

Apotheker auf Station im Altenheim

Gero Joks¹, Petra Thürmann^{1,2}

¹Lehrstuhl für Klinische Pharmakologie, Fakultät für Gesundheit, Department für Medizin, Universität Witten/Herdecke; ²HELIOS Klinikum Wuppertal

EINLEITUNG

BewohnerInnen in Alten- und Pflegeheimen sind aufgrund ihrer Morbidität und Vulnerabilität und der meist verordneten Polypharmazie besonders anfällig für unerwünschte Arzneimittelereignisse (UAE). Im Gegensatz zu der Situation im Krankenhaus stehen hier Arzt und Apotheker in keiner direkten Verbindung zueinander.

Es wurde in vorangegangenen Untersuchungen gezeigt (1), dass ein Team aus geschultem Pflegepersonal und Pharmazeuten in der Lage ist, Medikationsprobleme zu erkennen und geeignete Lösungsvorschläge zur Prävention oder Behebung von UAE zu erstellen.

ZIELSTELLUNG

Ziel der vorliegenden Studie ist es zu erfassen, inwieweit Änderungsvorschläge von Pflegenden und einem Apotheker seitens der heimbetreuenden Ärzte umgesetzt werden.

METHODEN

• In Analogie zu Thürmann & Jaehde (1) wurden Arzneimitteltherapiesicherheits (AMTS)-Teams mit 2 zuständigen Pflegefachkräften (PFK) pro Wohnbereich gebildet.

• Zur Vorbereitung wurden Schulungen zu speziellen Themen und Problemen der geriatrischen Pharmakotherapie im Umfang von 6 Stunden für nicht AMTS-Pfleger und 15 Stunden für AMTS-Pfleger durchgeführt.

• Während der 6-monatigen Interventionsphase wurden in regelmäßigen AMTS-Sitzungen unter pharmazeutischer Leitung Probleme der Arzneimitteltherapie besprochen. Dabei wurden insgesamt etwa 40 Stunden Intensivschulungen benötigt, die sich auf akute Probleme der Arzneimitteltherapie bezogen.

• Erarbeitete Interventionsvorschläge wurden in den regulären Arzt-Visiten durch PFK eingebracht, meist in Verknüpfung mit Therapiebeobachtungen (siehe Abbildung 1). Es wurde zusätzlich auf besondere Risiken der jeweiligen Arzneimitteltherapie hingewiesen.

• Sowohl die Medikation der HB als auch die UAE wurden durch den Projekt-Apotheker erhoben, dokumentiert und bewertet (1).

• Die Dateneingabe erfolgte in eine dafür erstellte ACCESS-Datenbank (Microsoft ACCESS 2010®).

• Arzneimittel wurden nach ATC-Code eingeteilt, UAE nach MedDRA kodiert.

• Kausalitätsassessment der UAE erfolgte nach Naranjo.

• Zur deskriptiven Statistik wurde Microsoft EXCEL 2010® verwendet.

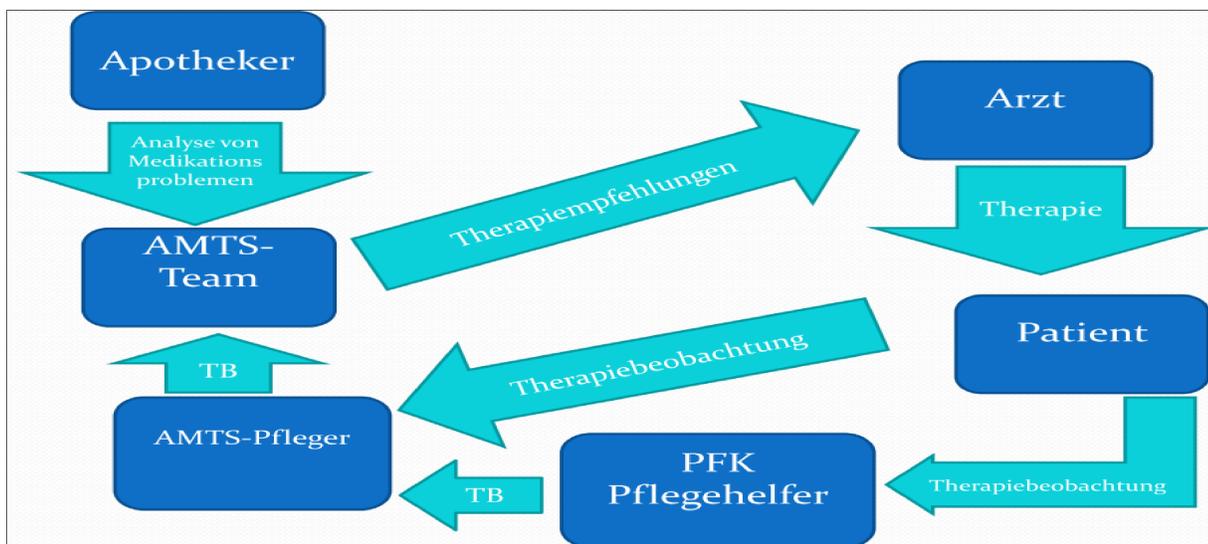


Abbildung 1: Projektablauf

ERGEBNISSE

- 64 HeimbewohnerInnen (HB) bzw. deren BetreuerInnen erteilten ihr Einverständnis zur Teilnahme am Projekt.
- Studienpopulation: 73,4% weiblich; durchschnittliches Alter 82 (44-103) Jahre.
- Die Bewohner erhielten insgesamt 662 Verordnungen, davon 136 als Bedarfsmedikation (Abb. 2).
- Etwa 36% aller Bewohner erhielten Medikamente der Priscus-Liste (2) (Abb. 3).
- Es wurden zu 51 UAE und zu 30 AbP Vorschläge unterbreitet, diese wurden insgesamt zu 39,5% abgelehnt und zu 40,7% vollständig angenommen, der Rest teilweise angenommen (Abb. 4).
- Das häufigste UAE war der Sturz.

- Dosisänderungen oder ein Ersatz durch ein anderes Medikament wurden am häufigsten abgelehnt. Vollständig angenommen wurden Pausieren von Verordnungen, sowie eine Änderung des Verordnungszeitpunktes. Ebenfalls überwiegend angenommen wurde ein Absetzen der Medikation (Abb. 5).

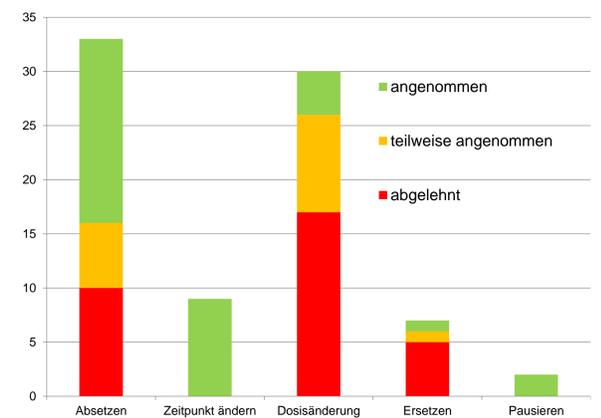


Abbildung 5: Annahme der Medikationsvorschläge nach Art des Vorschlages

SCHLUSSFOLGERUNGEN

- Eine enge pharmazeutisch-pflegerische Zusammenarbeit ist geeignet, UAE zu erkennen und dadurch erfolgreich zu intervenieren.
- Ein erheblicher Teil der Vorschläge wurde von den behandelnden Ärzten abgelehnt.
- Wie auch bei Thürmann & Jaehde (1) berichtet, ist das Einbeziehen der Ärzte in Interventionen zur Optimierung der geriatrischen Pharmakotherapie Voraussetzung für den Erfolg solcher Projekte.

LITERATUR

1. Thürmann & Jaehde: Arzneimitteltherapiesicherheit in Alten- und Pflegeheimen. BMG 2011 <http://www.uni-wh.de/gesundheitslehre/stuhl-klinische-pharmakologie/forschung/arzneimitteltherapiesicherheit-in-alten-und-pflegeheimen/>
2. Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA: Potentially inappropriate medication in the elderly - PRISCUS list. Dtsch Arztebl Int 2010; 107: 543-551

Respirationstrakt; 16
Verschiedene; 6

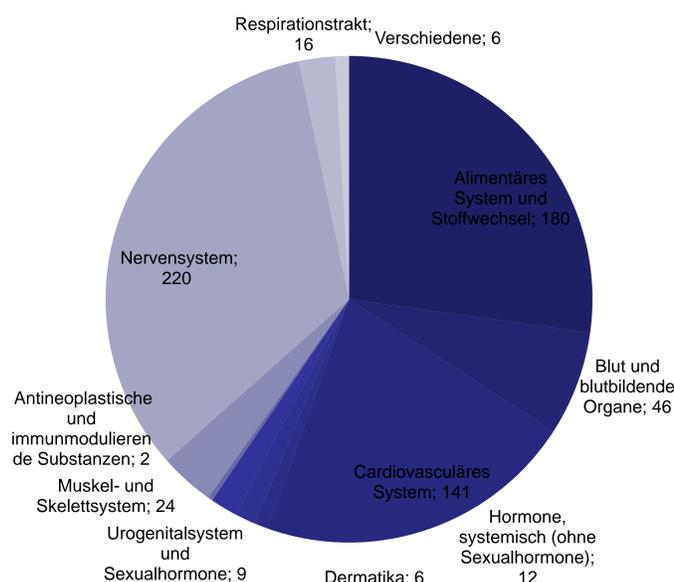


Abbildung 2: Verteilung der Verordnungen nach ATC-Einteilung vor Beginn der Projektes

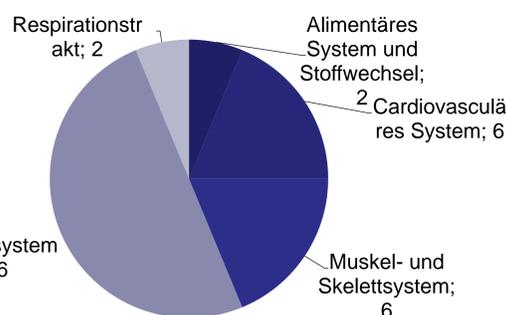


Abbildung 3: Priscus-Medikamente vor Beginn des Projektes

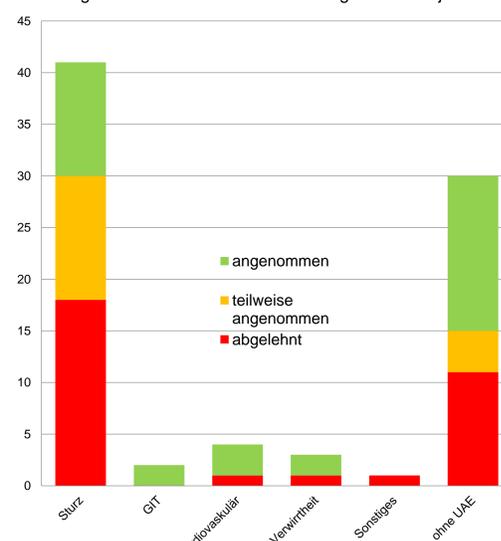


Abbildung 4: Annahme der Medikationsvorschläge nach UAE