



«Hospital Pharmacy - unlocking interprofessional doors»

Pharmacie hospitalière : une clé de l'interprofessionnalité

Spitalpharmazie: ein Schlüssel zur Interprofessionalität

AG & Congrès GSASA 2021 | GSASA GV & Kongress 2021

10 - 12 novembre 2021 | 10.- 12. November 2021

Palazzo dei congressi Lugano



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



Wir verbessern das Leben
betroffener Menschen,
denn es liegt uns im Blut.



Intensivmedizin

Immuntherapie

Hämatologie

V.l.n.r. Intensivmedizin: OctaplasLG® (Humanes Plasmaprotein), Albunorm® (Humanalbumin), Atenativ® (Antithrombin III vom Menschen), Octaplex® (Humane Blutgerinnungsfaktoren II, VII, IX, X, Proteine C & S), Fibryga® (Humanes Fibrinogen); **Immuntherapie:** Gammanorm® (Normales Immunglobulin vom Menschen (SC/IMig)), Octagam® 10% (Immunglobulin vom Menschen (IVlg)); **Hämatologie:** Octanate® (Blutgerinnungsfaktor VIII vom Menschen), Nuwic® (Simoctocog alfa), Wilate® (Faktor VIII und vWF); Abgabekategorie B; Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation auf www.swissmedicinfo.ch.

Zulassungsinhaberin: Octapharma AG, Seidenstrasse 2, CH-8853 Lachen.

TABLE DES MATIÈRES | INHALTSVERZEICHNIS

PRÉFACE	04
VORWORT	05
ORGANISATION	06
SECRÉTARIAT DU CONGRÈS SEKRETARIAT KONGRESS.....	06
FPH.....	07
TRADUCTION SIMULTANÉE SIMULTANÜBERSETZUNG.....	07
WIFI SÉCURISÉ GESICHERTES WIFI.....	07
SOIRÉE GSASA GSASA ABEND	07
SOIRÉE DU CONGRÈS KONGRESSABEND.....	07
MUR INTERACTIF INTERACTIVE WALL	07
CENTRE DE CONGRÈS KONGRESSZENTRUM.....	08
PLAN DE PROTECTION	09
SCHUTZKONZEPT	10
LISTE DES SPONSORS LISTE DER SPONSOREN	11
PLAN DES STANDS STANDPLAN	12
WEBINAIRES WEBINARE	14
INVERVENANTS ET MODERATEURS REFERENTEN UND CHAIRS.....	15
ATELIERS/AG GSASA ET OUVERTURE DE L'EXPOSITION WORKSHOPS/GV GSASA UND ERÖFFNUNG AUSSTELLUNG.....	18
PROGRAMME JEUDI 11 NOVEMBRE 2021	
PROGRAMM DONNERSTAG, 11. NOVEMBER 2021.....	19
ABSTRACTS 11 NOVEMBRE / 11. NOVEMBER 2021.....	21
PROGRAMME VENDREDI 12 NOVEMBRE 2021	
PROGRAMM FREITAG, 12. NOVEMBER 2021.....	36
ABSTRACTS 12 NOVEMBRE / 12. NOVEMBER 2021.....	38
ABSTRACTBOOK	50

PRÉFACE

Benvenuti a Lugano!

Chères collègues, Chers collègues,
Cari colleghi

Nous nous réjouissons vraiment de vous accueillir bientôt au Tessin pour le Congrès annuel de la GSASA. Après une année « à distance », nous attendons avec impatience les retrouvailles autour de conférences inspirantes.

Pendant la pandémie de Corona, les pharmaciens hospitaliers ont rendu visible et cimenté leur rôle dans les équipes interprofessionnelles : nous avons fréquemment travaillé dans des équipes de crises et de catastrophes. Nous avons trouvé des solutions pour pallier à la pénurie de certains médicaments, nous avons acheté des dispositifs médicaux, préparé des vaccins et bien plus encore. De plus, au-delà des interfaces de l'hôpital, la coopération interprofessionnelle était indispensable.

Le thème de notre congrès « **Pharmacie hospitalière : une clé de l'interprofessionnalité** » est donc très à propos.

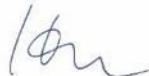
Des intervenants interprofessionnels de Suisse et de l'étranger vous parleront de tâches « extraordinaires » du pharmacien et vous présenteront de nouvelles approches issues de la recherche avec les patients et de l'enseignement universitaire. La coopération constructive « aux interfaces » vous sera présentée sur la base de projets innovants et axés sur la pratique.

Comme chaque année, nous sommes également très intéressés par vos contributions : avec l'exposition de posters, des projets interprofessionnels seront notamment présentés et discutés. Laissez les autres partager vos idées, vos expériences et vos résultats.

Nous nous réjouissons de vous revoir – a presto a Lugano.



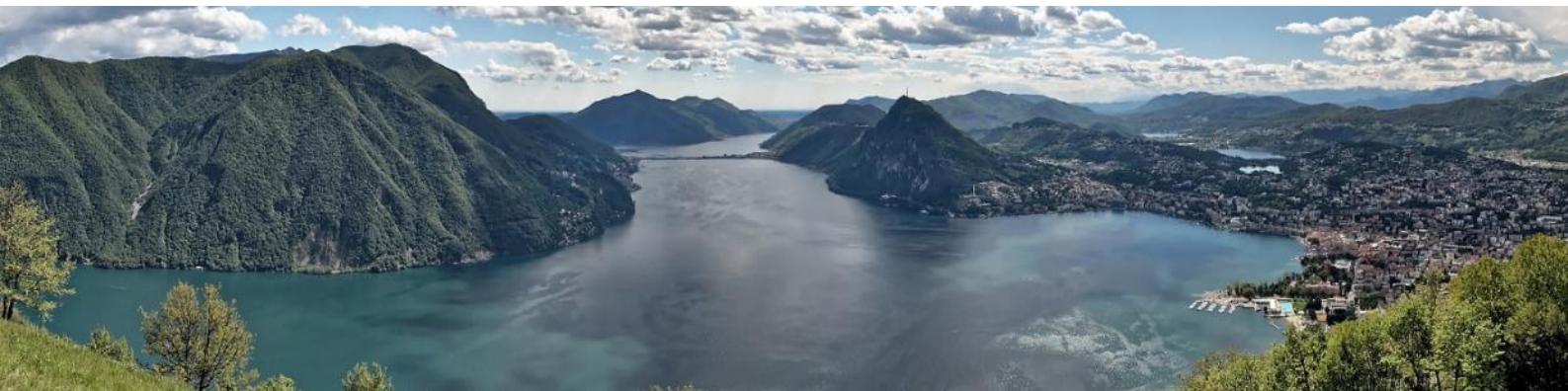
Prof Carla Meyer-Massetti
Présidente
Comité scientifique



Sara Iten
Présidente
Comité d'organisation



Petra Strub Henz
Présidente
GSASA



VORWORT

Benvenuti a Lugano!

Liebe Kolleginnen, Liebe Kollegen
Cari colleghi

Wir freuen uns sehr, Sie alle schon bald im Tessin zum diesjährigen Jahreskongress der GSASA begrüssen zu dürfen. Nach einem Jahr «auf Distanz» können wir ein Wiedersehen mit persönlichen Kontakten und inspirierenden Vorträgen kaum erwarten.

Gerade während der Corona-Pandemie haben die Spitalapotheker:innen ihre Rolle in interprofessionellen Behandlungsteams sichtbar gemacht und zementiert: wir haben in Krisen- und Katastrophenteams mitgearbeitet, kümmerten uns um praktikable Lösungen bei Medikamenten-Lieferengpässen, haben Medizinprodukte beschafft, Impfungen zubereitet und vieles mehr. Aber auch über die Spitalschnittstellen hinaus wurden Dienstleistungen erbracht und interprofessionelle Zusammenarbeiten wurden gefördert und gefordert.

Das Thema unseres Kongresses **«Hospital Pharmacy - unlocking interprofessional doors»** passt also bestens.

Unsere interprofessionellen Referent:innen aus dem In- und Ausland werden Ihnen von aussergewöhnlichen Aufgaben der Pharmazeutinnen und Pharmazeuten berichten und Ihnen neue Ansätze aus der Patienten-orientierten Forschung sowie der universitären Lehre vorstellen.

Die konstruktive Zusammenarbeit an Schnittstellen wird Ihnen anhand von innovativen, praxisnahen Projekten vorgestellt. Und wie jedes Jahr sind wir auch an Ihren Beiträgen sehr interessiert: in der Posterausstellung sollen insbesondere interprofessionelle Projekte präsentiert und diskutiert werden. Lassen Sie andere an Ihren Ideen, Erfahrungen und Resultaten teilhaben.

Wir freuen uns auf ein Wiedersehen – a presto a Lugano.



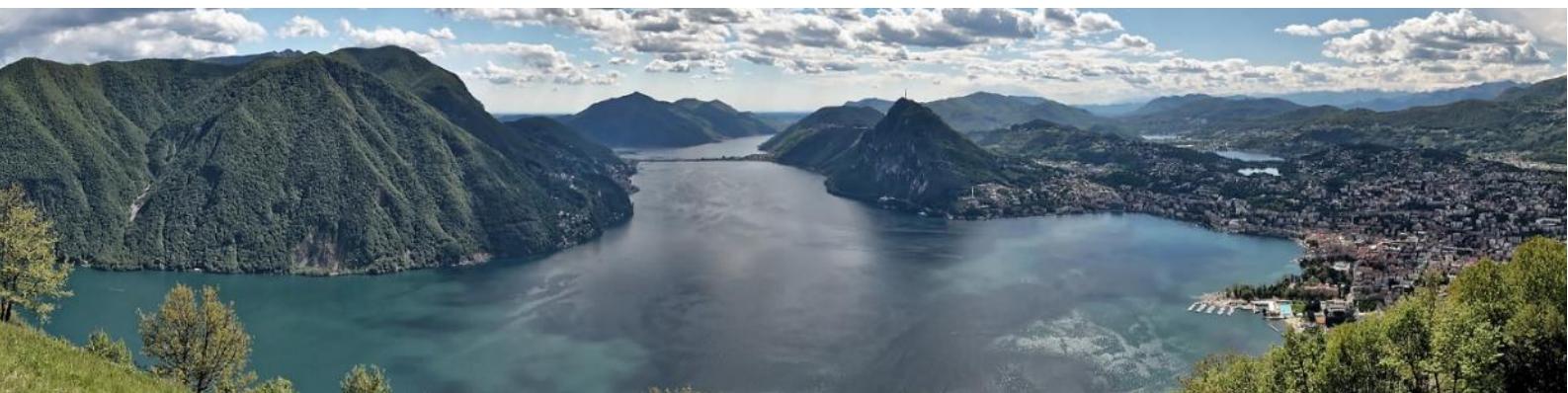
Prof. Carla Meyer-Massetti
Präsidentin
Wissenschaftliches Komitee



Sara Iten
Präsidentin
Organisationskomitee



Petra Strub Henz
Präsidentin
GSASA



ORGANISATION

Comité d'organisation | Organisationskomitee

PD Dr Johnny Beney

Dr. Marco Bissig

Caroline Favre-Amaro

Dr. Daniel Fetz

Anne-Christine Gendre Chablais

Sara Iten (Présidente | Präsidium)

PD Dr Pierre Voirol

Sandra Zehren

Comité scientifique | Wissenschaftliches Komitee

Davide de Stefani

Dr. Jochen Mack

Prof. Carla Meyer-Massetti (Présidente | Präsidentin)

Thérèse Sigrist

Prof. Marie-Paule Schneider Voirol

Jury poster | Posterjury

Burch Andrea

Dr. Hösli Raphael

Odermatt Timothy (SwissYPG)

Dr Renaud Pichon (Président | Präsident)

Dr. Poretti Cavadini Giulia

SECRÉTARIAT DU CONGRÈS | SEKRETARIAT KONGRESS

Coordination générale | Gesamtkoordination

Sara Iten (sara.iten@gsasa.ch)

Inscriptions | Anmeldungen

Sandra Zehren (sandra.zehren@gsasa.ch)

Contacts avec l'industrie | Kontakt mit der Industrie

Caroline Favre Amaro (caroline.favre-amaro@chuv.ch)

FPH

Pharmacie hospitalière / Spitalpharmazie:

Workshops du mercredi matin / Workshops am Mittwochvormittag (25 Punkte)

Assemblée générale (seulement pour membres GSASA) /

Generalversammlung (nur für GSASA-Mitglieder) (25 Punkte)

Programme du jeudi / Programm am Donnerstag (50 Punkte)

Programme du vendredi / Programm am Freitag (50 Punkte)

Pharmacie clinique / Klinische Pharmazie:

Workshops du mercredi matin / Workshops am Mittwochvormittag (25 Punkte)

Programme du jeudi / Programm am Donnerstag (50 Punkte)

Programme du vendredi / Programm am Freitag (50 Punkte)

TRADUCTION SIMULTANÉE | SIMULTANÜBERSETZUNG

La traduction simultanée D → F et F → D sera assurée. Les présentations en anglais ne seront pas traduites.

Es wird eine Simultanübersetzung D → F und F → D angeboten. Englische Referate werden nicht übersetzt.

WIFI SÉCURISÉ | GESICHERTES WIFI

User: GSASA

Password: KongGSA21

SOIRÉE GSASA | GSASA ABEND

Ristorante Ciani Lugano

<https://www.cianilugano.ch/>

SOIRÉE DU CONGRÈS | KONGRESSABEND

Hotel Splendide Royal Lugano

<https://www.splendide.ch/>

MUR INTERACTIF | INTERACTIVE WALL

Un mur interactif est disponible durant les séances plénières - réagissez en direct sur :
Interagieren Sie während den Vorträgen direkt und aktiv über:



#GSASA2021

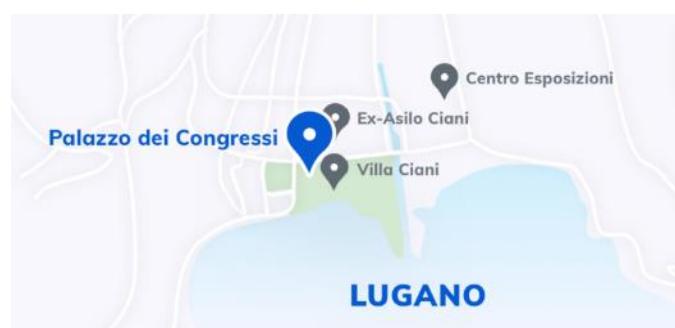
CENTRE DE CONGRÈS | KONGRESSZENTRUM



Bild : Palazzo dei congressi (<http://www.luganoconventions.com/>)

Palazzo dei congressi Lugano

Piazza Indipendenza 4,
CH - 6900 Lugano
<https://www.luganoconventions.com/de>



PLAN DE PROTECTION

La santé et la sécurité de nos participants, conférenciers, exposants et personnel sont très importantes pour nous.

En concertation avec le Palazzo dei Congressi de Lugano, le plan de protection sera mis en œuvre conformément aux exigences actuelles de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) comme suit :

Toutes les personnes séjournant au Palazzo dei Congressi pendant notre congrès GSASA doivent présenter un certificat Covid valide. Celui-ci sera vérifié à l'entrée.

L'obtention du certificat COVID s'obtient en remplissant l'une des 3 conditions suivantes :

- Être **guéri** : La guérison ne doit pas remonter à plus de 6 mois.
- Être **vacciné** : une vaccination complète effectuée il y a au moins 14 jours.
- Être **testé** : un test PCR ne doit pas remonter à plus de 72 heures, un test antigénique à plus de 48 heures. Veuillez noter qu'après l'expiration de la validité de ces tests, un nouveau test doit être soumis.

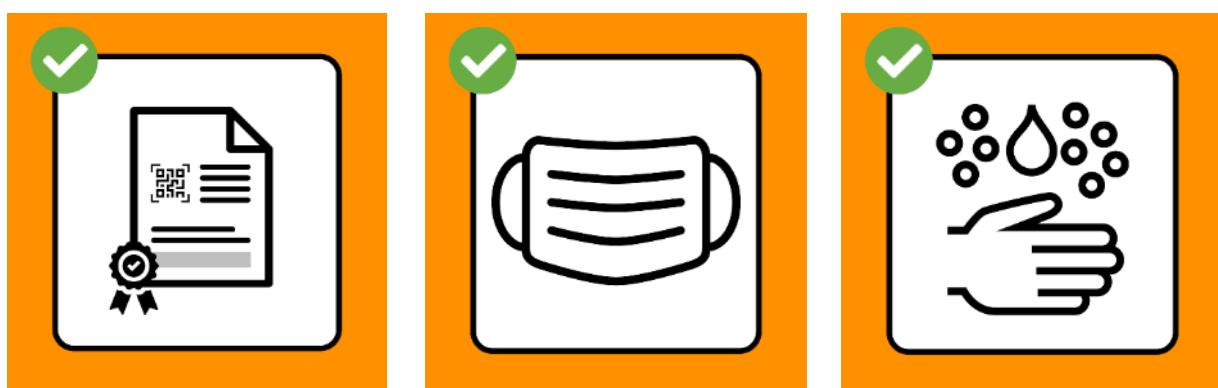
Selon décision de la GSASA, **les masques sont obligatoires*** à l'intérieur des salles pour toutes les personnes.

Ce concept de protection s'applique également **aux événements de la soirée du 10 et 11 novembre 2021**.

Il y a la **possibilité de se faire tester** près du Palazzo dei Congressi :

Farmacia Maghetti, Quartiere Maghetti 10, 6900 Lugano, Tel. 091 223 34 00

D'autres mesures de protection sont sous réserve de modifications.



*Ce règlement peut être adapté selon la situation épidémiologique.

SCHUTZKONZEPT

Die Gesundheit und Sicherheit unserer Teilnehmenden, Referierenden, Ausstellenden und Mitarbeitenden ist uns sehr wichtig.

In Absprache mit dem Palazzo dei Congressi in Lugano wird das Schutzkonzept nach dem GGG Prinzip gemäss aktuellen Vorgaben des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) wie folgt umgesetzt:

Alle Personen, welche während unserem GSASA Kongress im Palazzo dei Congressi aufhalten, müssen ein gültiges Covid-Zertifikat vorweisen. Dieses wird am Eingang kontrolliert.

Folgende Regeln gelten:

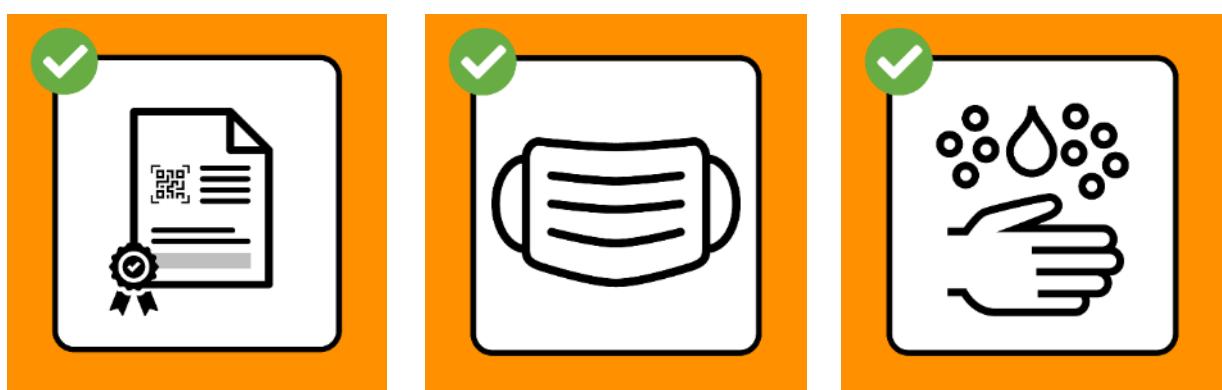
- **Genesen:** Die Genesung darf nicht länger als 6 Monate her sein.
- **Geimpft:** Eine seit mindestens 14 Tage abgeschlossene, vollständige Impfung ist notwendig.
- **Getestet:** Ein PCR Test darf nicht älter als 72 Stunden sein, ein Antigen-Test nicht älter als 48 Stunden. Bitte beachten Sie, dass nach Ablauf der Gültigkeit dieser Tests, ein neuer Test vorgelegt werden muss.
- Im Inneren der Räume gilt gemäss Entscheid der GSASA ausserdem für alle Personen **Maskenpflicht***

Dieses Schutzkonzept gilt auch für die **Abendveranstaltungen** vom 10. und 11. November 2021.

In der Nähe des Palazzo dei Congressi gibt es folgende **Testmöglichkeit**:

Farmacia Maghetti, Quartiere Maghetti 10, 6900 Lugano, Tel. 091 223 34 00

Weitere Schutzmassnahmen und Änderungen sind ausdrücklich vorbehalten.



*diese Regelung wird mit der epidemiologischen Lage angepasst

LISTE DES SPONSORS | LISTE DER SPONSOREN

Nous remercions les entreprises suivantes pour leur généreux soutien

Wir danken folgenden Firmen für ihre grosszügige Unterstützung

Symposium synérgie | Synergie-Symposium

Sintetica SA

Exposition | Ausstellung

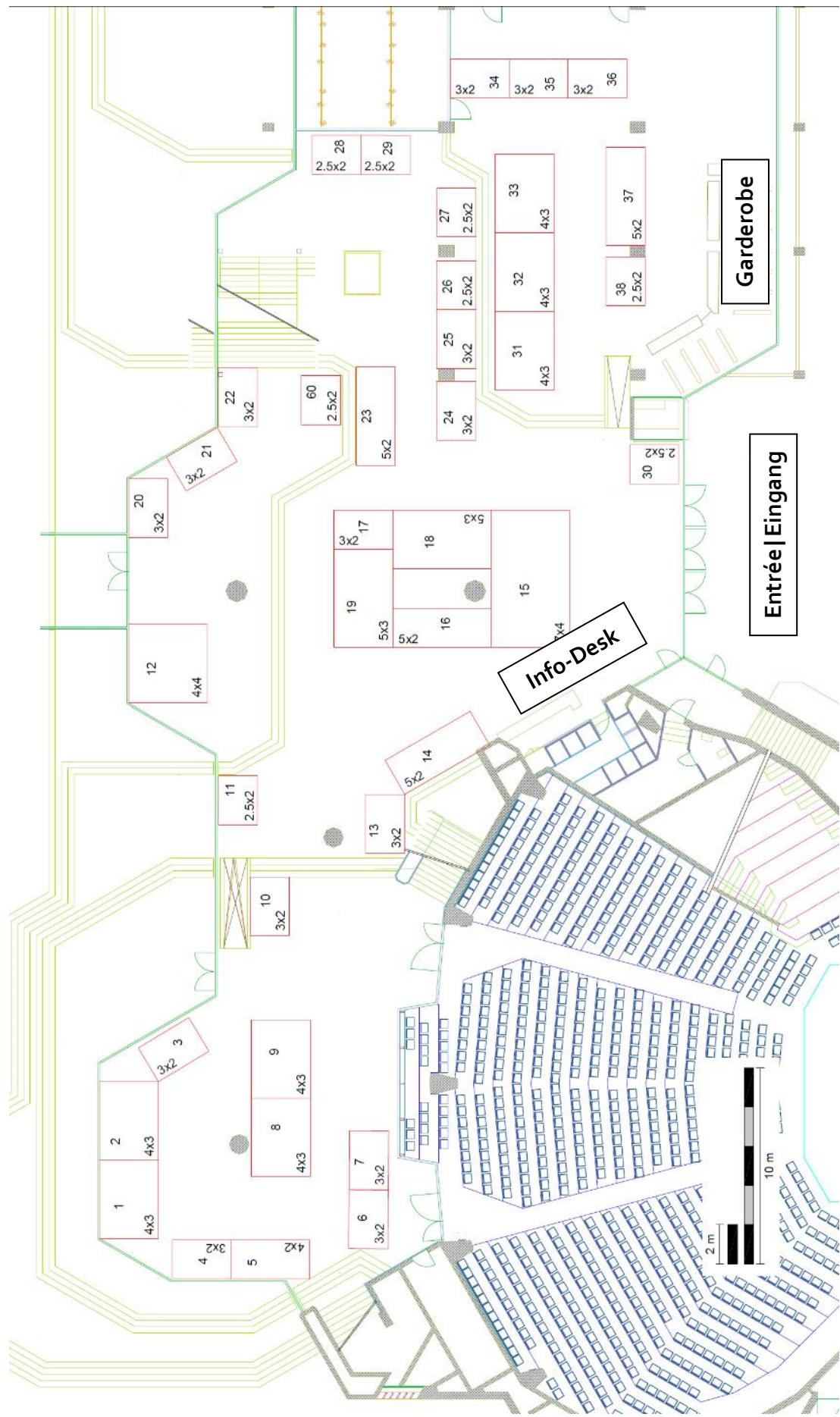
- | | | | |
|----|---|----|---------------------------------------|
| 1 | Labatec Pharma SA | 31 | Mylan Pharma GmbH (a Viatris company) |
| 2 | Biotech (Schweiz) AG | 32 | Bayer (Schweiz) AG |
| 3 | Zeller Medical AG | 33 | Sandoz Pharmaceutical AG |
| 4 | Komtur Pharmaceuticals GmbH | 34 | Kedrion Biopharma GmbH |
| 5 | Novartis Pharma Schweiz | 35 | Bardusch AG |
| 6 | Future Health Pharma GmbH Wetzikon | 36 | Codan Medical AG |
| 7 | Janssen-Cilag AG | 37 | Laboratorium Dr G. Bichsel AG |
| 8 | Amgen Switzerland AG | 38 | Novo Nordisk Pharma AG |
| 9 | B. Braun Medical AG | 39 | IQOne Healthcare Switzerland S.A. |
| 10 | Debiopharm International SA | 40 | Becton Dickinson GmbH |
| 11 | Streuli Pharma AG | 41 | Spirig HealthCare AG |
| 12 | Sanofi-Aventis (Suisse) SA | 42 | Aspen Pharma Schweiz GmbH |
| 13 | Boehringer Ingelheim Schweiz (GmbH) | 43 | Biogen Switzerland AG |
| 14 | A. Menarini AG | 44 | Roche Pharma (Schweiz) AG |
| 15 | Sintetica SA | 45 | IBSA Institut Biochimique SA |
| 16 | Takeda Pharma AG | 46 | Vifor Pharma Schweiz |
| 17 | Pierre Fabre Pharma AG | 47 | Mepha Pharma AG |
| 18 | MSD Merck Sharp & Dohme AG | 48 | Galderma SA |
| 19 | Fresenius Kabi (Schweiz) AG | 49 | Desitin Pharma GmbH |
| 20 | Advanced Accelerator Applications Intl S.A. | 50 | Baxter AG |
| 21 | Chiesi SA | 51 | Ecolab (Schweiz) GmbH |
| 22 | Accord Healthcare AG | 52 | Pfizer AG |
| 23 | Biomed AG | 53 | Daiichi-Sankyo (Schweiz) AG |
| 24 | OrPha Swiss GmbH | 54 | CSL Behring AG |
| 25 | Bristol Myers Squibb SA | 55 | GE Healthcare AG |
| 26 | Dr. Falk Pharma AG | 56 | Zentiva c/o Helvepharm AG |
| 27 | Farma Mondo | 57 | AbbVie AG |
| 28 | Eli Lilly (Suisse) SA | 58 | Health Solutions & Support AG |
| 29 | Mundipharma Medical Company | 59 | Keenturtle |
| 30 | SOBI-Swedish Orphan Biovitrum AG | 60 | GS1 Switzerland |

Autres sponsors | weitere Sponsoren

Bracco Suisse S.A.
HCl Solutions AG
Norgine AG
Octapharma AG

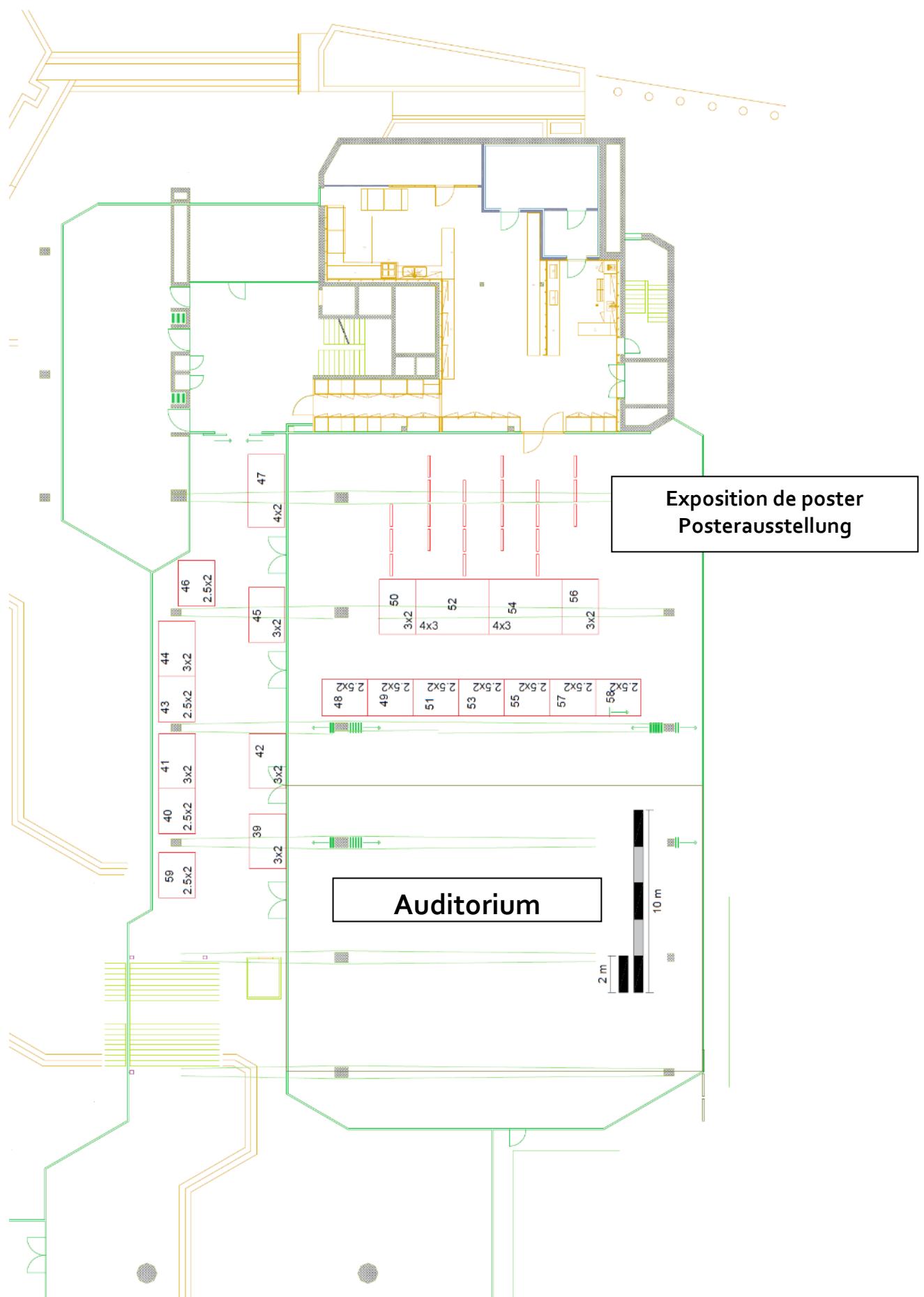
PLAN DES STANDS | STANDPLAN

REZ-DE-CHAUSSÉE | ERDGESCHOSS



PLAN DES STANDS | STANDPLAN

PREMIER ÉTAGE | 1. OBERGESCHOSS



WEBINAIR | WEBINARE

Jeudi/Donnerstag 11.11.2021

15.40 – 16.10

Novo Nordisk Pharma AG

Title: “Clinical and economical aspects in surgeries of haemophilia patients”

Speaker: Dr. Davide Matino (Assistant Professor at Hamilton University, Ontario, Canada)

Chair: Chair: PD Dr Pierre Voirol (Pharmacien chef adjoint au CHUV)

Abstract: Haemophilia patients often develop joint arthropathy at one point in their lives, which under extreme measures requires orthopaedic surgeries. According to the World Haemophilia Foundation, high coagulation factors levels need to be maintained during these surgeries. Dr. Davide Matino from the University Hospital in Ontario will elucidate two aspects of this topic: First, you are provided with the latest safety information regarding coagulation factor products. Second, he will discuss possibilities of achieving high coagulation factor levels in an economically reasonable manner. Dr. Davide Matino gained substantial experience in major orthopaedic surgeries in haemophilia patients and thus can explain in detail scientific, practical and economical aspects

Lien/Link: https://teams.microsoft.com/registration/vdf-WqfoUS2lG45xGjBUA,gsbHyUnlqUWio-CkJod_og,fnu5hackaku3UexGZ3NYVg,oTMU-nLK4Ua4oq4rAHemrg,q8Q-AM-isUCdPgZTlsWWw,nyBasSN7RUG8nZbk91Fjqw?mode=read&tenantId=fdfed7bd-9f6a-44a1-b694-6e39c468c150

FPH: 6.25 points pharmacie hospitalière et clinique

6.25 Punkte in Spitalpharmazie und klinischer Pharmazie

INVERVANTS ET MODERATEURS | REFERENTEN UND CHAIRS

Dipl. pharm. Lisa Ambrosetti	Chefapothekerin Clinica Luganese Moncucco	Rednerin Plenarsession I Sprache: deutsch
PD Dr Johnny Beney	Pharmacien-chef Hôpital du Valais - Institut Central des Hôpitaux Membre du comité d'organisation Past-Président GSASA	Modérateur Présentation des projets de recherche
Dr. Marco Bissig	Chefapotheker Ospedale Regionale di Lugano Mitglied Organisationskomitee	Begrüssung Sprache: deutsch
Prof Pascal Bonnabry	Pharmacien-chef Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	Orateur Session plénière IV Langue : français
Dr. pharm. Katharina Bracher	Chefapothekerin Luzerner Kantonsspital	Rednerin Plenarsession I Sprache: deutsch
Dr. med. Martin Brüesch	Stellvertretender Direktor Universitätsspital Zürich, Institut für Anästhesiologie	Redner Synergiesymposium Sprache: deutsch
Dipl. pharm. Andrea Burch	Klinische Pharmazeutin und PhD-Studentin UniversitätsSpital Zürich	Rednerin Plenarsession I Sprache: deutsch
PhD Sara Colomer-Lahiguera	Institut universitaire de formation et de recherche en soins IUFRS-CHUV-UNIL	Oratrice Session plénière III Langue : français
Dipl. pharm. Davide de Stefani	Mitglied wissenschaftliches Komitee	Moderation Keynote 2 Sprache: deutsch
Dr. med. Susanne Driessen	Präsidentin swissethics	Rednerin Plenarsession I Sprache: deutsch
Estel Engeler	Pharmacienne CHUV	Modératrice Atelier
Dr. Thomas Fassier	Directeur du Centre Interprofessionnel de Simulation	Orateur Keynote 1 Langue : français
Daniele Finzi Pasca	Director, author, choreographer and light designer. Co-founder of Compagnia Finzi Pasca	Orateur Keynote 2 Langue : français
Sarah Ghidossi	Apothekerin Istituto di Scienze Farmacologiche della Svizzera Italiana, Ente Ospedaliero Cantonale	Moderatorin Workshop
Dr. Jeannette Goette	Chefapothekerin Institut für Spitalpharmazie, Insel Gruppe AG Bern	Rednerin Plenarsession I Sprache: deutsch
Dr Bertrand Guignard	Responsable secteur Pharmacie clinique générale Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)	Orateur Session plénière IV Langue : français

Nora Haltinner	Pharmaziestudentin Vorstandsmitglied SHAPED	Rednerin Plenarsession IV Sprache: deutsch
Estelle Jobson	Patient and EUPATI Fellow Member of the « Partenariat en Recherche Clinique » des HUG	Speaker Plenary session III Language : english
Dr. Monika Lutters	Stv. Leiterin Spitalapotheke Kantonsspital Baden	Moderatorin Workshop
Dr. Jochen Mack	Mitglied wissenschaftliches Komitee	Moderation Plenarsession I Synergiesymposium Sprache: deutsch
Dipl. pharm. Marion Matousek	Co-Leiterin Spitalapotheke Spital Limmattal	Rednerin Plenarsession I Sprache: deutsch
Prof. Carla Meyer-Massetti	Assistenzprofessorin für Klinische Pharmazie Inselspital Bern und Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) Präsidentin wissenschaftliches Komitee	Moderatorin und Rednerin in div. Sessions Sprache: deutsch
Dr. pharm. Patrik Muff	Chefapotheker Spitalzentrum Biel	Moderator Workshop
Helmut Paula	Leiter CIRRNET Stiftung Patientensicherheit Schweiz	Redner Plenarsession I Sprache: deutsch
Prof Alice Panchaud	Leiterin Grundversorgung Berner Institut für Hausarztmedizin, Universität Bern	Oratrice Session plénière IV Langue : français
Dipl. pharm. Simona Reber	Ehem. Masterstudentin Universität Basel	Rednerin Plenarsession IV Sprache: deutsch
Dipl. pharm. Monika Schäublin	Eidg. dipl. Apothekerin Vorstandsmitglied GSASA	Rednerin Plenarsession II Sprache: deutsch
Prof. Marie-Paule Schneider	Professeure titulaire en adhésion thérapeutique et interprofessionnalité Section des sciences pharmaceutiques, Université de Genève, Université de Lausanne Membre du comité scientifique	Oratrice Keynote 1 Modératrice Session plénière IV Langue : français
Dipl. pharm. Thérèse Sigrist	Pharmacienne adjointe Responsable enseignement interprofessionnel Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) Membre du comité scientifique	Modératrice Session plénière III Langue : français
Prof. Marilyn Stebbins	Vice Chair of Clinical Innovation Department of Clinical Pharmacy University of California San Francisco	Speaker Plenarsession II Language: English
Prof. Sven Streit	Leiter Interprofessionnelle Grundversorgung Berner Institut für Hausarztmedizin, Universität Bern	Redner Plenarsession IV Sprache: deutsch

Dipl. pharm. Petra Strub Henz	Chefapothekerin St. Claraspital Basel AG Präsidentin GSASA	Begrüssung Sprache: deutsch
Prof. Catherine Tourette Turgis	Directrice du Master éducation thérapeutique du patient. Fondatrice et directrice de l'Université des Patients, Sorbonne - Paris	Oratrice Session plénière III Langue : français
Dr. Priska Vonbach	Apothekerin CEO PEDeus AG	Moderatorin Workshop
Dipl. pharm. Ariane Willmann	Leiterin Heilmittelplattform Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung (BWL)	Rednerin Plenarsession II Sprache: deutsch
Dipl. pharm. Ursina Wernli	Doktorandin Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern	Rednerin Plenarsession II Sprache: deutsch

ATELIERS/AG GSASA ET OUVERTURE DE L'EXPOSITION WORKSHOPS/GV GSASA UND ERÖFFNUNG AUSSTELLUNG

10 novembre 2021 | 10. November 2021

HORAIRE ZEIT	PROGRAMME PROGRAMM
10:00 – 13:00	Ateliers Workshops
10:00 – 11:15	Atelier 1: Pharmacie clinique : Intoxication malgré taux thérapeutiques (Estel Engeler) WS 1: Klinische Pharmazie: Intoxikation trotz therapeutischer Serumspiegel (Estel Engeler)
	Atelier 2: Clinical Decision Support Tools et la nouvelle ordonnance sur les dispositifs médicaux - comment les pharmaciens hospitaliers se sentent-ils concernés ? (Dr Priska Vonbach) WS 2: Clinical Decision Support Tools und die neue Medizinprodukteverordnung – was geht das die Spitalapotheke:rinnen an? (Dr. Priska Vonbach)
11:15 – 11:45	Pause
11:45 – 13:00	Atelier 3: Pharmacie clinique II : Un pouce mal digéré (Sarah Ghidossi) WS 3: Klinische Pharmazie II: Eine schlecht verdaute grosse Zehe (Sarah Ghidossi)
	Atelier 4: La certification RQPH, c'est facile! échange sur les obstacles et comment les surmonter (Dr. Monika Lutters, Dr. Patrik Muff) WS 4: RQS-Zertifizierung leicht gemacht: Austausch zu Hürden und deren Überwindung (Dr. Monika Lutters, Dr. Patrik Muff)
13:00 – 14:00	Pause
14:00 – 18:45	Assemblée générale GSASA GSASA Generalversammlung
18.45 – 20.00	Ouverture de l'exposition de l'industrie Eröffnung der Industrieausstellung
À partir de / ab Ca. 20.00	Soirée GSASA GSASA Abend Ristorante Ciani



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

PROGRAMME JEUDI 11 NOVEMBRE 2021

PROGRAMM DONNERSTAG, 11. NOVEMBER 2021

dès/ab 08:15	Accueil des participants	Begrüssung der Teilnehmenden
09:00 - 09.15	Ouverture du congrès <i>Petra Strub Henz</i> <i>Marco Bissig</i>	Eröffnung des Kongresses <i>Petra Strub Henz</i> <i>Marco Bissig</i>
09:15 - 10:00	Keynote 1 (Chair: Carla Meyer-Massetti)	Keynote 1 (Chair: Carla Meyer-Massetti)
F	Interprofessional collaborative practice and education: Are you ready to unlock the doors and move forward? <i>Marie-Paule Schneider Voirol</i> <i>Thomas Fassier</i>	Interprofessional collaborative practice and education: Are you ready to unlock the doors and move forward? <i>Marie-Paule Schneider Voirol</i> <i>Thomas Fassier</i>
10:00 - 10:30	Pause	Pause
10:30 - 12.15	Session plénière I (Chair : Jochen Mack) L'interprofessionnalité à l'hôpital Gestion des pharmacies d'unités de soins	Plenarsession I (Chair: Jochen Mack) Interprofessionalität im Spital Pharmazeutisches Stationsmanagement
D	Développement interprofessionnel de la gestion des pharmacies d'unités de soins : une situation gagnante pour toutes les parties concernées <i>Jeannette Goette</i>	Interprofessionelle Entwicklung des pharmazeutischen Stationsmanagements: ein Gewinn für alle Beteiligten <i>Jeannette Goette</i>
D	Quel est le degré d'automatisation dont a besoin la gestion des pharmacies d'unités de soins <i>Marion Matousek</i>	Wie viel Automatisierung braucht pharmazeutisches Stationsmanagement? <i>Marion Matousek</i>
	Les pharmaciens dans la gestion des crises	Apotheker im Krisenmanagement
F	Devenir hôpital COVID <i>Lisa Ambrosetti</i>	Die Entwicklung zum COVID-Spital <i>Lisa Ambrosetti</i>
D	La situation particulière du LUKS et le rôle de la pharmacie <i>Katharina Bracher</i>	Die besondere Lage am LUKS und die Rolle der Pharmazie <i>Katharina Bracher</i>
D	APA - Antibiotic Stewardship, préparation pharmaceutique ou gestion de la sortie ? <i>Andrea Burch</i>	OPAT- Antibiotic Stewardship, pharmazeutische Zubereitung oder Austrittsmanagement? <i>Andrea Burch</i>
D	Commissions d'éthique de la recherche : Interprofessionalité en tant que mandat <i>Susanne Driessen</i>	Forschungsethikkommissionen: Interprofessionalität als Auftrag <i>Susanne Driessen</i>

PROGRAMME JEUDI 11 NOVEMBRE 2021

PROGRAMM DONNERSTAG, 11. NOVEMBER 2021

12:15 - 13:45	Pause	Pause
12:30 - 13:30	Speed Dating	Speed Dating
13:45 - 15:30	Présentation orale des posters sélectionnés et présentation des projets de recherche d'ampleur nationale	Mündliche Präsentation ausgewählter Poster und Präsentation nationale Forschungsprojekte
15:30 - 16:15	Pause	Pause
15:40 - 16:10	Webinaire Novo Nordisk Pharma AG	Webinar Novo Nordisk Pharma AG
16:15 - 17:30	Session plénière II Les pharmaciens hospitaliers dans l'environnement interprofessionnel et aux interfaces <i>Chair : Carla Meyer-Massetti</i>	Plenarsession II Spitalapotheker*innen im interprofessionellen Umfeld und an Schnittstellen <i>Chair : Carla Meyer-Massetti</i>
D/F	Interprofessional collaboration – opportunities and challenges in crisis? <i>Monika Schäublin / Ariane Willmann</i>	Interprofessional collaboration – opportunities and challenges in crisis? <i>Monika Schäublin / Ariane Willmann</i>
D	Assistance pharmaceutique des institutions - un aperçu des nouveaux domaines d'activité <i>Carla Meyer-Massetti / Ursina Wernli</i>	Pharmazeutische Betreuung von Institutionen – ein Überblick über neue Tätigkeitsfelder <i>Carla Meyer-Massetti / Ursina Wernli</i>
E	Care Transitions Outreach Program: The Pharmacists Role in Ensuring Post Discharge Medication Safety <i>Marilyn Stebbins</i>	Care Transitions Outreach Program: The Pharmacists Role in Ensuring Post Discharge Medication Safety <i>Marilyn Stebbins</i>
17:30 - 18:30	Poster discussion	Poster discussion
20:00	Soirée du congrès Hotel Splendide	Kongressabend Hotel Splendide

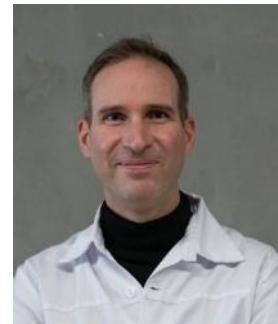
ABSTRACTS 11.11.2021

Keynote 1

Interprofessional collaborative practice and education: Are you ready to unlock the doors and move forward?

Dr Thomas Fassier

*Directeur du Centre Interprofessionnel de
Simulation*



Prof Marie-Paule Schneider

*Professeure titulaire en adhésion thérapeutique et
interprofessionnalité
Section des sciences pharmaceutiques,
Université de Genève,
Université de Lausanne
Membre du comité scientifique*



Participant.e.s à la conférence de GSASA, nous voici réuni.e.s au *Palazzo dei congressi* de Lugano ! Nous avons quitté les pharmacies et bureaux de nos hôpitaux et cantons respectifs pour franchir ces portes et nous rassembler ici. Nous voulons échanger et apprendre, ensemble, les uns des autres, les uns à propos des autres sur le thème « *Hospital pharmacy - unlocking interprofessional doors* » !

Nous le savons, par habitude, il y a de nombreuses portes fermées au sein de nos équipes, entre nos silos de travail, aux frontières de nos unités et de nos institutions. Et pourtant, nous avons aussi des expériences de portes qui s'entrouvrent donnant accès à des opportunités de collaborations innovantes et à des perspectives d'amélioration nécessaires.

Au seuil de cette conférence, qu'entendons-nous par pratique collaborative interprofessionnelle (*Interprofessional collaborative practice, IPC*) et éducation interprofessionnelle (*Interprofessional education, IPE*) ? Quelles sont ces clefs et comment les utiliser pour ouvrir ces portes?

Au micro, un binôme pharmacienne – médecin hospitalier, exerçant à l'interfaces de l'hôpital et de la communauté, à Pharma24 et aux urgences des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Ils ancreront cette conférence dans leur pratique clinique et leur expérience académique au sein du Centre interprofessionnel de Simulation (CiS) de Genève, pionnier dans l'enseignement interprofessionnel au long du continuum de formation pré-, post-graduée, continue et formation de formateurs.

La Keynote sera structurée en 4 temps, explorant chacun une question clef.

1. What? Nous viserons d'abord à clarifier les termes et concepts qui sous-tendent l'interprofessionnalité, en contrastant les définitions de l'ICP et IPE, au plan mondial et en Suisse.

2. Where? Nous tenterons ensuite d'explorer les territoires connus et inconnus de l'ICP en pharmacie hospitalière, tels que décrits dans la littérature aux interfaces inter-services et ville-hôpital.

3. Why? Nous proposerons ensuite trois arguments – la sécurité des patients, la mutation du système de santé, la transformation de la formation des professionnels de santé – pour investir dans l'ICP & IPE.

4. How? Enfin, nous ferons un zoom sur des pièces essentielles d'ingénierie pédagogique, utiles à l'IPE en pharmacie hospitalière : un référentiel de compétences interprofessionnelles, les stratégies d'apprentissage par simulation et *Shadowing*, les outils de *Crew Resources Management* et les nouvelles modalités d'évaluation (*Entrustable Professional Activities, Feedback 360°*).

Are you ready to unlock the doors and move forward? Au grand plaisir de pousser cette porte interprofessionnelle ensemble !

Session plénière I | Plenarsession I

L'interprofessionnalité à l'hôpital Interprofessionalität im Spital

Conférence 1 | Konferenz 1

Gestion des pharmacies d'unités de soins

Pharmazeutisches Stationsmanagement

Développement interprofessionnel de la gestion des pharmacies d'unités de soins : une situation gagnante pour toutes les parties concernées

Interprofessionelle Entwicklung des pharmazeutischen Stationsmanagements: ein Gewinn für alle Beteiligten

Dr. Jeannette Goette

Chefapothekerin

Institut für Spitalpharmazie,

Insel Gruppe AG Bern



Die Zusammenarbeit zwischen Spitalpharmazie und den Kliniken der Insel Gruppe blickt auf eine lange erfolgreiche Zeit zurück und ist sich aktuell stark am Weiterentwickeln. Nachfolgend wird ein Einblick in die Entwicklung dieser Zusammenarbeit gewährt, wo sie aktuell steht und wie sie in Zukunft weiter gestaltet werden soll.

Bereits vor 18 Jahren waren erste Pharma-Assistentinnen der Spitalpharmazie in 2 Kliniken (50 Betten) für die Arzneimittelbewirtschaftung tätig. Im 2005 wurde die pharmazeutisch-logistischen Betreuung von 2 Bettenstationen im Rahmen eines ersten Kooperations-Projekts (KOOP) zwischen Pflege und Pharmazie systematisch entwickelt. In der Folge übernahm die Spitalpharmazie die Arzneimittelbewirtschaftung und das Richten der Oralia für 40 Betten. 2010 folgte ein zweites Kooperations-Projekt in einer weiteren Klinik mit 46 Betten.

Aufgrund der positiven Erfahrungen und Ergebnisse in diesen Projekten, wurden die neuen Prozesse in den Betrieb überführt und die pharmazeutisch-logistische Versorgung durch die Spitalpharmazie laufend auf weitere Kliniken ausgeweitet. Heute betreut die Spitalpharmazie 865 Betten der total knapp 1200 Betten der gesamten Insel Gruppe pharmazeutisch-logistisch. Die Zusammenarbeit hat klein begonnen und ist stetig gewachsen und mit ihr auch die Aufbauorganisation in der Spitalpharmazie. Zentraler Erfolgsfaktor ist die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen den Kliniken (Pflege und Ärzteschaft) und der Spitalpharmazie (Pharma-Assistentinnen, Apotheker und klinische Pharmazeuten).

Die Spitalpharmazie bietet ihre Dienstleistungen in verschiedenen «Service Level» Stufen an: von der tiefsten Betreuungsstufe 1 (Bewirtschaftung der Stationsapotheke) bis zur Stufe 3

(Bewirtschaftung der Stationsapotheke, 24h-Richten der peroralen Medikation und Bereitstellen der parenteralen Medikation). Klinische Pharmazeuten runden dieses Angebot für die Kliniken ab: sie beraten diese pharmazeutisch, gehen auf Visite mit (heute für rund 100 Betten) und nehmen Umverordnungen auf die Hausliste vor (aktuell in einer Klinik in der Pilotphase).

Von dieser Zusammenarbeit profitieren alle Beteiligten: der Patient kann sich auf einen Medikationsprozess mit erhöhter Sicherheit verlassen, die Pflege wird entlastet, die Ärzte erhalten pharmazeutischen Support und die Spitalpharmazie verzeichnet eine Qualitätssteigerung im Bereich der Effizienz, Wirtschaftlichkeit und Compliance.

Für die nächsten Jahre stehen weitere Entwicklungen an. Einerseits wird die Betreuung flächendeckend auf allen Bettenstationen des Inselspitals auf die Stufe 3 erhöht inkl. Betreuung an Wochenenden und Feiertagen. Zudem wird auf allen IMC Stationen eine Stufe 1 Betreuung eingeführt. Dies erfolgt im Rahmen der baulichen Erneuerungen auf dem Insel Campus.

Quel est le degré d'automatisation dont a besoin la gestion des pharmacies d'unités de soins

Wie viel Automatisierung braucht pharmazeutisches Stationsmanagement?

Marion Matousek

Dipl. pharm.

Co-Leiterin Spitalapotheke

Spital Limmattal



Den Weg des Arzneimittels von der Spitalapotheke auf die Station bis zur Vorbereitung in die Abgabeblister kann und soll von Mitarbeitenden der Spitalapotheke übernommen werden. Vorteile für die Spitalapotheke sind die klaren Verantwortlichkeiten, optimierte Belieferungen, vereinfachte Kommunikation und nicht zuletzt auch die Bereicherung der Arbeit einer Pharma-Assistentin.

Wenn die Pflegeleitung überzeugt ist, dass die Mitarbeitenden der Spitalapotheke die Fehlerquote beim Richten reduzieren und die Pflegefachkräfte sich auf Ihre Kernkompetenz fokussieren können, wenn die Stationsmitarbeitenden weiterhin in die Abgabe der Medikation durch deren Kontrolle involviert werden und dafür nicht mehr um Nachschub derselben für die Patienten besorgt sein müssen, wenn die FvP der Spitalapotheke ihre Verantwortung voll wahrnehmen kann und zufriedenes Personal dank interessantem Arbeitsauftrag hat und wenn die Spitalleitung realisiert, wie Synergien dank Interdisziplinarität genutzt werden und damit die Qualität gesteigert wird – warum soll noch weiter mit der Umsetzung für pharmazeutisches Stationsmanagement zögert werden?

Am Beispiel des Spital Limmattals zeigt sich, dass hierfür vor allem viel Wille zur Veränderung und Verhandlungsgeschick gegenüber den involvierten Berufsgruppen benötigt wird. Auf technologische Unterstützung oder gar Automation hingegen kann grösstenteils verzichtet werden.

Conférence 2 | Konferenz 2

Les pharmaciens dans la gestion des crises

Apotheker im Krisenmanagement

Devenir hôpital COVID

Die Entwicklung zum COVID-Spital

Lisa Ambrosetti

*Dipl. pharm.
Chefapothekerin
Clinica Luganese Moncucco*



Fin février 2020 le premier patient COVID de Suisse est diagnostiqué et hospitalisé à la Clinica Luganese Moncucco. Le Tessin, pour faire face à l'émergence COVID, a décidé de centraliser la prise en charge des patients COVID dans 2 structures : l'hôpital La Carità à Locarno et la Clinica Luganese Moncucco à Lugano. Les deux deviennent entièrement « centre COVID » ; toutes les autres disciplines sont suspendues. Avec la pandémie démarre donc un étroit échange interdisciplinaire et inter-hospitalier entre public et privé.

Au niveau cantonal, le nombre de lits aux soins intensifs a été largement augmenté mettant à disposition jusqu'à 80 places pour les patients COVID. À la Clinica Luganese Moncucco les lits disponibles aux soins sont passés des habituels 6 à 40. Les salles opératoires ont été transformées en soins intensifs.

Les médecins et infirmiers se tiennent quotidiennement en contact par vidéoconférence avec La Carità. Pour la gestion de la pandémie, la Clinica Luganese Moncucco crée le groupe interdisciplinaire d'émergence COVID qui se réunit 3 fois par semaine incluant la pharmacie.

La pharmacie est sollicitée pour l'approvisionnement des sédatifs et des désinfectants. Les stocks de désinfectant habituellement consommés en un mois ne suffisent même pas pour une semaine.

Au niveau suisse nous assistons à une pénurie de désinfectants et de médicaments ; les entreprises pharmaceutiques ont de grosses difficultés à fournir le matériel, ainsi, garantir les quantités nécessaires à la prise en charge des patients COVID est un vrai défi. L'approvisionnement de propofol est suspendu pratiquement tout de suite et des alternatives doivent donc être utilisées. Fin mars la Confédération centralise la fourniture de propofol. Chaque semaine la pharmacie doit informer la Confédération des données sur l'occupation et les stocks de médicaments retenus indispensables pour la pandémie.

Mi-avril 2020 la Clinica rouvre les urgences et les unités de soins pour les pathologies et maladies « normales » (non seulement COVID donc).

Fin avril la première vague COVID se conclue, début octobre la deuxième commence...

La situation particulière du LUKS et le rôle de la pharmacie

Die besondere Lage am LUKS und die Rolle der Pharmazie

Dr. pharm. Katharina Bracher

Chefapothekerin

Luzerner Kantonsspital



Das Luzerner Kantonsspital LUKS versorgt als grösstes Zentrumsspital der Schweiz die Zentralschweiz und hatte damit die höchste Auslastung mit Covid-19-Patientinnen und -Patienten in der Region. Als die Pandemie im Februar 2020 die Schweiz erreichte, war das LUKS im grössten Change Prozess seiner Spitalgeschichte und bereits damit im Ausnahmezustand: mit der Einführung des amerikanischen KIS Epic und damit der konsequenten Digitalisierung aller Prozesse standen wir 100 Tage nach GO-Live. Rund 6'000 Mitarbeitende kämpften sich im Klinikalltag durch die neue Software. Die Stimmung war angespannt, die Krankheitsausfälle beim Personal stiegen an.

Die Krisenorganisation, mit der Pharmazie als Mitglied des Krisenstabes, ist durch regelmässige Stabsübungen sehr gut etabliert und wurde schnell eingesetzt. In diesem Umfeld zeigten sich die Stärken des volldigitalisierten KIS. So konnte der Krisenstab in Echtzeit jederzeit auf die entscheidenden Daten zurückgreifen: Anzahl Eintritte der Verdachtsfälle, Anzahl und Altersstruktur der COVID-19 Patienten, Anzahl durchgeführte Tests usw. Für die Pharmazie war hilfreich, dass die Anzahl Patienten mit Propofol, Remdesivir, später der Impfstatus usw. jederzeit abgefragt werden konnte. Das hat für Ruhe gesorgt und geholfen, die richtigen Entscheidungen zu treffen.

Die Rolle der Pharmazie hat sich dem Lauf der Pandemie angepasst: in der ersten Phase standen die Versorgungssicherheit, der klinische Austausch über Therapien und allenfalls nötige Therapiealternativen bei Versorgungslücken sowie der Aufbau von neuen Abteilungen (COVID-19 Station, zusätzliche IPS, Testcontainer) im Vordergrund.

Als sich in der zweiten Phase die Versorgungslage beruhigt hatte, wurde der Schwerpunkt auf die interdisziplinäre Arbeit im Bereich Klinikbetreuung und Medikamentenlogistik gelegt; Impfungen, neue Therapien (Remdesivir, Antikörper) und die Pharmakovigilance waren dabei wichtige Themen.

Neben der operativen Tätigkeit blieb für die Pharmazie die strategische Ebene zentral. In der Krisenorganisation hat sie ihre Stärken eingesetzt, aber auch aufgezeigt: die schlanke, klare Führungsstruktur, hohe Fachkompetenz, gelebte Interdisziplinarität, Agilität, Entscheidungsstärke, ein verlässliches Netzwerk. Ärztliche Schlüsselpersonen, die Geschäftsleitung und der Verwaltungsrat haben die Rolle der Pharmazie im gesamten Medikationsprozess miterlebt und positiv beurteilt. Damit hat die Krise die Pharmazie gestärkt.

Conférence 3 | Konferenz 3

APA - Antibiotic Stewardship, préparation pharmaceutique ou gestion de la sortie ?

OPAT- Antibiotic Stewardship, pharmazeutische Zubereitung oder Austrittsmanagement?

Andrea Burch

Dipl. pharm.

Klinische Pharmazeutin und PhD-Studentin

UniversitätsSpital Zürich



30-40% Stationärer Patient:innen erhalten während Ihres Aufenthaltes im Spital ein Antibiotikum, 10% davon werden parenteral verabreicht: Für die Hälfte dieser Patient:innen ist die parenterale Antibiotikatherapie der einzige Grund für ihren stationären Aufenthalt (Seaton RA et al. 2007; Daten aus Schottland). Die so resultierenden Langzeithospitalisationen gehen einher mit hohen Kosten, aber auch einem erhöhten Risiko für eine nosokomiale Infektion des Patienten.

Das UniversitätsSpital Zürich (USZ) hat aus diesem Grund im Herbst 2019 ein OPAT (Outpatient parenteral antimicrobial therapy)-Programm ins Leben gerufen. OPAT ist eine ambulant durchgeführte, intravenöse (i.v.) Antibiotikatherapie, welche eine frühzeitige Rückkehr in das häusliche Umfeld ermöglicht und gehört heute zum internationalen Standard der mikrobiellen Therapieoptionen:

Das USZ-Team unterstützt dabei OPAT in versch. Settings: (I) self-OPAT: der Patient führt die Therapie selbständig zuhause durch; (II) Hospital-OPAT: der Patient kommt für die intravenöse Antibiotikagabe täglich auf die Tagesklinik des USZs; (III) Homecare-OPAT: Die Therapie wird zuhause durch die Spitex / den Hausarzt durchgeführt.

Die Indikation für OPAT wird interdisziplinär gestellt zusammen mit ärztlichem Dienst, Pflegefachdienst, und den Pharmazeuten. Dies, da nebst der ärztlichen Indikationsstellung und klinischen Überwachung der Therapie die Organisation der Therapie durch die Pflege essentiell ist. Dem Pharmazeuten wiederum kommen in diesem Konstrukt versch. Aufgaben zu, wie die Erstellung von Vorgaben zur Zubereitung und Abfüllung der Antiinfektivalösungen für die kontinuierliche Gabe über elastomere Pumpen, Beantwortung von Fragen zu Kassenzulässigkeiten, benötigtem Zusatzmaterial aber auch zur Wahl der antimikrobiellen Substanz in Anbetracht der Begleitmedikation des Patienten.

Das OPAT-Team des USZs ist davon überzeugt, dass die ambulante Antibiotikatherapie mit diesem interdisziplinären Ansatz sicher und effektiv ist. Gleichzeitig besteht Evidenz, dass die kontinuierliche Infusion durch verbessertes Erreichen der PK/PD-Ziele zu besseren Patientenoutcomes führt. Um diese Überzeugung mit Zahlen zu belegen laufen am USZ zwei prospektive Kohortenstudien: ZOPAT (Zurich outpatient parenteral antimicrobial therapy), sowie ZOPATlife. Zukünftig ist angedacht, die kontinuierliche Infusion von zeitabhängigen Antibiotika (Betalactamen) zu untersuchen und somit mit Erkenntnissen von outpatients, die Therapie von inpatients zu verbessern.

(Z)OPAT ist somit mehr als ein Programm, um frühere Austritte zu ermöglichen: Mit (Z)OPAT leistet das Team seinen Beitrag zu einer rationalen Antibiotikatherapie, zum «continuum of care» der Therapie des Patienten und legt die Basis für die verbesserte und gezieltere Anwendung von «alten» wie auch «neuen» Antibiotika.

Conférence 4 | Konferenz 4

Commissions d'éthique de la recherche : Interprofessionnalité en tant que mandat

Forschungsethik-Kommissionen: Interprofessionalität als Auftrag

Dr. med .Susanne Driessen

Präsidentin swissethics



Medizinische Forschung steht vor neuen Möglichkeiten und Herausforderungen. Dazu gehören Digitalisierung, Personalisierte Medizin, Big Data, Genomforschung und künstliche Intelligenz. Die Forschungs-Ethikkommissionen der Schweiz haben die Aufgabe und Verantwortlichkeit, klinische Versuche, Forschungsprojekte mit Menschen und die Weiterverwendung von Daten und Proben zu beurteilen. Ziel dieser Beurteilung ist es, den Respekt gegenüber den an der Forschung teilnehmen Patientinnen und Patienten zu wahren und zu überprüfen, ob die wissenschaftlichen, rechtlichen und ethischen Standards eingehalten sind.

Die interprofessionelle Zusammensetzung der Ethikkommissionen mit Personen verschiedenster Fachkompetenzen ermöglicht dabei eine differenzierte Beurteilung der Forschung aus verschiedenen Blickwinkeln. Und weiter: die Interprofessionalität schafft einen Mehrwert im Entscheidungsprozess, ob etwas richtig, sinnvoll und gut ist.

Der Vortrag soll aufzuzeigen, wie Ethik in der Humanforschung Rahmenbedingungen setzt, die sinnstiftend für Individuen und Gesellschaft sein können. Dazu ist eine Kette an Verantwortlichkeiten erforderlich. Die interprofessionelle Zusammenarbeit der an der Forschung beteiligten Akteure ist eine Voraussetzung, damit die aktuellen und herausfordernden Themen der medizinischen Forschung adressiert werden können.

Présentation orale des posters sélectionnés et présentation des projets de recherche d'ampleur nationale
Mündliche Präsentation ausgewählter Poster und Präsentation nationale Forschungsprojekte

Présentation orale des posters sélectionnés
Mündliche Präsentation ausgewählter Poster

- OP1/R-IPR-8** Risikofaktoren für Schwerwiegende Medikationsfehler zur Priorisierung von Patienten für Klinisch Pharmazeutische Interventionen
(Claudia Schlup)
- OP2/R-IPR-18** Continuity of care: economic impacts of optimizing hospital discharge
(Cindy Darioly)
- OP3/R-IPR-19** Exposure, tolerability and pain control with intranasal or intravenous administration of nalbuphine in infants
(Miriam Piffner)
- OP4/R-20** Pharmacometric analysis of intranasal and intravenous nalbuphine to optimize pain management in infants
(Miriam Piffner)
- OP5/R-22** An innovative game-based training tool to promote handwashing and handrub in hospital pharmacies
(Alexandra Garnier)

Présentation des projets de recherche d'ampleur nationale
Präsentation nationale Forschungsprojekte



Projet soutenu en 2014 | Unterstütztes Projekt 2014
Verschreibungsfehler in der Pädiatrie - welchen Impact hat ein CDSS?

Présenté par: / Präsentiert durch:
Aylin Satir

Projet soutenu en 2018 / Unterstütztes Projekt 2018
Konsequente Implementierung eines pharmazeutischen Medikationsmanagements zur Erhöhung der Sicherheit an der Schnittstelle Spitalaustritt (KIRSCH) (Basel, Zug)

Présenté par: / Präsentiert durch:
Markus Lampert

Projet soutenu en 2020 / Unterstütztes Projekt 2020
Entwicklung und Implementierung eines Multiagentensystems zur Detektion von Medikationsfehlern und Reduktion potentiell unerwünschter Arzneimittelereignisse

Présenté par: / Präsentiert durch:
Hendrike Dahmke

Session plénière II | Plenarsession II

Les pharmaciens hospitaliers dans l'environnement interprofessionnel et aux interfaces

Spitalapotheke*innen im interprofessionellen Umfeld und an Schnittstellen

Conférence 1 | Konferenz 1

Interprofessional collaboration – opportunities and challenges in crisis?

Dipl. pharm. Monika Schäublin

Vorstandsmitglied GSASA



Dipl. pharm. Ariane Willmann

Leiterin Heilmittelplattform

Bundesamt für wirtschaftliche Landesversorgung (BWL)



Ensuring the availability of goods and services in Switzerland is in the main responsibility of the private sector. If in extraordinary situations, the private sector is not able to accomplish this role and the supply is, or may be, compromised, the state intervenes in the marketplace with tailored measures to ensure the supply of vital goods and services. This vital cooperation between the private sector and the state reflects in the organization of the National Economic Supply (NES). NES is composed of around 250 persons/experts from the private sector and from other areas of the public administration; the composition and the working procedures are highly interprofessional. The Federal Office for National Economic Supply (FONES) represents the backbone to guarantee the basic function and organization of the National Economic Supply and the required staff. It supports and coordinates the activities and the interprofessional collaboration and take the necessary preventive measures to increase the resilience of the national supply of essential goods, e.g. of vital health care products.

Covid-19 challenged the pharmaceutical market, revealed the limits in very fast manner and asked for effective counter-measures to assure the supply for important medical needs in therapy and prevention for the patients.

Conférence 2 | Konferenz 2

Assistance pharmaceutique des institutions - un aperçu des nouveaux domaines d'activité

Pharmazeutische Betreuung von Institutionen – ein Überblick über neue Tätigkeitsfelder

Prof. Carla Meyer-Massetti

Assistenzprofessorin für klinische Pharmazie

Inselspital/Berner Institut für Hausarztmedizin,

Universität Bern



Dipl. pharm. Ursina Wernli

Doktorandin

Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern



Demographische Entwicklungen wie die Überalterung der Gesellschaft, die oftmals einhergeht mit Multimorbidität und Polypharmazie, steigern die Komplexität der kontinuierlichen Patientenversorgung und damit den Bedarf an Fachwissen. Das Angebot spezialisierter Gesundheitsdienstleistungen (z.B. Onkologie, Palliative Care) trägt zur Komplexität in der Grundversorgung bei. Eine Zunahme an involvierten Gesundheitsfachpersonen resultiert in Schnittstellen, welche einen zeitgerechten, vollständigen und korrekten Informationsfluss gefährden. Polypharmazie und daraus resultierende Medikations-assoziierte Probleme beeinflussen die Medikationssicherheit, wobei 60% der unerwünschten Arzneimittelwirkungen vermeidbar sind, wenn sie rechtzeitig identifiziert und konstruktiv angegangen werden. Mit entsprechenden Handlungsvorschlägen können Pharmazeutinnen und Pharmazeuten zur Medikations- und folglich zur Patientensicherheit beitragen, wenn sie mit ihrem fundierten Wissen optimal in die Grundversorgung eingebunden werden.

Pharmazeutinnen und Pharmazeuten sind wichtige interprofessionelle Partner, um den Informationsfluss an den Schnittstellen zu koordinieren, die Verfügbarkeit der Medikamente zu gewährleisten und die Qualität der Verschreibungen zu prüfen. Pharmazeutische Institutionsbetreuung bietet nebst Patienten-zentrierten Aufgaben diverse interprofessionelle Tätigkeitsoptionen, welche Medikations-assoziierte Probleme reduzieren und dadurch entstehende Kosten senken können.

Daher beinhaltet die pharmazeutische Institutionsbetreuung nicht nur fachliche, sondern auch gesundheitspolitische Anreize, dieses Angebot weiterzuentwickeln und auszubauen. Voraussetzung ist die Bereitschaft unseres Berufsstandes, neue Dienstleistungen zu entwickeln und zu implementieren und sich kontinuierlich weiterzubilden.

In dieser Session werden wir drei unterschiedliche Settings präsentieren, welche vielfältige Möglichkeiten für Apothekerinnen und Apotheker in der pharmazeutischen Institutionsbetreuung bieten.

Referenzen

Fishman L., et al. Medikationssicherheit: Wo steht die Schweiz? Bundesgesundheitsbl 2018, 61:1152-1158

Malotte, K., Naidu, D.R., Herndon, C.M., et al. Multicentered Evaluation of Palliative Care Pharmacists' Interventions and Outcomes in California. Journal of Palliative Medicine. 2021. Sep;24(9):1358-1363

Meyer-Massetti C., Kaiser E., et al. Medikationssicherheit im Home Care Bereich. Pflege 2012. 25(4):261-69

Conférence 3 | Konferenz 3

Care Transitions Outreach Program: The Pharmacists Role in Ensuring Post Discharge Medication Safety

Prof. Marilyn Stebbins

Vice Chair of Clinical Innovation

Department of Clinical Pharmacy

University of California San Francisco



Description: The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) have identified that 20% of Medicare patients who are discharged from a hospital are readmitted within 30 days. Improving patient care through targeted interventions is a primary goal of the Care Transitions Outreach Program (CTOP) at the University of California, San Francisco, which is comprised of 7 nurses and 4 pharmacists and one social worker. UCSF began a partnership with CipherHealth LLC using the patient engagement product Voice, to implement a customizable transitions of care management platform in which patients are called using an automated voice response system within 48 hours of discharge to identify problems and monitor their conditions. The focus of this presentation is on the pharmacist's role in this transitions of care program in ensuring medication access and safety.

Outcomes: The Voice Program helped to identify patients who had not received all their intended medications at discharge and led to the creation of a new Medications to Bedside (Meds to Beds) program at the hospital. To date, the Meds to Beds program has a 100% success rate when measured using our Cipher medication access question thus ensuring patients have prescribed discharge medications. The Voice Program also has helped pharmacy services improve medication safety through enhanced incident reporting, and improved patient medication comprehension. Pharmacists also help to optimize medications by contacting prescribers when intolerance or access issues exist.

Lessons learned: CipherHealth Voice has been an effective tool in identifying medication issues, improving care, and evaluating novel programs like Meds to Beds for patients recently discharged from a large tertiary care academic medical center. Other institutions may benefit from our experience.

PROGRAMME VENDREDI 12 NOVEMBRE 2021

PROGRAMM, FREITAG, 12. NOVEMBER 2021

08:00 – 08:45 D	Symposion synergie "Babelfish hospitalier": communication interprofessionnelle - librement inspiré de Douglas Adams <i>Martin Brüesch</i>	Synergie-Symposium "Spitalbabelfish": interprofessionelle Kommunikation - frei nach Douglas Adams <i>Martin Brüesch</i>
	<i>Chair : Jochen Mack</i> Sponsoring : Sintetica SA	<i>Chair : Jochen Mack</i> Sponsoring: Sintetica SA
08:45 – 09:00	Pause	Pause
09:00 – 10:45 F	Session plénière III La participation des patients <i>Chair : Marie-Paule Schneider</i> Quand des malades transforment leur expérience de la maladie en expertise disponible pour la collectivité. L'exemple d'un parcours diplômant à l'Université des Patients à Paris <i>Catherine Tourette-Turgis</i>	Plenarsession III Einbezug der Patient:innen <i>Chair : Marie-Paule Schneider</i> Wenn Patienten ihre Erfahrungen mit einer Erkrankung in Fachwissen umwandeln, das der Allgemeinheit zur Verfügung steht. Das Beispiel eines Studiengangs an der Université des Patients in Paris <i>Catherine Tourette-Turgis</i>
E	Inclusion of the patient perspective in clinical research: Reflections and experiences from the "Partenariat en Recherche Clinique", at the Geneva University Hospitals (HUG) <i>Estelle Jobson</i>	Inclusion of the patient perspective in clinical research: Reflections and experiences from the "Partenariat en Recherche Clinique", at the Geneva University Hospitals (HUG) <i>Estelle Jobson</i>
F	Experience-Based Co-Design : une approche de recherche participative pour l'amélioration des services de santé <i>Sara Colomer-Lahiguera</i>	Experience-Based Co-Design: ein partizipativer Forschungsansatz zur Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen <i>Sara Colomer-Lahiguera</i>
D	Participation des patients - possibilités et expériences au niveau national <i>Helmut Paula</i>	Patienteneinbeziehung - Möglichkeiten und Erfahrungen auf nationaler Ebene <i>Helmut Paula</i>
10:45 – 11:15	Pause	Pause

PROGRAMME VENDREDI 12 NOVEMBRE 2021

PROGRAMM, FREITAG, 12. NOVEMBER 2021

11:15 – 12:45	Session plénière IV Interprofessionnalité dans l'enseignement et la recherche <i>Chair : Thérèse Sigrist</i>	Plenarsession IV Interprofessionalität in Lehre und Forschung <i>Chair : Thérèse Sigrist</i>
F/D	Equipe Pharmacie à Berne - building bridges, not walls <i>Alice Panchaud / Sven Streit</i>	Team Pharmazie in Bern - building bridges, not walls <i>Alice Panchaud / Sven Streit</i>
F	Approches pédagogiques innovantes autour du médicament <i>Pascal Bonnabry / Bertrand Guignard</i>	Innovative pädagogische Ansätze zum Thema Medikation <i>Pascal Bonnabry / Bertrand Guignard</i>
D	Perspectives pour le CAS Medication Safety <i>Carla Meyer-Massetto / Simona Reber</i>	Ausblick CAS Medication Safety <i>Carla Meyer-Massetto / Simona Reber</i>
D	SHAPED - swiss health alliance for interprofessional education <i>Nora Haltinner</i>	SHAPED - swiss health alliance for interprofessional education <i>Nora Haltinner</i>
12:45 – 13:45	Pause	Pause
13:45 – 14:30	Keynote 2 (<i>Chair : Davide de Stefani</i>)	Keynote 2 (<i>Chair : Davide de Stefani</i>)
F	C'è un angolo tranquillo per parlarci in questo mondo di piccole scatolette? <i>Daniele Finzi Pasca</i>	C'è un angolo tranquillo per parlarci in questo mondo di piccole scatolette? <i>Daniele Finzi Pasca</i>
14:30 – 15:15	Remise des prix et conclusion du congrès	Preisverleihung und Abschluss des Kongresses
15:15	Fin du congrès	Ende des Kongresses

ABSTRACTS 12.11.2021

Symposium synérgie | Synergiesymposium

"Babelfish hospitalier": communication interprofessionnelle - librement inspiré de Douglas Adams

"Spitalbabelfish": interprofessionelle Kommunikation - frei nach Douglas Adams

Dr. med. Martin Brüesch

Stellvertretender Direktor

Institut für Anästhesiologie

Universitätsspital Zürich



Der Babelfish ist eine Figur aus Douglas Adams Trilogie «Per Anhalter durch die Galaxis». Ins Ohr gesteckt, kann er jegliche Sprache des Universums in die Sprache des Zuhörers übersetzen. Seinen Namen hat der Babelfish vom Turmbau zu Babel, beziehungsweise vom babylonischen Sprachengewirr. Um sich mit Gott gleichzustellen, wollten die Menschen einen Turm in den Himmel bauen, Gott hat sie bestraft, indem er ihre Sprache verwirrte, ihnen also unterschiedliche Sprachen gab, so dass sie sich nicht mehr verständigen konnten. Damit konnten sie nicht mehr zusammenarbeiten und der Turm wurde nie vollendet.

Eine gemeinsame Sprache scheint das Geheimnis einer erfolgreichen Zusammenarbeit zu sein. Das ist aber gar nicht so einfach, die Strafe Gottes wirkt noch immer. Selbst verschiedene Professionen und Disziplinen in der Medizin verstehen sich nicht. In der Notfallmedizin hat man Lehren aus Missverständnissen gezogen und Lernprogramme aufgestellt um Missverständnisse zu reduzieren und mittels gemeinsamer Sprache effizientes und zielgerichtetes Handeln im interdisziplinären und interprofessionellen Team zu fördern. Eine bekannte, in der Notfallmedizin gebräuchliche Sprache ist der ABC Algorithmus. Jede in der Notfallmedizin tätige Subspezialität und Berufsgruppe versteht und spricht diesen Algorithmus, kennt die Partitur und weiß, wo der Einsatz ist für ihre Instrumente.

Das babylonische Sprachengewirr kann aber auch ausserhalb von Notfallsituationen zu unnötigen Reibungsverlusten oder gar gefährlichen Situationen führen. Die Lebenswelt von Spitalapothekeuren ist für Anästhesisten nicht einfach erschliessbar und umgekehrt. Nichtsdestotrotz sind wir verpflichtet gemeinsam Türme zu bauen. Ein Turm kann heißen «Versorgungssicherheit gewährleisten», ein anderer befasst sich mit der Planung von ausserordentlichen Lagen und dem plötzlichen Mehrbedarf von Medikamenten bei einem Terroranschlag mit vielen Verletzten und kontaminierten Personen.

Welche Alternativen bestehen bei Lieferengpässen? Wie ist ein zu erwartender Mehrbedarf von Medikamenten bei einer Pandemie zu lösen? Diese Fragen können besser gemeinsam gelöst werden und bedingen zwingend einen runden Tisch und eine gemeinsame Sprache.

Sponsoring : Sintetica SA

Session plénière III | Plenarsession III

La participation des patients | Einbezug der Patient:innen

Conférence 1 | Konferenz 1

Quand des malades transforment leur expérience de la maladie en expertise disponible pour la collectivité. L'exemple d'un parcours diplômant à l'Université des Patients à Paris

Wenn Patienten ihre Erfahrungen mit einer Erkrankung in Fachwissen umwandeln, das der Allgemeinheit zur Verfügung steht. Das Beispiel eines Studiengangs an der Université des Patients in Paris

Prof. Catherine Tourette Turgis

Directrice du Master éducation thérapeutique du patient.

Fondatrice et directrice de l'Université des Patients, Sorbonne - Paris



L'université des patients, une innovation pédagogique héritière des mouvements sociaux

L'Université des patients-Sorbonne, ouverte l'année universitaire 2009-2010¹ en France, s'inscrit dans plusieurs filiations. La notion de « patient expert » émerge avec les premiers programmes de formation de malades par des malades, qui se sont développés dans les pays anglo-saxons dès les années 1970 [1]. Dans la genèse de l'université des patients, trois grands mouvements de mobilisation collective sont convoqués : le féminisme, les acquis de la lutte contre le sida, et le courant de l'analyse institutionnelle dans les pratiques éducatives et psychothérapeutiques dans la tradition d'Oury [2] et de Tosquelle [3], qui ont radicalement transformé la relation médecin-malades et ont été à l'origine d'innovations sociothérapeutiques en psychiatrie comme la clinique de La Borde. Ces mouvements sont à l'origine d'apports conceptuels et méthodologiques significatifs dans les courants pédagogiques, les théories de l'apprentissage et les conceptions du développement humain comme l'institution soignante, la démocratie dans les petits groupes, le conseil des enfants, les journaux de bord, la classe coopérative, le tutorat entre pairs, la suppression des blouses blanches, la pédagogie non directive, les pédagogies centrées sur l'apprenant.

Références :

- 1- Jouet E, Flora L, Las Vergnas O. Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients - Note de synthèse. Pratiques de formation - Analyses 2010;58-59:13-94.
- 2- Oury J. Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle. Paris : Payot, 1976, rééd. Nîmes : Champ social, 2001.
- 3- Tosquelle F. De la personne au groupe - À propos des équipes de soin. Toulouse : Érès, 2003.

Abstract aus : L'Université des patients-Sorbonne : contexte de la création de cursus diplômants à destination des patients en France (RISQUES & QUALITÉ • 2020 - VOLUME XVII - N° 1)

Conférence 2 | Konferenz 2

Inclusion of the patient perspective in clinical research: Reflections and experiences from the "Partenariat en Recherche Clinique", at the Geneva University Hospitals (HUG)

Estelle Jobson

Patient and EUPATI Fellow

Member of the « Partenariat en Recherche Clinique » des HUG



As patient partnership in clinical trials and health-related research continues to gain momentum, the Geneva University Hospitals (HUG) has developed a patient partnership model. The Clinical Research Partnership Team (PARTNER REC) brings together patients, researchers, caretakers, physicians, members of the research ethics committee and professionals of patient partnership, and aims at informing researchers and patients on "why, who, when, how to involve patient partners" in a clinical research.

Once considered passive research "subjects" whose only contribution was to offer their personal data or biological sample, patients are now encouraged to become active partners, and to work with researchers in the development and conduct of all stages of clinical research, from design, research protocols, selection of outcomes and endpoints, identification of optimal recruitment strategies, and the dissemination of research results to all stakeholders and users. To this end, the PARTNER REC team has developed a toolbox that summarises some of the possibilities for partnership. The team also invites clinical researchers, approximately monthly, to present and discuss patient partnership opportunities for their own projects. During these brainstorming, different ideas and strategies emerge, depending on the project and the researcher's need, leading sometimes to new contact with patients for potential further involvement, or organisation of a focus group. Several projects have already been discussed, encompassing wide research areas ranging from cancer therapies to chronic pain or neonatology, at different level of advancement.

Although it is still too early to provide an assessment of the impact of the patient partnership in the research projects, we were able to identify some situations where the partnership with patients was difficult, and where alternative partners ought to be considered.

During this presentation, we will discuss the reasons and the evidence underlying patient involvement in research and we will present concrete examples of different patient partnership in research, with a special focus on the strengths and challenges of the different approaches. We will summarize the need for future development and innovation in this field with the ultimate goal of enhancing the relevance, speed and quality of clinical research.

Conférence 3 | Konferenz 3

Experience-Based Co-Design : une approche de recherche participative pour l'amélioration des services de santé

Experience-Based Co-Design: ein partizipativer Forschungsansatz zur Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen

PhD Sara Colomer-Lahiguera

Registered Nurse

Project manager

Institut universitaire de formation et de recherche en soins

IUFRS-CHUV-UNIL



There is growing recognition of the value of Patient and Public Involvement (PPI) in health research. PPI is defined as "research being carried out 'with' or 'by' members of the public rather than 'to', 'about' or 'for' them" (INVOLVE). Experience-Based Co-Design (EBCD) is a participatory approach that uses qualitative methods in a multi-stage process to engage patients and members of the healthcare team in co-designing improvements and innovations to healthcare services. EBCD takes a systematic approach to enhance patients' (and their families') experiences: the first phase involves gathering patients' and healthcare staff experiences, and the second is to co-design and thereby improve the services together. From a quality improvement perspective, the strengths of EBCD are facilitating patient and healthcare provider engagement, enabling discussion of difficult topics in a supportive environment, leading to clearly identified improvement priorities, and resulting in meaningful changes in how services are delivered with impact on patient experience. EBCD has been used internationally and adapted to improve the quality of care for varied patient populations and in different settings. In this talk, a detailed introduction to the EBCD approach together with concrete examples will be provided.

Conférence 4 | Konferenz 4

Participation des patients - possibilités et expériences au niveau national

Patienteneinbeziehung - Möglichkeiten und Erfahrungen auf nationaler Ebene

Helmut Paula

Leiter CIRRNET

Stiftung Patientensicherheit Schweiz



Die Annahme, dass Patientinnen, Patienten und deren Angehörigen einen wichtigen Beitrag zur Vermeidung von Fehlern, leisten können, ist nicht neu, sondern hat sich bereits seit Jahren in der Fachwelt durchgesetzt. Dies gilt insbesondere für den Medikationsprozess mit seinen vielfältigen Risiken und Fehlerquellen. Weltweit empfehlen deshalb viele Fachorganisationen und -personen, diese wichtige Ressource vermehrt zu nutzen, um auf diese Weise die Patientensicherheit zu verbessern. So findet sich aktuell z. b. im Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 der WHO und der 3rd WHO Global Patient Safety Challenge "Medication Without Harm" die Forderung nach einer vermehrten Einbindung von Patientinnen, Patienten und Angehörigen in den gesamten Behandlungsprozess.

Die Stiftung Patientensicherheit Schweiz führte in den Jahren 2009 bis 2011 jeweils ein entsprechendes Pilot- und Transferprojekt durch. Dabei zeigten sich positive und ermutigende Ergebnisse. Die Initiative, inkl. der dabei verwendeten Informationsmaterialien, wurde sowohl von den Patientinnen und Patienten als auch von den beteiligten Spitalmitarbeitenden positiv aufgenommen. Anfänglich geäusserte Bedenken, es könne zu Verunsicherungen oder gar Konfliktsituationen kommen, bewahrheiteten sich hingegen nicht.

Allerdings wurde aber auch erkennbar, dass die angestrebten Ziele nicht ausschliesslich im Rahmen von zeitlich begrenzten Projekten erreichbar sind. Vielmehr ist hierbei von einer Daueraufgabe mit sehr unterschiedlichen Herausforderungen auszugehen. Um tatsächlich eine nachhaltige Verhaltensänderung von Patientinnen, Patienten und Angehörigen zu bewirken, sind neben viel Beharrlichkeit und Engagement auch zeitgemässe Kommunikationsformen erforderlich. Abgesehen von anerkennenswerten Einzelinitiativen kann von einer umfassenden nationalen Umsetzung deshalb noch nicht die Rede sein. Dennoch sollte die Absicht, mehr Sicherheit durch vermehrte Einbeziehung zu erreichen, nicht aufgegeben werden. Ziel muss es sein, die zu Grunde liegenden Kernbotschaften auf vielfältige Weise zu kommunizieren und in möglichst allen Versorgungsbereichen den Adressaten eine hierzu ermutigende Botschaft zu vermitteln.

Session plénière IV | Plenarsession IV

Interprofessionnalité dans l'enseignement et la recherche

Interprofessionalität in Lehre und Forschung

Conférence 1 | Konferenz 1

Equipe Pharmacie à Berne - building bridges, not walls

Team Pharmazie in Bern - building bridges, not walls

Prof. Alice Panchaud

Leiterin Grundversorgung

Berner Institut für Hausarztmedizin, Universität Bern



Prof. Sven Streit

Leiter Interprofessionnelle Grundversorgung

Berner Institut für Hausarztmedizin, Universität Bern



Patient care is becoming increasingly complex especially with multimorbidity and long-term physical and psychological conditions. Enhancing interprofessional team care has been a key element of primary health care reform in many countries to improve quality of care and outcomes in patients in primary care. To allow the change necessary for this shift in patient care, interprofessional needs to be embedded in pre-grade education of healthcare providers. It also needs models to allow its implementation more systematically. At UNIBe, the master program in pharmacy intend to provide interprofessional education in a collaborative approach to develop healthcare students as future interprofessional team members. The interprofessional pharmacy and medicine research team also develop a research focus on interprofessional models in the primary care setting.

Conférence 2 | Konferenz 2

Approches pédagogiques innovantes autour du médicament

Innovative pädagogische Ansätze zum Thema Medikation

Prof Pascal Bonnabry

Pharmacien-chef

Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)



Dr Bertrand Guignard

Pharmacien

Responsable secteur Pharmacie clinique générale

Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG)



La formation des professionnel.les et des patient.es est un axe essentiel à l'amélioration de la sécurité d'utilisation des médicaments et à une bonne adhésion thérapeutique. Souvent, la formation est organisée par professions – sans dimension interprofessionnelle - et fait intervenir des méthodes dont l'efficacité est limitée. Il est nécessaire de faire évoluer les formats de formation, en améliorant l'impact, l'efficience et la satisfaction des apprenants. Le nouveau paradigme est le «blended-learning», qui favorise l'apprentissage du savoir en distanciel et la pratique du savoir-faire/savoir-être en présentiel, avec des méthodes actives faisant notamment intervenir la simulation et la ludo-pédagogie. Si l'on cherche à mettre les apprenants dans des situations proches de leur pratique professionnelle, l'interprofessionnalité et la participation des patients est incontournable.

La première partie de cette présentation décrira le projet Pharmamobile, qui vise à développer une plateforme de formation qui va à la rencontre des apprenants. Ce concept comprendra une infrastructure mobile (un camion), du matériel (audio-visuel pour la simulation, jeux pour la ludo-pédagogie) et une équipe de formateurs. Trois programmes seront construits, à destination des patient.es («Comment prendre mes médicaments ?»), des professionnel.les de la santé («Unissons nos pratiques autour du médicament !») et des élèves et étudiant.es («Le médicament et le métier de pharmacien.ne, c'est quoi ?»). Les formations seront disponibles pour tous les hôpitaux, officines, ou groupements d'intérêt qui souhaiteraient pouvoir en bénéficier.

La seconde partie abordera un exemple de formation nouvellement en place. Il s'agit d'un atelier en simulation qui vise à former des pharmaciens cliniciens à la réalisation d'une anamnèse médicamenteuse auprès d'un patient. Celui-ci est incarné par un patient-partenaire, qui a été exercé à jouer différentes postures. La simulation se déroule selon la méthode « stop and go », qui permet au formateur d'interrompre le jeu de rôle à tout moment, notamment entre les différentes étapes de l'entretien ou en cas de difficultés rencontrées dans la communication. Le pharmacien peut ainsi passer la main à un collègue et plusieurs mini-debriefings peuvent être réalisé à chaud. Des ateliers similaires seront développés pour entraîner les pharmaciens cliniciens à réaliser un entretien de sortie ou à intervenir durant une visite médicale en interprofessionnalité.

Conférence 3 | Konferenz 3

Perspectives pour le CAS Medication Safety

Ausblick CAS Medication Safety

Prof. Carla Meyer-Massetti

Assistenzprofessorin für klinische Pharmazie

Inselspital/Berner Institut für Hausarztmedizin,

Universität Bern



Dipl. pharm. Simona Reber

Ehem. Masterstudentin

Universität Basel



Medication safety is extremely relevant for patient safety. Therefore, professionals responsible for medication safety should be experts in optimizing the medication use process. Advanced training in medication safety is essential in order to ensure that the necessary skills are acquired to carry out this role accordingly.

At the University of Basel, we are planning to establish a new certificate of advanced studies (CAS) course in medication safety, addressing an interprofessional audience of future medication safety leaders from different settings.

Based on the content of medication safety courses around the world as well as a scoping literature review, we compiled a multifaceted program: Fifteen days of face-to-face and virtual lectures are accompanied by 200 hours of self-study and the development of a practice-oriented project. The lectures are clustered into seven modules: Introduction to Medication Safety, Risk Management, Systems and Processes, Training and Teaching, Interprofessional Collaboration, Technology and Medication Safety Officer/Leadership.

The course is supported by an interprofessional advisory board. While the language of the course will be English, allowing us to invite internationally renowned speakers, participants can complete their project in either English, French or German.

The first course will start in the fall of 2023.

Conférence 4 | Konferenz 4

SHAPED - swiss health alliance for interprofessional education

Nora Haltinner

Pharmaziestudentin

Vorstand SHAPED



Die Swiss Health Alliance for Interprofessional Education (SHAPED) ist ein Verein bestehend aus Studierenden verschiedener Berufsgruppen des Gesundheitswesens. Ziel von SHAPED ist es interdisziplinären Austausch und Zusammenarbeit zwischen Studierenden zu vermitteln und diese als wichtige Bestandteile des späteren Berufsalltags bereits in der Ausbildung zu fördern. Der Verein besteht aus Studierenden der folgenden Berufsgruppen: Ergotherapie, Ernährungsberatung, Hebamme, Medizin, Pflege, Pharmazie und Physiotherapie. Projekte wie Interdisziplinäre Case Discussions und Shadowing werden für die Studierenden angeboten. Interdisziplinäre Case Discussions bieten den Studierenden die Möglichkeit einen Patientenfall aus der Praxis zusammen zu lösen. Dabei werden sie sich umfassend um das Patientenwohl sorgen mit dem Ziel die bestmögliche Therapie zu gewährleisten. Dazu erhalten die Studierenden je nach Berufsgruppe spezifische Informationen ihres Fachbereichs, welche sie dann miteinander austauschen und dementsprechend das Vorgehen und die weiterführende Behandlung anpassen.

Beim Shadowing Programm können sich Studierende einen Tag lang einer ausgebildeten Fachkraft einer anderen Disziplin anschliessen. Den Studierenden sollen dabei die Kompetenzen und Anliegen einer anderen Disziplin nähergebracht werden. Berufsgruppen die dafür zur Verfügung stehen sind die folgenden: Ärzte, Chiropraktiker, Pflegende, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Ernährungsberatung sowie Logopäden tätig in Spitälern, Praxen oder Rehabilitationszentren.

Keynote 2

C'è un angolo tranquillo per parlarci in questo mondo di piccole scatolette?

Daniele Finzi Pasca

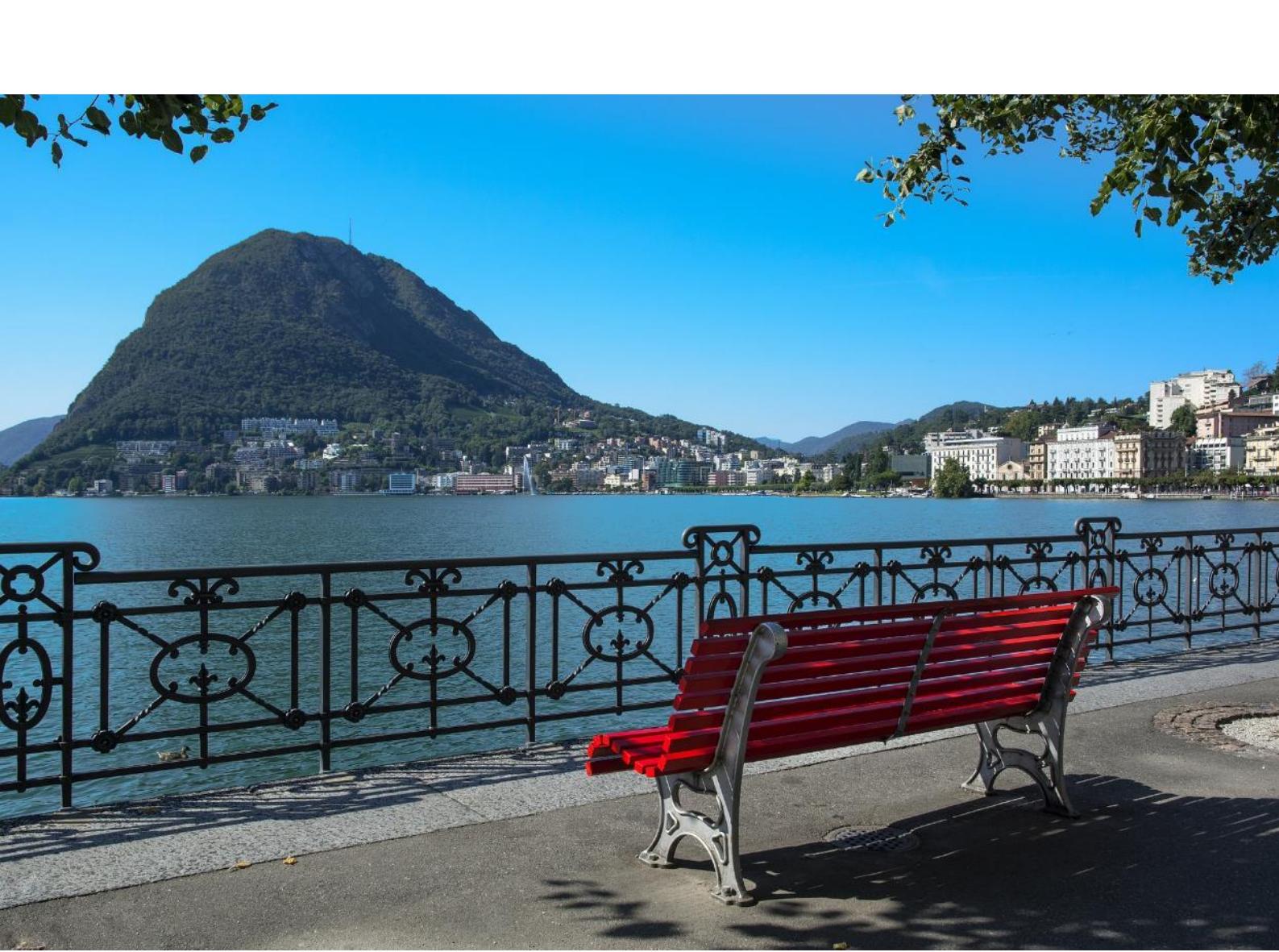
Director, author, choreographer and light designer.

Co-founder of Compagnia Finzi Pasca



Image / Bild: <https://finzipasca.com/>

Laissez-nous vous surprendre !
Lassen Sie sich überraschen!



ABSTRACTBOOK

CATÉGORIES DES ABSTRACTS / ABSTRACT-KATEGORIEN

OP	Oral presentation
R	Research
F	Forum
IPR	Interprofessional

ORAL PRESENTATIONS

- OP1/R-IPR-8** Risikofaktoren für Schwerwiegende Medikationsfehler zur Priorisierung von Patienten für Klinisch Pharmazeutische Interventionen
- OP2/R-IPR-18** Continuity of care: economic impacts of optimizing hospital discharge.
- OP3/R-IPR-19** Exposure, tolerability and pain control with intranasal or intravenous administration of nalbuphine in infants
- OP4/R-20** Pharmacometric analysis of intranasal and intravenous nalbuphine to optimize pain management in infants
- OP5/R-22** An innovative game-based training tool to promote handwashing and handrub in hospital pharmacies

OP1/R-IPR-8 Risikofaktoren für Schwerwiegende Medikationsfehler zur Priorisierung von Patienten für Klinisch Pharmazeutische Interventionen

CM Schlup¹, C Desax¹, P Wiedemeier²

¹Institut für Spitalpharmazie Stadtspital Zürich, ²Spitalapotheke Kantonsspital Baden

Medikationsfehler (ME) gehören zu den Arzneimittelbezogenen Problemen (ABP) und stellen ein zentrales Problem im Bereich Patientensicherheit dar. ME gehen mit erhöhter Morbidität, Mortalität und hohen Kosten für das Gesundheitssystem einher. Die Teilnahme von Klinischen Pharmazeuten an interdisziplinären Visiten gehört zu den effektivsten Massnahmen, um ME zu identifizieren und zu reduzieren. Mit den vorhandenen klinisch pharmazeutischen Ressourcen können jedoch nicht alle ABP bewältigen werden. Strategien zur Priorisierung von Patienten sind deshalb dringend notwendig. In dieser Studie wurden Risikofaktoren für schwerwiegende ME untersucht. Bei der Studienpopulation handelt es sich um erwachsene Patienten der interdisziplinären Intensivstation des Stadtspitals Waid und Triemli, Zürich. Der Einfluss des Alters, der Anzahl Arzneimittel, der Anzahl Risikoarzneimittel, der GFR und des CRP auf das Auftreten von schwerwiegende ME im Verordnungsprozess wurde in einer multiplen logistischen Regressionsanalyse nach Poisson analysiert.

Es wurden 274 Patienten in die Studie eingeschlossen, 3834 Medikamente klinisch pharmazeutisch überprüft und 443 ME erfasst. Daraus resultiert eine Fehlerrate von 12% im Verordnungsprozess. 323 (73%) der erfassten ME wurden als schwerwiegend beurteilt. Zweidrittel (65%) der Studienpopulation waren von mindestens einem ME betroffen. Ein Patient wies durchschnittlich 1.62 ME auf. Die Resultate der Poissonregression zeigen, dass das Alter ($\beta = 0.009$, p -Wert = 0.038), die Anzahl Arzneimittel ($\beta = 0.047$, p -Wert = 0.017), die Anzahl Risikoarzneimittel ($\beta = 0.284$, p -Wert < 0.001) und die GFR ($\beta = -0.005$, p -Wert = 0.006) einen signifikanten Einfluss auf das Auftreten von schwerwiegenden ME haben. Aus der Poissonregression ging keine Evidenz hevor, dass das CRP einen signifikanten Einfluss auf schwerwiegende ME aufweist ($\beta = -0.001$, p -Wert = 0.0502).

Die Resultate dieser Studien zeigen, dass die intensivmedizinisch behandelten Patienten der Studienpopulation unter besonders hohem Risiko von ABP stehen. Anhand der in dieser Studie untersuchten Risikofaktoren kann das individuelle Risiko für schwerwiegende ME intensivmedizinisch behandelter Patienten am Stadtspital quantifiziert werden. Es wird angestrebt, anhand der evaluierten Risikofaktoren ein flächendeckendes Priorisierungstool am Standort Triemli einzuführen.

Referenzen

1. Bates, D.W., et al., Relationship between medication errors and adverse drug events. *J Gen Intern Med*, 1995. 10(4): p. 199-205.
2. European Medicines Agency, Medication errors. 27.11.2015: www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/post-authorisation/pharmacovigilance/medication-errors, abgerufen am 27.08.2021
3. Kaboli, P.J., et al., Clinical pharmacists and inpatient medical care: a systematic review. *Arch Intern Med*, 2006. 166(9): p. 955-64.

C Darioly¹, S Grandchamp², M Roussel², N Widmer^{1, 2}, A Blanc^{1, 2}

¹Institut des Sciences Pharmaceutiques de Suisse Occidentale, Université de Genève, Genève, Suisse, ²Pharmacie des Hôpitaux de l'Est Lémanique (PHEL), Rennaz, Suisse

Background

Healthcare costs have become a recurrent topic and discontinuity of care is a critical point since it could imply a degradation of patients' health and an increase in health resources' use. The pharmacist's impact in out-/inpatient setting and continuity of care has already been proven in terms of clinical gains. However, their economic benefit has yet to be demonstrated in Switzerland.

Methods

118 hospitalized patients in a Swiss regional hospital were included. 14 local community pharmacies (*CP*) participated in. The objective was to determine the costs saved by means of pharmaceutical interventions (*PI*) either in hospital (*Hosp*) or in *CP*. The cost saved was based on the direct prices of patient's daily treatment and was determined at *Hosp* and at *CP* discharge in two distinct groups: one undergoing a set of pharmaceutical hospital discharge interventions (intervention group: medication reconciliation at admission; medication review during hospital stay; medication reconciliation at discharge and patient education on discharge prescriptions) and the other receiving usual care at discharge (control group). Both groups underwent a *CP* intervention.

The costs of healthcare professionals involved were subtracted from the previously determined saved costs. This cost-benefit analysis (*CBA*) allowed attesting the financial impact of *PI*.

Results

When comparing intervention with control group at hospital discharge, in-hospital *PI* saved CHF 70 per month per patient (/m/p). In addition, this study demonstrates that the dual intervention (*Hosp* and *CP* discharge *PI*, both combined) resulted in a saving of CHF 40/m/p. The standard care in control group currently already saved about CHF 29/m/p after the *CP* discharge *PI*.

CBA demonstrated a mean benefit of CHF 7/m/p at hospital discharge in the intervention group. This mean benefit decreased to a loss of CHF 27 if the dual intervention is considered. This decrease could be explained by the *CP* prescription validation: dispensing higher packaging, distribution of omitted treatment and time related to this activity. By relating this with the number of hospital discharges per month, i.e. 417 in the study hospital, a net profit of CHF 2'900 per month at hospital discharge was highlighted.

Conclusion

This study demonstrates an economic benefit obtained by optimizing hospital discharge. *PI* at hospital leads to a diminution of *interventions* at *CP* and the dual intervention leads to cost savings on treatments per day and per patient.

OP3/R-IPR-19 Exposure, tolerability and pain control with intranasal or intravenous administration of nalbuphine in infants

M Pfiffner¹, V Gotta², P Vonbach³, M Pfister², E Berger-Olah⁴

¹Hospital Pharmacy, University Children's Hospital Zurich, ²Pediatric Pharmacology and Pharmacometrics Research Center, University Children's Hospital Basel (UKBB), ³PEDeus, a subsidiary of the University Children's Hospital Zurich, ⁴Emergency Unit, University Children's Hospital Zurich

Background & Objectives

Nalbuphine is a mixed agonist-antagonist opioid analgesic agent frequently used in pediatrics, and approved for parenteral use only. Intranasal delivery could be a safe, efficacious and non-invasive alternative, especially in infants in the acute emergency setting. As no pharmacokinetic (PK) data with intranasal dosing of nalbuphine is available, we conducted a clinical study to investigate and compare PK, tolerability, and pain control following intranasal or intravenous administration of nalbuphine in infants.

Methods

Prospective open-label study including infants 1-3 months of age admitted to the emergency department for partial or full sepsis work up, receiving nalbuphine for procedural pain management. Patients were alternately allocated to a single nalbuphine dose of 0.05 mg/kg iv or 0.1 mg/kg intranasal. Nalbuphine PK samples were collected 15, 30 and 120-180 minutes after dosing. $AUC_{0-Tlast}$ was calculated by non-compartmental analysis (NCA) and compared by Wilcoxon test for study subjects with three concentration measurement. Neonatal Infant Pain Score (NIPS, severe pain NIPS >4 , mild pain NIPS <3) was assessed in study subjects receiving nalbuphine during the following interventions: iv access, urinary catheterization, lumbar puncture and nalbuphine administration.

Results

Out of 52 study subjects, 31 were eligible for NCA analysis (11 iv, 20 intranasal). Median $AUC_{0-Tlast}$ after 0.05 mg/kg iv was 8.7 (interquartile range: 8.0-18.6) mcg*L/h versus 7.6 (5.4-10.4) mcg*L/h after intranasal administration of 0.1 mg/kg ($p = 0.091$), suggesting that 0.1 mg/kg intranasal dosing provides equivalent exposure coverage as 0.05 mg/kg iv. C_{max} after intranasal administration was observed at 0.5 h (3.5-5.6 mcg/L). Severe pain was recorded in the iv (versus intranasal) study group during iv access in 42% (62%), during urinary catheterization in 45% (50%) and during lumbar puncture in 82% (57%) of study subjects, respectively. During iv and intranasal nalbuphine administration mild to no pain was recorded in 71% and 67% of study subjects, respectively.

Conclusion

This is the first study investigating PK after intranasal administration of nalbuphine in infants 1-3 months of age. Similar median $AUC_{0-Tlast}$ with 0.1 mg/kg intranasal and 0.05 mg/kg iv during the first 150 minutes suggests an intranasal bioavailability close to 50%. Non-invasive intranasal application was well tolerated and provided comparable pain control as iv administration. Time to C_{max} of 0.5 hour after intranasal dosing may require adjustment of intervention times.

OP4/R-20 Pharmacometric analysis of intranasal and intravenous nalbuphine to optimize pain management in infants

M Pfiffner¹, E Berger-Olah², P Vonbach³, M Pfister⁴, V Gotta⁴

¹Hospital Pharmacy, University Children's Hospital Zurich, ²Emergency Unit, University Children's Hospital Zurich, ³PEDeus, a subsidiary of the University Children's Hospital Zurich, ⁴Pediatric Pharmacology and Pharmacometrics Research Center, University Children's Hospital Basel (UKBB)

Background & Objectives

We have previously studied intranasal administration of 0.1 mg/kg nalbuphine as a non-invasive, off-label alternative to intravenous (iv) dosing of 0.05 mg/kg nalbuphine for procedural pain management in infants 1-3 months of age. The objective of this pharmacometric analysis was to (i) characterize population pharmacokinetics (PPK) and exposure-pain response associations following intranasal or iv administration of nalbuphine, (ii) evaluate strategies for optimized dosing and timing of interventions in infants.

Methods

PPK analysis of prospectively nalbuphine serum concentrations collected 15, 30, and 120-180 minutes post-dose utilizing the software package Monolix Version 2018R2. The final PPK model was applied to derive individual time-matched concentration predictions for each pain assessment (Neonatal Infants Pain Score, NIPS) after urinary catheterization or lumbar puncture. Drug exposure-pain response simulations were performed to evaluate potential benefits of higher intranasal doses of 0.2 - 0.4 mg/kg with respect to a previously proposed target concentration of 12 mcg/L (efficacy threshold).¹

Results

A total of 38 out of 52 study subjects receiving nalbuphine had at least one concentration measurement and were included in the pharmacometric analysis. A two-compartment model with allometric scaling was used to characterize PK data, with intranasal bioavailability estimated to be 47% (95%CI: 28-67%). Model-based simulations showed that proposed efficacy threshold is expected to be exceeded by 50% of patients (median) with an iv dose of 0.05, 0.1, and 0.2 mg/kg for 6, 30 min and 80 min, respectively. This efficacy threshold is not exceeded with intranasal doses of 0.1 and 0.2 mg/kg. An intranasal dose of 0.4 mg/kg is expected to exceed such threshold between 30 to 100 min.

Discussion & Conclusion

Pharmacometric analysis confirmed that bioavailability of intranasal nalbuphine is close to 50%. Consistent with this finding, exposure-pain response simulations indicated that an intranasal dose of 0.4 mg/kg may be required to provide a comparable pain control achieved with an iv dose of 0.1- 0.2 mg/kg. The optimal time window for painful procedures appears to be within first 30 min after iv administration of 0.1 mg/kg nalbuphine, whereas such procedures should be scheduled 30 to 90 min after an intranasal dose of 0.4 mg/kg nalbuphine. Additional clinical studies are warranted to confirm these recommendations to further optimize pain management in this vulnerable patient population.

Referenzen:

1. Bressolle et al. Br J Anaesth. 2011;106(4):558-65

OP5/R-22 An innovative game-based training tool to promote handwashing and handrub in hospital pharmacies

A Garnier^{1, 2}, C Haerder³, C Dubs³, P Bonnabry^{1, 2}, L Bouchoud¹

¹Pharmacy, Geneva University Hospitals, Geneva, Switzerland, ²Institute of Pharmaceutical Sciences of Western Switzerland, School of pharmaceutical sciences, University of Geneva, Geneva, Switzerland, ³InTheBox Consulting GmbH, Sandackerstrasse 7, 8200 Schaffhausen, Switzerland

Introduction

A strict observation of handwashing & handrub procedures is mandatory to maintain sterility in a cleanroom. This study measured the effectiveness of Handtastic Box®, a game-based training tool to drive behavior change in the execution of handwashing (module 1) & handrub (module 2).

Methods

The Handtastic Box® was developed in collaboration between our pharmacy and InTheBox Consulting GmbH.

Module 1: Players watch an introductory video and have 1 min to remember the correct handwashing procedure. Player 1 watches videos of someone washing hands and repeats the movements for Player 2. Together they assess if the handwashing was executed correctly or not. If not, they must identify the missing step compared to the WHO guidelines. Player 2 examines wooden hands under UV light to identify the hand that shows contamination that best matches the missed step.

Module 2: Players watch an introductory video and have 1 min to remember the correct handrub procedure. Player 1 executes the handrub application of a solution with commercially available UV applicant. Player 2 observes and comments. Player 1 checks the correct application of the solution on his hands under UV light. If areas are missing, players highlight them on a pin-wall used for visualization purposes of the steps.

Teams of 2 pharmacy technicians participated to the training. Satisfaction was assessed by a 6-points Likert scale. Learning was assessed before & after training by a 9-questions survey about handwashing & handrub and confidence score recorded on a 0-100 scale. For handwashing only, behavior evaluation was performed with a camera recording the procedure before entering the cleanroom; each step was assessed on a 24-points scale with >18 points (>75%) considered to be good handwashing practice.

Results

The 14 participants (pharmacy technicians) strongly agreed (93%) that the training was fun and that they felt more competent, it was appropriate and useful to their professional practice (100%) and this type of training should be generalized to further topics (79%).

The mean score of learning increased from 56.3% (SD 18.2%) to 93.7% (9.46%) ($p<0.001$) for both modules. For confidence in answers, the mean increased from 66.4% (SD 18.7%) to 95.7% (5.52%) ($p<0.001$).

The mean real-life behavior score during handwashing increased from 42.6% (SD 16.7%) to 81.6% (17.5%) ($p<0.001$).

Discussion & conclusion

Besides a practical and deliberately repeated application of the learning targets, participants received a memorable, interactive & playful training. This game-based training for teams has key attributes to promote behavior change and sustained learning.

LISTE ABSTRACTS POSTER

- R-IPR-1 Identifying patients at risk for medication-related problems in home care - Optimizing the application of the validated assessment tool doMESTIC RISK
- R-IPR-2 Medication in hospice care – an initial data analysis in Swiss hospices and hospice-like institutions, focusing on off-label use and subcutaneous administration
- R-IPR-3 Effect of medication reconciliation at hospital admission on 30-day returns to hospital: a randomized clinical trial
- R-IPR-4 Pilot-study in hospice care – a retrospective data analysis of medication prescriptions
- R-IPR-5 Retrospective Medication Analysis in Palliative Home Care – a Descriptive Pilot Study
- R-IPR-6 Medication safety – structured development of a University- based postgrad education program
- R-IPR-7 Clinical Relevance of a 16-Gene Pharmacogenetic Panel Test for Medication Management in a Cohort of 135 Patients
- OP1/R-IPR-8 Risikofaktoren für Schwerwiegende Medikationsfehler zur Priorisierung von Patienten für Klinisch Pharmazeutische Interventionen
- R-9 Reinigungsvalidierung eines Reinigungs- und Desinfektionsautomaten in der Spitalpharmazie
- R-IPR-10 To vaccinate or not to vaccinate: Impact of a public health action on vaccine hesitancy
- R-11 Considérable taux d'abandon chez les patients qui initient ou sont substitués par le CT-P13 : une étude de cohorte rétrospective dans un hôpital universitaire suisse
- R-IPR-12 Impact of weekly clinical audits and feedback on consumption of protected anti-Gram negative antibiotics in 8 hospitals of the French-speaking part of Switzerland
- R-13 Population pharmacokinetic study of lacosamide in children and adults with epilepsy
- R-IPR-14 Evaluation medication reconciliation at different stages of the care process in a cohort of geriatric inpatients: first steps towards a medication reconciliation tool
- R-IPR-15 Selection of clinical rules for the screening of high risk situations in pediatric medicine
- R-IPR-16 Clinical impact of a pharmacist-led discharge medication review service: An analysis of prevalence and acceptance of interventions.
- R-IPR-17 Bestätigung der Sicherheit in der Applikation von Immunglobulinen durch eine retrospektive Datenanalyse
- OP2/R-IPR-18 Continuity of care: economic impacts of optimizing hospital discharge.
- OP3/R-IPR-19 Exposure, tolerability and pain control with intranasal or intravenous administration of nalbuphine in infants
- OP4/R-20 Pharmacometric analysis of intranasal and intravenous nalbuphine to optimize pain management in infants
- R-IPR-21 Microlearnings sur la sécurité d'administration des médicaments: un grand effet pour un petit contenu
- OP5/R-22 An innovative game-based training tool to promote handwashing and handrub in hospital pharmacies

R-IPR-23	Maladie thromboembolique veineuse (MTEV) et prophylaxie pharmacologique chez les patients COVID-19 hospitalisés pendant la première vague: une étude transversale
F-IPR-24	The Opioid Working Group: an interdisciplinary working group to improve the correct prescription and application of opioids in the hospital setting
F-IPR-25	Création d'un tableau de compatibilité des médicaments injectables en Y
F-26	Fonctionnement des Commissions des Médicaments : benchmarking romand
F-IPR-27	Evaluation of oxycodone and morphine use in hospital wards
F-IPR-28	KlinPharm: Implementation of a joint clinical pharmacy and pharmacology service in a regional hospital
F-29	Un suivi structuré des médicaments échus permet de réduire fortement les pertes
F-IPR-30	Gestion des stocks de médicaments critiques pendant la COVID19 : qu'avons-nous appris ?
F-31	Étude de faisabilité de la livraison directe de médicaments depuis la pharmacie centrale vers les unités de soins d'un site distant
F-IPR-32	Automatic detection of adverse drug events in geriatric hospital care
F-IPR-33	Évaluation et mise en place d'une unité de gestion des essais cliniques au sein d'une pharmacie d'hôpital
F-IPR-34	Centre de vaccination de masse : Implication des assistantes en pharmacie
F-35	Gestion sûre des retours internes de médicaments de formes solides en contenants multidoses : évaluation de l'applicabilité des recommandations GSASA dans un hôpital régional
F-IPR-36	Rationnement des mélanges polyvitaminiques injectables : mesures mises en place dans un hôpital régional
F-IPR-37	Gestion du circuit des médicaments à manipuler avec précautions particulières : état des lieux des hôpitaux romands
F-IPR-38	Integrating pharmacogenetic information into medication reviews – an interprofessional challenge
F-IPR-39	Transplantation de microbiote fécal – de la fabrication aux défis réglementaires
F-IPR-40	Anwendbarkeit eines elektronischen Algorithmus zur Detektion fehlender oder ungerechtfertigter Protonenpumpeninhibitoren
F-IPR-41	Situation de crise : une simple carte pour sécuriser l'administration des injectables
F-IPR-42	Gestion pluridisciplinaire des faces cachées d'un surdosage en sertraline
F-43	Ordonnances hors-liste trop nombreuses : que faire ?
F-44	Optimizing management of interventional studies by clinical trials pharmacists: A cohort retrospective study.

R-IPR-1 Identifying patients at risk for medication-related problems in home care - Optimizing the application of the validated assessment tool doMESTIC RISK

RD Mäder¹, E Kaiser¹, C Meyer-Massetti¹

¹Universität Bern, Berner Institut für Hausarztmedizin BIHAM

Medication-related problems cause unwanted treatment effects, adverse drug reactions and unnecessarily expensive therapy costs. "doMESTIC Risk" is validated, interprofessional risk assessment tool designed for the home care setting. The tool, developed in the scope of two masters theses, supports nurses and pharmacists in identifying patients at high risk of medication-related problems. Up till now, there were no detailed instructions available in order to ensure the tools correct and uniform application.

The aim of this master thesis was to develop a well-structured and user-friendly manual to ensure the correct and consistent application of the doMESTIC Risk Tool.

To identify differences and difficulties in the practical use of the doMESTIC Risk Tool I conducted focus group interviews; each group consisting of three nurses. Based on the findings, I developed a manual. I used a readability index and conducted a usability survey to verify the readability and the comprehensibility of the manual.

In the focus group discussions, several uncertainties and unclear points in the practical application of the doMESTIC Risk Tool were identified, especially regarding the assessment and interpretation of the different risk factors. These issues could be addressed with the development of the manual. In combination with the manual, the application of doMESTIC Risk should be unambiguous and understandable even for users with no experience using the tool. The readability index and the usability survey confirmed that the manual is easy to understand for pharmacists and nurses.

The doMESTIC Risk Tool Manual provides clarification on uncertainties and unclear points in the practical application of doMESTIC Risk. The manual explains relevant points of application and ensures the correct and consistent use of the tool. The readability test confirmed that the manual is easy to read. The usability survey verified that the manual is well-structured and well understandable for nurses and pharmacists. This is an important precondition for the doMESTIC Risk Tool to be established as a standardized tool for the detection of medication-related problems in the home care setting. Thus, it can help to strengthen the acceptance of pharmaceutical services and the interprofessional cooperation between nurses and pharmacists in this setting. In a further study, the observer variability of the doMESTIC Risk Tool in combination with its manual should be tested.

R-IPR-2 Medication in hospice care – an initial data analysis in Swiss hospices and hospice-like institutions, focusing on off-label use and subcutaneous administration

FL Dürr¹, U Wernli¹, S Jean-Petit-Matile², C Meyer-Massetti¹

¹Universität Bern - Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), ²Hospiz Zentralschweiz

Early detection and reduction of symptoms in patients with an incurable, life-threatening and/or chronic illness are essential in palliative care, where off-label use and subcutaneous drug administration are common. To what extent these practices are relevant in Switzerland has not yet been investigated.

The primary objective of this thesis was to obtain an overview of the medication use in Swiss hospices and hospice-like institutions (SHIs) to identify challenges and information gaps.

The secondary objective was to gather information about activities of pharmacists in this setting.

We conducted a survey in SHIs, consisting of three parts with different target audiences (A: directors, B: nursing management, C: head physicians). Based on the survey results, we performed a structured literature search on subcutaneous, off-label medications used in SHIs.

Of the eight surveys sent out, seven with completed part A were returned (response rate 87.5%), eight with part B (100%) and six with part C (75%). The survey showed that in SHIs subcutaneous drug and off-label use are common. The drugs most frequently administered subcutaneously were morphine (100% of institutions surveyed), haloperidol (87.5%), and midazolam (75%). A total of 14 different active substances for subcutaneous administration without a Swiss marketing authorization were named. The structured literature search identified predominantly descriptive observational studies (mainly case series and case reports) and only a few interventional studies.

Most institutions (87.5%) already collaborate with pharmacists, whereby cooperation is mainly limited to external pharmacists. The activities include logistics as well as consulting, interaction checks and manufacturing. To close information gaps and facilitate access to this topic for pharmacists, a fact sheet on the subcutaneous drug administration in palliative care was created.

This thesis provides an initial overview of medication use in SHIs. It establishes a basis for further research in this area. There is a great need for action to simplify the handling of off-label drug use in palliative care and to close existing information gaps. Studies on the efficacy and safety of off-label applications and improved interprofessional networks would be desirable. For pharmacists to contribute to medication safety in hospices providing their in-depth knowledge on medications, it is essential to train them on drug therapy in palliative care.

R-IPR-3 Effect of medication reconciliation at hospital admission on 30-day returns to hospital: a randomized clinical trial

A Ceschi^{1, 2, 3, 4}, R Noseda¹, M Pironi^{1, 5}, N Lazzeri^{1, 5}, O Eberhardt-Gianella^{1, 5}, S Imelli^{1, 5}, S Ghidossi^{1, 5}, S Bruni⁶, A Pagnamenta^{2, 7, 8}, P Ferrari^{3, 9, 10}

¹Division of Clinical Pharmacology and Toxicology, Institute of Pharmacological Sciences of Southern Switzerland, Ente Ospedaliero Cantonale, Lugano, Switzerland, ²Clinical Trial Unit, Ente Ospedaliero Cantonale, Lugano, Switzerland, ³Faculty of Biomedical Sciences, Università della Svizzera italiana, Lugano, Switzerland, ⁴Department of Clinical Pharmacology and Toxicology, University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland, ⁵Hospital Pharmacy Service, Institute of Pharmacological Sciences of Southern Switzerland, Ente Ospedaliero Cantonale, Lugano, Switzerland, ⁶Department of Information and Communications Technology, Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona, Switzerland, ⁷Department of Intensive Care, Ente Ospedaliero Cantonale, Bellinzona, Switzerland, ⁸Division of Pneumology, University of Geneva, Geneva, Switzerland, ⁹Department of Nephrology, Ente Ospedaliero Cantonale, Lugano, Switzerland, ¹⁰Prince of Wales Hospital Clinical School, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia

According to international recommendations, hospitals should implement medication reconciliation to prevent medication errors and improve patient safety. The aim of this study was to assess the impact of medication reconciliation at hospital admission on patient-centred healthcare outcomes.

Parallel group, open-label, randomized controlled trial with centralized randomization to either the intervention group (with medication reconciliation) or the control group (with only standard physician-acquired medication history). Two regional secondary teaching hospitals of Southern Switzerland were involved. Study duration was of 14.5 months (from November 1st, 2018 to January 15th, 2020) and 1702 patients aged ≥85 years and/or with >10 medications at hospital admission were included in the study. Medication reconciliation was performed at hospital admission in three steps: 1) obtaining the list of the patient's current medications (Best Possible Medication History, BPMH), by the pharmacy assistant; 2) clinical pharmacist-led reconciliation of the BPMH with the list of home medications recorded at hospital admission by the attending physician (according to the hospital standard procedure); 3) communication of medication discrepancies to the attending physician and, when necessary, adaptation of the medications prescribed at admission. The primary outcome was a composite post-discharge healthcare use variable quantified as the proportion of patients with unplanned all-cause hospital visits (including visits to the emergency department and hospital readmissions) within 30 days after discharge from the hospitalisation when medication reconciliation took place. A time-to-event analysis was performed. Outcome assessors and data analysts were blinded to group allocation.

1702 patients (median age 86.0 years, interquartile range, IQR, 79-89 years; 720, 42.3%, males) were included. 866 patients were allocated to the intervention group, 836 to the control group. The primary outcome occurred in 340 (39.3%) participants in the intervention group and 330 (39.5%) in the control group. In time-to-event analyses at study closeout, unplanned all-cause hospital visits to the emergency department and unplanned all-cause hospital readmissions occurred similarly in the intervention and control groups (log-rank-test: p = 0.077 and p = 0.095, respectively).

This study suggests that medication reconciliation at hospital admission has no impact on post-discharge healthcare outcomes in patients aged ≥85 years and/or with >10 medications at hospital admission.

D Hischier¹, U Wernli², S Jean-Petit-Matile³, CR Meier^{1, 4}, C Meyer-Massetti^{1, 2}

¹Universität Basel, Klinische Pharmazie und Epidemiologie, ²Universität Bern, Berner Institut für Hausarztmedizin, ³Hospiz Zentralschweiz, ⁴Universitätsspital Basel, Spital Pharmazie

The hospice setting is a relatively young concept in Switzerland and the role of pharmacists has yet to be established. Currently, Swiss pharmacists are more involved in logistics than clinical pharmacy in contrast to other settings and countries.

This master thesis aimed at exploring possible fields of activity for hospice pharmacists in Switzerland.

The first objective was to evaluate the role of hospice pharmacists in the literature followed by an analysis of medication prescriptions and their changes over time in a specific hospice in order to deduct potential pharmacist contributions.

Initially, a scoping review for relevant literature regarding the inpatient hospice setting in connection with pharmacists and pharmaceutical services was undertaken in order to identify pharmaceutical service categories. In a second step, the medication of patients in a hospice in central Switzerland was analyzed retrospectively over a one-year-period at three different points in time.

23 publications were included in the review. 87% (n=20) of these articles were from the US, the remaining three were Qatar, Poland and England, respectively. The most frequently mentioned services included deprescribing, medication reviews, symptom management and patient/family/caregiver education as well as on call status for consultation. Subsequently, the medication of 58 patients was analyzed regarding the changes of medication prescriptions over time. The average age of the patients was 72 ± 13 years, with 55% being women. The average hospice stay was 25 days. The diagnosis most often relevant for the hospice admission with 88% was cancer. Upon arrival, 36 out of all patients were treated with polypharmacy (corresponding to five or more medications) which was reduced to 17 after the third day of stay and 3 patients on their day of death. The number of prescriptions for regular medications decreased steadily from overall 407 at the beginning to 146 at the end of the study. The number of prescriptions for as-needed medication decreased first, followed by a slight increase.

The findings of this master thesis reveal the proven benefit of pharmacists in other countries in the inpatient hospice setting and the need to pursue those services in Switzerland. Therefore, more studies need to be conducted to overcome several barriers currently in the way of doing so. The pilot study showed clearly that the topic of deprescribing, in addition to symptom management and polypharmacy, is of great importance and pharmacist involvement could improve patient safety.

U Wernli¹, C Meyer-Massetti^{1, 2}

¹Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern, ²Spitex Stadt Luzern

Polypharmacy and potentially inappropriate medications (PIMs) are common in palliative care (PC). Pharmacist-led deprescribing has shown benefits in inpatient PC settings. The STOPPFrail criteria help to identify preventative medications that are recommended to be discontinued in patients with limited life-expectancy. Most tools to assess PIMs are not applicable in PC.

PC drug regimens are prone to drug-related problems (DRPs) that might risk the quality of care in already vulnerable patients. Outpatient PC settings create interfaces that add to the occurrence of DRPs. Pharmacist-led medication review and recommendations for action can contribute to the detection and reduction of DRPs in inpatient PC. Opportunities for pharmacy services in outpatient PC need to be identified.

We aim to provide an overview of current prescribing practice in palliative home care clients with a focus on potential contributions by pharmacists to deprescribing and medication safety.

We will conduct a descriptive pilot study to retrospectively analyze the medication of patients (≥ 18 years, < 6 months from initiation of outpatient PC to death, all curative treatments stopped) that received palliative home care by the mobile PC team of the Spitex Stadt Luzern, a home care organization with 360 employees, caring for approximately 1800 patients per year. Baseline data (e.g., age, sex, main diagnosis) will be collected for descriptive analysis. Medication plans will be assessed at three different time points (at initiation of palliative home care, after three weeks and two weeks before death). At each time point, the appropriateness of prescribed medications will be assessed retrospectively using the STOPPFrail criteria. We will seek approval for the pilot study from the ethics committee Nordwest- and Zentralschweiz *EKNZ*.

Significance: In Switzerland, the role of pharmacists in outpatient PC has yet to be established. This pilot study will provide an overview of medication-related aspects in an outpatient PC setting and helps to understand the contribution of pharmacists to medication safety. Highlighting the opportunities of the pharmacist in palliative home care could pave the way to implement the pharmacist in the interprofessional PC team in Switzerland.

Referenzen:

1. Sevilla-Sánchez D, et al. (2017) Potentially inappropriate medication at hospital admission in patients with palliative care needs
2. Le V, et al. (2021) Retrospective analysis of a pilot pharmacist-led hospice deprescribing program initiative
3. Kemp LO, et al. (2009) Medication reconciliation in hospice: a pilot study

R-IPR-6 Medication safety – structured development of a University- based postgrad education program

S Reber¹, CR Meier^{1, 2}, C Meyer-Massetti^{1, 3}

¹Universität Basel, Klinische Pharmazie & Epidemiologie, ²Universitätsspital Basel, Spital Pharmazie, ³Universität Bern, Berner Institut für Hausarztmedizin BIHAM

Background: Medication safety is extremely relevant for patient safety. People responsible for medication safety should be experts in the safe use of drugs. Advanced training in medication safety is essential in order to ensure that the necessary skills are acquired to carry out this role accordingly.

Objectives: The aim of this thesis was to develop a concept for a university-based Certificate of Advanced Studies (CAS) in Medication Safety. Important topics and interventions regarding the improvement of medication safety were determined and a program for the CAS developed by prioritizing relevant topics. The learning objectives and the conditions of participation for the CAS were devised.

Methods: By an internet search, we identified medication safety training courses from around the world. In order ensure coverage of all relevant topics and interventions of the last 5 years used to improve medication safety and involving a pharmacist, we carried out a scoping review in Pubmed and Embase. Based on the existing training courses and publications, we designed a program for the CAS in Medication Safety, that was subjected to two types of consultation: a written expert survey and a focus group discussion. Based on these inputs, we optimized the program for the CAS in Medication Safety.

Results: We identified nine medication safety training courses (seven in America and two in Saudi Arabia) in the internet and 24 publications based on the literature review. The most important topics derived from these sources were incorporated into the CAS program as module titles, leading to the following seven modules of the CAS: Introduction to Medication Safety, Risk Management, Systems and Processes, Training and Teaching, Interprofessional Collaboration, Technology and Medication Safety Officer/Leadership. With the help of the experts' inputs, we defined the duration, learning objectives, conditions of participation and the teaching language (English) for the CAS in Medication Safety.

Discussion and Conclusion: The envisioned CAS in Medication Safety includes 15 days of face-to-face tuition for the seven developed modules as well as 200 hours of self-study time including preparation and follow-up as well as the implementation of a project that is relevant to improve the medication safety of an institution.

R-IPR-7 Clinical Relevance of a 16-Gene Pharmacogenetic Panel Test for Medication Management in a Cohort of 135 Patients

DF Niedrig^{1, 2, 3}, A Rahmany^{2, 3}, K Heib⁴, K Hatz⁴, K Ludin⁵, AM Burden³, M Béchir⁶, A Serra⁷, S Russmann^{2, 3, 7}

¹Hirslanden AG, ²Drugsafety.ch, ³Swiss Federal Institute of Technology Zurich (ETHZ), ⁴INTLAB AG, ⁵Labor Risch, ⁶Center for Internal Medicine, Clinic Hirslanden Aarau, ⁷Institute of Internal Medicine and Nephrology, Clinic Hirslanden Zurich

There is a growing number of evidence-based indications for pharmacogenetic (PGx) testing. We aimed to evaluate the clinical relevance of a 16-gene panel test for PGx-guided pharmacotherapy. In an observational cohort study, we included subjects tested with a PGx panel for variants of ABCB1, COMT, CYP1A2, CYP2B6, CYP3A4, CYP3A5, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP4F2, DPYD, OPRM1, POR, SLC01B1, TPMT and VKORC1. PGx-guided pharmacotherapy management was supported by the PGx expert system SONOGEN XP.

The primary study outcome was PGx-based changes and recommendations regarding current and potential future medication.

PGx-testing was triggered by specific drug–gene pairs in 102 subjects, and by screening in 33. Based on PharmGKB expert guidelines we identified at least one “actionable” variant in all 135 (100%) tested patients. Drugs that triggered PGx-testing were clopidogrel in 60, tamoxifen in 15, polypsychopharmacotherapy in 9, opioids in 7, and other in 11 patients.

Among those, PGx variants resulted in clinical recommendations to change PGx-triggering drugs in 33 (32.4%), and other current pharmacotherapy in 23 (22.5%).

Additional costs of panel vs. single gene tests are moderate, and the efficiency of PGx panel testing challenges traditional cost-benefit calculations for single drug–gene pairs.

However, PGx-guided pharmacotherapy requires specialized expert consultations with interprofessional collaborations.

Referenzen:

1. J. Clin. Med. 2021, 10, 3200. <https://doi.org/10.3390/jcm10153200>, PMID: 34361984

**OP1/R-IPR-8 Risikofaktoren für Schwerwiegende Medikationsfehler zur Priorisierung von Patienten
für Klinisch Pharmazeutische Interventionen**

Siehe/voir Oral Presentations

B Stüssi¹, M Wendlik¹, S Deuster¹

¹Spital-Pharmazie Universitätsspital Basel

Eine Reinigungsvalidierung gemäss GMP liefert den dokumentierten Nachweis, dass ein Reinigungsverfahren für seinen Zweck geeignet ist. Bei Verwendung der selben Produktionsausrüstung für verschiedene Arzneimittel muss das Risiko einer Kreuzkontamination eines Vorproduktes auf ein Folgeprodukt minimiert und die Patientensicherheit gewährleistet sein. Mit der Reinigungsvalidierung für den neuen Reinigungs- und Desinfektionsautomaten soll nachgewiesen werden, dass der Reinigungsprozess für Herstellungsutensilien und Geräteteile zur Produktion von nicht sterilen Arzneimitteln geeignet ist.

Mit dem Aquanta Blue Verfahren und einer anschliessenden Risikobewertung wurden die bzgl. Reinigung kritischsten Herstellungsutensilien und Geräteteile identifiziert. In einem worst-case Szenario wurden Akzeptanzkriterien für maximal erlaubten Wirkstoffrückstand, Reinigungsmittelrückstand und mikrobielle Verunreinigung berechnet.

Für die Reinigungsvalidierung wurden 6 worst-case Herstellungsutensilien (je 2 jeder Materialart) und 7 worst-case Geräteteile gereinigt und in je 3 Validierungsläufen auf Wirkstoffrückstand, Reinigungsmittelrückstand und mikrobielle Kontamination getestet. Für die Prüfung auf Wirkstoffrückstand der worst-case Substanz Dexamethason wurde das Swabprobenahme-Verfahren angewendet und die Proben mittels HPLC analysiert. Die Bestimmung der Wiederfindungsrate erfolgte auf den Materialien Kunststoff, Glas und Edelstahl. Für die Prüfung auf Reinigungsmittelrückstand wurde die TOC-Analytik und das Swabprobenahme-Verfahren der Firma TECHPharm angewendet. Die Bestimmung mikrobieller Verunreinigungen erfolgte mittels Abklatschmethode oder Membranfiltrations-Verfahren.

Die Ergebnisse zeigen eine äusserst effiziente Reinigung. Die erhaltenen Messwerte bei der Prüfung auf Wirkstoffrückstand lagen alle innerhalb der erlaubten Grenzwerte. Bei den Ergebnissen für die Bestimmung des Reinigungsmittelrückstands lagen 2 Messwerte ausserhalb des Akzeptanzkriteriums; dieses Utensil wurde für die weitere Verwendung gesperrt. Die Prüfung auf mikrobielle Kontamination war ebenfalls erfolgreich und der Grenzwert wurde bei jeder Probe eingehalten; bei 36 von 39 Proben wurde gar kein Keimwachstum festgestellt.

Die Reinigungsvalidierung wurde erfolgreich abgeschlossen. Da insbesondere Herstellungsutensilien für Defektur und Rezeptur eingesetzt werden, erfolgte die Berechnung des maximal zulässigen Rückstands auf das Folgeprodukt zunächst einheitlich für die kleinste Rezeptur-Folgecharge. Hier war eine Anpassung an die mit dem jeweiligen Herstellungsutensil bzw. Geräteteil tatsächlich herstellbare minimale Chargengrösse notwendig, um realistische Akzeptanzkriterien zu erhalten. Die so berechneten Grenzwerte wurden eingehalten, obwohl die Akzeptanzkriterien für Wirkstoff- und Reinigungsmittelrückstände aufgrund der geringen Chargengrössen bei der Herstellung in einer Spitalapotheke ausserordentlich niedrig sind.

Y Dhif^{1, 2}, P Bonnabry^{1, 2}, A Diana^{3, 4}

¹Pharmacy of Geneva University Hospitals, Geneva, Switzerland, ²Institute of Pharmaceutical Sciences of Western Switzerland, School of pharmaceutical sciences, University of Geneva, Geneva, ³University Institute of Family and Childhood Medicine, University of Geneva, ⁴Pediatric Center, Clinique des Grangettes, Geneva

Vaccine hesitancy is one of the top 10 threats to global health according to World Health Organization (1). A part of the Swiss population is hesitant to vaccinate against COVID-19 (2). The aim of this study was to conduct a public health action with hesitant to vaccination and measure its impact on vaccine hesitancy and on vaccination rate.

Vaccine hesitancy and barriers to vaccination were measured and identified using a pre-test questionnaire. Only non-vaccinated volunteer participants were included, and they were invited to a one hour online session using motivational interviewing techniques, animated by a physician and a pharmacist. Two weeks after the session, they were asked to fill a post-test and 2 months later, their vaccine status was requested. Data collection was conducted from April to August 2021.

31 adults participated for a total of 11 online sessions (2.8 participants/session). Majority were women (68%, n=21) and aged between 35 to 60 years (71%). 10 (32.3%) were public health professional and 21 (67.7%) were not. Prior to study, 54.9% did not consider vaccines safe (19.4% post-study), 87.1% were concerned about vaccine side effects (64.5% post-study) and 51.6% considered vaccines to be effective (83.9% post-study). Before the study, participants were classified as willing certainly to vaccinate (3.2%), probably (9.7%), probably not (35.5%), certainly not (12.9%), do not know/other (38.8%) and the degree of confidence in vaccination was 4.5 ± 2.2 (scale 1-10). After the study, the confidence increased to 6.3 ± 2.4 (+29%). Following the study, 52% (n=14) were effectively vaccinated. Among reasons that motivated to vaccinate: vaccination will help containing the pandemic (5/14) and benefit-risk ratio is positive for the vaccine (5/14). 48% (n=13) were not vaccinated mainly for those reasons: doubt about the effectiveness (2/13) and fear of side effects (2/13). Opinion on vaccines was moved mainly by having personal questions answered and feeling not judged by having a different opinion on vaccination.

In this study, we could reduce vaccine hesitancy by increasing the degree of confidence in the vaccine and our action convinced half of the participants to get effectively vaccinated. Reducing vaccine hesitation requires restoring the confidence of the public and health professionals, the latter having a key role to play in combating disinformation by bringing sourced and identified information about vaccination as closely as possible to patients.

References:

1. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>
2. <https://sotomo.ch/site/wp-content/uploads/2021/02/6.-SRG-Corona-Monitor.pdf>

R-11 Considérable taux d'abandon chez les patients qui initient ou sont substitués par le CT-P13 : une étude de cohorte rétrospective dans un hôpital universitaire suisse

M Krstic^{1, 2, 3, 4}, J Devaud^{2, 3}, F Sadeghipour^{1, 2, 3, 4}, Marti J^{5, 6}

¹Institut des Sciences Pharmaceutiques de Suisse Occidentale, Université de Genève, Université de Lausanne, Genève, Suisse, ²Service de pharmacie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne, Lausanne, Suisse, ³Centre pour la Recherche et l'Innovation en Sciences Pharmaceutiques cliniques, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne, Lausanne, Suisse, ⁴Ecole des Sciences Pharmaceutiques, Genève, Suisse ⁵ Université de Lausanne, Faculté de Biologie et de Médecine, Lausanne, Suisse ⁶ Centre Universitaire de médecine générale et santé publique (unisanté), Lausanne, Suisse

L'Inflectra® (CT-P13), un biosimilaire du Remicade® (infliximab [REM]), a reçu une autorisation sur le marché suisse en 2016. Malgré la littérature croissante prônant l'équivalence du CT-P13 par rapport au REM en ce qui concerne l'efficacité, la sécurité et l'immunogénicité, et les opportunités indéniables d'économies, le CT-P13 reste largement sous-utilisé en Suisse. L'objectif de cette étude était de déterminer les raisons des taux élevés d'abandon de CT-P13 dans un hôpital universitaire suisse.

Une étude de cohorte rétrospective utilisant des données collectées en routine a été réalisée. Les patients étaient éligibles s'ils avaient reçu de l'infliximab ou du CT-P13 entre janvier 2018 et décembre 2020. Ils ont été inclus s'ils avaient reçu du CT-P13 au moins deux fois au cours de la même période. Les patients étaient exclus si leurs antécédents médicaux étaient incomplets avant ou six mois après la première perfusion de CT-P13 et s'ils avaient un diagnostic principal oncologique.

156 patients ont été inclus et classés en deux groupes : les patients substitués qui ont été traités par REM et sont passés au CT-P13 ($n = 85$, 54%) et les patients initiateurs qui n'ont pas reçu de REM avant le traitement par CT-P13 ($n = 71$, 46%). Soixante-sept patients (43 %) avaient un diagnostic gastro-entérologique, 61 (39 %) un diagnostic rhumatologique et 28 (18 %) étaient traités pour une maladie immuno-allergologique. Les deux groupes étaient comparables en termes de ratio des sexes et de nombre de produits biologiques utilisés avant le CT-P13, mais étaient différents en ce qui concerne l'âge moyen au moment du passage au CT-P13 et le nombre de médicaments biologiques utilisés après le CT-P13. Les patients substitués ont reçu du REM pendant une période médiane de 5 (3-10) ans avant de passer au CT-P13. Vingt-trois (27 %) patients substitués et 35 (49 %) patients initiateurs ont abandonné le CT-P13 après 12 mois. Les principales raisons de l'abandon du CT-P13 étaient le manque d'efficacité ($n = 21$, 19 %) et la perte secondaire d'effet thérapeutique ($n = 16$, 14 %). Les patients initiateurs ont abandonné le CT-P13 significativement plus tôt que les patients substitués.

Les raisons de l'abandon du CT-P13 chez les patients initiateurs et les patients substitués étaient principalement associées à un manque d'efficacité thérapeutique après le début du CT-P13. Le manque de formation et de coordination actives parmi les professionnels de la santé et le peu d'éducation des patients peuvent avoir exacerbé les plaintes subjectives qui ont conduit à l'abandon du traitement.

Références

1. Jørgensen KK, Olsen IC, Goll GL, Lorentzen M, Bolstad N, Haavardsholm EA, et al. Switching from originator infliximab to biosimilar CT-P13 compared with maintained treatment with originator infliximab (NOR-SWITCH): a 52-week, randomised, double-blind, non-inferiority trial. *The Lancet*. 2017;389(10086):2304-16.
2. Barbier L, Ebbers HC, Declerck P, Simoens S, Vulto AG, Huys I. The Efficacy, Safety, and Immunogenicity of Switching Between Reference Biopharmaceuticals and Biosimilars: A Systematic Review. *Clin Pharmacol Ther*. 2020;108(4):734-55.

R-IPR-12 Impact of weekly clinical audits and feedback on consumption of protected anti-Gram negative antibiotics in 8 hospitals of the French-speaking part of Switzerland

E Moulin¹, C Plüss-Suard², C Bellini³, L Christin⁴, C Chuard⁵, O Clerc⁶, A Cometta⁷, V Erard⁵, O Marchetti⁸, N Troillet³, C Voide³, G Zanetti⁹, L Senn¹

¹Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, ²Swiss Centre for Antibiotic Resistance (ANRESIS), Institute for Infectious Diseases, University of Bern, ³Institut Central des Hôpitaux, ⁴Groupement Hospitalier de l'Ouest lémanique, ⁵Hôpital de Fribourg, ⁶Hôpital de Poutalès, ⁷Etablissements hospitaliers du Nord vaudois, ⁸Etablissement Hospitalier de la Côte, ⁹University of Lausanne

Introduction: Multiple antibiotic stewardship proactive interventions have been shown to improve antibacterials prescribing practices in hospitals. Nevertheless such interventions are so far limited in Switzerland.

Objectives: to evaluate the impact of weekly clinical audits and multifaceted feedback strategies on reducing the use of protected anti-Gram negative antibiotics, including fluoroquinolones (FQ), 3rd- and 4th-generation cephalosporins (G3C, G4C), piperacillin-tazobactam (P/T) and carbapenems.

Method: This prospective, multicentre, cluster-randomized controlled study included internal medicine, general surgery and intensive care wards of 8 Swiss acute care hospitals. Wards were randomized to either intervention (n=14) or a control group (n=10). A 6-month intervention included (i) weekly clinical audits by an external infectious diseases specialist and an internal senior physician assessing the prescriptions of protected antibiotics with a standardized check-list and (ii) multifaceted feedback strategies (direct feedback to prescribers, monthly newsletter to physicians of intervention units, oral presentations, didactic website). Evaluation of appropriateness (indication, choice, dosage, administration route, duration) was based on local guidelines and expert opinion. Proportions were given for the rate of inappropriateness and adhesion to propositions. Linear regression models of an interrupted time series were performed to assess the impact of the intervention on the monthly use of protected antibiotics.

Results: During the intervention, 9715 in-patients were screened, of whom 1683 (17%) received a protected antibiotic. The auditing team proposed a modification of the antibiotic therapy in 24% of patients, mainly stops, followed by deescalation and switch to oral route. The rate of inappropriateness varied from 8% in ICU to 32% in surgical wards, and from 15% for carbapenems to 38% for FQ. We observed a statistically significant decrease use of FQ, FQ parenteral, G4C and P/T in 3, 4, 3 and 2 intervention wards, respectively, during and after the intervention period. The use of G3C and carbapenems showed no significant change.

Conclusion: Our study showed a statistically significant impact on consumption of FQ, G4C and P/T in 8/14 different intervention units. It allowed a better overview of the appropriateness of antimicrobial prescriptions. Our study offered the opportunity to raise awareness about antibacterial resistance and encourage best daily practices among prescribers.

A Ravix¹, P André², M Guidi^{1, 2}, C Csajka^{1, 3, 4}

¹Center for Research and Innovation in Clinical Pharmaceutical Sciences, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland, ²Service of Clinical Pharmacology, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland, ³Institute of Pharmaceutical Sciences of Western Switzerland, University of Geneva, University of Lausanne, Geneva & Lausanne, Switzerland, ⁴School of Pharmaceutical Sciences, University of Geneva, University of Lausanne, Geneva, Switzerland

The antiepileptic drug lacosamide is prescribed as mono- or combination therapy for the treatment of partial seizures with or without secondary generalization in patients older than 4 years. Due to significant inter-individual pharmacokinetic variability, the monitoring of lacosamide plasma concentrations might be performed for dosing regimen individualization. The aim of this study was to develop a population pharmacokinetic (popPK) model of lacosamide in patients with epilepsy.

A popPK model of adult and pediatric patients followed at the University Hospital of Lausanne (CHUV) was developed on data collected within the frame of routine therapeutic monitoring. Lacosamide was administered either by oral or intravenous routes, with a median dose of 200 mg (range: 25 mg- 400 mg) administered once to three times per day for adults and 100 mg (20 mg- 200 mg) twice daily for children. The analysis was performed first on adult data by comparing different compartmental models. Covariates considered biologically relevant were tested to explain the observed variability in drug concentrations. The model was then adapted to the pediatric population using allometric scaling of bodyweight on the pharmacokinetic parameters to obtain a comprehensive model including both populations.

The analysis was performed on 141 concentrations collected from 63 adults and 28 from 11 children. A one-compartment model with first-order absorption and elimination best described the adult population. As expected, oral lacosamide bioavailability was estimated at 100%. The base model population parameters estimates were a clearance (CL) of 1.4 L/h with an inter-individual variability (CV%) of 35%, a first-order absorption of 2.1 h^{-1} and a volume of distribution (Vd) of 42.4 L. Among the tested covariates, only age was significantly associated to CL, with a 14% decrease over 10 years. Allometric scaling of bodyweight on both CL and Vd in addition to age on CL allowed adequate description of both adults and children data.

This study revealed that a moderate inter-individual variability characterizes the pharmacokinetic profiles of lacosamide in both adult and pediatric patients. Model-based simulations under recommended and alternative dosing regimens will be performed in order to find the optimal dosing regimen to achieve the target therapeutic range as a function of relevant covariates for both children and adults.

R-IPR-14 Evaluation medication reconciliation at different stages of the care process in a cohort of geriatric inpatients: first steps towards a medication reconciliation tool

C Coumou^{1, 2, 3}, S Nguyen⁴, T Bourloud², W Bosshard⁴, K Major⁴, C Csajka^{1, 2, 3}

¹Center for Research and Innovation in Clinical Pharmaceutical Sciences, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland, ²Institute of Pharmaceutical Sciences of Western Switzerland, University of Geneva, University of Lausanne, Geneva, Switzerland, ³School of Pharmaceutical Sciences, University of Geneva, Geneva, Switzerland, ⁴Service of Geriatric and Geriatric Rehabilitation, Lausanne University Hospital, Lausanne, Switzerland

Hospital admission and discharge are critical transition points in health care pathway of older adults. Medication reconciliation (MR) is a key element at this transition and can be difficult in geriatric medicine because of high prevalence of polypharmacy, polymorbidity and cognitive impairment. The aim of the study is to determine the current state of MR in a Swiss geriatric post-acute care rehabilitation facility in the perspective to elaborate a MR tool for hospital discharge for older adults.

We conducted a prospective longitudinal observational study in the geriatric rehabilitation unit of Lausanne Hospital by collecting and analyzing patients' medication records at different stages of their health care pathway and by collecting several sources of information (patients' knowledge, inpatient medical file, primary care physician files and pharmacy's file). The main outcomes were the completeness and divergences of the medication information of each drug information source at hospital admission and the percentage and the type of medication discrepancies at discharge and one-month post-discharge.

92 patients were included. At admission, the list of drug provided by the pharmacy was reliable with respect to other sources of information (80%) and available (85%). Between admission and discharge, 701 discrepancies were identified and most of them were intentional (94%), however not documented on the discharge letter for 56 % of them. Majority of these discrepancies were drug discontinuation (77%), introduction of a new medication (13%) and dosage modification (4.8%). 6% of discrepancies were assessed as medication errors. Medication errors were mostly omissions (61%) and schedule errors (13%). One-month post-discharge, a change in the treatment plan occurred in 65% of the cases, 36% being a discontinuation of medication. Forty two percent of medications stopped after 1 month had been introduced during the hospitalization and were not documented in the discharge letter.

These results indicate that MR in hospital needs to be further improved. Challenges are limited access to complete and accurate drug information, especially at hospital admission and treatment modification notification for general practitioners. The role of the community pharmacists in collection and transmission of drug-related information from hospital discharges orders, general practitioners, specialists and the patients should be reinforced by the development of standardized procedures or tools that will facilitate the continuity of care.

C Skalafouris^{1, 2}, L Gérard², T Rudolf von rohr^{1, 2}, P Bonnabry^{1, 2}, C Fonzo-christe¹

¹Geneva University Hospitals, ²Institute of Pharmaceutical Sciences of Western Switzerland (ISPSO)

We developed a clinical decision support system (CDSS) to monitor high-risk situations related to drugs from electronic health records. It involves clinical rules (CR) that trigger alerts to clinical pharmacists based on drug prescriptions, lab values, vital signs, and medical problems (e.g. vitamin K antagonists + INR ≥ 4). We describe a methodology to select CR to extend our approach to pediatric department.

CR were identified with a literature review and scored by 14 senior physicians (expert) divided in 2 groups (A: general/specialized pediatrics; B: neonatology/intensive care) amongst two criteria [1]: criticality (low, moderate, high, extreme—risk); relevance (no, need to be adapted to be, highly, very—relevant). Pharmacist in charge of CDSS scored CR technical feasibility (no, hardly, easily, very easily—feasible). “Very relevant” and “easily feasible” CR were retained if average criticality score was “high” when applicable for different specialties (assessed by numerous experts) or “extreme” when applicable for a specific specialty (assessed by only 1 expert).

Fifty-six CR potentially relevant for children were selected from literature and divided in 5 risk classes: drug contraindicated (34%), medication and abnormal lab value (27%), drug-drug-interaction (19%), inadequate administration mode (11%), prescription omission (9%). Twenty-four CR were retained after expert’s assessment, 8 (33.3%) concerned both groups, 14 (58.3%) were specific for group A, 2 (8.3%) for group B. Three most critical CR involved prescribing potassium and hyperkaliemia, glucose-lowering drug and hypoglycemia, vancomycin not adjusted to renal function. Development in CDSS was assessed as “very easily” feasible for 5 CR (21%) including 3 CR (12.5%) concerning both groups.

We identified 24 CR in 5 risk classes that could be monitored using our CDSS. Assessment based on expert opinion according to risk (criticality), clinical practice (relevance), technical consideration (feasibility) allowed CR prioritization to be developed. One-fifth of CR would be immediately implementable with some likely to cover the entire pediatric department since they are common to both groups. A pilot study using these CR will assess the workload associated with this new practice.

Referenzen

1. Fox & al., BJCP 2016

R-IPR-16 Clinical impact of a pharmacist-led discharge medication review service: An analysis of prevalence and acceptance of interventions.

I Breitschopf¹, P Bundeli¹, EW Anita²

¹Hirslanden Bern AG, Salem-Spital, Bern, Switzerland, ²Faculty of Chemistry and Pharmacy, University of Innsbruck, Austria

Background: Hospital discharge is linked to an increase in the risk of drug-related problems (DRPs). If these are not recognised and solved, they could be carried over to primary care, with the risk of insufficient follow-up resulting in potential harm to the patient.

Objectives: To evaluate a pharmacist-led discharge medication review service by analysing identified DRPs and the acceptance rate of suggested pharmacists' interventions (PIs) in addition to assessing the clinical significance of these findings in terms of patient safety.

A two-phased mixed method study: (1) retrospective descriptive analyses of the number and type of identified DRPs and recommended interventions based on a validated classification system [1]; (2) quantitative assessment of the potential clinical impact of a cross section of PIs by an independent expert panel (2 physicians, 1 clinical pharmacist, 1 registered nurse) using the validated rating system CLEO_{de} [2]. The overall agreement was determined by the Kendall coefficient of concordance and inter-rater agreement by the Weighted Kappa.

A total of 291 identified DRPs in 205 patients were analysed: the most commonly included "drug interaction" (34%; n = 99), "error in medication process" (8.2%; n = 24) and "duplication" (8.2%; n = 24). The interventions most frequently suggested were "optimisation of administration / route" (19.6%; n = 57), "therapy stopped" (16.2%; n = 47) and "dose adjustment" (15.8%; n = 46). Physicians accepted 69% (n = 74) of the pharmacists' recommendations. 64% (n = 38) of the interventions presented to the panel, were considered to have a clinical impact. Overall agreement between raters for the clinical impact of PIs was substantial (Kendall- W 0.734; p < 0.001). The inter-rater agreement ranged from fair to moderate (Weighted linear κ = 0.293 – 0.505; p < 0.001 for all values).

The expert panel assessed that the pharmacist-led discharge service is clinically beneficial for patients. The prevalence of various analysed DRPs and the physicians' high acceptance rate highlight the valuable role of pharmacists' inputs to improve patient safety at the time of discharge. Supplementary comprehensive medicine reconciliation activities should be considered at the study site

Referenzen

1. [1] MAES, K.A. et al., 2017. Int J Clin Pract, 23(6), pp. 1425-1432
2. [2] STÄMPFLI, D. et al., 2019. Int J Clin Pharm, 41(1), pp. 56-64

R-IPR-17 Bestätigung der Sicherheit in der Applikation von Immunglobulinen durch eine retrospektive Datenanalyse

D Bornand¹, K Görcek¹, ML Daly², I Zenklusen², M Recher²

¹Universitätsspital Basel, Spital-Pharmazie, ²Universitätsspital Basel, Medizinische Poliklinik

Die Applikation von Immunglobulinen wird je nach Produkt unterschiedlich gehandhabt, ist aber immer Zeitaufwändig und für die Pflege komplex. Faktoren wie Verträglichkeit und zugrundeliegende Diagnose beeinflussen die Auswahl des Immunglobulins. Das Universitätsspital Basel (USB) hat zwei verschiedene Immunglobuline (Privigen®, Octagam®) an Lager, weitere werden bei Bedarf bestellt. Zur Vereinheitlichung der Immunglobulin Gaben und somit zur Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit wurde durch die Spital-Pharmazie in Zusammenarbeit mit der medizinischen Poliklinik ein einheitliches Anwendungsschema erstellt. Dieses entspricht nicht den Vorgaben der Fachinformation, aber die minimal und maximal vorgegebenen Infusionsgeschwindigkeiten werden nicht überschritten.

Zur Prüfung der Arzneimitteltherapiesicherheit wurden retrospektiv im Zeitraum von 9 Monaten vor und nach der Umstellung alle Immunglobulin Verabreichungen auf der Medizinischen Poliklinik überprüft. Die Häufigkeit von schwerwiegenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) wurde in Bezug zum Alter, Geschlecht, der Diagnose und der maximalen Infusionsgeschwindigkeit untersucht.

Von 01/2019-09/2019 wurden 58 Patienten mit 412 Applikationen von Immunglobulinen behandelt (Präparate: Privigen®, Octagam®, Kiovig® oder Inrtatect®). Von 10/2019-05/2020 wurden 40 Patienten mit 402 Applikationen therapiert. Schwerwiegende Arzneimittelreaktionen, welche zu einem Abbruch der Therapie führten, waren sehr selten und traten nach der Umstellung im untersuchten Zeitraum nicht vermehrt auf. Aufgrund fehlender Daten zur Applikation musste vor und nach der Umstellung 20 % der Applikationen ausgeschlossen werden.

Für die Pflege am USB ist das vereinfachte Anwendungsschema sehr hilfreich. Aufgrund der einheitlichen Kommunikation mit dem Patienten konnte zudem das Vertrauen gestärkt und die Sicherheit im Umgang mit Immunglobulinen erhöht werden.

OP2/R-IPR-18 Continuity of care: economic impacts of optimizing hospital discharge.

Siehe/voir Oral Presentations

OP3/R-IPR-19 Exposure, tolerability and pain control with intranasal or intravenous administration of nalbuphine in infants

Siehe/voir Oral Presentations

OP4/R-20 Pharmacometric analysis of intranasal and intravenous nalbuphine to optimize pain management in infants

Siehe/voir Oral Presentations

R-IPR-21 Microlearnings sur la sécurité d'administration des médicaments: un grand effet pour un petit contenu

S Kostadinovic^{1,2}, A Flornoy-Guédon^{1,2}, L Gschwind¹, C Fonzo-Christe¹, P Bonnabry^{1,2}

¹Pharmacie, Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), Genève, Suisse, ²Institut des Sciences Pharmaceutiques de Suisse Occidentale (ISPSO), Section des sciences pharmaceutiques, Université de Genève, Genève, Suisse

La formation continue des professionnels de santé est un gage de qualité des soins. Le microlearning se définit comme un e-learning de courte durée qui aborde l'essentiel d'un sujet. Dans le contexte actuel, le temps pour la formation est réduit et ce format pédagogique apparaît comme intéressant. L'objectif de cette étude a été d'évaluer l'impact de 3 microlearnings ludiques sur les connaissances et la satisfaction de deux groupes d'apprenants (infirmiers et pharmaciens).

Les modules ont été conçus avec Vyond® et Articulate®. L'évaluation du dispositif pédagogique a été faite via un lien envoyé par email (www.datapharma.ch/microlearning/info-pharmaceutique). Gain de connaissance et satisfaction ont été mesurés avec un questionnaire SurveyMonkey®. L'évaluation des connaissances consistait en 5 questions identiques avant (pré-test) et après (post-test) chaque module, soit un total de 15 questions. Le score par question était 1 si tout juste, 0 sinon. Le degré de certitude des réponses a été auto-évalué pour chaque question avec une échelle en 5 points (1 « pas sûr du tout » à 5 « sûr »). Une comparaison des scores pré-/post-test a été effectuée pour tous les participants et par groupe infirmiers/pharmacien. La satisfaction a été évaluée via 11 questions avec une échelle de Likert en 5 points.

3 microlearnings ont été conçus : 1] Couper-écraser les comprimés ou ouvrir les capsules (durée de 6 min) ; 2] Incompatibilités médicamenteuses en Y (7 min) ; 3] Calculs de dose (15 min). Ils ont été testés auprès de 78 participants (53% de pharmaciens, 47% d'infirmiers). L'étude a montré une amélioration significative des connaissances et du degré de certitude après avoir suivi l'intégralité de la formation. Le score global moyen a été significativement amélioré (8.6/15 vs 12.7/15, p<0.001) ainsi que le degré de certitude moyen (4.1/5 vs 4.8/5, p<0.001). Les résultats par module ont également été significativement meilleurs après formation (p<0.001). Le gain de connaissances a été supérieur dans le groupe des infirmiers par rapport aux pharmaciens (p<0.001). Tous les participants ont été satisfaits du format pédagogique et recommanderaient ces modules à leurs collègues. 76% d'entre eux suggèrent de coupler ce format à un cours magistral ou des ateliers.

Cette étude a démontré un impact positif des 3 microlearnings sur l'amélioration des connaissances et du degré de certitude. La satisfaction des participants a été bonne. Ce format pédagogique pourra être utilisé pour la formation continue des professionnels de santé, en le combinant avec des ateliers présentiels de mise en pratique.

OP5/R-22 An innovative game-based training tool to promote handwashing and handrub in hospital pharmacies

Siehe/voir Oral Presentations

R-IPR-23 Maladie thromboembolique veineuse (MTEV) et prophylaxie pharmacologique chez les patients COVID-19 hospitalisés pendant la première vague: une étude transversale

N Perrottet¹, M Perucca¹, L Alberio², P Voirol^{1, 3, 4}, F Sadeghipour^{1, 3, 4}

¹Service de pharmacie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, ²Service d'hématologie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne, ³Centre de Recherche et d'Innovation en Sciences Pharmaceutiques cliniques, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne, ⁴Institut des Sciences Pharmaceutiques de Suisse Occidentale, Université de Genève, Université de Lausanne

Depuis mars 2020, le virus SARS-CoV-2 est responsable de la pandémie COVID-19 en Suisse. Alors que la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) est une complication connue lors d'une hospitalisation, notamment aux soins intensifs, les premiers rapports de cas des patients COVID-19 suggéraient un lien entre une infection à SARS-CoV-2 et des modifications de la coagulation.^{1,2} L'objectif était d'investiguer la thromboprophylaxie utilisée chez les personnes hospitalisées au CHUV atteintes de la COVID-19 pendant la première vague ainsi que l'incidence des événements thromboemboliques.

Les données des patients adultes avec une infection au SARS-CoV-2 documentée dans le registre regCOVID et hospitalisés au CHUV (25.2 au 30.04 2020) ont été récoltées rétrospectivement sur la base du dossier patient informatisé. Le seul critère d'exclusion était le refus du consentement général du CHUV par le patient.

Sur 441 patients inclus, 303 (68.7%) ont reçu au moins une prescription de thromboprophylaxie durant leur séjour, 62 (14%) un traitement anticoagulant à visée thérapeutique alors que 76 (17.2%) n'ont pas reçu d'anticoagulant. Au soins intensifs seuls 3 patients sur 102 n'ont pas reçu d'anticoagulant. L'énoxaparine était majoritairement administrée dans la prophylaxie standard et intensifiée (dose médiane 40 mg 1x/j et 40 mg 2x/j, respectivement). Au total, un événement thromboembolique a été identifié chez 42 patients (9.5%), dont 16 thromboses veineuses profondes, 25 embolies pulmonaires et 1 patient a présenté ces 2 complications. 16 (38.1%) patients ont fait une MTEV dans les 72h suivant l'admission et 26 (61.9%) durant leur hospitalisation. Dans notre collectif, il n'y avait pas d'association entre la présence d'une prophylaxie ou d'un traitement anticoagulant et la survenue d'une MTEV durant l'hospitalisation.

La proportion de patients ayant reçu une thromboprophylaxie pharmacologique dans cette étude était relativement élevée par comparaison avec les données hors contexte de la COVID-19. La MTEV était une complication répandue chez les patients atteints de la COVID-19, tant à l'admission que pendant l'hospitalisation. Selon les recommandations actuelles, tout patient admis pour une COVID-19 devrait recevoir une thromboprophylaxie pharmacologique à moins d'une contre-indication majeure.

Références

1. H. Han et al. Clin Chem Lab Med 2020; 58(7): 1116
2. S. Yin et al . J Thromb Thrombolysis 2021; 51:1107

F-IPR-24 The Opioid Working Group: an interdisciplinary working group to improve the correct prescription and application of opioids in the hospital setting

I Willrodt¹, J Ramos¹, D Bornand¹, S Petkovic², A Leuppi-Taegtmeyer³, G Mohr⁴, E Degen⁴

¹Spitalpharmazie Universitätsspital Basel, ²Digitalisierung & ICT, ³Klinische Pharmakologie & Toxikologie, ⁴Patientensicherheit & CIRS

The Opioid Working Group at the University Hospital Basel – a teaching hospital in northwest Switzerland with approximately 38'000 hospitalizations per year - is an interdisciplinary working group including representatives from different professions (physicians, nurses, pharmacists) and departments (medicine, surgery, gynecology, emergency, pain therapy, palliative care, pharmacology and toxicology, hospital pharmacy, patient safety and information technology).

Due to critical incidents involving opioids reported internally at the University Hospital Basel in 2018, there was an urgent need to evaluate underlying reasons for these events in order to mitigate risks of opioid use and therefore to improve patient safety.

The thorough analysis of root causes for the critical incidents revealed prescribing and application errors, such as non-observance of kidney failure, pharmacodynamic interactions of opioids with other prescribed drugs or inadvertent overdosing.

Consequently, the following steps were being taken to address these risks:

1. Optimization of the prescribing software including opioid prescription templates, links to existing opioid unit conversion tables for liquid forms of diamorphine, morphine, hydrocodone and oxycodone (milligrams to millilitres) as well as a clearer display of "as required" opioid prescriptions in the patients' electronic drug charts.
2. Preparation of Standard Medication Preparation Schemes for nursing staff of the emergency department
3. Development of an additional patient-specific package label for parenteral diamorphine (concentration, patient initials, date of reconstitution and date of expiry of reconstituted solution)
4. Improvement in detailed written instructions for the correct preparation, labelling, application and disposal of intravenous and oral drugs (to include opioids)
5. E-learning modules for staff to familiarize themselves with the process of safe opioid prescribing and handling at our hospital

The Opioid Working Group meets five times per year. A comprehensive evaluation will take place 6 months after the implementation of all measures in order to identify open questions and further needs for improvement. We will use the number of monthly reported CIRS cases related to opioids as a key performance indicator to measure the success of this project.

C Häni¹, MC Eschenmoser¹, C Hänni¹

¹Pharmacie HFR - Hôpital fribourgeois

Introduction et objectifs: Sans tableau de compatibilité, il est chronophage pour le personnel infirmier et les pharmaciens de trouver des données de compatibilité des médicaments injectables en Y. Afin de les soutenir dans leur pratique quotidienne, un tableau de compatibilité spécifique à l'HFR a été créé et publié à l'interne.

Méthode: Premièrement, le concept du tableau de compatibilité a été défini à l'aide d'un ordinogramme. Une recherche dans la base de données interne de l'assistance pharmaceutique de la pharmacie HFR (BD Q/R) a permis de relever les médicaments qui revenaient le plus souvent dans les questions de compatibilité (médicaments SI exclus). Pour tous ces médicaments, une concentration a été définie. Les solutés les plus souvent utilisés à l'HFR ont également été intégrés au tableau. Deuxièmement, l'évaluation des différentes données de compatibilité, rassemblées dans un fichier Excel, a permis de classifier chaque paire de médicaments et médicament/soluté. Dans les cas ambigus, la classification a été déterminée suite à une discussion entre 3 experts. Les références utilisées sont: Trissel's IV Compatibility, Stabilis, AJHP, King Guide et les informations professionnelles. Pour faciliter la lecture du tableau, un système de classification avec des couleurs a été choisi. Finalement, un double contrôle des données a été réalisé afin de valider le tableau.

Résultats: L'ordinogramme a permis de décrire simplement et visuellement la démarche suivie. La recherche dans la BD Q/R a relevé les 21 médicaments injectables les plus souvent cités. Pour chaque médicament, la concentration indiquée a été déterminée en fonction de la concentration maximale utilisée dans la pratique à l'HFR.

La majorité des données de compatibilité provient de la base de données Trissel. Dans les informations professionnelles, les données concernant les compatibilités sont peu fréquentes et souvent imprécises. Les combinaisons de médicaments ont été classées en 4 catégories de couleurs différentes : *compatible*, *incompatible*, *aucune donnée disponible* et *prendre contact avec l'assistance pharmaceutique*. La dernière catégorie signifie que des données sont disponibles pour une concentration différente de celle donnée dans le tableau.

Discussion et Conclusion: La démarche choisie a mené à la création d'un tableau de qualité, propre à l'HFR, qui permet de vérifier rapidement et systématiquement la compatibilité entre les médicaments et les solutés. Son utilisation diminue le risque d'erreurs lors de l'administration et augmente la sécurité des traitements médicamenteux.

F-26 Fonctionnement des Commissions des Médicaments : benchmarking romand

S Spaggiari¹, L Reymond², F Rouiller¹, A Blanc¹, N Widmer^{1, 2}

¹PHEL, ²ISPSO

Contexte : Suite au départ à la retraite du secrétaire de la Commission des Médicaments (ComMed) des Hôpitaux de l'Est Lémanique, sans renouvellement de poste, une réflexion sur l'organisation de son fonctionnement a été menée.

Objectif : Optimisation du processus de la ComMed et partage des tâches à l'interne de la pharmacie.

Méthode : Enquête de benchmarking sous forme de questionnaires et d'entretiens téléphoniques auprès de neuf pharmacies hospitalières romandes.

Résultats : Le fonctionnement des différentes ComMed romandes sont globalement similaires avec quelques particularités propres à chaque établissement. Elles sont composées de 9 à 20 membres, se réunissent entre 2 et 12 fois par an et les séances durent en moyenne 2 heures. Les demandes de modification de la liste sont transmises par un formulaire officiel (n=6) ou de manière informelle (n=6) au secrétaire de la ComMed. La préparation des sujets est répartie entre les différents pharmaciens et représente une charge de travail conséquente. La décision finale est prise par la ComMed. La plupart des ComMed (n=6) ont un rôle plus large que la gestion d'une liste des médicaments et intervient dans la politique du médicament et l'élaboration de guidelines dans l'hôpital. Une liste d'exception existe dans tous les établissements d'une manière plus au moins officielle, élaborée et confidentielle. Ces exceptions sont des médicaments réservés à des indications précises ou des spécialistes. La communication post-ComMed est le point le plus diversifié de l'enquête : du simple PV ou fiche information du produit à un bulletin d'information très détaillé en passant par un changement direct dans le logiciel de prescription. La moitié des établissements conserve la version papier de poche de la liste en plus de la version électronique.

Conclusion: Ce travail de benchmarking a permis une réorganisation interne, une clarification des rôles respectifs entre la pharmacie et la ComMed, le tout visant une simplification du processus. Des propositions d'amélioration sont également en cours de réflexion sur les tenues des séances ComMed. La création d'une base de données commune des sujets traités par les différentes ComMed romandes pourrait être une perspective intéressante en termes de partage des tâches et de rationalisation de ressource.

F Le bloc'h¹, S Spaggiari¹, G Seemater², N Widmer^{1,3}, A Blanc¹

¹Pharmacie des Hôpitaux de l'Est-Lémanique, ²Hôpital Riviera-Chablais, ³Institut des Sciences Pharmaceutiques de Suisse Occidentale

Background: Oxycodone (OXY) and morphine (MÔ) are frequently used in hospitals. OXY consumption has been increasing in Switzerland since the 2000s. Even before the merging of Chablais and Riviera hospitals, the Riviera-Chablais Hospital, Vaud-Valais (HRC) tends to favor the use of MÔ and to support it as the first strong-opiate choice as recommended in international guidelines. The move to a unique hospital in Rennaz in 2019 was the opportunity to assess this opiates consumption in order to promote good prescriptions practices.

Objective: To identify HRC wards that are major consumers of OXY compared to MÔ from 2016 to 2021.

Method: Data were extracted from the Opal™ logistics software. Wards included orthopedics (ORT), internal medicine (MED), surgery (SUR), geriatrics/rehabilitation (GER) and intensive care units (ICU). Total orders in absolute value of pharmaceutical specialty units of each opiate were cumulated per year and each time an OXY/MÔ ratio was calculated. For period 2016-2019, data on the different sites are cumulative. Year 2021 only takes into account the known statistics until March 1st. It is assumed that the number of units ordered is equal to the number of units consumed.

Results: All dosage forms combined, ORT (ratios vary between 2.93 and 7.95) and SUR (0.43-1.60) favor OXY; conversely, ICU (0.02-0.22), GER (0.30-0.58) and MED (0.27-0.59) favor MÔ. By taking into account only oral forms, MED also tends to favor OXY (0.75-4.52) but GER and ICU still consume more oral MÔ. Between 2018 and 2020, OXY consumption has increased in all wards (global rise 108.4%). The importance of injectable forms of MÔ in statistics may bias the overview OXY/MÔ ratios since there is no available OXY injectable form. Period 2019-2020 seems to be particular for all wards, especially for ICU, and many factors may contribute to it including the move to Rennaz, the growth of OXY consumption by outpatients, the COVID-19 pandemic or some long-staying patients. It seems difficult to attribute the variations in consumption statistics solely to one of these important coincidental events.

Conclusion: An upward trend in the oral OXY/MÔ ratio seems to emerge for SUR, MED and GER wards, showing the important and growing place of OXY in physician's prescription habits. A change in the coming years can be expected thanks to HRC ERAS protocols that explicitly recommend MÔ use and to the development of analgesic teaching to physicians and nurses.

F-IPR-28 KlinPharm: Implementation of a joint clinical pharmacy and pharmacology service in a regional hospital

SN Späni^{1, 2}, A Luginbühl¹, D Bornand², P Imfeld², CR Meier², JD Leuppi³, AB Leuppi-Taegtmeyer^{1, 4}

¹Hospital Pharmacy, Kantonsspital Baselland, ²Hospital Pharmacy, University Hospital Basel, ³Department of Internal Medicine, Kantonsspital Baselland, ⁴Department of Clinical Pharmacology and Toxicology, University Hospital Basel

Introduction: Patients who are treated in hospitals often have complex medical and surgical problems with consequently complex pharmacotherapies, which often include polypharmacy, a high risk of adverse drug reactions and a high potential for medication errors. Furthermore, in an era in which hospital stays must be kept as short as possible and treating teams are confronted with ever-increasing amounts of data, it can be challenging to provide the highest possible level of medication safety. Clinical pharmacy and pharmacology services can greatly help to reduce drug related problems in hospitals and also support staff as they perform their duties in caring for patients. Until September 2018, at our institution, pharmaceutical support was provided solely by the hospital pharmacy and remote pharmacological support was provided by the Department of Clinical Pharmacology at the regional University Hospital.

Methods: A concept for “buying in” the services of a full-time clinical pharmacist and a part-time clinical pharmacologist (1 day per week) was drawn up by the hospital director, Chief Pharmacist and Head of Internal Medicine in collaboration with the University Hospital in the same region. The service is known as KlinPharm and is available for all three hospitals in the Kantonsspital Baselland group. A before and after study was then conducted to compare the amount of provided services (e.g. number of patient consultations, reports of adverse drug reactions) before and after implementation of KlinPharm.

Results: In the 12 months prior to the introduction of KlinPharm, two remote consultations provided by the University Hospital’s Department of Clinical Pharmacology were requested and six adverse drug reactions were reported to the Regional Pharmacovigilance Centre. Since starting the service in September 2018 (3 years), we have answered 481 patient-specific inquiries, carried out 205 patient consultations, have advised on 2707 drug related problems and have reported 228 serious adverse drug reactions to the national drug authority, Swissmedic. These figures represent a 3456% and 1166% increase per month in patient consultations and pharmacovigilance reporting, respectively.

Conclusion: KlinPharm services, comprising synergistic clinical pharmacy and clinical pharmacology support for clinicians, have been well accepted and utilized since their implementation. The need and utilization for this service was not anticipated based on the number of consultations or pharmacovigilance reports carried out before its implementation.

F-29 Un suivi structuré des médicaments échus permet de réduire fortement les pertes

M Duwez¹, I Garot-bocquet¹, S Parcero¹, C Stucki¹, P Bonnabry^{1, 2}

¹Service de pharmacie, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) GENEVE, ²Institut des sciences pharmaceutiques de suisse occidentale (ISPSO), Section des sciences pharmaceutiques, Université de Genève, GENEVE

Introduction : L'un des axes d'optimisation du coût des médicaments hospitaliers est la maîtrise du stock de médicaments échus (ME) et sa valorisation. Notre pharmacie gère un stock d'environ 2 200 références ($\approx 9,5$ millions de CHF). L'objectif de ce travail était de montrer l'impact financier de l'implémentation d'un processus structuré et transversal de gestion des ME au sein de notre pharmacie.

Méthode : Un état des lieux de la gestion des ME a été réalisé en septembre 2020, permettant d'établir un processus structuré contenant les étapes de suivi et de gestion de ces stocks au cours du mois. Un tableau partagé (Excel®) de gestion centralisée a été mis en ligne (SharePoint®) pour faciliter le pilotage par un pharmacien. Dès le 1^{er} novembre 2020, la liste des références échues informatiquement au mois M+1 a été extraite en début du mois M puis analysée. Les consignes de gestion (quoi faire, quand et par qui) ont été communiquées et suivies dans le tableau pour chaque ME (ex. vérification du stock physique, réévaluation des seuils de stock et de la nécessité de stockage, date de sortie du stock des ME). Les ME potentiels de valeur financière > 500 CHF ont fait l'objet d'une action supplémentaire pour éviter l'échéance ou valoriser le stock échu auprès de la firme.

Résultats : Du 1^{er} novembre 2020 au 31 juillet 2021, 237 ME potentiels ont été traités (dont 17 liés à des surstocks constitués pour la COVID19). Les 220 ME hors COVID19 représentaient une valeur échue potentielle de 412 000 CHF au moment de l'extraction des données, pour une valeur échue réelle de 397 000 CHF. 20% (n=43) des ME ont fait l'objet d'une action supplémentaire ayant permis de valoriser partiellement ou totalement le stock échu dans 84% des cas. La valorisation finale des ME était de 81% (320 700 CHF) : 20 700 CHF de marchandise échangée par la firme, 123 000 CHF crédités, et 177 000 CHF revendus à des hôpitaux ou écoulés dans des unités de soins ciblées avant échéance. Le suivi et l'analyse ont mobilisé en moyenne chaque mois, 5h de temps pharmacien, 6h de temps logisticien et 8h de temps préparateur en pharmacie, soit un coût en ressources humaines d'environ 1 000 CHF/mois. Le retour sur investissement direct était donc de 311 700 CHF sur la période d'étude.

Conclusion : La mise en place d'un suivi structuré et collaboratif des stocks de ME, en partenariat avec les firmes, nous a permis de valoriser > 400 000 CHF/an. Il serait intéressant de mesurer l'impact à plus long terme de l'implémentation de ce processus sur la réduction du nombre de références échues par les actions de politique de stockage.

M Duwez¹, T Sigrist¹, C Samer², C Stucki¹, P Bonnabry^{1,3}

¹Service de pharmacie, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) GENEVE, ²Service de pharmacologie et toxicologie cliniques, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) GENEVE, ³Institut des sciences pharmaceutiques de suisse occidentale (ISPSO), Section des sciences pharmaceutiques, Université de Genève, GENEVE

Introduction : La COVID19 a confronté les pharmacies hospitalières à un défi logistique inédit, sans possibilité d'anticipation, en particulier pour les médicaments des soins intensifs adultes (SIA). L'objectif est de présenter l'outil de gestion des stocks de médicaments créé et affiné durant les vagues successives de la pandémie et son potentiel d'utilisation pour d'autres situations de tension d'approvisionnement.

Méthode : En mars 2020, une cellule de crise entre la pharmacie, les médecins pharmacologues, anesthésistes-réanimateurs et urgentistes a été instaurée pour lister les références critiques (RC) dans la prise en charge de la COVID19. La liste a été affinée par les données de surconsommation en temps réel et une veille des thérapies actuelles et potentielles. Un tableur partagé (Excel®) a été créé et contenait les consommations mensuelles moyennes de 2019, les posologies et durées de traitement selon les protocoles hospitaliers, la quantité nécessaire pour traiter une cible de « X » patients, et des données en temps réel (quantité en stock, nombre de patients aux SIA, valeur financière de stock et péremption) suivies chaque semaine par un pharmacien. En septembre 2020, une prédition de consommation pour la 2^{ème} vague a été ajoutée, contenant les données d'hospitalisation et de consommation réelles de la 1^{ère} vague.

Résultats : Une liste de 250 RC a été suivie (anti-infectieux : 23%, sédation : 17%, curares : 6%). Les premiers stocks ont été constitués pour pouvoir traiter 150 patients aux SIA, puis affinés avec le nombre maximum de patients traités simultanément aux SIA en 1^{ère} vague (n=68). Lorsque le stock cible n'était pas atteint, d'autres spécialités ont été stockées (n=45), dont 20 % étaient d'autres dosages ou molécules que ceux utilisés habituellement, et les protocoles ont été adaptés (ex. épargne du propofol). De nouvelles tendances de consommation ont été détectées, induisant parfois un changement de pratique pérenne (ex. de la dexmédétomidine : + 500% en 2021 vs 2019, hors vagues COVID19). Le suivi des stocks a permis de réduire à 7% le nombre de RC échues et a nécessité en moyenne 2h/semaine de temps pharmacien.

Conclusion : La concertation des spécialistes a permis de mettre en place rapidement un outil centralisé de gestion de stock qui a été optimisé à chaque vague COVID19 pour concilier au mieux sécurité d'approvisionnement et économie. La détection précoce de nouvelles tendances de consommation, liées à l'adaptation face à l'inconnu, et le suivi en temps réel peuvent être mis à profit dans d'autres situations logistiques complexes.

F-31 Étude de faisabilité de la livraison directe de médicaments depuis la pharmacie centrale vers les unités de soins d'un site distant

L Sassi¹, S Lamon-Maier¹, J Beney¹

¹Pharmacie de l'Institut Central des Hôpitaux/Hôpital du Valais

Introduction et objectif : L'Hôpital du Valais (HVS) est constitué de 7 sites, tous dotés d'une pharmacie. La Pharmacie centrale (PhC), basée à Sion, approvisionne les 6 autres sites dans lesquels travaillent des assistantes en pharmacie (AP) qui approvisionnent les unités de soins (US). L'objectif principal de ce travail, réalisé dans le cadre du Certificat d'assistante en pharmacie hospitalière, résidait dans l'évaluation de la faisabilité de la livraison directe de médicaments depuis la PhC vers les US d'un site distant en cas d'absence imprévue de l'AP du site.

Les objectifs secondaires visaient à évaluer s'il en découlait un retard de livraison des médicaments dans les US et si du temps d'AP pouvait être dégagé pour l'activité à la PhC.

Méthode : Une étude de faisabilité a été réalisée sur un site. Les étapes sont les suivantes :

- Etat des lieux des pratiques et entretiens avec les référents du site
- Création de supports de travail en collaboration avec les référents
- Simulation d'absence imprévue de l'AP du site avec distribution des médicaments directement aux US depuis la PhC

Résultats : Les personnes impliquées à informer (Réception, ICUS, Transports internes) en cas d'absence imprévue de l'AP ont été identifiées. Des supports de travail (panneau de fermeture exceptionnelle à placer sur la porte de la pharmacie, instructions de travail pour l'AP de la PhC) ont été créés pour standardiser la prise en charge des commandes et des appels téléphoniques des US. Lors de la simulation d'absence imprévue, les usagers de la pharmacie ont pu être informés conformément à l'organisation convenue et la distribution des médicaments depuis la PhC vers les US a pu être assurée sans retard significatif.

Le temps résiduel pour l'activité de l'AP à la PhC a également pu être quantifié (environ 2h).

Discussion/ conclusion : La simulation montre que l'approche est applicable. Toutefois, l'investissement en temps pour la mise en place, la formation initiale des AP de la PhC ainsi que le maintien dans le temps des supports de travail et des compétences est important. A l'HVS, la mesure sera appliquée pour pallier les absences imprévues dans les pharmacies de sites distants de petite à moyenne taille (< 10 US à approvisionner), lorsque l'effectif d'AP à la PhC est limité et pour une durée maximale de 1 à 2 jours. Au-delà de cette durée et pour des sites plus importants, un remplacement physique sur site sera privilégié.

F Gaspar^{1, 2, 3}, D Deriaz^{1, 4}, A Lisibach^{2, 3, 5}, F Vasiliki⁶, M Lutters⁴, C Gaudet-Blavignac⁶, A Robert⁶, J Goldman⁶, B Burnand⁴, N Vogt-Ferrier⁷, P Lang⁸, N Colic⁹, F Rinaldi⁹, P Beeler¹⁰, C Lovis⁶, M Le Pogam⁴, C Csajka^{1, 2, 3}

¹Center for Research and Innovation in Clinical Pharmaceutical Sciences, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland, ²Institute of Pharmaceutical Sciences of Western Switzerland, University of Geneva, University of Lausanne, Geneva & Lausanne, Switzerland, ³School of Pharmaceutical Sciences, University of Geneva, Geneva, Switzerland, ⁴Unisanté Center for Primary Care and Public Health, Department of Epidemiology and Health Systems, University of Lausanne, Lausanne, Switzerland, ⁵Service of Clinical Pharmacy, Baden University Hospital, Baden, Switzerland, ⁶Division of Medical Information Sciences, Geneva University Hospitals and University of Geneva, Geneva, Switzerland, ⁷Service of Clinical Pharmacology, Geneva University Hospitals, Geneva, Switzerland, ⁸Clinique de Montchoisi, Lausanne, Switzerland, ⁹Institute of Computational Linguistics, University of Zurich, Zurich, Switzerland, ¹⁰Department of Internal Medicine, University Hospital Zurich, and University Research Priority Program "Dynamics of Healthy Aging", Zurich, Switzerland

Background: One-third of older inpatients experience adverse-drug events (ADEs), which increase their mortality and morbidity, and health care use and costs. In particular, antithrombotic drugs are among the most at-risk medications in this population. To limit ADEs, reporting systems have been implemented at the national, regional, or provider level. Because of their well-known limitations, automated detection technologies based on electronic medical records (EMRs) are currently developed to detect routinely or predict ADEs.

Aim: This study aims to develop and validate an automated detection tool for monitoring antithrombotic-related ADEs using EMRs from four large Swiss hospitals. In particular, we aim to assess the prevalence of hemorrhages and thromboses in older inpatients associated with the prescription of antithrombotics, identify triggering factors, and propose improvements for clinical practice.

Method: This collaborative and interdisciplinary project is a multicenter, cross-sectional study based on 2015-2016 EMR data from four large hospitals in Switzerland: Lausanne, Geneva and Zürich University hospitals and Baden Cantonal hospital. We have included older inpatients aged ≥65 years who stayed at one of the four hospitals during 2015 or 2016, received at least one antithrombotic drug during their stay, and signed a general consent for participation in research. First, expert pharmacologists have selected a list of relevant antithrombotic drugs along with their side effects and risk and confounding factors. Second, administrative, clinical, prescription, and laboratory data available in the form of free texts and structured data have been extracted from study participants' EMRs. Third, several automated rule-based and machine learning-based algorithms are currently developed, allowing to identify hemorrhage and thromboembolic events and their triggering factors from extracted information. Finally, we plan to validate the developed detection tools (one per ADE type) through manual medical record review. Performance metrics for assessing internal validity will comprise the area under the receiver operating curve, F1-Score, sensitivity, specificity, and positive and negative predictive values.

Relevance/Application: Study findings will be implemented in clinical practice through risk management and training for health care professionals. Tools and methodologies developed will be disseminated for emerging research in this field. Currently, such tools are not available in Switzerland and should be of great interest for complementing mandatory ADE reporting systems and inform clinical decisions in daily geriatric practice. Moreover, better quantifying antithrombotic-related ADEs in older inpatients and the identification of triggers will help design specific preventive strategies and improve drug safety.

F-IPR-33 Évaluation et mise en place d'une unité de gestion des essais cliniques au sein d'une pharmacie d'hôpital

S Wellnitz¹, M Borlat¹, N Widmer^{1, 2}, C Blatrie¹

¹Pharmacie des Hôpitaux de l'Est Lémanique, Rennaz, Suisse, ²Institut des Sciences Pharmaceutiques de Suisse Occidentale, Université de Genève, Université de Lausanne, Genève, Suisse

Introduction : Les essais cliniques (EC) sont partie intégrante du système de santé et régis par un important cadre légal. Ils sont nécessaires pour offrir des soins innovants et efficaces. Les hôpitaux jouent un rôle important en permettant la conduite d'EC en leur sein. Ce travail évalue la possibilité de mettre en place une unité de gestion des EC à la Pharmacie des Hôpitaux de l'Est Lémanique (PHEL) afin de la mettre à disposition de son principal partenaire, l'Hôpital Riviera-Chablais, Vaud- Valais (HRC).

Méthode : Une approche d'« Innovation par les Opportunités » (IpOp) ainsi qu'un plan de gestion du projet de coordination pharmaceutique des EC à la PHEL ont été établis. Une enquête structurée sur l'organisation de la gestion des EC a été menée auprès de tous les pharmaciens-chefs suisses membres de la GSASA. Différents scénarios ont été modélisés (gestion des EC par un pharmacien dédié ou ajout de cette tâche au cahier des charges des chefs de secteurs concernés aidés par un assistant en pharmacie) afin d'évaluer et comparer leurs impacts budgétaires et les risques relatifs à leur implementation. Une projection de retour sur investissement a été effectué.

Résultats et Discussion : L'analyse IpOp montre que le projet de mise en place des EC au sein de la PHEL répond à des demandes légitimes de l'HRC. Elle a également permis d'identifier les aspirations et les résistantes des parties prenantes de ce projet, son envergure (population concernée) ainsi que le modèle économique le plus adapté (mode de facturation et ressources nécessaires). En Suisse, le temps de travail moyen dédié aux EC pour un pharmacien est de 3% par EC et par an. Selon l'estimation nationale, l'HRC (310 lits) pourrait être amené à gérer en moyenne 9 EC par an. L'analyse de sensibilité? de toutes les situations étudiées possibles (scénarios, montants moyens facturés par EC) montre que le seuil de rentabilité est déjà atteint avec 3 à 5 EC par an avec un pharmacien à 10%. L'estimation du risque des scénarios révèle qu'engager du personnel dédié et qualifié permet de diminuer les erreurs lors de l'exécution de tâches cognitives complexes comme les EC.

Conclusion : Ce travail a permis d'identifier les leviers et les freins d'implémentation d'une nouvelle prestation de pharmacie d'hôpital. Afin d'assurer la qualité et l'efficience du système de santé publique, il est essentiel de développer de nouvelles prestations de pharmacie hospitalière. En particulier, la gestion des EC par du personnel dédié et qualifié apparaît rentable tout en réduisant le risque d'erreur.

S Oliveira Alves¹, E Cornaz¹, L Schumacher^{1, 2}, N Piol³, N Widmer^{1, 2}, C Blatrie¹

¹Pharmacie des Hôpitaux de l'Est Lémanique, Rennaz, Suisse, ²Centre spécialisé de Pharmacie d'urgence et de catastrophe, Institut des Sciences Pharmaceutiques de Suisse Occidentale (ISPSO), Université de Genève, Genève, Suisse, ³Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais, Rennaz, Suisse

Introduction et objectif: Suite à la pandémie de COVID-19, l'Hôpital Riviera-Chablais, Vaud-Valais (HRC), en collaboration avec la Pharmacie des Hôpitaux de l'Est Lémanique (PHEL), a été mandaté par la Task Force cantonale vaudoise pour la mise en place d'un centre de vaccination de masse à Rennaz.

Méthode: Un groupe de travail interdisciplinaire a été créé pour concevoir le centre de vaccination et son mode de fonctionnement. Les assistantes en pharmacie ont été impliquées dans la logistique ainsi que dans la préparation des doses de vaccins selon les bonnes pratiques de fabrication.

Résultats et discussion: Le déploiement du centre s'est fait en 4 phases : une première phase de tests comprenant 11 injections sur 1 jour, suivi d'une phase de rodage avec 150 injections/jour pendant 18 jours puis une phase de montée en puissance avec 200 injections/jour durant 18 jours pour atteindre un pic d'activité à 450 injections/jour. Au total, entre le 25 janvier et le 31 août 2021 47'801 doses ont été préparées, dont 47'780 ont été administrées (99,96%). Grâce au protocole de préparation adéquat et à la dextérité des opérateurs, 3'258 doses supplémentaires ont été produites. L'assistante en pharmacie référente assurait les commandes des vaccins selon le planning prévisionnel des injections, le nombre de doses à préparer, le réapprovisionnement du matériel médical ainsi que le planning du personnel impliqué dans la préparation (PHEL, puis Manpower). Son expérience hospitalière a permis d'assurer la gestion du stock ainsi que la préparation et le contrôle des seringues de manière adéquate.

Conclusion: L'implication des assistantes en pharmacie dans la préparation des vaccins a été extrêmement bénéfique. D'une part leur expérience du médicament et de la préparation était un atout non négligeable, d'autre part leur présence quotidienne sur site a garanti une grande disponibilité et flexibilité. La collaboration entre l'HRC et la PHEL a permis une autonomie du centre de vaccination sous couvert de l'autorité cantonale. De plus, l'expérience acquise par la PHEL a pu être mise à disposition de deux autres centres de vaccination, l'un au Centre de congrès de Montreux (grande capacité) et l'autre au Pôle Santé Pays-d'Enhaut.

F-35 Gestion sûre des retours internes de médicaments de formes solides en contenants multidoses : évaluation de l'applicabilité des recommandations GSASA dans un hôpital régional

A Luyet¹, S Lamon-Maier¹, J Beney¹

¹Service de pharmacie, Institut central des hôpitaux (ICH)

Introduction et objectif

La GSASA a émis des lignes directrices sur la manière de gérer les retours de médicaments de formes solides en contenant multidoses (bulks): les médicaments d'un intérêt particulier (IP) (p.ex : prix d'achat (PA) >500CHF -problèmes de livraison actuels -thérapie rare -réapprovisionnement très laborieux)[1] peuvent être réutilisés si l'hygiène et la qualité sont assurés, ce qui implique des mesures dans l'unité de soins (US) et à la pharmacie. L'objectif est d'évaluer quels médicaments en bulk sont retournés à la pharmacie pour déterminer s'il est rentable de mettre en œuvre les mesures proposées afin d'assurer la qualité et la sécurité de la remise dans le circuit de ces retours.

Analyse de situation

Les médicaments en bulk retournés dans toutes les pharmacies d'un hôpital régional multi-sites sont récoltés durant 2 mois (fév.-mars 21) et les médicaments d'IP sont analysés pour permettre un calcul du retour sur investissement (ROI = (recette-coût d'investissement) / coût d'investissement). Sur les 216 emballages récoltés, 150(69,4%) sont des médicaments stockés et 164(80,5%) ont une date limite d'utilisation supérieure à 6mois; 19/164(11%) revêtent un IP, dont 15 auraient une chance d'être remis dans le circuit; leur PA moyen est de 483CHF. Extrapolé sur 1an, cela représenterait une économie potentielle d'env. 43'500CHF. Le temps annuel dédié au tri des retours de médicaments en bulk est estimé à 72h/an (à 60CHF) pour une assistante en pharmacie et 12h/an (à 100CHF) pour un pharmacien, soit un coût annuel en personnel de 5520CHF ; l'économie annuelle serait de 37'980CHF et le ROI de 6,88.

Discussion/ conclusion

Les médicaments présentant un IP le sont essentiellement à cause de leur prix élevé. Bien que le calcul du ROI ne tienne pas compte du coût de la mise en place, remettre les médicaments en bulk dans le circuit représenterait un intérêt économique et de développement durable à moyen et long terme, pour autant que l'hygiène et la sécurité soient respectés à toutes les étapes. Ceci impliquerait des changements de pratique non seulement à la pharmacie mais aussi dans les US. Après cette première évaluation, un état des lieux des pratiques dans les US est nécessaire, notamment quant à l'applicabilité des mesures d'hygiène et leur suivi à long terme, afin de limiter les risques et assurer la sécurité.

Références

1. Recommandations de la GSASA pour la gestion sûre des retours internes de formes solides dans des contenants multidoses, 2020

F-IPR-36 Rationnement des mélanges polyvitaminiques injectables : mesures mises en place dans un hôpital régional

M Savet Demichelis¹, A Zdonowski¹, A Luyet¹, C Besse Barras¹, L Ciutto², M Godio Delay^{2,3}, J Beney¹

¹Hôpital du Valais - Institut Central des Hôpitaux, ²Centre Hospitalier Valais Romand - Service Nutrition Clinique, ³Centre Hospitalier Valais Romand - Service Médecine Intensive

Introduction

Les mélanges polyvitaminiques injectables (IV) sont indispensables pour les patients alimentés par nutrition parentérale totale. Début juil.21, BAXTER informait du rationnement de CERNEVIT® pour une durée indéterminée ; le fournisseur des alternatives injectables (SOLUVIT®, VITALIPID®) n'était pas en mesure de compenser ce manque. Les Société Suisse (SSNC) et Francophone (SFNCM) de Nutrition Clinique ont pris position à ce sujet.

Plan d'action

En partenariat avec le service de Nutrition Clinique, la pharmacie a mis en place un plan d'action en suivant le processus de prise en charge médicamenteuse.

Prescription : un message visible lors de la prescription a été ajouté dans le système d'information. Une lettre d'information, rédigée conjointement avec le service de Nutrition Clinique reprenant les recommandations de la SSNC et mentionnant les alternatives orales (PO) a été rédigée. L'information a été relayée par les canaux usuels (médecins, ICUS) et le message, renforcé par le service de Nutrition Clinique lors de leurs consultations.

Dispensation : des sources d'approvisionnement alternatives ont été recherchées par le secteur achat-distribution. L'information du rationnement a été ajoutée au logiciel de gestion de stock. Les demandes de clients externes n'ont pas été honorées sans justification clinique. Un suivi hebdomadaire des consommations par service a été mis en place pour identifier les services consommateurs afin de cibler l'information et évaluer l'impact des mesures prises.

Administration : La lettre d'information diffusée contenait des données pour l'administration des alternatives PO (sonde naso-gastrique) ; un protocole spécifique a été rédigé pour le service de soins intensifs, principal consommateur, contenant les modalités d'administration d'alternatives IV. Suivi-réévaluation : Pharmaklass®, le logiciel de détection des situations à risque de problème médicamenteux a permis d'identifier les patients sous Cernevit®. Le service de Nutrition Clinique a pu, quotidiennement, suivre la mise en œuvre des recommandations de prescription.

Conclusion

L'information précoce du fournisseur a permis d'anticiper le rationnement. Grâce à l'approche visant l'ensemble des étapes du circuit du médicament, la pénurie est à ce jour évitée. De plus, la situation est constamment évaluée pour adapter les mesures. Ce travail interdisciplinaire se poursuit afin d'anticiper une aggravation de la situation obligeant à revoir les recommandations de prise en charge.

F-IPR-37 Gestion du circuit des médicaments à manipuler avec précautions particulières : état des lieux des hôpitaux romands

N Ratsimalahelo^{1, 2}, Y Dhif^{2, 3}, P Bonnabry^{2, 3}, T Sigrist³, C Fonzo--Christe³, F Sadeghipour^{1, 2, 4}

¹Service de pharmacie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, 1011 Lausanne, ²Institut des Sciences Pharmaceutiques de Suisse Occidentale, Université de Genève, Université de Lausanne, ³Service de pharmacie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Genève, ⁴Centre de Recherche et d'Innovation en Sciences Pharmaceutiques cliniques, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne

Les médicaments à manipuler avec précautions particulières (MMPP) présentent un danger potentiel pour la santé de par leur toxicité. Les risques liés à la manipulation des produits cytotoxiques parentéraux sont identifiés et accompagnés de mesures de protection précises. Des données manquent pour les autres médicaments potentiellement toxiques, sans aucune recommandation claire au niveau national/international. A l'hôpital, l'information de chaque collaborateur impliqué dans la manipulation du médicament à risque est importante. Réaliser un état des lieux de l'organisation de la gestion du circuit des MMPP auprès de 9 pharmacies hospitalières des hôpitaux romands.

Un questionnaire a été créé par 2 internes en pharmacie afin de guider l'entretien autour de points clés, tant du point de vue organisationnel (groupe de travail, procédures existantes) que du point de vue pratique du circuit (de la réception des médicaments à la gestion des déchets). La collecte des données s'est faite par des entretiens semi-structurés en visioconférence avec des pharmaciens hospitaliers en charge de la gestion des MMPP au sein de leur institution.

Parmi les 7 pharmacies hospitalières contactées, 3 sont l'unique responsable de la liste des MMPP au sein de leur institution. Les 4 autres partagent la responsabilité avec la médecine du personnel ou des médecins de l'hôpital. Le potentiel毒ique des médicaments est souvent sous-évalué compte tenu qu'aucune institution ne possède un algorithme pour référencer les MMPP. Aussi il est déterminé à partir de bases de données hétérogènes. Le logisticien identifie visuellement un produit MMPP à la réception à la pharmacie centrale seulement au moyen du logo « main jaune » (caractéristique des cytotoxiques exclusivement). Les médicaments cytotoxiques préparés à la pharmacie sont les seuls à être transportés vers les unités de soins dans une caisse spécifique. Dans 6 établissements sur 7, il n'y a pas de lieu de stockage spécifique pour les MMPP dans les pharmacies d'unités de soins, ni de moyen d'identification sur les conditionnements secondaires. Aucun hôpital ne possède un algorithme permettant de décider si la production d'un MMPP doit être centralisée à la pharmacie centrale ; uniquement le critère « cytotoxique » d'une spécialité implique une production à la pharmacie centrale. 4 institutions sur 7 ne possèdent pas de procédure destinée aux soignants quant à l'administration et l'élimination des déchets des MMPP hors cytotoxiques.

Il y a un manque évident de procédure et une grande disparité entre les hôpitaux sur la gestion du circuit des MMPP. Afin d'y garantir la sécurité du personnel, il convient de renforcer le bon usage sécurisé des MMPP, en envisageant une identification visuelle des conditionnements secondaires des médicaments catégorisés MMPP, en définissant des mesures de protection spécifiques homogènes entre les établissements et en formant l'ensemble des collaborateurs à la manipulation sécurisée des MMPP.

F-IPR-38 Integrating pharmacogenetic information into medication reviews – an interprofessional challenge

CK Stäuble^{1, 2, 3}, C Jeiziner², SS Allemann², M Hatzinger⁴, KE Hersberger², T Mikoteit⁴, HE Meyer zu Schwabedissen³, ML Lampert^{1, 2}

¹Institute of Hospital Pharmacy, Solothurner Spitäler, Olten, Switzerland, ²Pharmaceutical Care, Department of Pharmaceutical Sciences, University of Basel, Basel, Switzerland, ³Biopharmacy, Department of Pharmaceutical Sciences, University of Basel, Basel, Switzerland, ⁴Psychiatric Services Solothurn, Solothurner Spitäler and Faculty of Medicine University of Basel, Solothurn, Switzerland

Background: Inter-individual differences in drug response are well-known. While some experience an adequate effect, others do not respond at all or even develop toxicities. Notably, these disparities can be caused by the patients' genetic makeup. Gene variation can affect the expression and/or activity of enzymes and transporters involved in pharmacokinetic actions, such as absorption, distribution, metabolism and excretion (ADME). The accumulating evidence on drug-gene interactions is already highlighted in numerous drug labels and recommendations for pharmacogenetic (PGx)-guided drug selection and dosing are available for more and more drugs, including antidepressants. However, PGx-testing is not yet routinely applied in clinical practice. Barriers to the adoption of PGx are diverse and include lacking education of health care professionals and missing established procedures. Furthermore, in addition to genetics, drug response can also be influenced by other factors such as drug-drug – and drug-food interactions, renal- and liver function as well as adherence. Pharmacists already consider these elements in their daily practice for patient individual recommendations. Therefore, integrating PGx-information into medication reviews, might offer a relevant benefit.

Pharmacy Service: Currently we are offering PGx-analysis for psychiatry in- as well as outpatients of the Solothurner Spitäler. Both, the treating physician and the clinical pharmacist, can suggest PGx-analysis. Eligible patients have (a) exhibited adverse drug reactions (ADR) and/or insufficient response (reactive), or (b) a planned prescription (preemptive), both for drugs with a known PGx-association. The subsequently initiated pharmacy service includes the following steps: (1) Patient interview (medication reconciliation and clarification of medication history incl. ADRs and inefficacies); (2) patient consent; (3) sampling and PGx-analysis by the laboratory; (4) medication review with integrative evaluation of PGx-data; (5) written report with results and recommendations; (6) communication and discussion with the physician and/or patient.

Discussion: The herein described PGx pharmacy service enables an extensive medication analysis including PGx-information to stratify pharmacotherapy recommendations. This rational preselection based on primarily kinetic considerations, provides a basis for interprofessional decision making together with the physician. We are currently collecting data within a case series (NCT04154553), for a qualitative evaluation of the herein proposed PGx pharmacy service.

SD Gerber¹, L Carrez¹, C Stobbaerts¹, A Ballif², T Galperine², F Sadeghipour^{1, 3, 4}

¹Service de pharmacie, CHUV, 1011 Lausanne, ²Service des maladies infectieuses, CHUV, 1011 Lausanne, ³Centre de Recherche et d'Innovation en Sciences Pharmaceutiques cliniques, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne, ⁴Institut des Sciences Pharmaceutiques de Suisse Occidentale, Université de Genève, Université de Lausanne

La transplantation de microbiote fécal (TMF) s'est établie comme une thérapie efficace sans équivalent à ce jour pour les infections à *Clostridioides difficile* (*C. difficile*) multirécidivantes. Au CHUV, un centre spécialisé en TMF a été créé en janvier 2019 sous la responsabilité du Service des maladies infectieuses en collaboration avec le service de pharmacie. Quelques mois plus tard, la pharmacie du CHUV a reçu de Swissmedic la première et pour l'instant l'unique autorisation en Suisse pour la fabrication des produits TMF.

Nouveau défi réglementaire : lors de la révision de la LPTH, il est apparu essentiel aux autorités de réglementer la production de ces nouvelles thérapies. Le législateur a donc décidé de créer une liste des médicaments non standardisés dont le procédé de fabrication standardisé est soumis à une autorisation. Il a fait figurer la fabrication des TMF sur cette liste, nous amenant à préparer et déposer un dossier d'autorisation de mise sur le marché (AMM). L'obligation d'obtention d'une AMM en procédure simplifiée est entrée en vigueur depuis le 1er juillet 2020. C'était un défi important de constituer le dossier d'autorisation dans le peu de temps qui nous était imparti avec des ressources limitées et le soumettre avant le 30 juin 2021.

Voici comment a débuté une course contre la montre d'une petite équipe interdisciplinaire pour rédiger les différents chapitres complexes exigés et faire correspondre un produit sans équivalent avec une structure d'AMM de médicament classique.

F-IPR-4o Anwendbarkeit eines elektronischen Algorithmus zur Detektion fehlender oder ungerechtfertigter Protonenpumpeninhibitoren

L Flückiger¹, C Zaugg¹, R Fiumefreddo²

¹Spitalpharmazie, Kantonsspital Aarau, ²Allgemeine Innere und Notfallmedizin, Kantonsspital Aarau

Hintergrund/Ziele: Protonenpumpeninhibitoren (PPI) gehören zu den meist verschriebenen Medikamenten. PPI verringern das Risiko gastrointestinaler Blutungen bei Vorliegen von Risikofaktoren [1]. Ihr ungerechtfertigte Einsatz ist aber weltweit - auch in der Schweiz - feststellbar [2]. Am Kantonsspital Aarau wurde ein elektronisches Multiagentensystem (MAS) entwickelt und ins Klinikinformationssystem (KIS) integriert. Das MAS soll potentielle Medikationsfehler mit hoher Spezifität entdecken. Ziel des PPI-Agenten ist die Detektion ungerechtfertigter PPI-Verordnungen oder das Fehlen eines PPI bei Einnahme von Risikomedikamenten.

Der Agent ist seit Juli 2021 in Betrieb. Die Daten der ersten 70 Tage liegen vor.

Methode: Alle im KIS erfassten stationären Patienten werden vom Agenten überprüft. Seine Meldungen wurden durch Pharmazeuten auf Relevanz geprüft, und falls zutreffend eine standardisierte Mitteilung im KIS an den Stationsarzt erstellt. Ausgewertet wurden Anzahl Agentenmeldungen gesamthaft und nach Kategorie, Anzahl Mitteilungen an den Stationsarzt und deren Umsetzungsrate.

Resultate: Es wurden 636 Meldungen für 582 Patienten generiert. 156 Meldungen (24.5%) betrafen das Fehlen eines PPI trotz Risikomedikamenten, 480 Meldungen (75.8%) das Vorliegen eines potentiell ungerechtfertigten PPI.

Für 198 Meldungen (31.1%) wurde eine Massnahme empfohlen. 244 Meldungen (38.4%) wurden vom MAS selber beendet, da das Problem vor der Prüfung durch den Pharmazeuten gelöst wurde. 194 (30.5%) Meldungen wurden als nicht relevant klassifiziert. 49.5% der empfohlenen Massnahmen wurden umgesetzt: In der Kategorie "PPI fehlt" wurden 72.2% der Massnahmen, in der Kategorie "PPI ohne Indikation" 36.5% umgesetzt.

Schlussfolgerungen: Der Agent kann keine strukturierten Diagnosen miteinbeziehen, 83.5% der nicht relevanten Meldungen betrifft daher die Kategorie "PPI ohne Indikation". Dennoch ist es erfreulich, dass insgesamt nur 30.5% aller Meldungen als nicht relevant klassifiziert wurden. Der unterschiedliche Grad der Umsetzung zwischen den beiden Kategorien zeigt, dass "Deprescribing" eine höhere Hürde besitzt als "Prescribing".

Referenzen

1. [1] Fischbach W et al. „S2k-Leitlinie Helicobacter pylori und gastroduodenale Ulkuskrankheit.“ Zeitschrift für Gastroenterologie 54 (2016): 327–363.
2. [2] Muheim L et al. “Potentially inappropriate proton-pump inhibitor prescription in the general population: a claims-based retrospective time trend analysis.” Therapeutic advances in gastroenterology vol. 14,15 Apr. 2021

M Savet Demichelis¹, N Ratsimalahelo¹, C Denis², V Humbert-Delaloye¹, J Beney¹

¹Hôpital du Valais - Institut Central des Hôpitaux, ²Centre Hospitalier Valais Romand - Service Médecine Intensive

Pendant la 2^{nde} vague COVID, le pharmacien répondant du service de médecine intensive (SI) a été confronté à plusieurs problèmes : augmentation de l'activité, mise en place de nouveaux protocoles thérapeutiques, intégration dans l'équipe d'infirmiers et médecins extérieurs au service. Les outils d'information autour de la prise en charge médicamenteuse ont dû être adaptés (isolement avec règles de désinfection, nombre important d'informations et d'intervenants, temps de formation à l'utilisation des outils limité). L'objectif était de créer une carte de poche permettant aux infirmières d'organiser les perfusions pendant cette période.

Matériel-méthode

Les molécules ont été limitées aux médicaments utilisés dans la prise en charge des patients COVID. Seules les modalités de préparation des médicaments (solvant, concentration) habituelles du service ont été préconisées. Les données de compatibilités ont été recherchées dans différentes bases (King Guide®, IBM Micromedex®, Stabilis, FAMI). Les outils diffusés par d'autres hôpitaux ont été analysés. Les associations ont été proposées sur la base de la pratique clinique : protocole de sédation, curarisation (bolus versus continu), analgésie etc.. Ces combinaisons ont été validées par un médecin cadre et l'infirmière clinicienne.

Résultats

13 molécules ont été retenues. Parmi les 78 combinaisons de deux molécules possibles, 59 étaient compatibles, 11 ne l'étaient pas, et on ne retrouvait aucune donnée dans les bases consultées pour les 8 dernières. Ces informations ont permis de rédiger la carte, sur laquelle figurent les associations possibles par système et les combinaisons proscrites. Pour faciliter la lecture, certaines informations n'ont pas été ajoutées, comme les dilutions (car standardisées et disponibles sur l'outil d'aide à la préparation PREPSI) ou les types de voies (distale, proximale). Les cartes ont été imprimées au format de poche et plastifiées, une version affichée était disponible.

Conclusion

La prise en charge des patients COVID a nécessité une adaptation de l'activité pharmaceutique aux SI. Cet outil de poche a permis de mettre à disposition l'information essentielle aux infirmières pour organiser le branchement des perfusions, et sécuriser la prise en charge médicamenteuse en situation de crise.

S Hannou¹, F Cominetti², W Bosshard², N Perrottet¹, F Sadeghipour^{1, 3, 4}

¹Service de pharmacie, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois , Lausanne, ²Service de gériatrie et de réadaptation gériatrique, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, ³Centre de Recherche et d'Innovation en Sciences Pharmaceutiques cliniques, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois et Université de Lausanne, ⁴Institut des Sciences Pharmaceutiques de Suisse Occidentale, Université de Genève, Université de Lausanne

Les facteurs environnementaux et génétiques peuvent expliquer la survenue d'effets indésirables. Ce cas décrit une surexposition importante en sertraline chez un patient de 87 ans qui présente des chutes à répétitions entraînant son hospitalisation. Une collaboration pluridisciplinaire permet d'identifier le profil métabolique du cytochrome P450 du patient, de questionner l'efficacité/sécurité de ses traitements et de réfléchir sur une prise en charge médicamenteuse personnalisée et optimale.

Le taux sérique de sertraline mesuré chez ce patient qui recevait une dose de 150mg/j depuis plus de 6 mois est 3,5 fois supérieur à l'intervalle de référence (536 ng/ml [10-150]¹). Malgré l'arrêt du traitement, les taux restent élevés avec une diminution lente (153 ng/ml un mois après l'arrêt).

Un mésusage par le patient est envisagé et rapidement exclu par l'entourage (famille, infirmier à domicile), le suivi étroit durant le séjour et la cinétique d'élimination du traitement. Une interaction entre la sertraline et le clopidogrel permet d'expliquer en partie les taux suprathérapeutiques. En effet, le clopidogrel agit comme inhibiteur majeur du CYP2B6 et mineur du CYP2C9 et 2C19². La sertraline est métabolisée majoritairement par le CYP2B6 et de façon moindre par le CYP2C9, 2C19, 2D6, 3A4.

Le phénotypage met en évidence un métabolisme ralenti des CYP1A2, 2B6, 2C19, 2D6. Le génotypage montre un métabolisme déficient du CYP2D6, 2B6 et ultrarapide pour le CYP2C19. Le profil métabolique lent du patient a donc probablement contribué à ce taux suprathérapeutique.

Devant cette découverte fortuite d'un métabolisme ralenti, l'efficacité du clopidogrel est remise en question. En effet, il s'agit d'une prodrogue nécessitant une activation par le CYP2C19 majoritairement et le 1A2, 2B6, 2C9, 3A4. Le laboratoire d'hémostase retrouve une inhibition insuffisante du récepteur ADP P2Y₁₂ (analyses PFA P2Y et VASP), ce qui penche en faveur d'une résistance au clopidogrel. Le neurologue a été contacté pour évaluer l'indication de cet antiagrégant plaquettaire et pour envisager un éventuel remplacement.

Pour finir, le médecin de famille a été informé des explorations réalisées. Ce cas rappelle la nécessité d'une prescription individualisée et l'intérêt d'une collaboration interdisciplinaire.

Remerciements : Unité de psychopharmacologie clinique (Guibet Sibailly), hématologue et neurologue du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois

Références

1. Hiemke C, and al. Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology: Update 2017. *Pharmacopsychiatry*. 2018 Jan;51(1-02)
2. Carte de cytochrome de HUG v.2020

F-43 Ordonnances hors-liste trop nombreuses : que faire ?

E Calfayan¹, O Joly¹, J Hanselmann¹, M Eschenmoser¹, C Hänni¹

¹Pharmacie HFR - Hôpital Fribourgeois

Introduction et objectif : L'HFR possède une liste restreinte de médicaments et une liste négative validées par la commission des médicaments (ComMed). Tout médicament en dehors de ces listes est prescrit sur une ordonnance interne dite « hors-liste » (HL) validée par un pharmacien. L'augmentation de la charge de travail due à un nombre croissant d'ordonnances HL nous a conduit à réaliser un état des lieux des prescriptions HL en 2019. Seuls 15 médicaments contribuent à 20% des 9'634 ordonnances HL; ces dernières sont évitables dans 17% des cas : médicament prescrit dans la liste, dans la liste négative, équivalent à une spécialité de la liste ou doublons. Nous avons donc mis en place trois axes d'amélioration: mise en liste des médicaments HL les plus prescrits, formation des nouveaux médecins aux différents documents (liste, liste négative et tableau des équivalences) lors de leur journée d'introduction et création d'étiquettes spécifiques collées par les assistantes en pharmacie directement sur les ordonnances HL évitables avant renvoi dans l'unité de soins sans passage par le pharmacien. Ce travail étudie l'impact de ces axes d'amélioration sur le nombre d'ordonnances HL à l'HFR.

Méthode : Nous avons réalisé une étude comparative entre le premier semestre 2020 et le premier semestre 2021. Les éléments suivants ont été analysés : 1) le nombre total d'ordonnances, 2) le nombre d'ordonnances HL évitables et 3) leur nature.

Résultats : De janvier à juin 2020, nous avons traité 4'936 ordonnances contre 3'428 en 2021, soit une diminution de 30%. Sur la même période, le nombre d'ordonnances HL évitables est respectivement de 884 contre 353. Il représente 10% des ordonnances HL totales (contre 18% en 2020). En 2021, sur les 353 ordonnances HL évitables, 253 concernaient toujours un médicament présent dans la liste. Cette proportion est identique en 2020.

Discussion et conclusion : Les actions mises en place ont montré leur efficacité permettant une diminution notable des ordonnances HL, en particulier celles évitables. Cependant il reste trop d'ordonnances HL pour des médicaments appartenant à la liste.

Une deuxième phase d'amélioration est déjà prévue afin de revoir de manière pluridisciplinaire le processus de prescription des médicaments au sein de l'HFR.

F-44 Optimizing management of interventional studies by clinical trials pharmacists: A cohort retrospective study.

A Farhat^{1, 2, 3}, A Voidey^{1, 2, 3}, I Sommer^{1, 2, 3}, L Carrez^{1, 2, 3}, F Sadeghipour^{1, 2, 3}

¹Service of Pharmacy, Lausanne University Hospital, Lausanne, Switzerland., ²Center for Research and Innovation in Clinical Pharmaceutical Sciences, Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland., ³Institute of Pharmaceutical Sciences of Western Switzerland, University of Geneva, University of Lausanne, Geneva, Switzerland.

The clinical trials pharmacists have an essential role in managing the pharmaceutical part of interventional studies. The primary objective of this article was to provide a model for improving trials management for the growing number of studies without increasing human resources.

A cohort retrospective study conducted between 2016 and 2020 at the service of pharmacy at Lausanne University Hospital in Switzerland.

Many changes in routine tasks were taken during 5 years and have been accepted by the sponsors, and by national and international audit authorities. These modifications allowed to improve the management of the increased number of clinical trials without increasing pharmaceutical resources. The number of studies (in progress) increased from 77 to 115 (+49%) from 2016 till 2020, and the majority was in oncology and sponsored by industry.

Changes could be made in the routine practice of the clinical trials pharmacists to improve the management of studies, while the number of trials is increasing every year.



C'est un plaisir de vous avoir ici !
Schön, dass Sie hier sind!

Etat: 08 novembre 2021 / Stand: 8. November 2021