



Zürich, 31. Januar 2019

Zusammenfassung Ärzteinterviews

Anhang zum Schlussbericht zum Grundlagenprojekt progress! Sichere Medikation in Pflegeheimen (Dezember 2016 - Dezember 2018)



Autorschaft: Dr. Lea Brühwiler; Andrea Niederhauser, MPH; Charlotte Vogel; Dr. med. Liat Fishman, Patientensicherheit Schweiz



Anhang zum Schlussbericht

Inhalt

1	Ziel und Fragestellungen	2
2	Methodik.....	3
2.1	Durchführung der Interviews	3
2.2	Auswertung.....	4
3	Resultate.....	4
3.1	Problematik und Handlungsbedarf (nicht priorisiert)	4
3.2	Lösungsansätze (nicht priorisiert).....	6
4	Limitationen	7

Hinweis: Wir verwenden in diesem Text manchmal männliche, manchmal weibliche Bezeichnungen. Selbstverständlich sind immer beide Geschlechter eingeschlossen.

1 Ziel und Fragestellungen

Hausärzte und Heimärztinnen tragen einen wesentlichen Teil der Verantwortung für die Medikation von Bewohnenden in Pflegeheimen. Sie sind daher bei der Definition und Implementierung von Verbesserungsmaßnahmen einzubeziehen.

Ziel der Interviews war es, Erkenntnisse aus der Online-Befragung der Pflegedienstleitungen aus der ärztlichen Perspektive zu vertiefen und die Problematik der ungeeigneten Polymedikation und PIM näher zu erörtern. Es sollte des Weiteren explorativ erhoben werden, in welchen Bereichen und mit welchen Massnahmen das progress! Vertiefungsprojekt ansetzen sollte.

Im Detail waren folgende Fragen zu klären:

Problematik und Handlungsbedarf

- Wie gross ist der Handlungsbedarf zur Optimierung von Polymedikation und PIM bei Pflegeheimbewohnenden?
- Weshalb kommt es zur Verschreibung von Polymedikation und PIM bei Pflegeheimbewohnenden?
- Wie ist der Wissensstand und Sensibilisierung der Ärzteschaft für die Problematik?

Lösungsansätze

- In welchen Handlungsfeldern und mit welchen konkreten Massnahmen können ungeeignete Polymedikation und PIM optimiert werden?
- Wo liegen die Prioritäten?



Anhang zum Schlussbericht

2 Methodik

2.1 Durchführung der Interviews

Die Zielgruppe waren Ärztinnen und Ärzte, die Bewohnende in Schweizer Pflegeheimen betreuen. Zur Rekrutierung wurden auf pragmatische Weise Ärzte aus dem Umfeld des Projektteams ausgewählt. Ziel war es, verschiedene Regionen und Versorgungsmodelle zu berücksichtigen. Es konnten 12 Ärzte rekrutiert werden, davon 7 aus der Deutschschweiz, 4 aus der Westschweiz und 1 aus dem Tessin (deutschsprechend).

Tabelle 1: Eigenschaften der interviewten Ärzte. NSD=Nicht-Selbstdispensations-Kanton, SD=Selbstdispensationskanton, MS=Mischsystem

Kanton	Praxisumfeld	Arzttyp	Zusatzausbildung	Betreuung mehrere Heime	Bettenzahl (Hauptheim)	Anzahl betreuter Bewohnende
AG (NSD)	städtisch	Hausarzt, zusätzlich im Spital tätig (Hausarztcurriculum)	nein	ja, 2	60	4
AG (NSD)	städtisch	Heimarzt, Spezialist	MSc Geriatrie	nein	200	200 (Hauptverantwortung)
BE (MS)	städtisch	Hausarzt, Heimarzt	nein	ja, 3	30	30
BL (SD)	ländlich	Hausarzt, Vertrauensarzt	nein	ja, 3	45	45
GE (NSD)	städtisch	Heimarzt, Hausarzt	nein	nein	235	100
JU (NSD)	beides	Hausarzt	Palliativmedizin	ja, 2	80, 100	130
NE (NSD)	ländlich	Heimarzt	nein	ja, 2	130	110
SG (SD)	ländlich	Hausarzt	Ja, 8 Monate in Assistenzzeit	ja (Anzahl unbekannt)	175	17
SG (SD)	beides	Hausarzt, Vertrauensarzt (des Heims ohne Patienten), zusätzlich im Spital tätig (Hausarztcurriculum)	nein	ja, 4	60	60-70
TI (NSD)	ländlich	Heimarzt, Hausarzt	nein	ja, 3	100	100
VD (NSD)	städtisch	Hausarzt	nein	nein	135	22
ZH (SD)	städtisch	Heimarzt, Spezialist	Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (Gerontopsychiatrie und -psychotherapie)	ja, 8 Pflegewohngruppen	100	100 (Hauptverantwortung)



Anhang zum Schlussbericht

Für das Interview wurde ein semi-strukturierter Leitfaden verwendet. Der Leitfaden wurde anhand der Fragestellung und in Diskussion im Projektteam entwickelt, wobei aus Ressourcengründen auf einen Pretest verzichtet wurde.

Die Interviews wurden von je einer von zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen telefonisch oder persönlich im Zeitraum von Februar bis März 2018 durchgeführt und dauerten je ca. 30-75 Minuten. Für die deutschen Interviews wurden Audioaufnahmen und Transkripte angefertigt, für die französischen Interviews wurden sinngemässe, aber nicht wörtliche Notizen erfasst.

2.2 Auswertung

Die Auswertung wurde mit Atlas.ti (Version 8, ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, Berlin) durchgeführt. Es wurde einerseits eine induktive thematische Codierung aller Transkripte respektive Notizen vorgenommen. Dafür wurde von zwei wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen gemeinsam ein thematischer Codebaum erstellt, der bei der Kategorisierung und Benennung verschiedener Themen half. Die Codierung von vier Interviews wurde von beiden Mitarbeiterinnen mithilfe des Codebaums erarbeitet bis ein Konsens erreicht wurde. Unklare Notizen wurden mit dem jeweiligen Interviewer besprochen. Die weiteren acht Interviews wurden von einer Person anhand des Codebaums codiert.

Andererseits wurden die Antworten zu den einzelnen Fragen aggregiert über alle Interviews zusammengefasst, so dass eine Synthese jeder einzelnen Frage entstand. Die Aggregation wurde von einer Mitarbeiterin durchgeführt und von einer zweiten Mitarbeiterin stichprobenartig kontrolliert.

In dieser Synopsis sind der Handlungsbedarf und die Lösungsansätze zusammengefasst präsentiert.

3 Resultate

3.1 Problematik und Handlungsbedarf (nicht priorisiert)

- a. Bezüglich Polymedikation und potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) besteht gemäss den Ärzten grosser und dringender Handlungsbedarf. Dem Reduzieren von Medikamenten kommt grosse Bedeutung zu, obwohl der Einsatz insbesondere von PIM im Verlauf der letzten Jahre bereits reduziert worden sei. Es wurde angemerkt, dass der Einsatz von PIM manchmal nötig und gerechtfertigt sei, zum Beispiel bei nicht gut fährbaren Bewohnenden oder in anderen komplexen Patientensituationen. Dann müsse man sich der Risiken eines PIM-Einsatzes bewusst sein und gut monitorisieren (z.B. QT-Zeit).
- b. Wichtige Problematiken, welche dazu beitragen, dass die Polymedikation und PIM bisher nicht besser gehandhabt werden, sind gemäss den befragten Ärzten komplexe Situationen bei multimorbiden Bewohnenden. Die Diagnosemöglichkeiten nehmen zu, die Fachpersonen behandeln häufig „das Altern“ und haben den Anspruch, alles zu behandeln. Ausserdem sind die Ärzte einem Zeitdruck ausgesetzt, was keine adäquate Bewohnerbeobachtung zulässt.



Anhang zum Schlussbericht

Im Spital werden die Bewohnenden gemäss den Interviewpartnern mit einer ausgebauten Medikation (tendenziell guidelinekonform, mit vielen Wirkstoffen) behandelt. Auch Spezialisten verfolgen bei ihren Empfehlungen die fachspezifischen Guidelines. Die Evidenzlage übe Druck auf die praktizierenden Ärzte aus, obwohl die aus der Evidenz abgeleiteten Guidelines nicht auf hochbetagte, multimorbide Patienten ausgelegt und auch nicht untereinander abgestimmt seien.

Eine Schwierigkeit bestehe darin, die Medikamente untereinander zu priorisieren, da meist jeder Einsatz eines Wirkstoffs begründet sei. Es bereite Schwierigkeiten, die Wichtigkeit von Wirkstoffen gegenüberzustellen. Es wurde erwähnt, dass die Ärzte die Verantwortung für die klinischen Konsequenzen tragen würden, wenn sie einen Wirkstoff absetzen und dass diese Tatsache Unbehagen hervorrufe. Ausserdem bestehe eine Angst, durch eine Unterbehandlung etwas zu verpassen, und man handle lieber nach dem Motto „nützt es nichts, so schadet es nichts“.

- c. Das Zusammenspiel verschiedener Disziplinen erschwert das Management von Polymedikation und PIM, zum Beispiel an der Schnittstelle bei Eintritt von zuhause oder aus dem Spital. Verschiedene Disziplinen arbeiten mit unterschiedlichen Therapieansätzen, Prioritäten und fachspezifischen Guidelines. Das Priorisieren der Empfehlungen kann für die Allgemeinmedizinerin herausfordernd sein.
- d. Durch einen Wunsch nach Medikamenten können Polymedikation und PIM nach Angaben der Ärzte verbreitet werden. Wünsche nach einer Neuverordnung oder Weiterverordnung eines Medikaments kämen von den Bewohnenden oder von den Pflegefachpersonen.
Bewohnende wünschen sich Medikamente (z.B. für Schmerzen), oder möchten ein Medikament nicht absetzen, dessen lebenslängliche Einnahme ihnen empfohlen wurde. Die Bewohnenden hätten teilweise ein inniges Verhältnis zu den Medikamenten (u.a. Placebo-Wirkung der Benzodiazepine). Ebenfalls initiieren Pflegende eine Verordnung, zum Beispiel eines Reservemedikaments, um Akutsituationen abfangen zu können, oder weil dies die einfachste Möglichkeit sei, ein Problem (z.B. sozial störende Verhaltensmuster) anzugehen. Die „Verlockung“ sei für die Ärzte vorhanden, etwas Suboptimales zu verordnen. Die Bestellung eines Medikaments bei der medizinischen Praxisassistentin sei auch einfacher als die Organisation einer kurzfristigen Arztvisite. Die Verordnung eines Medikaments geschehe häufig zu niederschwellig.
- e. Hinderlich für eine gute Verordnungspraxis seien sowohl ungenügendes Wissen und Sensibilisierung, aber auch ein Fehlen geeigneter Hilfsmittel für die Medikationsprozesse. Dies betreffe vor allem PIM. Von den befragten Ärzten wird die Sensibilisierung als gut oder sehr gut bewertet, gerade unter den jüngeren Ärzten. Der Wissensstand hingegen wurde von sehr schlecht bis sehr gut beurteilt. Dies äusserte sich auch insofern, als dass einigen Ärzten die Begriffe „PIM“ oder „potenziell inadäquate Medikamente“ unbekannt waren oder jene nicht von ihnen benutzt wurden. Hilfsmittel wie die Beers- oder PRISCUS-Liste sind gemäss den befragten Ärzten wenig bekannt und verbreitet.



Anhang zum Schlussbericht

- f. Die Betreuung von Pflegeheimbewohnenden durch verschiedene Hausärzte im Vergleich zu einem Heimarztssystem kann gemäss den Interviews einen suboptimalen Effekt auf die Zusammenarbeit mit den Pflegefachpersonen und auf die Betreuung der Bewohnenden haben. Beispielsweise hätten Pflegendende mehrere verschiedene Ansprechpartner, erreichten diese möglicherweise nicht niederschwellig oder Hausärzte hätten lange Anfahrtswege. Die individuelle Visitenpraxis der Hausärzte könne für die Pflegefachpersonen zu Arbeitsunterbrüchen und schlechter Planbarkeit führen. Ausserdem kann ein gemeinsames Behandlungskonzept („unité de doctrine“) fehlen.

3.2 Lösungsansätze (nicht priorisiert)

- a. Ein wichtiger Lösungsansatz ist gemäss den Ärzten das regelmässige Überprüfen der individuellen Medikationslisten. Die Überprüfung läge in der ärztlichen Verantwortung und kann noch verbreitet werden. Sie könne z.B. nach Eintritt stattfinden, sobald sich der Bewohnende eingelebt hat und das Betreuungsteam ihn kennt. Die Überprüfung kann auch durch die Pflegefachpersonen ausgelöst werden, indem sie die Ärzte in definierten Abständen daran erinnern und die Medikation hinterfragen. Die Überprüfung soll strukturiert stattfinden, z.B. immer auf der Visite gemeinsam mit den Pflegenden, und kann einen institutionalisierten Einbezug von Apothekern beinhalten, z.B. in regelmässigen klinisch-pharmazeutischen Visiten.

Die Überprüfung könne mit Hilfsmitteln unterstützt werden. Insbesondere die Priorisierung der Medikamente untereinander bedürfe einer Unterstützung. Die Ärztenetzwerke oder interprofessionellen Qualitätszirkel könnten vermehrt zur Weitergabe von Informationen zu Medikamentengruppen genutzt werden.

- b. Die ärztliche Grundversorgung in den Heimen muss gemäss den befragten Ärzten optimiert werden. Jedem Bewohnenden soll ein ärztlicher Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Die Bewohnenden sollen nicht nur problemorientiert (bei akuten Symptomen) betreut werden, sondern regelmässig visitiert werden. Dazu seien auch mehr geriatrisch geschulte Ärzte notwendig.
- c. Es besteht der Bedarf für die Bekanntmachung und Implementierung von Hilfsmitteln für die Medikationsprozesse. Diese Hilfsmittel können IT-gestützt sein und sollen Informationen zu PIM und zur Reduktion von Medikamenten enthalten. Wie bereits erwähnt, sind Hilfsmittel zur Priorisierung von Medikamenten sowie PIM-Listen zu verbreiten. Ebenfalls wäre ein Raster zur Dokumentation von wichtigen Medikamentenhinweisen für das Behandlungsteam hilfreich, z.B. eine gemeinsame Dokumentation, was bei einem Medikament beachtet werden muss oder wann eine Therapie reevaluiert werden muss. Auch Interaktionsdatenbanken sind gefragt, wobei diese die eigene Expertise nicht ersetzen können. Wichtig scheint, dass die Hilfsmittel die Bedürfnisse des Zielpublikums berücksichtigen und dass Praxisexperten und Fachexperten an der Erarbeitung einbezogen werden.



Anhang zum Schlussbericht

- d. Die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit sollte gefördert werden, besonders mit den Pflegenden, aber auch mit Spezialisten, Kollegen und Apothekern. Wichtig für den Behandlungserfolg seien dabei die respektvolle Zusammenarbeit und eine Kommunikation auf Augenhöhe. Gerade auch da die Pflegefachpersonen oft Wissen über alternative Behandlungsmöglichkeiten verfügen und die Bewohnenden sehr nahe kennen, sollten die Ärzte offen für den interprofessionellen Austausch sein. Es scheint der Wunsch zu bestehen, dass die Ärzte kompetente Gesprächspartner haben, d.h. die Pflegefachperson soll gut beobachten und rapportieren können und kompetente Apotheker werden geschätzt. Für das Gegenüber müsse der Arzt jedoch niederschwellig erreichbar sein. Eingespielte Feedbackmechanismen und Gefässe zur gemeinsamen Besprechung werden als vielversprechend angesehen.
- e. Die Wissensvermittlung und die Sensibilisierung der Ärzte und der Pflegefachpersonen werden von den Interviewpartnern als wichtige Lösungsansätze dargestellt. Dabei gehe es vor allem um Risiken der Medikamente, Alternativen, und um eine gute Beobachtung des Bewohnenden. Die Pflegefachpersonen müssten befähigt werden, die Medikamentensicherheit mitbeurteilen zu können, zu überwachen und Nebenwirkungen bzw. neue Symptome wahrzunehmen.
- Es sei wichtig, bewusst möglichst wenige Medikamente einzusetzen und Therapiealternativen zu kennen und in Betracht zu ziehen. Man müsse achtsam dafür sein, dass eine gute Therapie und Lebensqualität auch mit wenigen statt vielen Medikamenten zu erreichen sei und dass der Einsatz von Guidelines ebenfalls Risiken habe. Aufholbedarf hätten die Ärzte auch in der Anwendung von Hilfsmitteln, zum Beispiel dem Medication Appropriateness Index.
- Das Wissen kann im Team gemeinsam oder in (ärztlichen) Netzwerken erarbeitet werden. Auch die gemeinsam durchgeführten Visiten tragen dazu bei, durch Diskussion zu sensibilisieren und Wissen auszutauschen. Als weiteres interessantes, und zum Teil schon benutztes Instrument zur Sensibilisierung wird das Benchmarking bewertet. Ein vergleichendes Benchmarking zwischen Ärzten oder zwischen Heimen könnte das Ordnungsverhalten beeinflussen. Die Effektivität hänge aber vom Charakter des Arztes ab. Für das Benchmarking könnten Indikatoren aus der Pflegebedarfsabklärung (z.B. RAI) oder Verbrauchszahlen von Medikamenten dienen.

4 Limitationen

Die Erhebung hatte zum Ziel, in explorativen Gesprächen die Sicht der Ärzteschaft auf die Themen Poly-medikation und PIM zu erheben und Hinweise zu wesentlichen Problemfeldern und Lösungsansätzen zu erhalten. Dadurch sollte zusätzlich zu den bestehenden Kenntnissen eine breitere Entscheidungsbasis für die weiteren Programmaktivitäten geschaffen werden. Bei der Interpretation der Resultate müssen die folgenden Limitationen berücksichtigt werden:



Anhang zum Schlussbericht

Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte auf pragmatische Weise. Diese Interviewpartner waren meist erfahrene Ärzte, die möglicherweise nicht repräsentativ für die gesamte Ärzteschaft stehen. Denkbar ist, dass jüngere Ärzte vertieft in geriatrischer Medizin ausgebildet wurden oder dass sich Ärztinnen aus dem Projektumfeld bereits intensiver mit dem Thema der Interviews auseinandergesetzt hatten. Die dargestellten Resultate widerspiegeln die Meinungen einzelner Personen und es ist zudem nicht auszuschliessen, dass in weiteren Interviews noch zusätzliche Handlungsfelder oder wesentliche Aspekte hervorgetreten wären.

Die semi-strukturierte Art der Interviews birgt die Gefahr, dass spontane Nachfragen der Interviewenden von den Antworten des Interviewpartners oder von vorgängigen Interviews beeinflusst waren. Gewisse Themen könnten deshalb in den Resultaten überrepräsentiert sein. Bei der Auswertung ist zu beachten, dass die Gesprächsnotizen nicht einheitlich vorlagen. Es ist denkbar, dass die wörtlich transkribierten deutschsprachigen Interviews deshalb mehr zu den Resultaten beigetragen haben als die französischsprachigen Notizen. Die persönlichen Eindrücke der Interviewer könnten bei der Auswertung zu subjektiven Schlussfolgerungen geführt haben. Um dies zu minimieren, wurde eine zusätzliche Person in die Auswertung einbezogen, die keine Interviews geführt hat.

Die Resultate sind als Exploration zu verstehen und erheben aus den oben genannten Gründen keinen Anspruch auf Datensaturation, Repräsentativität und Generalisierbarkeit.