska, Jianan Huang, Laurie Corna, Nathalie IH Wellens, Serena Sibelio, Angelika Barco Rüttimann, Bastiaan van Grootven & Franziska Zúñiga¹

Depuis 2019, la polymédication est mesurée comme un indicateur de qualité médicale (IQM) national dans les établissements médico-sociaux (EMS). Des règles de comptage claires, une expertise spécifique sur les médicaments et une collaboration interprofessionnelle permettent d'identifier les résident·es à risque de problèmes liés aux médicaments. NIP-Q-UPGRADE soutient la mesure appropriée et la gestion de la polymédication grâce à des revues de médication.

Le vieillissement s'accompagne d'une augmentation des maladies chroniques (multimorbidité). À partir de 60 ans, 50% des personnes ont au moins trois maladies chroniques et 20 % en ont cinq ou plus (Sauver et al., 2015). L'âge avancé et la multimorbidité augmentent le risque de polymédication (Boudon et al., 2017), avec une prévalence mondiale de 39 % chez les personnes de plus de 60 ans. La polymédication est définie comme la prise régulière de cinq médicaments ou plus, alors que la polymédication excessive correspond à la prise régulière de dix médicaments ou plus (Wang et al., 2024; Boudon et al., 2017). Dans les EMS suisses, les résident·e·s reçoivent en moyenne 9,3 médicaments. La polymédication peut nuire à la santé, affecter la qualité de vie et augmenter les coûts de santé (Schneider et al., 2017).

Pourquoi la polymédication est-elle problématique?

La prise de plusieurs médicaments avec des effets différents peut être bénéfique pour les maladies aiguës et chroniques si elle améliore la santé et la qualité de vie. Cependant, la nature, la quantité et la combinaison des médicaments prescrits peuvent également causer ou aggraver des problèmes de santé. Des symptômes tels que des vertiges, des nausées, une confusion aiguë, une incontinence, des chutes ou des troubles digestifs ne sont souvent pas reconnus comme étant des effets secondaires de médicaments et sont traités avec d'autres médicaments. Plus le nombre de médicaments augmente, plus le risque d'interactions et d'effets secondaires est élevé, ce qui peut entraîner des hospitalisations évitables. La polymédication nécessite une surveillance rigoureuse pour adapter ou réduire les médicaments prescrits si nécessaire. C'est là qu'intervient la mesure de l'IQM national.

Quel est l'objectif de la mesure de la polymédication en tant qu'indicateur de qualité médicale?

L'IQM Polymédication mesure le nombre de substances actives que les résident·e·s ont prises au cours des sept derniers jours. Pour les EMS, la limite pour la polymédication est fixée à neuf substances actives ou plus. En

¹ Au nom du consortium NIP-Q-UPGRADE

mettant l'accent sur les principes actifs plutôt que sur les médicaments, on tient compte de la large utilisation des préparations combinées. L'IQM sert de déclencheur pour identifier les résident·e·s à risque de problèmes liés aux médicaments.

Il incite l'équipe de soins à examiner de plus près la médication des résident·e·s prenant plus de neuf substances actives, par exemple via une revue de la médication. Bien entendu, il existe d'autres déclencheurs qui peuvent conduire à une révision de la médication, comme le retour de l'hôpital ou une détérioration de l'état de santé. Ce qui est crucial dans l'examen de la médication, ce sont les objectifs de thérapie des résident·e·s. La combinaison des médicaments prescrits peut être appropriée pour atteindre les objectifs thérapeutiques convenus, même s'il y a polymédication. L'indicateur ne détermine pas si les médicaments prescrits sont efficaces; il encourage simplement l'équipe de soins à être plus attentive.

Comment l'indicateur de qualité médicale Polymédication est-il mesuré et quels sont les défis?

Pour un comptage fiable des substances actives, des directives claires sont nécessaires pour garantir la conformité. Ces directives sont actuellement définies dans la fiche d'information CURAVIVA (Guerbaai et al., 2024) et dans les manuels des outils d'évaluation des besoins. Dans le programme national de mise en application «Qualité des soins de longue durée dans les EMS (NIP-Q-UPGRADE), l'équipe de recherche a observé de près la manière dont les substances actives sont comptées². On constate que, d'une part, les EMS effectuent le comptage manuellement, ce qui nécessite des connaissances spécialisées correspondantes sur les médicaments et les substances actives. D'autre part, divers systèmes de documentation et d'évaluation des besoins des résident·e·s offrent la possibilité d'un comptage automatisé. Dans les deux cas, l'équipe de recherche a relevé divers défis:

- Les règles de comptage des substances actives ne sont pas bien connues de toutes les personnes responsables dans les EMS, entraînant alors des incertitudes et des mesures inexactes, en partie parce que les documents de soutien comme la fiche CURAVIVA ne sont pas connus.
- Les règles de comptage existantes ne sont pas toujours claires, ce qui entraîne également des incertitudes.
- Les options de comptage automatisé des substances actives mentionnées dans les outils de documentation et d'évaluation des besoins des résident·e·s ne sont pas toujours utilisées, car l'application n'est pas connue.
- Actuellement, ce comptage automatisé est mis en œuvre de manière différente dans les divers logiciels, ce qui peut entraîner des résultats non comparables.

² NIP-Q-UPGRADE est mis en application par l'association branche CURAVIVA et senesuisse pour le compte de la commission fédérale pour la qualité. L'équipe de recherche est composée de collaborateurs·trices de l'Institut des sciences infirmières (INS) de l'Université de Bâle, de l'Institut et Haute Ecole de la Santé La Source à Lausanne (La Source) et de la Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI).

Encadré 1

Indicateur de qualité médical (IQM) Polymédication

Définition: Pourcentage de résident·es ayant pris neuf substances actives ou plus au cours des sept derniers jours.

Critères d'exclusion: Il n'y a pas de critères d'exclusion pour cet indicateur; tous les résident·es sont inclus·es dans la mesure.

Ajustement du risque: Les caractéristiques suivantes des résident·es sont utilisées pour l'ajustement du risque: niveau de soins, limitation cognitive (mesurée par l'échelle Cognitive Performance Scale, interRAI CPS) et l'âge (Guerbaai et al., 2024).

Comment NIP-Q-UPGRADE soutient-il la gestion de l'indicateur de qualité médicale Polymédication?

Les recherches ont révélé qu'il est nécessaire de prendre des mesures pour soutenir la mesure de l'IQM Polymédication dans les EMS, de simplifier cette mesure et de favoriser la gestion de ce thème. NIP-Q-UPGRADE agit à différents niveaux pour y parvenir.

Soutien pour le comptage des substances actives

- Les règles de comptage des substances actives pour l'IQM sont en cours de révision. Elles doivent être simplifiées pour clarifier les ambiguïtés existantes et en faciliter l'application. Les algorithmes de calcul automatisé des substances actives sont également en cours de révision avec les fournisseurs de logiciels, et les nouvelles règles de comptage y seront intégrées, afin de garantir une mesure fiable et uniforme.
- Malheureusement, l'accès au calcul automatisé dépend du logiciel utilisé pour l'évaluation des besoins ou la documentation des résident·e·s et ne sera pas accessible à tous les EMS.
- L'équipe de recherche de NIP-Q-UPGRADE révisé la fiche d'information et élabore des directives pour mesurer cet indicateur de qualité, qui seront disponibles dès 2025.

Soutien pour la gestion de l'IQM

- Des formations courtes et du matériel sont développés pour aider les EMS dans la gestion de la polymédication.
- Un élément clé dans ce processus est la revue de la médication. Un nouvel IQM est introduit pour mesurer la fréquence des revues de médication. Le nouvel IQM doit aider les EMS dans le cadre du monitoring interne sur la fréquence des revues de médication.

Encadré 2

Exemple 1: Gestion de la polymédication

Responsable de la polymédication: Un EMS a créé un poste de responsable de la polymédication avec un taux d'occupation de 20 %. Son travail avec les médecins a permis une amélioration significative de l'IQM Polymédication, réduisant la polymédication en dessous de 40 % dans trois sites avec un total de 180 lits.

Tâches: Vérification régulière des listes de médicaments dans les soins de transition, pour les résident·e·s de retour d'hospitalisation et annuellement pour tous les résident·e·s en soins de longue durée (15 min par résident·e); vérification des diagnostics, des médicaments prescrits, des notes dans le dossier de soins sur l'efficacité et les effets secondaires des médicaments, et pertinence de la médication en rapport avec les souhaits des résident·e·s; échanges et discussions avec les infirmier·ère·s responsables.

Documentation: Tenue d'une liste par unité; consignation des réflexions et des résultats des discussions avec les infirmier·ère·s, les médecins et, le cas échéant, les pharmaciens·ne·s.

Préparation au rôle: Participation à des formations en médication gériatrique; acquisition de connaissances par la littérature spécialisée; utilisation d'un compendium et d'une liste de médicaments potentiellement inappropriés.

Défis: Une collaboration interprofessionnelle réussie nécessite une bonne communication, une présence régulière et l'entretien de relations, par exemple par des visites dans les cabinets médicaux et un dialogue avec les pharmaciens·ne·s.

Comment fonctionne une revue de médication?

Une revue de médication implique une vérification systématique des médicaments prescrits aux résident·e·s par une équipe interprofessionnelle. Le nouvel IQM Revue de Médication stipule qu'au moins un représentant ou une représentante des soins et du service médical doivent analyser et discuter ensemble de la médication pour chaque résident·e au moins tous les douze mois. Il est souhaitable que l'input des pharmaciens·ne·s soit également disponible, avec des indications sur d'éventuelles possibilités d'adaptation de la médication actuelle. La revue de médication prend en compte la situation clinique actuelle (efficacité et effets secondaires des médicaments) et les souhaits des résident·e·s. Il est essentiel que les infirmier·ère·s intègrent dans la revue leurs observations et les retours des discussions avec les résident·e·s. Des questions spécifiques sont abordées, telles que la sur-prescription (y a-t-il une indication pour chaque médicament?), la sous-prescription (y a-t-il un médicament pour chaque indication nécessitant un traitement médicamenteux?), les interactions, les prescriptions multiples ainsi que le dosage correct, les intervalles, la forme d'administration et la durée du traitement (Zúñiga et al., 2022; Hostenstein et al., 2022). Des études montrent que les revues de médication améliorent l'évaluation de la polymédication et des prescriptions potentiellement inadéquates, tout en renforçant la collaboration interprofessionnelle (Boudon et al., 2017; Mena et al., 2023).

Encadré 3

Exemple 2: Gestion de la polymédication

Responsabilités et planification au niveau des unités Le personnel soignant vérifie la liste des médicaments avant chaque visite. Lors de la visite, la polymédication est discutée avec le médecin. Une fois par semaine, un·e infirmier·ère est désigné·e, lors du service du soir, pour être responsable de la polymédication dans toutes les unités. Ses tâches comprennent la vérification des listes de médication et des prescriptions ainsi que l'évaluation de la nécessité des médicaments. Les conclusions sont consignées dans une liste des résident·e·s et transmises aux chef·fe·s d'unité, ce qui permet de planifier des visites ou des entretiens avec les résident·e·s et leurs familles.

Quelles sont les exigences pour une revue de médication?

Une revue de médication exige que l'ensemble des professionnel·le·s impliqué·e·s aient des connaissances spécifiques sur les médicaments pour les personnes âgées, les substances actives et leurs effets, les interactions possibles et les conséquences pour la santé. Il est nécessaire d'approfondir encore les connaissances spécialisées de l'ensemble des participant·e·s. Les pharmacien·ne·s jouent un rôle important dans la préparation des revues de médication. Ils et elles effectuent des vérifications d'interactions lorsque les médicaments sont commandés et livrés à la pharmacie, donnent des retours d'informations aux médecins et aux infirmier·ère·s et proposent des ajustements de la médication. Une bonne structure et des processus de collaboration avec les médecins en EMS et les médecins traitants sont également essentiels. Une rencontre personnelle est importante (en présentiel ou en ligne) pour discuter de la médication. Il s'est avéré utile que les infirmier·ère·s soient bien préparé·e·s pour les revues de médication et puissent communiquer des informations détaillées sur la situation actuelle des résident·e·s. Les résident·e·s et leurs familles souhaitent être inclus dans les décisions concernant leurs médicaments et désirent que leurs souhaits soient respectés.

Conclusion

Une médication adaptée à l'âge et aux besoins contribue au bien-être et à la qualité de vie des résident·e·s. NIP-Q-UPGRADE encourage une mesure uniforme de la polymédication et soutient la mise en œuvre des revues de médication avec des informations spécialisées et des outils d'aide.

Littérature

- Boudon, A., Riat, F., Rassam-Hassoc, Y. & Lang, P. O. (2017). Polymorbidité et polypharmacie. *Swiss Medical Forum – Forum Médical Suisse*, 17(13), 306–312. <http://emh.ch/en/services/permissions.html>
- Guerbaai, R. A., Zúñiga, F., Bieri-Bruning, G., Häslí, T., Amrhein, I., Anliker, M., Schori, E., & Zemp, L. (2024). *Fiche d'information relative aux indicateurs de qualité pour les soins de longue durée stationnaires – Polymédication*. CURAVIVA Suisse. https://www.curaviva.ch/files/DHXTYUC/qualitaetsindikator_stationaere_langzeitpflege_polymedikation_curaviva_2024.pdf
- Holenstein, P., Zúñiga, F. & Bieri-Brüning, G. (2022). *Revue des médicaments - Critères de base pour l'exercice en long-séjour*. Société Professionnelle Suisse de Gériatrie SFGG SPSG.

- Mena, S., Moulling, J. C., Schneider, M. & Niquille, A. (2023). Implementation of interprofessional quality circles on deprescribing in Swiss nursing homes: An observational study. *BMC Geriatrics*, 23, 620. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04335-w>
- Sauver, J. L., Boyd, C. M., Grossardt, B. R., Bobo, W. V., Finney Rutten, L. J., Roger, V. L., Ebbert, O. J., Thernau, T. M., Yawn, B. Y. & Rocca, W. A. (2015). Risk of developing multimorbidity across all ages in a historical cohort study: Differences by sex and ethnicity. *BMJ Open*, 5, e006413. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006413>
- Schneider, R., Schur, N., Reinau, D., Schwenkglenks, M. & Meier, C. (2017). *Rapport sur les médicaments d'Helsana pour la Suisse: résultats d'analyse des données sur les médicaments d'Helsana pour les années 2013 à 2016*. https://ecpm.unibas.ch/fileadmin/ecpm/pdf/helsana_2017.pdf
- Thiem, U., Heppner, H. J. & Sieber, C. (2021). Moins peut être plus: Exemples de médication pour les patient·es âg·es et gériatriques issus d'études récentes. *Internist*, 62, 363–372. <https://doi.org/10.1007/s00108-021-00981-7>
- Wang, Z., Liu, T., Su, Q., Luo, H., Lijun, L., Zhao, L., Kang, X. & Yanglin, P. (2024). Prevalence of polypharmacy in the elderly population worldwide: A systematic review and meta-analysis. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 33, e5880. <https://doi.org/10.1002/pds.5880>

Brigitte Benkert, RN, MScN

Collaboratrice scientifique
Institut des sciences infirmières – Nursing Science (INS)
Université de Bâle
brigitte.benkert@unibas.ch

Sonja Baumann, Collaboratrice scientifique, Institut des sciences infirmières – Nursing Science,
Department Public Health, Université de Bâle

Magdalena Osinska, Doctorante NIP-Q-UPGRADE. Institut des sciences infirmières – Nursing Science,
Department Public Health, Université de Bâle

Jianan Huang, Post-doctorante NIP-Q-UPGRADE. Institut des sciences infirmières – Nursing Science,
Department Public Health, Université de Bâle

Laurie Corna, Co-responsable scientifique NIP-Q-UPGRADE. Competence Centre on Ageing,
Haute école spécialisée de Suisse méridionale (SUPSI)

Nathalie IH Wellens, Co-responsable scientifique NIP-Q-UPGRADE, professeure ordinaire, Institut et Haute
Ecole de la Santé, HES-SO Universities of Applied Sciences and Arts Western Switzerland, Lausanne

Serena Sibelio, Doctorante NIP-Q-UPGRADE. Institut des sciences infirmières –
Nursing Science, Department Public Health, Université de Bâle

Angelika Barco Rüttimann, Collaboratrice scientifique, Institut des sciences infirmières –
Nursing Science, Department Public Health, Université de Bâle

Bastiaan van Grootven, Post-doctorant NIP-Q-UPGRADE. Institut des sciences infirmières –
Nursing Science, Department Public Health, Université de Bâle

Franziska Zúñiga, Responsable scientifique NIP-Q-UPGRADE, Institut des sciences infirmières –
Nursing Science, Department Public Health, 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):

- Mai: Publication des indicateurs nationaux de qualité dans établissements médico-sociaux (EMS), et maintenant? (déjà paru),
- Juin: Défis et développement ultérieur pour les indicateurs de qualité médicaux au niveau national, (déjà paru),
- Juillet: Les escarres comme nouvel indicateur de qualité, (déjà paru),
- Novembre: Revue de médication et polypharmacie,
- Décembre: Le projet de soins anticipé comme indicateur de qualité.

“Spesso meno è di più”

Farmacoterapia sicura e adatta all'età: focus su polifarmacia e revisione dei medicinali

Brigitte Benkert, Sonja Baumann, Magdalena Osinska, Jianan Huang, Laurie Corna, Nathalie IH Wellens, Serena Sibilio, Angelika Barco Rüttimann, Bastiaan van Grootven e Franziska Zúñiga¹

Dal 2019, la polifarmacia è un indicatore medico di qualità misurato nelle Case per Anziani (CpA) a livello nazionale. Chiare regole di conteggio, conoscenze specifiche nel campo della farmacoterapia e una collaborazione interprofessionale consentono di individuare i residenti che rischiano di incorrere in problemi associati ai farmaci assunti. Il programma NIP-Q-UPGRADE supporta la misurazione professionale e un approccio alla polifarmacia basato sulla revisione dei medicinali.

L'invecchiamento comporta un aumento delle malattie croniche (multimorbidità). Il 50% delle persone di 60 anni o più ha almeno tre patologie croniche e il 20% ne ha cinque o più (Sauver et al., 2015). L'età elevata e la multimorbidità causano un incremento del rischio di polifarmacia (Boudon et al., 2017), la cui prevalenza a livello mondiale nelle persone con più di 60 anni è del 39%. Si definisce polifarmacia l'assunzione regolare di cinque o più farmaci, mentre il termine polifarmacia eccessiva si riferisce in genere all'assunzione regolare di dieci o più farmaci (Wang et al., 2024; Boudon et al., 2017). Nelle CpA svizzere, i residenti ricevono mediamente 9,3 farmaci. La polifarmacia può comportare rischi per la salute, compromettere la qualità della vita e causare un aumento dei costi della sanità (Schneider et al., 2017).

Perché la polifarmacia è problematica?

In presenza di patologie acute o croniche, l'assunzione di più farmaci con principi attivi differenti può essere utile se tali medicinali servono a migliorare lo stato di salute e la qualità della vita. Tuttavia, il tipo, la quantità e la combinazione dei farmaci prescritti possono anche causare problemi di salute o aggravare quelli esistenti. Spesso sintomi come vertigini, nausea, stati confusionali acuti, incontinenza, cadute e disturbi digestivi non vengono riconosciuti come effetti collaterali dei farmaci e vengono trattati con ulteriori medicinali. Più farmaci si assumono, maggiore è il rischio di interazioni e di effetti collaterali che possono comportare ricoveri ospedalieri altrimenti evitabili. La polifarmacia necessita di un buon monitoraggio che consenta, ove necessario, di adattare o ridurre i farmaci prescritti. In tale ottica risulta utile la misurazione dell'indicatore medico di qualità, (IMQ) polifarmacia a livello nazionale.

Qual è lo scopo della misurazione della polifarmacia come indicatore medico di qualità?

L'IMQ polifarmacia misura il numero di principi attivi assunti da ogni residente negli ultimi sette giorni. In tale contesto, la soglia della polifarmacia nelle CpA viene fissata a nove o più principi attivi. La focalizzazione sui

¹ A nome del consorzio NIP-Q-UPGRADE

principi attivi, anziché sui farmaci, tiene in considerazione l'ampio utilizzo di preparati combinati. L'IMQ funge da strumento per individuare i residenti a rischio di problemi associati alla farmacoterapia. L'indicatore richiede ai professionisti delle cure di verificare con maggiore precisione la farmacoterapia dei residenti che assumono più di nove principi attivi, ad esempio effettuando una revisione dei medicinali. Ovviamente esistono anche altri fattori che possono determinare una verifica della farmacoterapia, ad es. il ritorno dall'ospedale o un peggioramento dello stato di salute. Fondamentali nell'ambito della verifica della farmacoterapia sono gli obiettivi terapeutici dei residenti. La combinazione dei farmaci prescritti può essere utile per gli obiettivi terapeutici concordati anche in caso di polifarmacia. L'indicatore non fornisce alcuna informazione in merito all'utilità dei farmaci prescritti, induce solo i professionisti a effettuare una verifica più accurata.

In che modo viene misurato l'indicatore medico di qualità «polifarmacia» e quali sono le problematiche?

Per un conteggio affidabile dei principi attivi sono necessarie direttive chiare che tutti devono rispettare. Attualmente, tali direttive sono stabilite nella scheda informativa di CURAVIVA (Guerbaai et al., 2024), nonché nei manuali degli strumenti di valutazione dei bisogni. Nel programma nazionale di implementazione «Qualità delle cure di lunga durata nelle Case per Anziani (NIP-Q-UPGRADE)», il gruppo di ricerca ha analizzato con più precisione in che modo vengono conteggiati i principi attivi². Ne è emerso che le CpA effettuano il conteggio manualmente, il che richiede competenze specifiche nel campo dei medicinali e dei principi attivi. Dall'altro lato, vari strumenti di documentazione delle esigenze dei residenti e di valutazione dei bisogni offrono la funzione di conteggio automatizzato. In entrambe le varianti, il gruppo di ricerca ha constatato alcune problematiche.

- Non tutto il personale delle CpA addetto al conteggio dei principi attivi ha familiarità con le relative regole. Ciò causa incertezza e misurazioni imprecise, dovute anche al fatto che al personale non è nota l'esistenza di materiali di supporto come la scheda informativa di CURAVIVA.
- Le attuali regole di conteggio non sono sempre univoche e ciò rappresenta un'ulteriore fonte di incertezza.
- Nella prassi, le funzioni per il conteggio automatizzato del numero di principi attivi contenute negli strumenti di documentazione e valutazione dei bisogni dei residenti non sempre vengono utilizzate, in quanto non ne è noto il funzionamento.
- Attualmente, tale conteggio automatizzato viene implementato in modo differente nei vari software e può pertanto accadere che i risultati prodotti non siano comparabili.

² Il programma NIP-Q-UPGRADE viene svolto dalle associazioni di categoria CURAVIVA e senesuisse su incarico della Commissione federale per la qualità. Il gruppo dello studio si compone di collaboratori dell'Istituto di Scienze Infermieristiche (INS) dell'Università di Basilea, dell'Institut et Haute Ecole de la Santé, La Source di Losanna (La Source) e della Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI).

Riquadro 1

Indicatore medico di qualità (IMQ) «Polifarmacia»

Definizione: quota percentuale di residenti che negli ultimi sette giorni hanno assunto nove o più principi attivi.

Criteri di esclusione: non esistono criteri di esclusione per questo indicatore, nella misurazione vengono considerati tutti i residenti.

Aggiustamento del rischio: per l'aggiustamento del rischio vengono considerate le seguenti caratteristiche dei residenti: livello di cure, deficit cognitivo (misurato secondo la Cognitive Performance Scale, interRAI CPS) ed età (Guerbaai et al., 2024).

In che modo NIP-Q-UPGRADE supporta la gestione dell'indicatore medico di qualità «polifarmacia»?

Le analisi hanno evidenziato la necessità di misure atte a supportare e semplificare la misurazione dell'IMQ polifarmacia nella CpA, promuovendo al contempo il confronto con questa tematica. NIP-Q-UPGRADE affronta questa problematica a vari livelli.

Supporto per il conteggio dei principi attivi

- È in corso la rielaborazione delle regole per il conteggio dei principi attivi ai fini dell'IMQ. L'obiettivo è semplificarle per eliminare le incertezze esistenti e facilitarne l'applicazione.
- Gli algoritmi per il conteggio automatizzato dei principi attivi verranno rielaborati in collaborazione con i produttori di software, adottando le nuove regole di calcolo. Ciò aiuterà a garantire misurazioni affidabili e uniformi. Purtroppo, l'accesso al calcolo automatizzato dipende dal tipo di software utilizzato per la valutazione dei bisogni o per la documentazione e pertanto non sarà disponibile in tutte le CpA.
- Il gruppo di ricerca del programma NIP-Q-UPGRADE sta rielaborando la scheda informativa e sviluppando le istruzioni per la misurazione dell'indicatore di qualità che saranno disponibili dal 2025.

Supporto nella gestione dell'IMQ

- Verranno sviluppati corsi brevi e materiali per aiutare le CpA nel gestire la tematica della polifarmacia.
- In tale contesto, un'importante misura è la revisione dei medicinali. Verrà anche introdotto un nuovo indicatore medico di qualità per rilevare se vengono eseguite revisioni dei medicinali. Il nuovo IMQ dovrebbe supportare il monitoraggio interno delle CpA riguardo alla frequenza con cui vengono svolte revisioni dei medicinali.

Riquadro 2

Esempio 1: gestione della polifarmacia

Responsabili della polifarmacia: una CpA ha introdotto una posizione per un/una responsabile della polifarmacia con grado di occupazione al 20%, la cui cooperazione con i medici ha prodotto un significativo miglioramento dell'IMQ polifarmacia. In tre sedi, con un totale di 180 letti, è stato possibile ridurre i casi di polifarmacia a meno del 40%.

Compiti: verifiche regolari delle liste di farmaci nelle cure transitorie, nei residenti di ritorno dall'ospedale e, annualmente, per tutti i residenti delle cure di lungodegenza (15 min. per ogni residente); verifica delle diagnosi e dei farmaci prescritti, revisione delle registrazioni nel rapporto sulle cure concernenti efficacia ed effetti collaterali dei farmaci, nonché l'adeguatezza della farmacoterapia con riferimento ai desideri dei residenti; scambio di opinioni e discussione con il personale infermieristico responsabile.

Documentazione: gestione di una lista per ogni reparto; registrazione delle considerazioni e dei risultati della discussione con personale infermieristico, medici e, eventualmente, farmacisti.

Preparazione per la funzione: partecipazione a corsi di formazione sulla farmacoterapia geriatrica; acquisizione di conoscenze attraverso la letteratura specializzata; compendio ed elenco dei farmaci potenzialmente inadeguati.

Problematiche: una collaborazione interprofessionale di successo richiede una buona comunicazione, presenza e cura delle relazioni, ad es. tramite visite agli studi medici e il dialogo con i farmacisti.

Come funziona una revisione dei medicinali?

Per revisione dei medicinali si intende la verifica sistematica, da parte di un gruppo interprofessionale, dei farmaci prescritti ai residenti. Il nuovo IMQ revisione dei medicinali stabilisce che almeno un rappresentante del personale infermieristico e uno del servizio medico devono discutere e analizzare i farmaci per ogni residente come minimo ogni dodici mesi. Si auspica inoltre che sia disponibile anche l'input di farmacisti, con indicazioni riguardo a eventuali possibili modifiche della farmacoterapia in atto. La revisione dei medicinali comprende la considerazione dell'attuale situazione clinica (effetti ed effetti collaterali dei farmaci) e dei desideri dei residenti. A tale proposito è di grande importanza che il personale infermieristico contribuisca alla revisione con osservazioni e indicazioni tratte dai colloqui con i residenti. Vengono discusse questioni specifiche, come ad es. eccesso di trattamento (è presente un'indicazione per ogni farmaco?), trattamento insufficiente (è presente un farmaco per ogni indicazione che necessita di un trattamento farmacologico?), interazioni, prescrizioni multiple, nonché corretto dosaggio, intervalli, forma di somministrazione e durata della terapia (Zúñiga et al., 2022; Holenstein et al., 2022). Alcuni studi dimostrano che le revisioni dei medicinali migliorano la valutazione della polifarmacia e di una farmacoterapia potenzialmente inadeguata, promuovendo la collaborazione interprofessionale (Boudon et al., 2017; Mena et al., 2023).

Riquadro 3

Esempio 2: gestione della polifarmacia

Responsabilità e pianificazione a livello del reparto: prima di ogni visita, il personale infermieristico verifica la lista dei medicinali. Durante la visita, la polifarmacia viene discussa con il medico di famiglia. Una volta alla settimana un/una infermiere/a del turno serale è responsabile della polifarmacia per tutti i reparti. I suoi compiti comprendono la verifica delle liste di farmaci e delle prescrizioni, nonché la valutazione dell'effettiva necessità dei medicinali. I risultati vengono documentati in un elenco dei residenti e inoltrati ai responsabili dei reparti. Successivamente vengono pianificate misure come visite o colloqui con i residenti/familiari.

Quali sono i requisiti per una revisione dei medicinali?

Una revisione dei medicinali richiede che tutti i gruppi professionali coinvolti dispongano di conoscenze specifiche sulla farmacoterapia negli anziani, i principi attivi e i loro effetti, le possibili interazioni e le conseguenze per la salute. A questo riguardo è senz'altro necessario un ulteriore ampliamento delle conoscenze specifiche di tutte le persone coinvolte. Un importante gruppo professionale per la preparazione della revisione dei medicinali è rappresentato dai farmacisti, i quali possono verificare le interazioni nel momento in cui i farmaci vengono ordinati in farmacia e consegnati. Possono anche fornire riscontri ai medici curanti e al personale infermieristico, proponendo eventuali adeguamenti della farmacoterapia. Inoltre, sono necessari processi e strutture di buona qualità nella collaborazione con i medici degli istituti e quelli di famiglia. Un incontro di persona (sul posto od online) è importante per discutere la farmacoterapia. È emerso chiaramente che il personale infermieristico è ben preparato alle revisioni dei medicinali ed è in grado di fornire informazioni complete sulla situazione attuale dei residenti. I residenti e i loro familiari desiderano senz'altro essere coinvolti nei processi decisionali riguardo ai propri farmaci. Vogliono inoltre che i loro desideri vengano rispettati.

Conclusioni

Una farmacoterapia adatta all'età e alle esigenze contribuisce al benessere e allo sviluppo della qualità della vita dei residenti. Il programma NIP-Q-UPGRADE promuove una misurazione uniforme della polifarmacia, supportando l'esecuzione di revisioni dei medicinali con informazioni specializzate e strumenti ausiliari.

Bibliografia

- Boudon, A., Riat, F., Rassam-Hassoc, Y. & Lang, P. O. (2017). Polymorbidität und Polypharmazie. *Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizinforum*, 17(13), 306–312.
<http://emh.ch/en/services/permissions.html>
- Guerbaai, R. A., Zúñiga, F., Bieri-Bruning, G., Häsli, T., Amrhein, I., Anliker, M., Schori, E., & Zemp, L. (2024). *Faktenblatt zu Qualitätsindikatoren für die stationäre Langzeitpflege – Polymedikation*. CURAVIVA Schweiz.
https://www.curaviva.ch/files/DHXTYUC/qualitaetsindikator_stationaere_langzeitpflege_polymedikation_curaviva_2024.pdf
- Holenstein, P., Zúñiga, F. & Bieri-Brüning, G. (2022). *Medikationsreview – Minimal Kriterien für Umsetzung in Pflegeheimen*. Società Professionale Svizzera di Geriatria SFGG SPSG.

- Mena, S., Moulling, J. C., Schneider, M. & Niquille, A. (2023). Implementation of interprofessional quality circles on deprescribing in Swiss nursing homes: An observational study. *BMC Geriatrics*, 23, 620. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04335-w>
- Sauver, J. L., Boyd, C. M., Grossardt, B. R., Bobo, W. V., Finney Rutten, L. J., Roger, V. L., Ebbert, O. J., Therneau, T. M., Yawn, B. Y. & Rocca, W. A. (2015). Risk of developing multimorbidity across all ages in a historical cohort study: Differences by sex and ethnicity. *BMJ Open*, 5, e006413. <https://bmjopen.bmj.com/content/5/2/e006413>
- Schneider, R., Schur, N., Reinau, D., Schwenkglenks, M. & Meier, C. (2017). *Helsana-Arzneimittelreport für die Schweiz: Auswertungsergebnisse der Helsana Arzneimitteldaten aus den Jahren 2013 bis 2016*. https://ecpm.unibas.ch/fileadmin/ecpm/pdf/helsana_2017.pdf
- Thiem, U., Heppner, H. J. & Sieber, C. (2021). Weniger kann mehr sein: Beispiele zur Medikation bei älteren und geriatrischen Patienten aus aktuellen Studien. *Internist*, 62, 363–372. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00108-021-00981-7>
- Wang, Z., Liu, T., Su, Q., Luo, H., Lijun, L., Zhao, L., Kang, X. & Yanglin, P. (2024). Prevalence of polypharmacy in the elderly population worldwide: A systematic review and meta-analysis. *Pharma-coepidemiology and Drug Safety*, 33, e5880. <https://doi.org/10.1002/pds.5880>

Brigitte Benkert, RN, MScN

Collaboratrice scientifica

Infermieristica – Nursing Science (INS)

Università di Basilea

brigitte.benkert@unibas.ch

Sonja Baumann, Collaboratrice scientifica, Infermieristica – Nursing Science,

Department Public Health Università di Basilea

Magdalena Osinska, Studente di PHD di NIP-Q-UPGRADE. Infermieristica – Nursing Science,

Department Public Health Università di Basilea

Jianan Huang, Postdottoranda di NIP-Q-UPGRADE. Infermieristica – Nursing Science,

Department Public Health Università di Basilea

Laurie Corna, Co-responsabile scientifica di NIP-Q-UPGRADE. Centro di competenze Anziani,

Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana

Natalie IH Wellens, Co-responsabile scientifica di NIP-Q-UPGRADE, Professore ordinario, La Source,

HES-SO, Universities of Applied Sciences and Arts Western Switzerland, Losanna

Serena Sibilio, Studente di PHD di NIP-Q-UPGRADE. Infermieristica – Nursing Science,

Department Public Health Università di Basilea

Angelika Barco Rüttimann, Collaboratrice scientifica, Infermieristica – Nursing Science,
Department Public Health Università di Basilea

Bastiaan van Grootven, Postdottorando di NIP-Q-UPGRADE. Infermieristica – Nursing Science,
Department Public Health Università di Basilea

Franziska Zúñiga, Responsabile scientifica di 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 usciranno in versione stampata (in tedesco) e online (in italiano, tedesco e francese) i seguenti articoli sul tema degli indicatori di qualità nelle cure di lungodegenza:

- Maggio: Pubblicazione degli indicatori di qualità nazionali per le cure di lungodegenza – e ora? (già pubblicato),
- Giugno: Ulteriore sviluppo degli indicatori medici di qualità nazionali e relative problematiche (già pubblicato),
- Luglio: Le piaghe da decubito come nuovo indicatore di qualità, (già pubblicato),
- Novembre: Revisione dei medicinali e polifarmacia,
- Dicembre: La Pianificazione Sanitaria Anticipata come indicatore di qualità.