

Medikationscheckliste im Rahmen des Opti-Q Multimorbidität Projekts

Die Punkte 1 bis 3 können neben einer Medizinalperson (Apotheker:in, Arzt/Ärztin) auch andere Fachpersonen wie z.B. Spitex, Pharma Assistent:in oder MPA/MPK ausfüllen. Die pharmazeutische Beurteilung inkl. Empfehlungen (Punkte 4 bis 6) muss die dafür verantwortliche Medizinalperson ausführen.

Name und Berufsbezeichnung der Fachperson (für die Punkte 1 bis 3):

.....

Name und Berufsbezeichnung der Fachperson (für die Punkte 4 bis 6):

.....

Datum:

1. Angaben Patient:in

Patienten-ID: (Bitte ausfüllen oder Etikette aufkleben)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

.....

Strasse, PLZ, Wohnort:

.....

2. Medikationsabgleich (Brown Bag)

(Ärztliche Verordnung, Selbstmedikation, Nahrungsergänzungsmittel → Bitte alle eintragen)

Systematische Erstellung einer Liste aller Medikamente und Präparate, die der Patient/ die Patientin regelmässig einnimmt. Ziel ist es, die Angaben zur Medikation genau, umfassend und konsequent über alle Behandlungsschnittstellen hinweg zu erfassen und zu kommunizieren. Übernehmen Sie diese Liste in den eMediplan und besprechen Sie die einzelnen Medikamente gemäss der nachfolgenden Checkliste.

Achtung: Übertragen Sie die Medikamente nicht einfach aus dem Informationssystem, sondern besprechen Sie jedes Medikament mit dem Patienten/ der Patientin, bevor Sie es hinzufügen.

Der eMediplan kann entweder direkt aus dem Apotheken- bzw. Praxis-Informationssystem oder via Pharmavista oder Kompendium elektronisch unter Eingabe Ihres SwissRx Logins abgerufen werden.

3. Fragen zur aktuellen Medikation¹

Nehmen Sie den aktualisierten Medikationsplan und besprechen Sie diesen, indem Sie zu jeder Frage die Liste der Medikamente durchgehen, um eventuelle Medikationsschwierigkeiten aufzudecken. Grau unterlegte Felder bedürfen einer weiteren Abklärung durch der/die Apotheker:in, bzw. der verantwortlichen Medizinalperson.

Anwendung, Wirksamkeit:

A. Wissen Sie, weshalb Sie die Medikamente, die im eMediplan aufgelistet sind, einnehmen?

Ja Zum Teil Nein

Falls «zum Teil» oder «Nein»: Welches kennen Sie nicht? Bitte Patient/Patientin aufklären!

B. Wissen Sie, wie Sie die Medikamente einnehmen und aufbewahren müssen (Applikation, Dosierung, maximale Tagesdosis, Dosierungsintervall, Applikationsart, Einfluss der Nahrungsmittel, Handhabung, Lagerung)?

Ja Zum Teil Nein

Falls «zum Teil» oder «Nein»: Welches kennen Sie nicht? Bitte Patient/Patientin aufklären!

C. Haben Sie das Gefühl, dass die Medikamente bei Ihnen wirksam sind?

Ja Zum Teil Nein

Falls «zum Teil» oder «Nein»: Bei welchem? Bitte die Wirkungsweise erklären und dass häufig eher die Nebenwirkungen bewusster wahrgenommen werden!

Therapietreue:

D. Haben Sie Schwierigkeiten bei der Anwendung oder vergessen Sie manchmal die Medikamente?

Ja Zum Teil Nein

Falls «zum Teil» oder «Ja»: Bei welchem? Lösungsansätze unter «Pharmazeutische Empfehlungen» notieren!

E. Vertragen Sie die Medikamente gut?

Ja Zum Teil Nein

Falls «zum Teil» oder «Nein»: Wie gehen Sie damit um? Lösungsansätze unter «Pharmazeutische Empfehlungen» notieren!

¹Adaptierte Fragen basierend auf Pharmawiki <https://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Medikationsanalyse>

4. Pharmazeutische Beurteilung der Medikation (durch Medizinalperson)

Unerwünschte Wirkungen und Risiken:

A. Bestehen Risiken und unerwünschte Wirkungen bei der Medikation?

Ja Zum Teil Nein

Falls «zum Teil» oder «Ja»: Welche Risiken/Nebenwirkungen und bei welchen Medikamenten? Lösungsansätze unter «Pharmazeutische Empfehlungen» notieren!

B. Besteht ein Verdacht auf ein Medikamentenübergebrauch?

Ja Zum Teil Nein

Falls «zum Teil» oder «Ja»: [Fragen zur Abklärung einer vermuteten Medikamentenabhängigkeit](#) (7 Fragen) durchführen.

C. Sind Interaktionen mit Arznei- oder Nahrungsmitteln zu erwarten?

Ja Zum Teil Nein

Falls «zum Teil» oder «Ja»: Bei welchen? Lösungsansätze unter «Pharmazeutische Empfehlungen» notieren!

D. Liegen Gegenanzeigen / Kontraindikationen bei einem oder mehreren Medikamenten vor?

Hierzu können u.a. verschiedene Tools in Ihrer Apotheken-, bzw. Praxis-Software behilflich sein.

Ja Zum Teil Nein

Falls «zum Teil» oder «Ja»: Bei welchen? Lösungsansätze unter «Pharmazeutische Empfehlungen» notieren!

E. Gibt es besser verträgliche Alternativen?

Ja Zum Teil Nein

Falls «zum Teil» oder «Ja»: Welche? Lösungsansätze unter «Pharmazeutische Empfehlungen» notieren und evtl. Generikum Substitution!

Substitution:

F. Ist eine Substitution durch Generika oder Biosimilars möglich?

Ja Zum Teil Nein

Falls «zum Teil» oder «Ja»: Welche? Lösungsansätze unter «Pharmazeutische Empfehlungen» notieren und evtl. Generikum Substitution!

5. Medizinischer Hintergrund

Nehmen Sie bitte Kenntnis des medizinischen Hintergrunds des Patienten/der Patientin anhand der im Versorgungspass festgehaltenen Fakten.

- Ich habe den Versorgungspass gelesen und kenne die Diagnosen, die Probleme, den Versorgungsplan sowie die Ziele des Patienten/der Patientin.

A. Ist der Einsatz aller Medikamente aus pharmazeutischer Sicht und aufgrund des medizinischen Hintergrundes sowie der Ziele des Patienten / der Patientin sinnvoll?

- Ja Zum Teil Nein

Falls «zum Teil» oder «Nein»: Lösungsansätze unter «Pharmazeutische Empfehlungen» notieren und evtl. Generikum Substitution!

6. Pharmazeutische Empfehlungen

Bitte schreiben Sie aufgrund der Antworten zu den obigen Fragen Ihre pharmazeutischen Empfehlungen zu Alternativen/Vereinfachungen/Anpassungen bei der Medikation in die Tabelle auf der nächsten Seite, um sie mit dem Hausarzt/der Hausärztin zu besprechen. Anschliessend wird der **Konsens zwischen Hausarzt/Hausärztin und Apotheker:in** allen anderen Fachpersonen des Versorgungsteams durch Eintrag in den Versorgungspass kommuniziert. Sollte der Hausarzt/die Hausärztin selbst die pharmazeutische Beurteilung machen, fällt der hier beschriebene Schritt des interprofessionellen Austausches zur Medikation weg.

Die Tabelle mit den pharmazeutischen Empfehlungen kann im Versorgungspass eingetragen oder ausgedruckt und beigelegt werden. Den eMediplan bitte ebenfalls dem Versorgungspass beilegen.

Einverständniserklärung Patient:in:

Ich bin mit der Weiterleitung der pharmazeutischen Empfehlungen an meinen Hausarzt / meine Hausärztin einverstanden.

Unterschrift Patient:in

.....

Unterschrift ausführende Medizinalperson:

Name

Unterschrift

.....

Dauer Beurteilung durch Medizinalperson (Punkte 4 bis 6):

