GEMED

Multiprofessionelles Geriatrisches Medikationsmanagement

in stationären Alteneinrichtungen



Kurzzusammenfassung Qualitätszirkel I+II - 25. April 2017

Qualitätszirkel I

Betreff: Zwischenbilanz der Projektleitung, Datenablage, Dokumentation Zeitaufwand, Erfolgskontrolle PPK, Evaluierung Medikationsprozess – Ergebnisse, Zwischenbilanz der Teilnehmer (Pflege, Apotheker), Multiprofessionelle Fallkonferenz (Siehe Anlage – Folien Qualitätszirkel I)

Teilnehmer:

Apotheker und Pflegefachkräfte aus allen NWB:

Apotheker: 17 geladen, 10 teilgenommen, 2 entschuldigt Pflegefachkräfte: 28 geladen, 21 teilgenommen, 1 entschuldigt

Gäste: Dr. Graf (SGKK), Mag. Niedermoser und Mag. Hutter (Bewohnervertretung)

Entschuldigt: Prof. Mag. Grabner (Studiengangsleitung Gesundheits- & Krankenpflege FH-Urstein), DGKS Gruber (Rotes Kreuz), DGKS Tautz (Hilfswerk), Dr. Wahl und Mag. Berger

(Bewohnervertretung)

Qualitätszirkel II

Betreff: Zwischenbilanz der Projektleitung, Multiprofessionelle Fallpräsentation mit Diskussion, Feedback (Siehe Anlage – Folien Qualitätszirkel II)

Teilnehmer:

Apotheker und Pflegefachkräfte (siehe Qualitätszirkel I),

<u>Ärzte:</u> Dr. Mayerhofer, Dr. Hutter, Dr. Hellan, Dr. Sturm, Dr. Höfer und Dr. Kranabetter 40 geladen, 6 teilgenommen, 7 entschuldigt

<u>Gäste:</u> Dr. Graf (SGKK), Mag. Niedermoser, Mag. Hutter und Mag. Berger (Bewohnervertretung)
Entschuldigt: Prof. Mag. Grabner (Studiengangsleitung Gesundheits- & Krankenpflege FHUrstein), DGKS Gruber (Rotes Kreuz), DGKS Tautz (Hilfswerk), Dr. Wahl (Bewohnervertretung)

Wo und wann: Seniorenheim Zell am See

QZ I: 15:30 Uhr bis 18:30 Uhr QZ II: 19:00 Uhr bis 21:00 Uhr

Verteiler: oben genannte Teilnehmer aller NWB, geladene Ärzte und Gäste

Ziel beider Qualitätszirkel war einerseits, gemeinsam mit allen Projektteilnehmern Zwischenbilanz zu ziehen und wichtige - für das Projekt relevante Informationen - weiterzugeben, und andererseits Verbesserungspotentiale durch den intensiven Austausch und die Kommunikation zwischen den Projektteilnehmern zu heben. (Siehe Anlage – Folien Qualitätszirkel I + II)

Rückmeldungen Qualitätszirkel I

Zusammenarbeit:

Von allen NWB wird die Zusammenarbeit als schon vor dem Projekt "gut" bis "sehr gut" beschrieben. Diese hat sich aber in allen NWB noch stark intensiviert und verbessert.

Die Zusammenarbeit zwischen Heim und Ärzten ist gut bis sehr gut, zwischen Apotheke und Ärzten unterschiedlich. Die Einschätzung schwankt zwischen "kooperativ" und "nicht so kooperativ", aber es gibt auch sehr gute, unkomplizierte Kommunikation zwischen Apotheker und Arzt. Nach einhelliger Meinung ist diese vom persönlichen Verhältnis der einzelnen Akteure abhängig. "Kommunikation ist alles!"

MIT UNTERSTÜTZUNG VON BUND, LAND UND EUROPÄISCHER UNION











GEMED

Multiprofessionelles Geriatrisches Medikationsmanagement

in stationären Alteneinrichtungen



Das Projekt bedeutet It. Aussage der Apotheker viel Arbeit (Zeit), aber Erfolge motivieren.

Die Konsile werden meist mündlich - teilweise auch vorab per Mail - bei einem eigenen Termin oder per Telefon von Apotheker und Arzt, und die mögliche Umsetzung in vielen Fällen bei der nächsten Visite von Pflege und Arzt besprochen.

Veränderungen:

- Das gegenseitige Vertrauen ist gestiegen. "Wenn kein Arzt erreichbar ist, dann ist zumindest die Apotheke da, mit der man reden kann."
- Missverständnisse konnten und können besser ausgeräumt werden.
- Das "voneinander Lernen" funktioniert hervorragend.
- Rückmeldungen / Informationen aus der Apotheke werden von der Pflege als sehr positiv bewertet.
- "Man schaut anders hin."
- Die Sensibilität für Arzneimittelwirkungen "Therapiebeobachtung" ist auch bei Pflegefachassistenz und Pflegeassistenz gestiegen. (Eigene Schulung in den Häusern auf Grund von GEMED)
- Schwierigkeiten bei der Verabreichung (Nüchterngabe) sind teilweise noch vorhanden.
 Sicherstellung der Nüchterngabe ist eine organisatorische Herausforderung und noch nicht in allen NWB umfassend gelöst.
- Auch die Apotheker profitieren durch den starken Praxisbezug (Therapiebeobachtung) der Pflege und die intensive Auseinandersetzung mit den Arzneimitteln. Apotheker orten "erstaunte Blicke von Ärzten" ob ihres Wissenstandes.
- Von Seiten der Bewohnervertretung wurde das Projekt positiv bewertet.
- Die Dokumentation direkt im Medikationsplan im Heim durch den Arzt (wird teilweise gemacht) würde viel Zeit und nachträgliches Vidieren sparen.
- Eine gemeinsame Visite oder regelmäßige Besprechung aller drei Berufsgruppen wäre wünschenswert, wird derzeit aber nur vereinzelt praktiziert, da die Terminkoordination schwierig ist
- Das Problem "Generika" ist unbefriedigend gelöst hier sollten auch die Ordinationsassistentinnen sensibilisiert werden. Eine Schulung aller am Prozess Beteiligten wäre sinnvoll.

Rückmeldungen Qualitätszirkel II

<u>Mayerhofer:</u> Findet die Initiative sehr positiv. Nach den bisherigen Gesprächen mit dem Apotheker konnte dessen Input verwertet werden. Der Apotheker sieht die Medikation von der pharmazeutischen, nicht von der klinischen Seite. "Klinik" ist aber für einen Arzt eine Selbstverständlichkeit. Hier entsteht bei Erklärungsbedarf ein zusätzlicher Zeitaufwand für den Arzt. (Problem "gemeinsame Sprache"). Ärztl. Kollegen sehen das PPK möglicherweise als ungewollten Eingriff in ihre Kompetenz.

<u>Sturm:</u> In Mittersill gibt es im Seniorenheim eine tägliche Arztvisite. Die Pflege ist sehr sensibel auf Zustandsveränderungen der Bewohner. Die Geriatrie ist anders! Ärzte werden über die Industrie meist nur über die Vorteile, selten oder ungenügend über die Risiken – vor allem bei einem geriatrischen Patienten – aufgeklärt. Daher ist dieses Projekt als Anstoß sehr positiv! Sturm ist für diesen Beginn des Umdenkprozesses sehr dankbar. Der klinisch-pharmakologische Aspekt durch den Apotheker ist für den Arzt sehr hilfreich. Es ist nur die Frage: "Wieviel Zeit und wieviel Arbeit wollen wir investieren?" "Wie setzt man eine sinnvolle Reduktion der Polypharmazie um?"

MIT UNTERSTÜTZUNG VON BUND, LAND UND EUROPÄISCHER UNION











GEMED

Multiprofessionelles Geriatrisches Medikationsmanagement

in stationären Alteneinrichtungen



<u>Kirchgatterer:</u> "Die Zeit relativiert sich. Wenn ein Patient schlecht beisammen ist, eine Verbesserung aber möglich ist, ist das Zeitersparnis!" Von Seiten der Seniorenheime besteht der Wunsch nach direkter Dokumentation im Heim durch den Arzt. Alle Heime haben eine elektronische Dokumentation! Die Dokumentation durch die Pflege und nachträgliche Vidierung bei der nächsten Visite ist ein unnötiger, zusätzlicher Zeitaufwand.

Es wird allgemein eine "einheitliche, elektronische Kurve" bzw. ELGA diskutiert. Auch Blutbefunde und Diagnosen sollten für alle Beteiligten zugänglich sein.

<u>Wimmer:</u> Das Projekt soll dem Bewohner dienen und daher sollten Infos zentral und für alle zugänglich sein.

Dies ist vor allem im Notfall wichtig, wenn der Hausarzt nicht erreichbar ist.

<u>Kretschmer:</u> Generikaumstellung und "Medikation bei Übergängen" (Entlassung...) sind ein Risiko für die Medikationssicherheit. Probleme treten auch bei Lieferengpässen auf.

Graf: Eine Umstellung von einem Generikon auf ein anderes ist nicht notwendig.

<u>Mayerhofer:</u> Dauermedikamente können in der EDV fixiert werden, sodass bei einer Folgeverordnung nur mehr bereits verordnete Arzneimittel aufs Rezept kommen.

Salzburg, den 28.4.2017

Diemut Strasser e.h.







