

# Interprofessionalität im Gesundheitswesen Beispiele aus der Berufspraxis



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI  
Bundesamt für Gesundheit BAG



# Vorwort

Das Förderprogramm «Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017–2020» des Bundesamtes für Gesundheit hat zum Ziel, die interprofessionelle Bildung und Zusammenarbeit im schweizerischen Gesundheitswesen voranzutreiben und noch stärker zu verankern. Damit soll ein Beitrag geleistet werden zur Optimierung der Versorgungsqualität und zur Steigerung der Effizienz des Gesundheitssystems. Nebst der Lancierung von Forschungsprojekten zur Schaffung von Wissensgrundlagen und Handlungsempfehlungen fokussiert das Förderprogramm auch auf die Verbreitung von Erfahrungen aus bereits bestehender interprofessioneller Praxis.

In der Tat gibt es in der Schweiz bereits zahlreiche Institutionen, welche sich mit grossem Engagement für Interprofessionalität einsetzen und diese tagtäglich leben. In der vorliegenden Broschüre werden ausgewählte Beispiele aus verschiedenen Regionen der Schweiz vorgestellt. Ihnen allen gemeinsam ist die Tatsache, dass Ärztinnen und Ärzte sowie weitere Gesundheitsfachpersonen mit unterschiedlichem professionellen Hintergrund settingübergreifend interprofessionell zusammenarbeiten.

Ziel der vorliegenden Broschüre ist es, Ihnen Praxisbeispiele funktionierender Interprofessionalität näher zu bringen. Die Beispiele sollen als Inspiration dienen, wenn Sie in Ihrem Umfeld interprofessionell arbeiten möchten. Gleichzeitig bieten sie möglicherweise eine Hilfestellung zur Lösung konkreter Fragen bei der Umsetzung interprofessioneller Zusammenarbeit.

Neben den in dieser Broschüre vorgestellten Beispielen gibt es online noch ein umfangreicheres Modellverzeichnis, in welchem sich Kurzinformationen zu zahlreichen weiteren Modelle finden (siehe [www.bag.admin.ch/modelle-interprof](http://www.bag.admin.ch/modelle-interprof)).

Wie Sie aus den Beispielen in der vorliegenden Broschüre und aus dem Modellverzeichnis sehen werden, ist für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit meist keine grossflächige Neustrukturierung notwendig. Interprofessionalität im Gesundheitswesen kann oft auch relativ niederschwellig mit Erfolg umgesetzt werden.





# Interprofessionalität in der Berufspraxis

Diabetes Care, Wil  
Seite 6

Hometreatment Organisation, Aarau  
Seite 10

Integrierte Suchthilfe, Winterthur  
Seite 14

Interview mit Helene Meyer-Jenni, KinderSpitex Zentralschweiz  
Seite 18

Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy, Basel  
Seite 23

Transition to Home after Preterm Birth, Bern  
Seite 28

Gemeinsamer Pflegeplan, Genf  
Seite 32

Onkologische Rehabilitation, Estavayer-le-Lac  
Seite 37

# Diabetes Care

Personen mit erhöhtem Blutzucker haben ein grösseres Risiko, an Herz-Kreislaufleiden zu erkranken oder daran zu sterben. Die demografische Entwicklung hin zu einer zunehmenden Überalterung und die damit verbundene Zunahme chronischer Erkrankungen wie Diabetes ist eine der grossen Herausforderungen des Gesundheitssystems in den nächsten Jahrzehnten. Es hat sich gezeigt, dass die Prognose für Personen, die an Diabetes Typ 2 erkrankt sind, mit einem hausärztlichen Betreuungskonzept verbessert werden kann.

Die Medbase Gruppe betreibt in der Deutschschweiz und in der Romandie aktuell 47 Gesundheitszentren. Acht dieser Zentren haben spezielle Betreuungskonzepte für Patientinnen und Patienten mit Diabetes entwickelt. Neben der ärztlichen Betreuung, der Kontrolle und Schulung der Erkrankten bilden die Betreuung und Schulung durch Fachpersonen in der Physiotherapie und Ernährungsberatung ein zentraler Bestandteil des Konzepts. Im Rahmen eines Pilotprojekts möchten die acht Zentren von den Erfahrungen der einzelnen Standorte lernen und das Programm weiter entwickeln, so dass eine dauerhafte optimale Betreuung von an Diabetes erkrankten Personen erreicht wird. Das daraus resultierende Betreuungskonzept soll in weiteren Zentren der Medbase Gruppe eingeführt und umgesetzt werden. Im Folgenden wird das Betreuungskonzept des Standorts Wil, St. Gallen präsentiert.

## Diabetes Care

<b>Kanton</b>	St. Gallen, Zürich, Basel-Stadt
<b>Organisation</b>	Acht Medbase-Standorte: Wil, St. Gallen Vadian, Zürich Oerlikon, Zürich Wiedikon, Winterthur Neuwiesen, Basel, Eglisau, Diepoldsau
<b>Interventionsbereich</b>	Gesundheitsversorgung, Interprofessionalitätsmodelle, Sozialwesen
<b>Setting</b>	Arztpraxen, Gruppenpraxen, Gesundheitszentren
<b>Berufsgruppen</b>	Ärzte/-innen, Physiotherapeuten/-innen, Ernährungsberater/-innen, Medizinische Praxisassistenten/-innen, Fachberater/-innen
<b>Interprofessionelle Zusammenarbeit</b>	Versorgung chronisch Kranker, Grundversorgung
<b>Webseite</b>	<a href="http://www.medbase.ch">www.medbase.ch</a>

lung der Erkrankten bilden die Betreuung und Schulung durch Fachpersonen in der Physiotherapie und Ernährungsberatung ein zentraler Bestandteil des Konzepts. Im Rahmen eines Pilotprojekts möchten die acht Zentren von den Erfahrungen der einzelnen Standorte lernen und das Programm weiter entwickeln, so dass eine dauerhafte optimale Betreuung von an Diabetes erkrankten Personen erreicht wird. Das daraus resultierende Betreuungskonzept soll in weiteren Zentren der Medbase Gruppe eingeführt und umgesetzt werden. Im Folgenden wird das Betreuungskonzept des Standorts Wil, St. Gallen präsentiert.

## Patientenzentriertes Konzept

Das Betreuungskonzept des Standorts Wil ist patientenzentriert. Dies bedeutet, dass die Bedürfnisse der erkrankten Person bestimmen, welche Fachbereiche einbezogen werden. Am Anfang der Behandlung führt die Ärztin oder der Arzt ein Gespräch mit der erkrankten Person durch. Die Patientin oder der Patient erhält Informationen über die kontinuierliche ärztliche Betreuung und über die Betreuung durch die medizinische Praxisassistentin oder den medizinischen Praxisassistenten. Zudem wird über die verschiedenen Formen der Ernährungsberatung und über die Arten von regelmässigen sportlichen Betätigungen informiert. In diesem ersten Gespräch erfolgt eine Standortbestimmung und individuelle Ziele werden vereinbart. In weiteren Gesprächen mit der Physiotherapie und der Ernährungsberatung können die Patientin oder der Patient die Ziele in Bezug etwa auf regelmässige Bewegung oder Ernährungsgewohnheiten weiter spezifizieren.

Es ist für das Gesundheitszentrum wichtig, dass die Patientinnen und Patienten eine regelmässige Begleitung erhalten. Die erkrankte Person hat einmal pro Jahr ein Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt und mindestens drei Mal pro Jahr eines mit der medizinischen Praxisassistentin oder dem medizinischen Praxisassistenten. Zudem folgen nach Bedarf regelmässige Treffen mit Fachpersonen aus der Physiotherapie und der Ernährungsberatung. In allen Phasen der Betreuung stehen die Wünsche der Patientin oder des Patienten im Zentrum. Er oder sie soll die Zielsetzungen und Massnahmen mitentscheiden. So steigen die Chancen, dass eine Verhaltensänderung gelingt.



**Arzt**



**Physiotherapeutin**

Bewegung, Sport



**medizinische  
Praxisassistentin**

**Dauerhafte optimale  
Betreuung von  
Diabetespatienten/-innen**

mit persönlicher Beratung und  
regelmässiger Kontrolle, ergänzt mit  
einem breiten Bewegungsangebot und  
Ernährungsberatung

räumliche Nähe der Berufsgruppen

umfassende Betreuung



**Patientin**



**Ernährungsberaterin**

Ernährungsgewohnheiten



## Interprofessionelle Betreuung als Erfolgsfaktor

In diesem Betreuungskonzept kann jede Fachperson Teile der Beratung übernehmen, solange die entsprechenden Kompetenzen vorhanden sind. Dies erfordert eine gute Zusammenarbeit der beteiligten Berufsgruppen. Ein zentraler Bestandteil der Philosophie der Medbase-Zentren ist die integrierte und sektorenübergreifende Versorgung der Patientinnen und Patienten. Die beteiligten Fachpersonen betonen, sie hätten sich aus diesem Grund an einen Austausch mit anderen Professionen gewöhnt.

**«Vertrauen in die anderen Professionen und in den Patienten ist das wichtigste Element für Erfolg.» Mitarbeitende**

Die Projektverantwortlichen in Wil stellen fest, dass an Diabetes erkrankte Personen oft eine enge Betreuung brauchen, um ihr Verhalten ändern zu können. Dabei ist die ärztliche Betreuung oft nicht ausreichend. Auch in Bezug auf Bewegung und Ernährung benötigen sie häufig Unterstützung und Rat. Physiotherapeutinnen in Wil erfahren beispielsweise, dass viele von ihren Patientinnen und Patienten aus Angst nie ein Fitnesszentrum besuchen würden. Im Gymnastikraum der Physiotherapie können sie Fitnessgeräte in einer vertrauten Umgebung ausprobieren und die Reaktionen des Körpers auf Bewegung spüren.

Der Austausch zwischen den Fachpersonen findet auf verschiedenen Ebenen statt. Für das Gesundheitszentrum in Wil ist die räumliche Nähe ein zentraler Punkt. Dies ermöglicht es, sich gemeinsam an einen Tisch zu setzen und eine interprofessionelle Betreuung zu entwickeln. So können auch Impulse beispielsweise aus der Physiotherapie oder der Ernährungsberatung in die ärztliche Behandlung einfließen. Die räumliche Nähe erlaubt aber auch einen informellen Austausch: Man trifft sich im Gang oder in der Pause und kann fachliche Problemstellungen oder Fragen besprechen. Häufig findet der Austausch auch über E-Mail oder Telefon statt. Die Teilnahme der Fachpersonen aus der Physiotherapie und Ernährungsberatung an Besprechungen können mit den bestehenden Tarifen nicht abgerechnet werden. Das Zentrum in Wil hat aus diesem Grund bewusst auf Besprechungen als Standardelement verzichtet und führt stattdessen Besprechungen nach Bedarf durch.



**«Patientenzentrierte Elemente sind von der Schulung bis hin zur Begleitung erfüllt. Die Kompetenzen der Fachpersonen und die Bedürfnisse der Patienten bilden die Basis dazu.» Mitarbeitende**

Neben dem regelmässigen Austausch innerhalb und zwischen den Fachbereichen führt das Zentrum in Wil jährliche Treffen und Weiterbildungskurse zu unterschiedlichen Themen durch. Eine wichtige Massnahme sind die Qualitätszirkel. An diesen können sich Fachpersonen darüber austauschen, welche Kompetenzen die unterschiedlichen Professionen mitbringen. So entwickelt sich ein Verständnis dafür, welche Professionen in der Behandlung der Patientinnen und Patienten notwendig sind. Die Projektleitung ist überzeugt, dass die Fachpersonen so lernen, dass sie Verantwortung auch abgeben können.



## Vielfältiger Nutzen auf Ebene der Patienten, der Fachpersonen und des Gesundheitssystems

Der grösste Nutzen für die Patientinnen und Patienten ist, dass sie eine umfassende persönliche Betreuung erhalten und diese auch so wahrnehmen. Sie werden regelmässig betreut und rutschen so nicht durch die Maschen des Gesundheitssystems. Sie erhalten längere Beratung und eine engere Betreuung als wenn sie nur ärztliche Konsultationen hätten. Auch für die beteiligten Fachpersonen lässt sich ein Nutzen feststellen. Dank dem interprofessionellen Team können sie auf verschiedene Angebote für die Patientinnen und Patienten zurückgreifen und so die Behandlung optimieren. Die Fachpersonen sehen es auch als Bereicherung, mit anderen Professionen zusammen zu arbeiten und sich auszutauschen. Für die Ärztinnen und Ärzte des Zentrums in Wil ist es zudem entlastend, dass andere Fachbereiche die Patientenbetreuung übernehmen. Schliesslich kann das Betreuungskonzept einen kostensparenden Effekt auf das Gesundheitssystem haben. Dadurch, dass die Patientinnen und Patienten befähigt sind, ihre Krankheit zu bewältigen, können sich die medizinischen Kosten reduzieren.

**«Ich habe das Gefühl, dass ich es selber im Griff habe, dass ich befähigt worden bin, die Krankheit selber zu bewältigen.»** Patientin



In Gesprächen mit der Ernährungsberatung können die Patientin oder der Patient die Ziele in Bezug auf Ernährungsgewohnheiten weiter spezifizieren.

## Finanzierung

Grundleistungen der Ärzte, medizinischen Praxisassistenten, Physiotherapie (inklusive medizinischer Trainingstherapie sowie Gruppentherapie) und Ernährungsberatung können mit den bestehenden nationalen Tarifen abgerechnet werden. Darüber hinaus gehende, programmspezifische Leistungen wie interprofessionelle Besprechungen, Berichte in den Bereichen Physiotherapie und Ernährungsberatung sowie weitere Leistungen können nur teilweise oder gar nicht mit den bestehenden Tarifen abgerechnet werden, weshalb mit den jeweiligen Kostenträgern die Finanzierung dieser Zusatzleistungen vertraglich vereinbart wird.

# Hometreatment Organisation

Sichere häusliche Verhältnisse und eine gute, tragfähige Eltern-Kind-Beziehung bilden die Basis für die Entwicklung von Kindern. Bei Familien mit einem psychisch erkrankten Familienmitglied können sich diese Verhältnisse jedoch als schwierig gestalten. Die Herausforderung wird dadurch verstärkt, dass die Familien häufig weitere psychosoziale Belastungen erleben, wie beispielsweise erschwerte Lebensumstände, Sorgerechtskonflikte, Suchtproblematik oder auch häusliche Gewalt. Eine Bedarfserhebung

## Hometreatment Organisation

<b>Kanton</b>	Aargau
<b>Organisation</b>	Hometreatment Organisation GmbH (gemeinnützige Organisation)
<b>Interventionsbereich</b>	Gesundheitsversorgung, Interprofessionalitätsmodelle
<b>Setting</b>	Häuslicher Bereich
<b>Berufsgruppen</b>	Ärzte/-innen, Heilpädagogen/-innen, Sozialarbeiter/-innen, Sozialpädagogen/-innen
<b>Interprofessionelle Zusammenarbeit</b>	Prävention, Versorgung chronisch Kranker, Rehabilitation, Grundversorgung, Psychische Gesundheit, Multimorbidität
<b>Webseite</b>	<a href="http://www.hota.ch">www.hota.ch</a>

im Kanton Aargau im Herbst 2010 machte deutlich, dass die psychosoziale Versorgung von Familien mit mehrfachen Problematiken nicht befriedigend gelöst war. Aufgrund dieser Erkenntnisse wurde im Jahr 2012 das Angebot Hometreatment Organisation (HotA) im Kanton Aargau initiiert. Im Zentrum des Angebots steht die aufsuchende Familienarbeit im Übergangsbereich zwischen Sozialpsychiatrie und Sozialpädagogik. Die Zielgruppe sind Familien mit mehrfachen Belastungen. Dabei können die psychosozialen Probleme sowohl auf Kinder- als auch auf Elternebene vorliegen. Seit dem Start hat HotA über 600 Familien betreut.

## Aufsuchende Familienarbeit und -therapie

Die aufsuchende Familienarbeit und -therapie basiert auf dem Prinzip der systemischen und ressourcenorientierten Beratung, Betreuung und unterstützenden Begleitung. Statt nur die erkrankte Person zu behandeln, fokussiert die Methode auf die Familie als System. Nach fachärztlicher Zuweisung bespricht das interdisziplinäre Team von HotA jede Anmeldung und entscheidet über die Aufnahme. Danach startet das Team die Therapie. Jede Familie erhält eine Koordinatorin und eine Familienbegleiterin. Sie behalten den Überblick und sind dafür

**«Es ist zentral, die Familien auf Augenhöhe zu treffen. Diese Haltung haben alle, die bei HotA arbeiten.» Mitarbeitende**

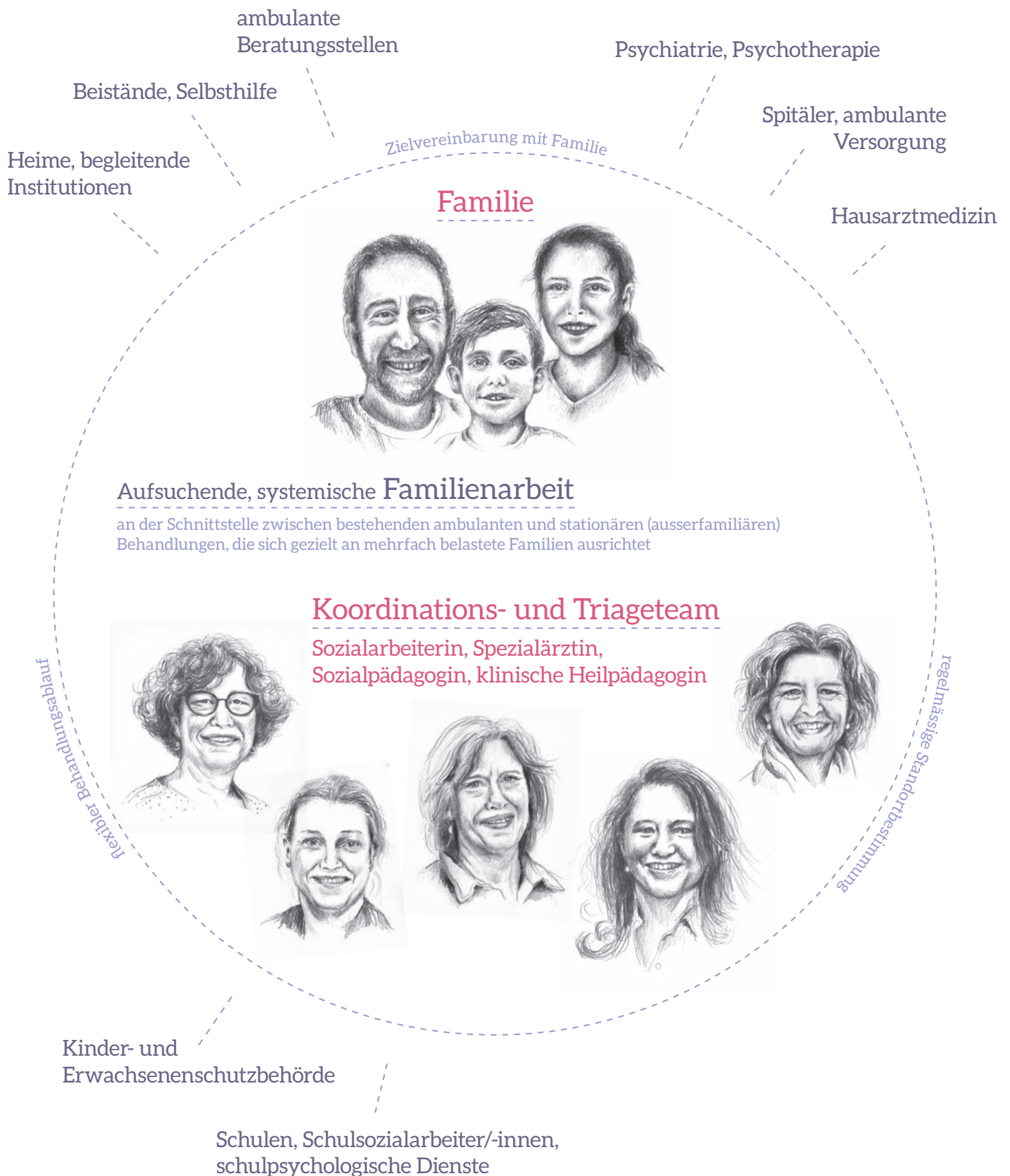
verantwortlich, die Perspektiven aller Beteiligten zusammenzuführen, gemeinsame Ziele abzustimmen, um das Hometreatment zu planen. Die aufsuchende Arbeit zuhause wird von speziell ausgebildeten, qualifizierten Familienbegleiterinnen durchgeführt. Die Familienbegleiterin geht zur Familie nach Hause und hilft vor Ort, mit der ganzen Familie in konkreten Situationen Lösungen zu finden und umzusetzen. Die Begleitung läuft über einen Zeitraum von sechs bis maximal 18 Monaten und umfasst anfänglich wöchentliche Besuche. Später wird die Besuchsfrequenz an den Bedarf der Familie angepasst.

**«Mir gibt die Teamarbeit Sicherheit. Als Begleiterin von Familien weiss ich immer, wen ich im Team bei Fragen kontaktieren kann.» Mitarbeitende**

HotA verfolgt einen partizipativen Ansatz. Zu Beginn der Behandlung formuliert die Familie in Zusammenarbeit mit den Begleiterinnen ihre individuellen Behandlungsziele. Für das begleitende Team ist es dabei wichtig herauszufinden, welche Ziele sich die Familie setzen möchte. In regelmässigen Standortbestimmungen evaluieren die Koordinatorin und die Familienbegleiterin zusammen mit der Familie, den Zuweisern und wichtigen Personen aus dem Bezugssystem die Ziele und passen sie an. Die Behandlung kann je nach Bedarf im Einzel-, Paar- und Familiensetting stattfinden. So kann das Team bei jeder Familie prüfen, welche

HotA verfolgt einen partizipativen Ansatz. Zu Beginn der Behandlung formuliert die Familie in Zusammenarbeit mit den Begleiterinnen ihre individuellen Behandlungsziele. Für das

# Das Team in Aarau



Personen in die Behandlung der Familie einzubeziehen sind und die Familie kann den Behandlungsprozess mitgestalten. Häufig stehen die Mitarbeitenden von HotA mit Schulen und Lehrpersonen, juristischen Institutionen, Sozialstellen und auch der Psychiatrie in Kontakt.

## Arbeit auf Augenhöhe

Der interprofessionelle Ansatz ist ein Kernelement bei HotA. Regelmässig finden Fallbesprechungen und Supervisionen statt, in denen sich die Koordinatorin und die Familienbegleiterin eines Falls mit einer der Psychiaterinnen und Psychotherapeutinnen austauschen können. Neben einer fallspezifischen Beratung finden auch fallbezogene Weiterbildungen

**«Interprofessionell heisst für mich, dass jede Berufsgruppe das reinbringt, was für sie zentral ist. Man hört einander zu. Dies ist wichtig, im strategischen Vorgehen sowie auch im praktischen Alltag.» Mitarbeitende**

statt. Die Mitarbeitenden ergänzen sich mit ihren individuellen Kompetenzen, bieten einander Unterstützung an und entwickeln ein gemeinsames spezifisches Fachwissen. Somit entsteht ein systemisches Denken aus ärztlichen, psychotherapeutischen und sozialen Kenntnissen und Erfahrungen. Dies ist in der Arbeit mit hochbelasteten Familien besonders relevant, da die Familien nicht selten von solchen psychischen Belastungen betroffen, die tabuisiert oder schwer zu erkennen sind. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen hilft dabei, die verschiedenen Störungsbilder aufzuspüren, zu thematisieren und anschliessend weitere Hilfsangebote im stationären oder ambulanten Bereich einzubeziehen.

Für die involvierten Fachpersonen liegt das Besondere im Grundgedanken «miteinander schaffen». Alle Mitarbeitenden arbeiten mit dem gleichen Ziel, die Familien in Richtung einer besseren Lebensqualität zu unterstützen. Für das Team ist die Arbeit auf Augenhöhe ein zentrales Element, einerseits in der Arbeit mit den Familien, andererseits in der Zusammenarbeit mit den am System beteiligten Fachpersonen. Aus diesem Grund wird eine flache Hierarchie gefördert und gelebt. Alle im Team sind sich bewusst, dass es herausfordernd sein kann, eine Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Berufsgruppen zu gestalten. Dabei führen folgende Faktoren zum Erfolg: Offenheit gegenüber anderen Kompetenzen sowie ein respektvoller Umgang, der nach innen und nach aussen gelebt wird. Für HotA ist es zudem zentral, das

ganze Team laufend in die Weiterentwicklung des Angebots einzubeziehen. Die Mitarbeitenden sind mit der Freiheit der Mitgestaltung sehr zufrieden und identifizieren sich stark mit HotA. Die Erfolge auf der Personalebene zeigen sich in der sehr tiefen Personalfuktuation bei der Hometreatment Organisation GmbH sowie in der hohen Motivation und im Engagement der Mitarbeitenden.





## Positive Veränderungen in den Familien

Die Arbeit mit Familien im Rahmen von HotA macht deutlich, dass HotA durch eine kontinuierliche aufsuchende und therapeutisch angeleitete Arbeit mit Familien positive Veränderungen für die Kinder, die Eltern sowie für das ganze System Familie erreicht. Die Familienbegleiterinnen stellen fest, dass die Eltern wieder Verantwortung für ihre Kinder übernehmen, ihren Handlungsspielraum erweitern und in Alltagsfragen sicherer sind. Der flexible und partizipative Ansatz von HotA stellt sicher, dass das Angebot an die Bedürfnisse der einzelnen Familie zugeschnitten ist. Die positiven Ergebnisse werden auch in einer externen Evaluation durch die Hochschule Luzern bestätigt.



Seit dem Start hat HotA über 600 Familien betreut.

Mit der nachhaltigen Arbeit zur Sicherstellung einer gesunden Kindesentwicklung erfüllt HotA eine wichtige Aufgabe in der Prävention innerhalb der Gesundheitsversorgung. Wenn Familien wieder eigenständig funktionieren, vermindert sich die Gefahr, dass Kinder fremdplatziert werden müssen. Zudem zeigt sich eine nachhaltige Verbesserung in der Entwicklung der Kinder. Bei der Behandlung einer Familie weist HotA Tageskosten unter 20 Franken auf. Im Vergleich kosten die Unterbringung in einer Pflegefamilie mindestens 140 Franken pro Tag und der Aufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie mindestens 500 Franken. Durch die Vermeidung von ausserfamiliären Lösungen entstehen somit deutliche Einsparungen im Gesundheitssystem.

## Finanzierung

Der Träger Hometreatment Organisation GmbH hat für HotA einen Leistungsvertrag vom Kanton Aargau erhalten. Damit können sie einen Teil der Behandlungskosten über die Grundversicherung der Kranken-

kassen abrechnen. Zudem nimmt HotA selbstzahlende Familien auf und führt Massnahmen durch, die von Familiengerichten angeordnet sind und durch die Sozialgesetzgebung finanziert werden. Einige Kosten wie Fahrt-, Koordinations- und Weiterbildungskosten können jedoch nicht über die Grundversicherung abgerechnet und müssen durch andere Quellen finanziert werden. Eine dieser Quellen ist der Fonds Swisslos. Dieser hat HotA in der dreijährigen Pilotphase vom 2012 bis 2014 unterstützt. Diese Finanzierung wurde in einem weiteren Entscheid für die Jahre 2015 und 2016 bewilligt. Im September 2015 hat der Regierungsrat des Kantons Aargau der Verlängerung von 2017 bis 2019 zugestimmt. HotA arbeitet zurzeit intensiv daran, eine längerfristige und stabile Finanzierung zu sichern.

# Integrierte Suchthilfe Winterthur

Sucht ist eine komplexe Krankheit mit somatischen, psychischen und sozialen Aspekten. Dabei handelt es sich um substanzbezogene Süchte wie beispielsweise Alkohol- oder Heroinabhängigkeit, wie auch um substanzunabhängige Verhaltensweisen, zum Beispiel Online-, Spiel- oder Kaufsucht. Es ist unbestritten, dass ein riskanter und schädlicher Konsum zu einer Gesundheitsgefährdung führt. Dabei treten Störungen auf, die auch das Umfeld, die Gesellschaft und die medizinische Versorgung stark beanspruchen. Die Natur dieser Erkrankungen verlangt nach multimodalen und multiprofessionellen Behandlungsmethoden.

## Integrierte Suchthilfe Winterthur

<b>Kanton</b>	Zürich
<b>Organisation</b>	Integrierte Suchthilfe Winterthur
<b>Interventionsbereich</b>	Gesundheitsversorgung, Interprofessionalitätsmodelle, Sozialwesen
<b>Setting</b>	Gemeinde/soziale Dienste, spitalambulanter Bereich, Spitex
<b>Berufsgruppen</b>	Psychiater/-innen, Psychotherapeuten/-innen, Pflegefachleute/ANP, Sozialarbeiter/-innen, Suchtberater/-innen
<b>Interprofessionelle Zusammenarbeit</b>	Prävention, Akutversorgung, Versorgung chronisch Kranker, Langzeitpflege, Grundversorgung, psychische Gesundheit, Multimorbidität, Frühintervention
<b>Webseite</b>	<a href="http://www.sucht.winterthur.ch">www.sucht.winterthur.ch</a>

Die Einrichtungen der integrierten Suchthilfe Winterthur (ISW) werden seit den 1980-Jahren gemeinsam von den Sozialen Diensten der Stadt Winterthur und der integrierten Psychiatrie Winterthur Zürcher Unterland (ipw) betrieben. Die ISW ist eine ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle für Menschen mit einem problematischen oder abhängigen Suchtmittelkonsum. Auch Angehörige, Eltern, Arbeitgebende, Lehrpersonen und Fachpersonen können sich an die Einrichtung wenden.

## Gemeinsame Trägerschaft

Das Kooperationsmodell der ISW verknüpft auf horizontaler Ebene kommunal finanzierte Beratungs- und Begleitangebote aus der Sozialarbeit mit medizinischen Angeboten, die durch die Krankenversicherung abgegolten werden. Die Leitung der ISW ist auf zwei Personen in unterschiedlicher Funktion verteilt: Eine ärztlich-psychiatrische Leitungsperson ist zuständig für den medizinisch-therapeutischen Bereich, während eine städtische Leitungsperson für die Einbettung der Menschen in das Sozialsystem zuständig ist. Auf vertikaler Ebene findet

«Es gibt eine Verpflichtung, die vom Kanton über die Stadt bis hin zur Politik reicht.»

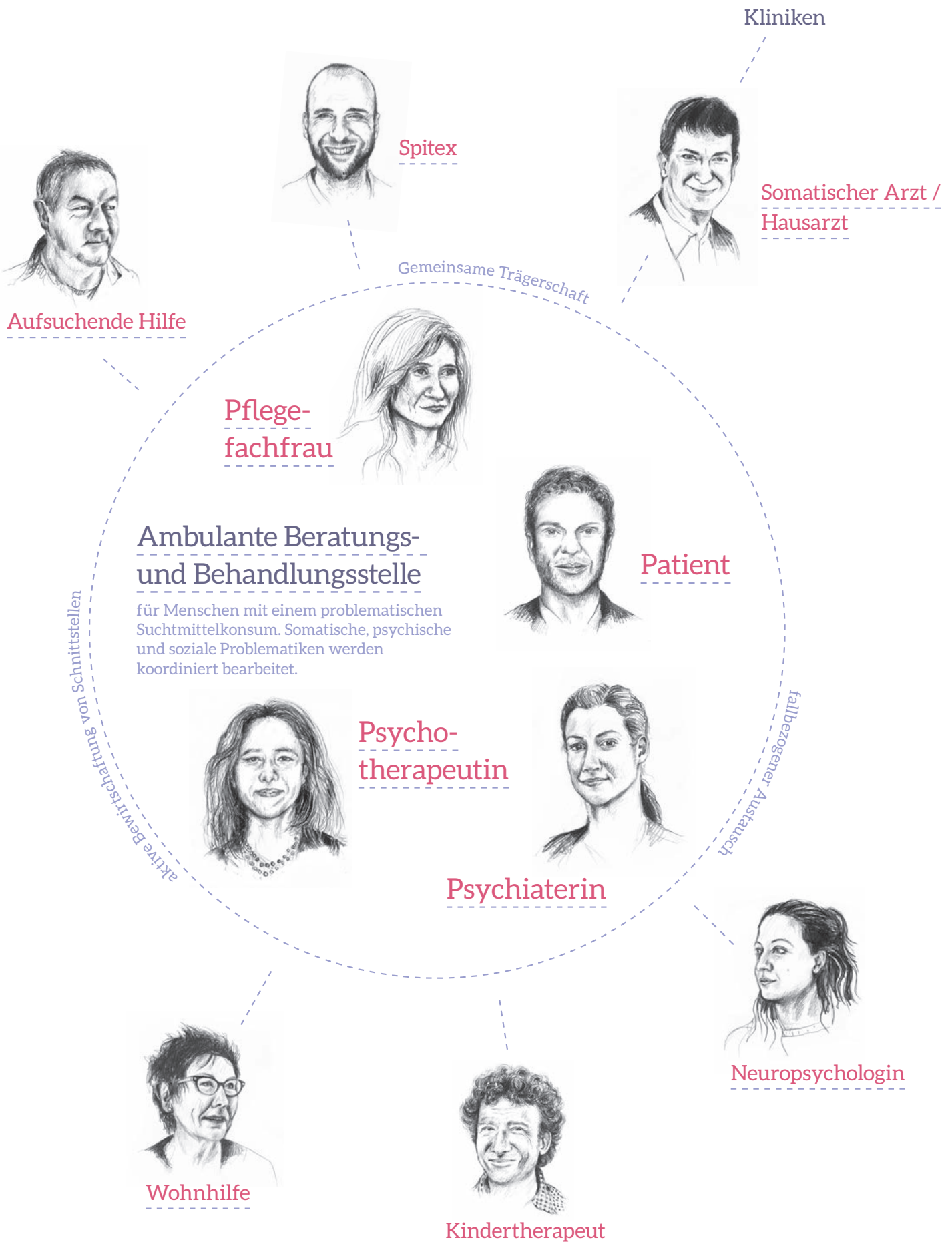
eine starke Mitwirkung in kantonalen und nationalen Institutionen statt. Für die Leitung der ISW ist die gemeinsame Trägerschaft der entscheidende Punkt für eine gute, umfassende

und integrierte Versorgung, die den komplexen Herausforderungen im Feld der Sucht gerecht wird. Sie trägt dem Umstand Rechnung, dass Menschen mit Suchtproblemen in der Regel sowohl somatische und psychische, als auch soziale Probleme aufzeigen.

## Information, Beratung und Behandlung

Die ISW bietet an drei Standorten Information und Beratung sowie psychotherapeutische und medizinische Substanz- und Substitutionsbehandlungen an. Kernstück des Angebots ist die Behandlung substanzgebundener sozialer und medizinischer Probleme. Eine Behandlung fängt mit einem Erstgespräch an. Hier wird eine Basisabklärung vorgenommen. Aufgrund der Abklärung entscheidet die ISW, ob sie die Behandlung übernimmt und ob die Person weitere

# Das Netzwerk in Winterthur



Angebote von externen Partnern braucht. Zum Beispiel besteht häufig auch ein Bedarf an Hilfe in den Bereichen Wohnen, Finanzen, Arbeit oder bei körperlichen Begleiterkrankungen. Die ISW ist Teil eines grossen Netzwerkes mit öffentlichen und privaten Anbietern, Stiftungen, gemeinnützigen Organisationen sowie Selbsthilfeangeboten.

Beim eigenen Behandlungsangebot unterscheidet die ISW zwischen Substitutionsbehandlung und Spezialtherapien. In einer substituionsgestützte Behandlung wird ein Substitutionsmittel wie Methadon oder Heroin im Rahmen einer therapeutischen Betreuung verschrieben. In den Spezialtherapien werden Menschen betreut und behandelt, die Probleme im Umgang mit beispielsweise Alkohol, Kokain, Nikotin oder neuen Medien haben. Zudem hat die ISW spezielle Angebote für Kinder suchtkranker Eltern und für Jugendliche mit Suchtproblemen.

## Medizinische und psychiatrisch-psychotherapeutische Sichtweise

Die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Professionen ist seit Anfang Grundgedanke des Angebots. Bereits bei der Konzeptentwicklung waren psychiatrische, psychotherapeutische und sozialarbeiterische Führungskräfte und Mitarbeitende aus den Sozialen Diensten der Stadt Winterthur und der ipw beteiligt. Heute finden sowohl auf Leitungsebene, als auch in der Kommunikation und in der Entscheidungsfindung interprofessionelle Prozesse statt. Durch die tägliche Zusammenarbeit und die räumliche Nähe fliessen die medizinische und die psychiatrisch-psychotherapeutische Sichtweise zusammen. Auf Leitungsebene wurden entsprechend besetzte Gremien und Kommissionen gegründet.

Die interprofessionelle Arbeit mit Klienten basiert überwiegend auf Austausch und Absprachen zwischen den Fachpersonen. Die Teams haben wöchentliche Sitzungen, an denen übergreifende und fallbezogene Themen besprochen werden. Für die ISW hat sich der fallbezogene Austausch bewährt – auch rückblickend, um mögliche Verbesserungen der Schnittstelle zwischen den involvierten Bereichen zu identifizieren. Die ISW legt Wert auf Austausch nach Bedarf. Dies bedeutet, dass die Zusammenarbeit zwischen Fachbereichen nicht systematisch stattfindet, sondern von der fallführenden Person situationsbezogen eingeleitet wird. Dazu gehört auch die Zusammenarbeit z.B. mit der Spitex oder mit Haus- und Spezialärztinnen und -ärzten. Auf fachlicher Ebene finden monatliche Weiterbildungen und für die Spezialtherapien tätigen Fachkräfte jährliche thematische Standortgespräche statt, um die Angebote weiterzuentwickeln.

**«Der Vorteil ist, dass sich die Psychiatrie, Suchttherapie und Psychotherapie im gleichen Haus befinden. Der Patient hat Zugang zu einer Suchteinrichtung, in der die Schnittstelle zum somatischen System gewährleistet ist und aktiv gepflegt wird. Er muss sich also nur an eine statt an viele Stellen wenden.»**

Die Leitung der ISW stellt fest, dass der Erfolg des Angebots massgeblich davon abhängt, dass die Mitarbeitenden die Interprofessionalität attraktiv finden. Interprofessionelle Zusammenarbeit bedingt die aktive Bewirtschaftung von Schnittstellen und Kontakten. Dies ist besonders dann eine Herausforderung, wenn alle Beteiligten unter Zeit- und Finanzierungsdruck stehen. Historisch waren Ärztinnen und Ärzte eher «Einzelkämpfer». Um die Vorteile der interprofessionellen Arbeit aufzuzeigen, sieht die Leitung der ISW es als notwendig an, ein Verständnis für die eigene Rolle und für die Kompetenzen anderer Berufe aufzubauen. Dieser Fokus hat in der ISW zu einem grossen Kulturwandel geführt: Die involvierten Fachpersonen betonen heute, dass sie Teil zweier Systeme (soziales und medizinisches System) sind, in denen die Professionen auf Augenhöhe zusammenarbeiten und die verschiedenen Kompetenzen gegenseitig geschätzt und als Bereicherung verstanden werden.





## Den Patienten als Menschen sehen

Die Patientinnen und Patienten profitieren von der institutionalisierten Zusammenarbeit. Die jeweils berufsspezifischen und die kooperativ erworbenen gemeinsamen Kompetenzen der Fachpersonen optimieren den Prozess und den Erfolg der Behandlung und Betreuung. Somatische, psychische und soziale Problematiken einer Person werden koordiniert und mit grossem Synergiegewinn bearbeitet. Ferner erhalten die Patientinnen und Patienten durch die Zusammenarbeit von staatlichen und privaten Anbietern in Winterthur gut vernetzte Leistungen, welche letztlich die Effizienz in der Versorgung steigern.

Dank der engen Zusammenarbeit sind die verschiedenen Fachbereiche über die Behandlung der Patientin oder des Patienten informiert. Sowohl die medizinischen, als auch die psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachpersonen stellen fest, dass sie Einsicht in die Denkweise anderer Berufe erhalten und somit ganzheitlicher mit der Patientin oder dem Patienten arbeiten können. Für die beteiligten Fachpersonen ist dies ein klarer Vorteil: Man sieht die Patientin oder den Patienten als Menschen.

## Finanzierung

Da die Suchtbehandlung somatische, psychische und soziale Aspekte umfasst, weisen die Leistungen der ISW verschiedene Finanzierungsgrundlagen auf. So werden die ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen über die Krankenkasse abgerechnet, während der soziale Bereich die Kosten für Beratungsgespräche übernimmt. Die Leitung der ISW sieht die gemeinsame Trägerschaft des Angebots als Vorteil, da sie für eine nachhaltige Finanzierung und Verbindlichkeit sorgt. Die Finanzierung von Einzelleistungen am Patienten führt jedoch nicht nur zu einer Fragmentierung in der Versorgung, sondern auch zu einer ungenügenden Finanzierung der Schnittstellen, die wichtig sind, um die Koordination und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Anbietern zugunsten der Klienten und Klientinnen sicherzustellen. Die ISW wirkt diesem Trend mit ihrem integrierten Versorgungsmodell entgegen.

# Die Gesellschaft ruft nach Interprofessionalität

**Als frühere Pflegefachfrau und heutige Geschäftsleiterin der KinderSpitex Zentralschweiz hat Helene Meyer-Jenni im Berufsalltag selbst erfahren können, welche Voraussetzungen vorhanden sein müssen, damit die interprofessionelle Arbeit im Gesundheitswesen gelingt. Durch ihre langjährige Erfahrung als Berufspolitikerin kennt sie zudem die Hürden, aber auch die Möglichkeiten, wie die Politik die Interprofessionalität fördern kann.**

## **Wie erleben Sie die heutige Position von Interprofessionalität?**

Sowohl in der Politik als auch im Gesundheitswesen spüre ich, dass die Interprofessionalität zunehmend präsent und auch wichtig ist, und in Zukunft noch viel wichtiger sein wird. Heute wird sie jedoch noch nicht als zwingender Ansatz anerkannt. Wenn ich aber sehe, wo wir als Individuen, Organisationen und Gesellschaft stehen, ist es für mich klar, dass wir an der interprofessionellen Arbeit nicht vorbeikommen. Die Komplexität der Gesellschaft ruft geradezu nach Interprofessionalität.

**Helene Meyer-Jenni ist seit 2015 Geschäftsleiterin der KinderSpitex Zentralschweiz, die auf die Pflege von schwer kranken und sterbenden Kindern und Jugendlichen zu Hause spezialisiert ist. In den Jahren 2004 bis 2012 war sie Gemeinderätin und Gemeindepräsidentin in Kriens, eine grosse Vorortsgemeinde der Stadt Luzern. Heute ist sie Mitglied des Kantonsrats Luzern und als Präsidentin der Kommission Erziehung, Bildung und Kultur tätig.**

## **Welche Erfahrungen haben Sie mit Interprofessionalität im Gesundheitswesen?**

Im Gesundheitswesen ist das Verständnis vorhanden, dass die Berufsgruppen zum Wohle des Patienten zusammenarbeiten müssen. Jede Person bringt Kompetenzen aus ihrer Profession mit und verknüpft diese mit den Kompetenzen anderer Berufsgruppen. In vielen Organisationen wird Interprofessionalität im Ansatz umgesetzt. Bei uns in der KinderSpitex ist die Interprofessionalität ein zentrales Tagesthema. Es ist jedoch viel mehr eine gelebte praktische unmittelbare Thematik, ohne dass wir es als Interprofessionalität benennen. Vor allem im palliativen Setting ist die interprofessionelle Arbeit von grosser Bedeutung und zwingend notwendig. Hier stelle ich bei allen Beteiligten ein Verständnis dafür fest, dass die Arbeit nur gelingt, wenn man auf Augenhöhe, miteinander koordiniert und strukturiert zusammenarbeitet.

## **Welches sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Vorteile einer gelebten Interprofessionalität im Gesundheitswesen?**

Für mich ist der Vorteil der Interprofessionalität ganz klar; es geht um das Menschenwohl. Wenn ich krank bin oder mich in einer schwierigen Situation befinde, möchte ich, dass es möglichst schnell zu einer Unterstützung oder Verbesserung der Situation kommt. In Krisensituationen kann bei allen Involvierten eine Überforderung vorliegen. Durch den interprofessionellen Ansatz erhalten alle Beteiligten die Möglichkeit, schnell und gezielt klären zu können, wer zuständig ist, wer an einer Fragestellung dranbleibt, wer entlasten kann. Wir können die involvierten Leute an den Tisch holen. Eines ist jedoch zentral: Interprofessionalität darf die Arbeit nicht komplizierter machen. Wir müssen lernen, wie wir uns auf das Wesentliche beschränken können.

## **Welche Hürden lassen sich identifizieren?**

Interprofessionalität wird als positiver Ansatz wahrgenommen. Was es ganz konkret heisst und welche Bedingungen es braucht, dass die Interprofessionalität nachhaltig gelingt, ist jedoch häufig nicht klar. Da stehen wir noch immer am Anfang. Oft sind das Ziel und der Zweck



«Für mich ist der Vorteil der Interprofessionalität ganz klar: Es geht um das Menschenwohl. Wenn ich krank bin oder mich in einer schwierigen Situation befinde, möchte ich, dass es möglichst schnell zu einer Verbesserung der Situation kommt. In Krisensituationen kann bei allen Involvierten eine Überforderung vorliegen. Durch den interprofessionellen Ansatz erhalten alle Beteiligten die Möglichkeit, schnell und gezielt klären zu können, wer zuständig ist, wer entlasten kann.»



der Interprofessionalität gar nicht so eindeutig und Zweifel kommen auf, was es denn bringt, interprofessionell zu arbeiten. Wenn es hart auf hart geht, macht jede Organisation oder jede Berufsgattung häufig «ihr Ding» und beschränkt sich wieder lediglich auf die eigene Sichtweise. Und dies wohl vor allem deshalb, weil die bisherigen Abläufe bekannt und vertraut sind und die Abläufe im Netzwerk noch zu wenig geklärt und eingeübt sind. Zudem wird die

Interprofessionalität von der ökonomischen Frage beeinflusst. Manchmal ist es aber fast unglaublich, wie viel Ressourcen wir verschleudern, weil wir uns nicht bewusst sind, dass wir die verschiedenen Professionen zusammenbringen können.



Es ist heute schwierig, den informellen Austausch zwischen den Professionen zu finanzieren, im Besonderen während einer Aufbauphase. Die Finanzierung wird zudem erschwert, da die politisch Verantwortlichen oft schnelle Kosteneinsparungen sehen möchten, die ganz konkreten Kosteneinsparungen durch Interprofessionalität sich aber häufig

nur schwer und lediglich theoretisch berechnen lassen. Ich bin überzeugt, dass Interprofessionalität einen klaren Mehrwert erzeugt. Wir müssen also bereit sein, Vorinvestitionen zu leisten, damit wir nachher Ressourcen sparen können. Nach meiner Erfahrung müssen wir den Politikerinnen und Politikern den unmittelbaren Nutzen für die einzelnen Betroffenen möglichst konkret aufzeigen.

### **Welches sind aus Ihrer Sicht zentrale Voraussetzungen für eine gute Interprofessionalität?**

Interprofessionalität aufzubauen, zu erhalten und weiter zu entwickeln bedingt ein «rechtes Stück Arbeit». Der Erfolg hat auch viel mit den Personen zu tun, die involviert sind. Es lassen sich jedoch gewisse Grundvoraussetzungen für die Interprofessionalität feststellen. Erstens müssen wir ein Verständnis dafür schaffen, warum wir überhaupt interprofessionell arbeiten sollten. Es kommt mir vor wie bei der Genderfrage vor einigen Jahren. Hätten wir diese Thematik nicht immer angesprochen und eingefordert, wären wir nicht da, wo wir heute sind. Schlüsselmomente des Erfolgs für eine gute, gelebte Interprofessionalität liegen für mich in der Ausbildung der Professionen. In diesem Rahmen müssen wir für Interprofessionalität Verständnis schaffen, Ziel und Zweck klar und deutlich benennen und den konkreten Mehrwert aufzeigen. Ganz besonders wichtig erscheint mir, strukturierte Vorgehens- und Arbeitsweise zu definieren und gut einzuüben.

Zweitens brauchen wir Hilfsmittel, damit wir schneller und besser vorankommen. So können vor allem auch digitale Werkzeuge wie elektronische Patientendosiers oder eHealth einen klaren Mehrwert erzeugen, da so unmittelbar Informationen ausgetauscht und weitergegeben werden können. Natürlich stellen sich in diesem Kontext dann auch wieder andere Fragen wie beispielsweise zu Daten- und Personenschutz. Aus meiner Sicht müssen wir hier sensibel und vorsichtig, aber auch offensiv vorgehen. Dazu braucht es eine weitere Art von Interprofessionalität: Wir müssen also auch hier mit Expertinnen und Experten kooperieren, um verbesserte Systeme aufzubauen.

**«Schlüsselmomente des Erfolgs für eine gute, gelebte Interprofessionalität liegen für mich in der Ausbildung der Professionen.»**

### **Wie kann die Politik Interprofessionalität fördern?**

Auch die Politik nimmt eine Schlüsselrolle ein, was die Förderung von Interprofessionalität angeht. Dazu gehört eine grundsätzliche Anerkennung durch die Politik, dass die Entwicklung Richtung interprofessionelle Arbeit zwingend ist, und dass wir für diese Veränderung Gelingensbedingungen schaffen müssen. Dabei müssen wir uns vor allem über zwei Fragen unterhalten. Erstens: Sind wir bereit, von den einzelnen Ausbildungen, Studienrichtungen und



Lehrgängen zu verlangen, sich mit Interprofessionalität auseinander zu setzen, Ressourcen dafür einzusetzen und Resultate zu verlangen? Und zweitens: Wer soll oder darf in der Gesundheitsversorgung den Takt angeben? Ist es beispielsweise die Politik, die die Mittel verteilt, sind es die Professionen, die ein Medizinstudium vorweisen oder ist es die Pflege, die unmittelbar im Einsatz steht? Hier spielt wieder die Arbeit auf Augenhöhe eine zentrale Rolle. Wir gehen also nicht von einem hierarchischen Denkmuster aus, sondern wählen einen zirkulären, eben interprofessionellen Ansatz und klären so, wer welche Kompetenzen einbringen, abgeben und übernehmen kann, und dies immer zum Nutzen und zum Wohle des betroffenen Menschen.

«Der Aufbau von Interprofessionalität ist ‚Knochenarbeit‘. Erfahrungen aus anderen Organisationen können uns dabei motivieren und aufzeigen, was interprofessionelle Arbeit beinhalten kann und wo der Ansatz in unterschiedlichen Kontexten Verbesserung gebracht hat.»

«Durch Austausch über Erfahrungen aus der Praxis können wir Fragen klären, Verständnis schaffen, Lösungen entwickeln und erfolgreich zusammenarbeiten.»

#### **Wie kann eine Organisation Interprofessionalität umsetzen?**

Es braucht eine Kombination von Kultur und Struktur. Einerseits ist es wichtig, im Alltag die Interprofessionalität zu thematisieren, den Ansatz auszuprobieren und bei Bedarf die Abläufe anzupassen. Interprofessionalität bedeutet auch, Zuständigkeiten abgeben zu können. Dies hat mit Vertrauen in die Kompetenzen und die Verlässlichkeit von anderen Personen zu tun. Hier ist der persönliche Kontakt zwischen den Professionen zentral. Zudem ist es wichtig, Weiterbildungsangebote niederschwellig anzubieten, in denen wir uns über theoretische Überlegungen sowie über Erfahrungen aus der Praxis austauschen können. Schliesslich ist es zentral, Zeit zu haben, uns um Abläufe, Kompetenzen und Kultur zu kümmern und zu unterhalten. Das heisst auch, in ruhigen Momenten zu schauen, welche Hilfsmittel wir für eine gelingende Zusammenarbeit benötigen und diese zu automatisieren. So schaffen wir die Voraussetzungen für erfolgreiche Arbeit in einer Stressphase.

Das Interview wurde am 9. Mai 2018 bei der KinderSpitex Zentralschweiz durchgeführt.





# Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy

Bei bestimmten Infektionen wie etwa Gelenksinfektionen oder Infektionen mit resistenten Keimen müssen Antibiotika über längere Zeit intravenös verabreicht werden. Normalerweise müssen die Patientinnen und Patienten für die Dauer dieser Therapie im Spital bleiben oder extra für die antibiotische Therapie stationär aufgenommen werden. Aus diesem Grund ver-

längern sie die stationären Aufenthalte der Patientinnen und Patienten. Seit 2014 bietet das Universitätsspital Basel ein ambulantes Antibiotika-Infusionsprogramm – Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy (OPAT) – an. Dank des OPAT-Programms, eines der ersten seiner Art in der Schweiz, können trotz intravenöser antibiotischer Therapie der stationäre Aufenthalt verkürzt oder die stationäre Aufnahme verhindert werden. Das OPAT-Team umfasst ein Pflegeteam, ein Team aus Ärztinnen und Ärzten, ein Team der Spital-Pharmazie und ein administratives Team. 2016 erfolgte der Aufbau eines spitalexternen Netzwerks aus Spitexdiensten, einer externen Apotheke und externen Spitälern.

## OPAT

<b>Kanton</b>	Basel-Stadt
<b>Organisation</b>	Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy (OPAT), Universitätsspital Basel
<b>Interventionsbereich</b>	Gesundheitsversorgung
<b>Setting</b>	Spital (stationärer Bereich), Spital (ambulanter Bereich), Spitex, Heim, zu Hause
<b>Berufsgruppen</b>	Ärzte/-innen, Apotheker/-innen, Pflegefachpersonen
<b>Interprofessionelle Zusammenarbeit</b>	Akutversorgung
<b>Webseite</b>	<a href="http://www.unispital-basel.ch/ueber-uns/bereiche/medizin/kliniken-institute-abteilungen/medizinische-poliklinik/angebot/opat/">www.unispital-basel.ch/ueber-uns/bereiche/medizin/kliniken-institute-abteilungen/medizinische-poliklinik/angebot/opat/</a>

## Patientenzentrierte Behandlung

Potenzielle Patientinnen und Patienten werden häufig während einer Hospitalisation im Universitätsspital Basel durch die intern behandelnde Ärztin oder den intern behandelnden Arzt fürs OPAT-Programm angemeldet. Anmeldungen können aber auch von einem anderen Spital, von der Notaufnahme oder durch Hausärztinnen und Hausärzte erfolgen. Nach der Anmeldung entscheidet das OPAT-Team, ob eine Patientin oder ein Patient für das Programm geeignet ist. Insbesondere ist eine Therapie nur bei Patientinnen und Patienten möglich, deren Antibiotika nur einmal täglich verabreicht werden muss oder als kontinuierliche 24 Stunden-Infusion mittels einer Pumpe gegeben werden kann. Über die Aufnahme entscheidet eine OPAT-Pflegefachperson in Zusammenarbeit mit einer Ärztin oder einem Arzt des OPAT-Teams. Die Behandlung ist patientenzentriert: So ist es möglich, dass die Patientinnen und Patienten je nach Präferenz beziehungsweise medizinischer Notwendigkeit ausschliesslich zu Hause oder ambulant am Universitätsspital Basel behandelt werden.

## Gegenseitiges Verständnis der Fachbereiche

Das OPAT-Pflegeteam hat eine zentrale Rolle inne, da es den grössten Patientenkontakt hat, die zentrale organisatorische Anlaufstelle ist und über das notwendige Wissen verfügt, wie Antibiotika reibungslos verabreicht werden können. Das OPAT-Programm wird gemeinsam geführt durch die Zusammenarbeit der Infektiologie und der Medizinischen Poliklinik. Um das OPAT-Programm umzusetzen, müssen unterschiedliche Berufsgruppen einbezogen werden. Dadurch, dass Patientinnen und Patienten vermehrt die Behandlung zu Hause erhalten, intensiviert sich die Zusammenarbeit mit externen Diensten wie der Spitex. Die Zusammenarbeit der vielen beteiligten Fachpersonen – intern wie auch extern – erfordert eine klare Aufgaben-

teilung und eine gute Koordination. Um dies sicherzustellen, hat das OPAT-Team zusammen mit den externen Spitexdiensten und einer externen Apotheke Standardarbeitsanweisungen entwickelt. Zudem treffen sich jede zweite Woche Vertretende der Administration, des Pflege-teams, des Ärzteteams und der Spital-Pharmazie. Bei Bedarf werden auch externe Partner – wie die Spitex – an die Sitzungen eingeladen. In den Sitzungen diskutieren die Teilnehmenden die Organisation und Abläufe des OPAT-Programms. Darüber hinaus steht das OPAT-Team in einem regelmässigen Austausch mit der externen Versandapotheke und der Spitex, entweder im Rahmen von bilateralen Sitzungen oder via Telefon und E-Mail. Die Beteiligten sind überzeugt, dass die gemeinsamen Sitzungen und die bilaterale Kommunikation eine bessere Patientenbetreuung ermöglichen. Dank der Sitzungen verfügen alle Fachgruppen über die gleichen Informationen und können so Optimierungen der Behandlung identifizieren. Die Zusammenarbeit fördert zudem das gegenseitige Verständnis für die Fachbereiche und deren Arbeitsabläufe.

**«In den Sitzungen erhalten wir Informationen, zu denen wir sonst keinen Zugang hätten. Das ermöglicht uns auch besser auf allfällige Fragen der Patienten zu antworten.» Administration**

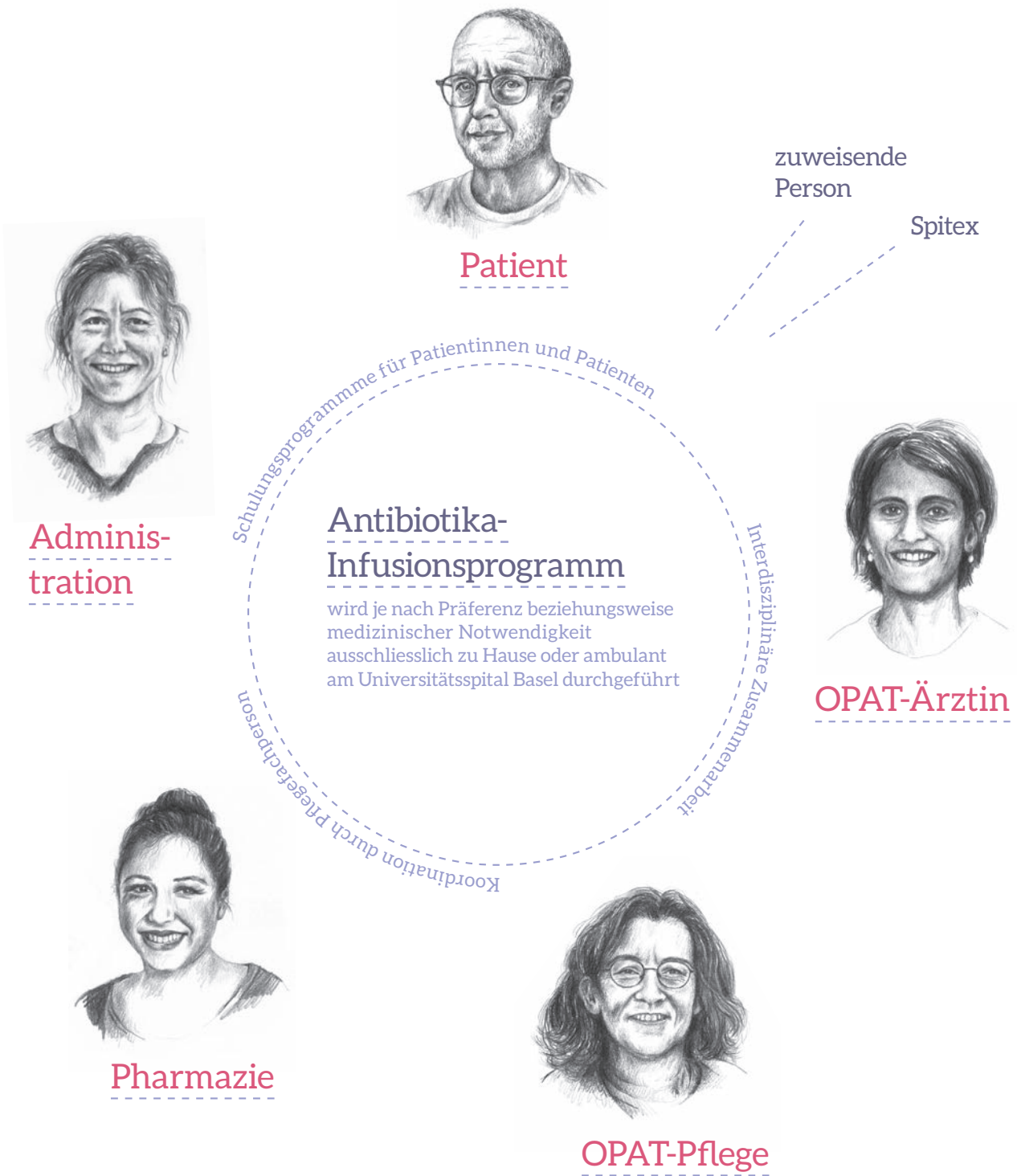
Der ambulante Ansatz des Programms bedingt, dass Aufgaben des Spitals von ambulanten Diensten übernommen werden können. Hier bietet das OPAT-Programm eine Schulung des Personals der ambulanten Pflegedienste an. Auch die Patientinnen und Patienten werden individuell geschult. Beispielsweise wurde die Tochter eines Patienten instruiert, wie sie die Antibiotikapumpe am Wochenende wechseln soll. Zukünftig wird das OPAT-Team ein standardisiertes Schulungsprogramm für Patientinnen und Patienten anbieten. Zudem schult die externe Versandapotheke die Spitexdienste und diese wiederum können dann die Antibiotikapumpen bei den Patientinnen und Patienten zu Hause anschliessen und wechseln. Ein weiteres Beispiel der interprofessionellen Zusammenarbeit ist das Merkblatt für den Umgang mit den Antibiotikapumpen, welches das Ärzteteam, das Pflegeteam und die Spital-Pharmazie gemeinsam mit Patientinnen und Patienten entwickelt haben.

Die Patientenzahl des OPAT-Programms steigt jedes Jahr um rund 20 Prozent. 2017 behandelte das Programm 192 Patientinnen und Patienten. Durch den Erfolg des Programms ist die Akzeptanz für das Angebot bei der ärztlichen Leitung des Universitätsspitals Basel gestiegen. Heute nutzen die Ärztinnen und Ärzte das Angebot regelmässig für ihre Patientinnen und Patienten. Gemäss der beteiligten Fachpersonen haben verschiedene Merkmale zum Erfolg des Programms beigetragen: Ein zentraler Erfolgsfaktor lässt sich beim OPAT-Team selbst feststellen. Die Fachpersonen erachten den Enthusiasmus und die Motivation des Gründungsteams als besonders wertvoll für den Aufbau des Programms. Auch die koordinative Rolle der programmleitenden Pflegefachperson ist für die interne und externe Zusammenarbeit wichtig. Mit rund 15 involvierten Personen im Universitätsspital ist das Team zudem übersichtlich und die Wege zwischen den Fachpersonen sind kurz. Dies fördert eine gute Kommunikation. Für das OPAT-Team ist es auch entscheidend, dass die Zusammenarbeit in einer wertschätzenden und unterstützenden Atmosphäre mit flacher Hierarchie stattfindet.

**«Das Projekt hat mich persönlich weitergebracht. Ich kann mich besser in andere Tätigkeitsbereiche hineinversetzen. Wenn eine Anfrage kommt, kann ich sie besser beantworten, weil ich die Bedürfnisse der anderen Berufe besser kenne.» Spital-Pharmazeutin**



# Das Team in Basel



## Zum Wohl des Patienten

Der Haupttreiber für die Entwicklung des OPAT-Programms war primär das Wohl der Patientinnen und Patienten, die häufig den Wunsch äussern, das Spital so früh wie möglich zu verlassen, beziehungsweise möglichst gar nicht erst ins Spital eintreten zu müssen. Für die Patientinnen und Patienten besteht somit der grösste Nutzen darin, dass sie während der Behandlung ihr Arbeits- und Familienleben weiterführen können. Durch die Behandlung im OPAT-Team profitieren die Patientinnen und Patienten zudem von der Expertise im Bereich Infektiologie. Zusätzlich verringert sich das Gesundheitsrisiko der Patientinnen und Patienten, da das Risiko von im Spital erworbenen Infektionen deutlich reduziert werden kann.

**«Meine Integration in den Alltag ist sichergestellt.  
Ich kann im beruflichen und familiären Umfeld bleiben.  
Das ist das Wichtigste.» Patient**

Das OPAT-Programm sichert zudem eine kosteneffiziente Nutzung der Spitalressourcen, da Betten freigegeben werden und für andere Patientinnen und Patienten verfügbar

sind. Somit profitiert das Universitätsspital Basel von zusätzlichen freien Kapazitäten und Ressourcen, die ihm für stationäre Patientinnen und Patienten, beziehungsweise für Notfallpatientinnen und Notfallpatienten zur Verfügung stehen.

## Finanzierung

Für das OPAT-Team ist es ein zentrales Ziel, den Mehrwert des Programms für den einzelnen Patienten (patientenzentrierte Behandlung) und die Gesellschaft (ambulant vor stationär) darzulegen, um einen sinnvollen Einsatz der zu Verfügung stehenden Ressourcen sicherzustellen. Bisher wurde eine Pflegestelle des OPAT-Programms vom Universitätsspital Basel finanziert. Eine zentrale Herausforderung des OPAT-Programms besteht darin, dass die Koordinationsleistungen des Pflorgeteams schwer abrechenbar sind. Zudem fordert eine ambulante Behandlung andere Kostenrechnungen als eine stationäre Behandlung im Spital. Um diese Herausforderung zu bewältigen, arbeitet das OPAT-Team an der Entwicklung innovativer Vergütungsmodelle für die Betreuung von Patienten im Spital bei gleichzeitiger Therapie am Wohnort.





# Transition to Home after Preterm Birth

Frühgeborene Kinder und ihre Eltern und Geschwister erleben nach der hochspezialisierten und intensiven Betreuung auf der neonatologischen Intensivstation im Spital eine Versorgungslücke. Der Übergang nach Hause in den Alltag ist ein Wagnis und überfordert viele Eltern.

## Transition to Home after Preterm Birth

<b>Kanton</b>	Bern
<b>Organisation</b>	Universitätsklinik für Kinderheilkunde, Neonatologie, Inselspital Bern und Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit
<b>Interventionsbereich</b>	Gesundheitsversorgung, Interprofessionalitätsmodelle
<b>Setting</b>	Spital (stationärer Bereich), spitalambulanter Bereich; häuslicher Bereich
<b>Berufsgruppen</b>	Pflegefachpersonen/Advanced Practice Nurses (APN), Mediziner/-innen, Kinder- und Jugendpsychiater/-innen, Psychologen/-innen, Physiotherapeuten/-innen, Hebammen, Sozialarbeiter/-innen, Heilpädagogen/-innen, Musiktherapeuten/-innen, Seelsorger/-innen
<b>Interprofessionelle Zusammenarbeit</b>	Prävention, Akutversorgung, Versorgung chronisch Kranker, Transition, Pädiatrie
<b>Webseite</b>	<a href="http://www.transitiontohome.ch">www.transitiontohome.ch</a>

Die Unsicherheit, das Gefühl der Eltern, nicht genug vorbereitet zu sein, ihr erhöhter Bedarf an Wissen und Unterstützung und eine ungenügende Koordination der ambulanten Unterstützungsangebote führen häufig zu verlängerten Spitalaufenthalten, Wiederaufnahmen im Spital oder auch zu Notfall- und Kinderarztbesuchen. Im Zentrum des Projekts «Transition to Home after Preterm Birth» steht ein neues Gesundheitsversorgungsmodell, welches den Übergang nach Hause erleichtert, nachhaltig verbessert und sicherer gestaltet. Initiiert wurde das Projekt in einer Kooperation zwischen dem Inselspital und der Berner Fachhochschule. Das neue Versorgungsangebot wird in einer Pilotphase von Februar 2018 bis Anfang 2019 implementiert und evaluiert.

## Kontinuität der Unterstützung

Eine zentrale Erkenntnis für die Projektverantwortlichen ist, dass die Eltern von frühgeborenen Kindern eine Kontinuität in der Unterstützung benötigen, die über den Spitalaufenthalt hinausgeht. Zudem wurde klar, dass viele, bereits vorhandene Unterstützungsangebote nur ungenügend koordiniert sind. An dieser Stelle setzt das Projekt an: Um eine kontinuierliche und koordinierte Unterstützung zu sichern, erhält jede Familie eine spezialisierte, akademisch ausgebildete Pflegefachperson, eine Advanced Practice Nurse, als Ansprechperson. Sie begleitet und berät die Familie und koordiniert die Angebote von der Geburt an, während des Spitalaufenthalts und bis sechs Monate nach dem Austritt.

## Familienzentrierte interprofessionelle Arbeit

Das Projekt setzt ein interprofessionelles Versorgungsmodell um, das einen familienzentrierten Ansatz verfolgt. Das bedeutet, dass die gesamte Familie und ihr Umfeld ins Zentrum der Betreuung gestellt werden. Sie entscheidet, welche Unterstützungsangebote sie annehmen will. Für die Projektverantwortlichen ist die optimale interprofessionelle Zusammenarbeit der zentrale Erfolgsfaktor ihres Projekts. Um dies zu sichern, sieht das Projekt eine Reihe von Massnahmen vor, die sowohl die gemeinsame Entscheidungsfindung als auch den gegenseitigen Informationsaustausch umfassen.

Die Rundtischgespräche sind das Kernelement der interprofessionellen Arbeit im Projekt. Pro Familie werden insgesamt drei Gespräche geführt: das erste Gespräch rund drei Wochen nach der Geburt, das zweite Gespräch vor dem Austritt und das dritte drei Monate nach



«Wir versuchen, die Betreuungsangebote der Familien zu koordinieren und die Mauer zwischen spitalinternen und -externen Bereichen aufzubrechen.» Pflegeexpertin Neonatologie

«Es hat unserem Kind geholfen, dass wir als Eltern vielseitig geschult worden sind. Wir waren irgendwie ‚Profis‘ als wir nach Hause kamen.» Mutter

dem Austritt. Eingeladen werden die stationären und ambulanten Fachpersonen, die an der Unterstützung der Familie beteiligt sind. Die Eltern nehmen ebenfalls an diesen Gesprächen teil. An den Gesprächen werden Aufgaben verteilt und mögliche Zusammenarbeiten besprochen. So kann die bestmögliche Betreuung und Therapie gefunden werden. Die Entscheidungen basieren auf einem interprofessionellen Diskurs zusammen mit der Familie.

Spitalintern dokumentiert die Advanced Practice Nurse im Patientendokumentationssystem die mit der Familie getroffenen Abmachungen, die angezeigten und durchgeführten Beratungen und das geplante Prozedere. Das gesamte spitalinterne Team kann die Dokumentation einsehen. Zusätzlich findet ein Austausch zwischen den Fachpersonen statt, entweder im Rahmen regelmässiger Sitzungen oder durch informelle Kontakte. Spitalextern sichert die Advanced Practice Nurse einen Informationsaustausch mit den ambulanten Fachpersonen. Zudem erhält jede Familie einen Papierordner, in dem alle involvierten Fachpersonen ihre Behandlung dokumentieren. Mit dem Einverständnis der Familie haben alle beteiligten Fachpersonen Zugang zum Inhalt des Ordners. Gemäss den Projektverantwortlichen wird für die Zukunft der Einsatz eines elektronischen Patientendossiers geprüft, der den Zugang zu den Patientendaten für alle beteiligten Fachpersonen erleichtert.



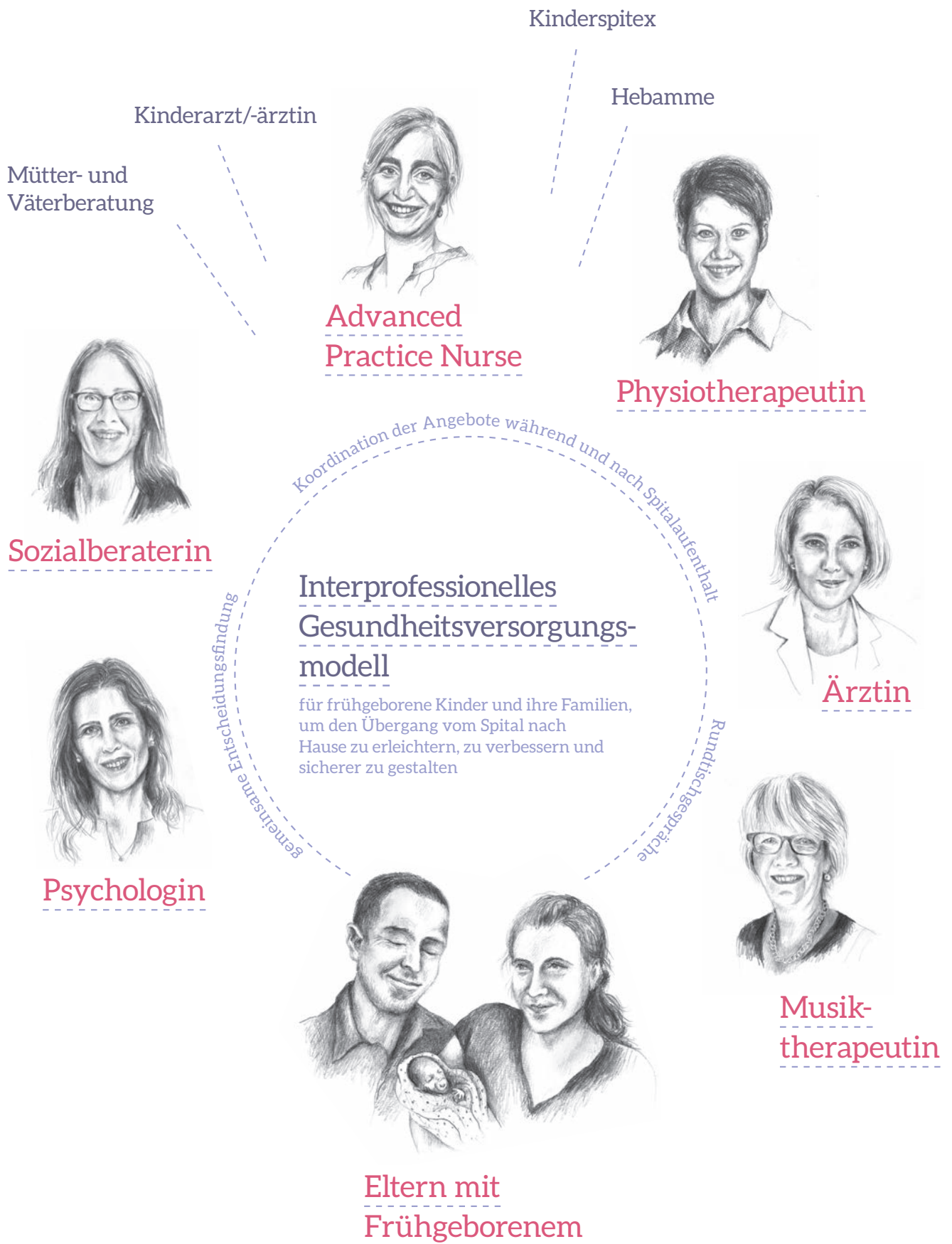
Familien mit Frühgeborenen werden beim Austritt aus dem Spital noch bis zu sechs Monate interprofessionell unterstützt.

## Gemeinsame Identität des Teams

Das Projekt bietet ein Lernfeld an, in dem die Beteiligten interprofessionelle Zusammenarbeit entwickeln können. Die involvierten Fachpersonen haben ein gemeinsames Interesse, voneinander zu lernen und zu profitieren. Die Projektleitung ist davon überzeugt, dass nur dann interdisziplinäre Zusammenarbeit gelingt, wenn die Fachpersonen gleichberechtigt zusammenarbeiten. In der Entwicklung des Projekts ist es zentral, dass das Team eine gemeinsame Identität und Respekt für andere Professionen entwickelt.

Dies bedingt, dass sich die Fachpersonen mit den verschiedenen Identitäten der involvierten Berufsgruppen auseinandersetzen. Um eine gemeinsame Identität zu fördern, ist es für die Projektleitung wichtig, dass sowohl die Entwicklung, als auch die Umsetzung des Projekts einem partizipativen Ansatz aller beteiligten Akteure folgen. Somit wurden alle Gesundheitsfachpersonen aus dem spitalinternen und dem spitalexternen Bereich frühzeitig in die Entwicklung des Konzepts einbezogen – ebenso betroffene Familien. Zudem organisiert die Projektleitung laufend Hospitationen unter den Fachpersonen. So waren Advanced Practice Nurses für einen Einblick in die Arbeit bereits bei der freipraktizierenden Hebamme, beim

# Das Team in Bern



Neuropädiater, bei der Kinderspitex und bei der Mütter-Väterberatung zu Besuch. Im Gegenzug waren die Spitex, eine Hebamme und die Vertretungen des Früherziehungsdienstes des Kantons Bern in der Neonatologie zu Besuch.

## Befähigung der Familie

Die Projektverantwortlichen sind überzeugt, dass die interprofessionelle Betreuung den Behandlungserfolg des Frühgeborenen verbessert und einen positiven Einfluss auf die psychische Gesundheit der Eltern und somit auf die weitere Entwicklung des Kindes hat. Für die Eltern besteht der zentrale Nutzen darin, dass der Übergang vom wochenlangen Spitalaufenthalt in die häusliche Umgebung erleichtert wird. Dabei ist es besonders positiv, dass sie mit einer Vertrauensperson aus der Spitalzeit weiterhin Kontakt haben. So erleben die Familien eine unterstützte Ablösung aus der geschützten Abteilungsumgebung nach dem Austritt. Durch die Vorbereitung auf die Zeit zuhause fühlen sich die Eltern befähigt, den Alltag zu Hause zu bewältigen.

Auch für die involvierten Fachbereiche zeigt das Projekt einen klaren Nutzen auf. Wenn die Unterstützungsangebote bedarfsgerecht koordiniert werden, können die spezifischen Kompetenzen der verschiedenen Leistungserbringer optimal genutzt werden. Damit werden Doppelspurigkeiten vermieden und die Kommunikation und der Informationsfluss verbessert. Somit kann die Spitalaufenthaltsdauer verkürzt werden, was durch Kosteneinsparungen einen Nutzen für das Gesundheitssystem bringt.

**«Das erste Rundtischgespräch war für uns extrem wichtig. Wir hatten vorher von jeder Fachrichtung nur bruchstückhafte Informationen erhalten und konnten diese nicht zusammensetzen. Dank dem Gespräch erhielten wir ein Gesamtbild.» Mutter**

Die Kosten des Spitalaufenthalts eines zu früh geborenen Kindes belaufen sich häufig auf mehrere 100 000 Franken. Gemäss den Projektverantwortlichen sichert eine Investition in die auf den Spitalaufenthalt folgende ambulante Nachsorge der Familien die längerfristigen Wirkungen der hohen Investitionen im stationären Bereich. Aus ökonomischer Sicht lohnt es sich deshalb, sowohl im Hinblick auf die Reduktion von Spätfolgen, als auch aus medizinischen Gründen, in die frühe Kindheit und die Eltern-Kind-Beziehung zu investieren. Durch die zusätzlichen Leistungen, die innerhalb des neuen Versorgungsmodells erbracht werden, können im stationären Bereich Einsparungen durch eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer und Vermeidung von wiederholten Spitalaufenthalten erreicht werden. Im ambulanten Bereich können unnötige Notfallkonsultationen vermieden werden.



## Finanzierung

Das Projekt wird während der Pilotphase 2018 bis 2019 durch Eigenmittel und Drittmittel finanziert. Nach der Implementierung wird die Kostenberechnung aufgrund der Kostenanalysen aus dem Pilotprojekt erfolgen und anschliessend in einem übergeordneten Betriebskonzept festgelegt.

# Gemeinsamer Pflegeplan

Rund 5 bis 10 Prozent der ambulant behandelten Patientinnen und Patienten gelten als solche mit komplexen Bedürfnissen. Diese Personen weisen eine Reihe von Merkmalen auf, die eine Standardbetreuung schwierig machen und denen die Dynamik eines interprofessionellen Teams zugutekommen kann. Zu diesen Merkmalen gehören beispielsweise das gleichzeitige

## Gemeinsamer Pflegeplan

<b>Kanton</b>	Genf
<b>Organisation</b>	Genfer Gesundheitsdirektion (DGS, im Departement für Beschäftigung, Soziales und Gesundheit), Verband PRISM (Promotion des Réseaux Intégrés de Soins aux Malades), Genfer Spitex-Einrichtung (imad)
<b>Interventionsbereich</b>	Alle
<b>Setting</b>	Spital (ambulante Versorgung), Hilfe und Pflege zu Hause, Praxis, Apotheke, Unité d'accueil temporaire médicalisée (Abteilung für temporäre Pflegeaufenthalte) der Cité générations (Genfer «Haus der Gesundheit»)
<b>Berufsgruppen</b>	Ärztenschaft, Pflegepersonal, Apotheker/-innen, medizinische Assistenten/-innen bzw. Praxiskoordinatoren/-innen, administrative Berufe (DGS), Berufe im Versicherungsbereich, andere Berufe (z.B. Informatiker/-innen)
<b>Interprofessionelle Zusammenarbeit</b>	Diverse, v.a. Multimorbidität, Versorgung chronisch Kranker, pflegende Angehörige, Grundversorgung
<b>Kontakt</b>	Aurélie Rosemberg, Direktorin transversale strategische Projekte, aurelie.rosemberg@etat.ge.ch

Auftreten mehrerer Krankheiten (somatische und/oder psychische), erschöpfte pflegende Angehörige oder keine pflegenden Angehörigen, eine grosse Anzahl (nicht koordinierter) Fachleute, sozioökonomische Schwierigkeiten usw.

Im Rahmen des Projekts «Plan de Soins Partagé» (Gemeinsamer Pflegeplan) verfolgt die Gesundheitsdirektion des Kantons Genf in Zusammenarbeit mit PRISM (Promotion des Réseaux Intégrés de Soins aux Malades) und der Genfer Spitex-Plan imad das Ziel, die an der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Bedürfnissen beteiligten Pflegenden zu unterstützen, indem die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Kommunikation zwischen Pflegenden und Patientin oder Patient erleichtert werden.

## Koordinationssitzung – gemeinsame Entscheidungsfindung

Grundstein des Projekts bilden regelmässige Koordinationssitzungen, an denen die Patientin oder der Patient mit den pflegenden Angehörigen, die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt und die zuständige Pflegefachperson teilnehmen. An diesen Sitzungen soll sich das interprofessionelle Team kennenlernen, eine Vertrauensbeziehung aufbauen und gemeinsam eine koordinierte Betreuung erarbeiten, die sich auf die Prioritäten der kranken Person, die gemeinsame Analyse der vorhandenen Problematiken und die gewählten Lösungen stützt.

## Formalisierter und geteilter Pflegeplan

Ein Pflegeplan formalisiert die an den Koordinationssitzungen beschlossenen Punkte. Er beschreibt die Prioritäten der Patientin oder des Patienten, die angezeigten Interventionsbereiche und die damit verbundenen Ziele. Die nötigen Handlungen werden festgelegt und die Verantwortlichkeiten zugewiesen. Die Projektleitenden unterstreichen, dass im Pflegeplan auch proaktive Elementen eine zentrale Rolle spielen, um Zwischenfälle wie Notfallkonsultationen, ungeplante Spitaleinweisungen usw. zu vermeiden.

Dieser Pflegeplan wird geteilt, d.h. alle Teammitglieder konsultieren ihn auf geschütztem Weg über ihr elektronisches Patientendossier. Ausserdem haben die Teammitglieder Zugang zu den Informationen zur Nachverfolgung des Pflegeplans. Möglich ist dies dank der



Patient und Angehörige



spezialisierte  
Pflegefachperson

Sozialassistent/-in



**Pflegefachperson**



**Arzt**

Spezialarzt/-ärztin

Fachfrau/-mann  
Gesundheit (FaGe)

Interoperabilität der verschiedenen Informatiksysteme, die von den Patientinnen und Patienten sowie den verschiedenen Pflegedienstleistenden verwendet werden. Das jeweilige Team entscheidet, welche Informationen für alle sichtbar sein müssen. Gemäss einem Projektleiter wird nur geteilt, was aus Teamsicht relevant ist. Die sofortige Verbreitung der Informationen (Synchronisation) ist entscheidend, da sich der Gesundheitszustand von komplexen Patientinnen und Patienten täglich ändern kann, wie eine pflegende Angehörige betont.

«Gemeinsam schaffen wir mehr und gemeinsam sind wir intelligenter.» Pflegefachfrau

## Ein in Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflegepersonal erarbeitetes Projekt

An der Betreuung komplexer Patientinnen und Patienten sind zahlreiche Pflegedienstleistende mit komplementärem Fachwissen beteiligt. Die Behandlung ist nur dann wirksam, wenn die Interventionen koordiniert und kohärent erfolgen. In einer ersten Phase wurde das Projekt vor allem mit der behandelnden Ärzteschaft und den Pflegepersonen in der Hilfe und Pflege zu Hause ausgearbeitet, da diese den Patientinnen und Patienten am nächsten stehen. Mit einem verbundenen Projekt (Gemeinsamer Medikationsplan) kann das interprofessionelle Team auf die Apothekerinnen und Apotheker und die Spitäler ausgeweitet werden, um die Koordination der medikamentösen Behandlungen zu verbessern. In einem nächsten Schritt sollen auch die entscheidenden Beiträge der sozialen Akteure in den gemeinsamen Pflegeplan integriert werden.

### **Konsens als Mittel**

Die Koordinationssitzungen bilden den Mittelpunkt der interprofessionellen Arbeit. Ziel dieser Sitzungen ist es, einen Konsens über die Ziele und Handlungen zu erreichen, der eine kohärente Betreuung gewährleistet. Die Patientinnen und Patienten entscheiden, ob ihr Pflegeplan geteilt werden soll oder nicht, unterstreicht eine pflegende Angehörige. Um einen Konsens zu finden, müssen die Teammitglieder bereit sein, eng zusammenzuarbeiten. Laut den Projektverantwortlichen bedeutet dies eine grundlegende Praxisänderung, insbesondere für die Ärzteschaft und das Pflegepersonal. Entsprechend werden diese für die interprofessionelle Zusammenarbeit geschult und begleitet. Auch deren Organisationen werden einbezogen, um die Akzeptanz dieser Neuerungen zu fördern.

### **Geteilte Entscheide – flexible Führung**

Die Zuweisung der Führungsrolle innerhalb des Teams ist im Projekt nicht definiert. So muss eine Sitzung nicht zwingend von den Pflegenden einberufen werden, sondern kann auch von einer oder einem pflegenden Angehörigen gewünscht werden. Die Pflegefachperson ist aber dafür zuständig, die an der Koordinationssitzung beschlossenen Punkte in den Pflegeplan aufzunehmen. An der nächsten Koordinationssitzung überprüft das Team, ob die Ziele erreicht wurden und passt diese gegebenenfalls an.

«Häufig sehen die Pflegenden die Behandlung eines komplexen Patienten als therapeutischen Misserfolg. Mit dem Projekt kann nun aber die Situation der Patientinnen und Patienten verbessert werden und dies motiviert.» Arzt

## Nutzen des Projekts

Das Projekt stärkt die Partnerschaft zwischen Patientin oder Patient und Pflegenden und trägt damit zur Qualität und Sicherheit der Pflege bei. Zudem fördert es die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten und wertet die Rolle der pflegenden Angehörigen auf. Diese sind nicht nur Angehörige der Patientin oder des Patienten, sondern im Alltag auch am stärksten in die Betreuung eingebunden, wie eine pflegende Angehörige erklärt.

Die Versorgungssicherheit wird dadurch verbessert, dass im Team über die Ziele und zu treffenden Massnahmen entschieden wird. Überdies trägt das Projekt gemäss den Verantwortlichen dazu bei, die Kompetenzen der einzelnen Fachpersonen besser zu nutzen, da jedes Teammitglied sein Fachwissen einbringen kann. Der interprofessionelle Ansatz vergrössert damit das verfügbare Fachwissen und führt zu besseren Entscheidungen. Zudem ermöglicht die Umstellung von einer «monoprofessionellen» Arbeitsweise auf eine Arbeit im interprofessionellen Team eine Aufteilung der Verantwortlichkeiten und der emotionalen Belastung, die für die Pflegenden entstehen kann. Die positiven Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten sowie die Angehörigen beeinflussen auch die Einschätzung der Fachleute bezüglich ihrer Wirksamkeit. Insgesamt sind die Projektverantwortlichen überzeugt, dass die Arbeit im Team die Zufriedenheit am Arbeitsplatz erhöht.

### «Die kranke Person ist nicht mehr Opfer, sondern Hauptakteur ihrer Gesundheit.» pflegende Anghörige

Heute geht das Gesundheitssystem nur begrenzt auf Patientinnen und Patienten mit komplexen Bedürfnissen ein. Mit dem Projekt «Gemeinsamer Pflegeplan» kann die Kontinuität der Behandlungen verbessert werden. Die bisher gemachten Erfahrungen zeigen, dass mit einem geteilten Plan die Anzahl Spitaleinweisungen und Notfallkonsultationen verringert werden kann. Eine pflegende Angehörige unterstreicht, dass das System letztlich auch dadurch verbessert wird, dass die Patientinnen und Patienten und ihr Umfeld mehr Verantwortung für ihre eigene Gesundheit und diejenige ihrer Angehörigen erhalten.



## Finanzierung

Gemäss den Projektverantwortlichen sind die aktuellen Finanzierungsmodalitäten ein wesentliches Hindernis bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Bedürfnissen. Gerade für solche Patientinnen und Patienten ist eine Koordination unerlässlich, diese wird aber nicht ausreichend honoriert. Die Koordinationssitzungen werden für Pflegefachpersonen nur finanziert, wenn die Patientin oder der Patient als instabil gilt. Dies widerspricht der proaktiven Logik des Projekts, die für diese Patientengruppe wesentlich ist. Die Betreuung komplexer Patientinnen und Patienten erfordert viele Interventionen von kurzer Dauer (z.B. Telefonanrufe). Deren zufällige Verteilung über den Konsultationstag erschwert die Erfassung dieser Leistungen zusätzlich.





# Onkologische Rehabilitation

In der Schweiz sind über 300 000 Personen direkt von Krebs betroffen. Jährlich werden 40 000 neue Krebsfälle diagnostiziert, etwas weniger als die Hälfte davon bei erwerbstätigen Personen. Neben der Krankheit, die ihre Lebensqualität beeinträchtigt, leiden die Betroffenen auch unter den Nebenwirkungen der Therapie (z.B. Müdigkeit oder Konzentrations-schwierigkeiten). Deshalb sind die Patientinnen und Patienten häufig nicht arbeitsfähig und auf die Invalidenversicherung angewiesen. Gezielte Rehabilitationsprogramme für Krebspatientinnen und -patienten können wesentlich dazu beitragen, die Nebenwirkungen von Krebstherapien zu verringern. Damit kann die Lebensqualität sowohl der Betroffenen wie auch ihrer Angehörigen verbessert und die Rückkehr in den Alltag erleichtert werden. Bisher ist in der Westschweiz kein koordiniertes Rehabilitationsprogramm vorhanden. Das Onkologische Rehabilitationsprogramm (Réadaptation Oncologique) des Gesundheitszentrums La Corbière in Estavayer-le-Lac soll diese Lücke schliessen.

## Onkologische Rehabilitation

<b>Kanton</b>	Freiburg
<b>Organisation</b>	Gesundheitszentrum La Corbière, Estavayer-le-Lac
<b>Interventionsbereich</b>	Gesundheitsversorgung, interprofessionelle Modelle
<b>Setting</b>	Gemeinde/Sozialamt, Praxis/Institut
<b>Berufsgruppen</b>	Lehrer/-innen für angepasste körperliche Aktivität (APA), Physiotherapeuten/-innen, Ernährungsberater/-innen, Sozialassistenten/-innen der Gesundheitsligen, Komplementärtherapeuten/-innen (Homöopathie, Akupunktur), Psychoonkologen/-innen, administrative Verwaltung, Krebsliga Freiburg
<b>Interprofessionelle Zusammenarbeit</b>	Prävention, Rehabilitation/Wiedereingliederung, Onkologie, psychische Gesundheit, Gesundheitskompetenz von Patienten/-innen, Ernährungsberatung
<b>Webseite</b>	<a href="http://www.lacorbriere.ch">www.lacorbriere.ch</a>

Die Lage direkt am Neuenburgersee erleichtert den ganzheitlichen Rehabilitationsansatz des Gesundheitszentrums La Corbière.

## Umfassend und evidenzbasiert

Die onkologische Rehabilitation in der Corbière ist ein neunwöchiges ambulantes Rehabilitationsprogramm, das den Patientinnen und Patienten zu mehr Selbstständigkeit verhelfen soll. Der Programmdirektor und der leitende Onkologe halten es für unabdingbar, bei der Behandlung die körperliche Verfassung sowie das psychologische und soziale Wohlbefinden der Patientin oder des Patienten einzubeziehen. Im Laufe des Programms werden die Patientinnen und Patienten vom leitenden Onkologen beurteilt und absolvieren ihrem Gesundheitszustand angepasste körperliche Aktivitäten. Ausserdem erhalten Sie eine Ernährungsberatung und besuchen Kochkurse.

In Gesprächsgruppen werden Strategien besprochen, um besser mit der Krebsdiagnose umgehen zu können (Selbstwahrnehmung, Entspannung, Meditation). Schliesslich erhalten die Patientinnen und Patienten auch Unterstützung im Hinblick auf die berufliche Wiedereingliederung (z.B. ein professionelles Coaching in Zusammenarbeit mit der Krebsliga Freiburg und der IV). Der leitende Onkologe und der Direktor betonen im Interview, dass das Zusammenspiel all dieser Massnahmen für den Erfolg des Programms entscheidend ist.



## Gruppeneffekt

Die Gruppendynamik spielt eine zentrale Rolle im Programm. Alle Kurse finden in der Gruppe statt. Die sozialen Kontakte und der Erfahrungsaustausch unter den Patientinnen und Patienten haben einen positiven Einfluss. Der leitende Onkologe fügt an, dass die Teilnehmenden den Kontakt oft über das Programm hinaus aufrechterhalten und weiterhin gemeinsame Aktivitäten unternehmen (z.B. zusammen trainieren).

**«Die Gruppe war für mich sehr anregend. Ich hatte das Gefühl, in der Gruppe schneller voranzukommen. Die Leute aus meiner Gruppe treffe ich noch heute.»**

Ehemalige Patientin

## Interprofessionelle Arbeit

Gemäss den Programmverantwortlichen hängt der Erfolg der onkologischen Rehabilitationsprogramme stark von der Zusammenarbeit und der Koordination der beteiligten Pflegedienstleistenden und deren Institutionen ab. Zu Beginn jeder Programmphase evaluieren die Gesundheitsfachpersonen (Onkologin/Onkologe, Lehrer/in für körperliche Aktivität [APA]) und Ernährungsberater/in) den Gesundheitszustand jeder Patientin und jedes Patienten der Gruppe. Anschliessend treffen sie sich mit den weiteren beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten und besprechen die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, um das Programm individueller zu gestalten. Eine solche Sitzung zum formellen Austausch wird nach Halbzeit und am Ende der Programmphase wiederholt. Überdies verwenden alle Fachpersonen dasselbe elektronische Patientendossier und können besondere Probleme oder Zwischenfälle darin festhalten.

Auch der informelle Austausch im Team ist wichtig. Die Gruppen sind relativ klein (höchstens 10 Patientinnen/Patienten pro Gruppe), was mehr Nähe schafft und eine engere Begleitung ermöglicht. So tauschen sich die Fachleute auch vor oder nach den Kursen aus. Damit wird sichergestellt, dass diese ihre Behandlungen verbessern können. Gemäss dem APA-Sportlehrer können die Nebenwirkungen der Krebsbehandlung die körperliche Form stark beeinflussen. Wenn der Onkologe ihm die entsprechenden Informationen weitergibt, kann er damit seine eigene Therapie anpassen.

**«Es fehlt an Angeboten, die Krebspatientinnen und -patienten helfen, in ein normales Leben zurückzufinden.»** Onkologe

## Nutzen des Projekts

Gemäss den Projektverantwortlichen wirkt sich das bedürfnisorientierte Programm massgeblich auf den Gesundheitszustand und das allgemeine Wohlbefinden der Patientin oder des Patienten aus. Sie betonen auch, dass die Kostenübernahme durch die Grundversicherung die Chancengleichheit gewährleistet. Einer der grössten Vorteile für die Patientinnen und Patienten ist im Übrigen der umfassende Ansatz des Programms, bei dem auch die berufliche Wiedereingliederung berücksichtigt wird. Eine Patientin bestätigt zum Beispiel, dass ihr das Programm nicht nur dabei geholfen habe, gesund zu werden, sondern ihr auch wichtige Hilfsmittel auf den Weg gegeben habe, um den Alltag zu meistern und selbstständiger zu leben.

Für die Fachkräfte liegt der Nutzen darin, dass sie ihre Einzelhandlungen durch den interprofessionellen Austausch verbessern und gezielter ausrichten können. So kann der APA-Lehrer beispielsweise seine Behandlung anpassen, wenn er vom Onkologen erfährt, dass seine Pati-

# Das Team in Estavayer-le-Lac



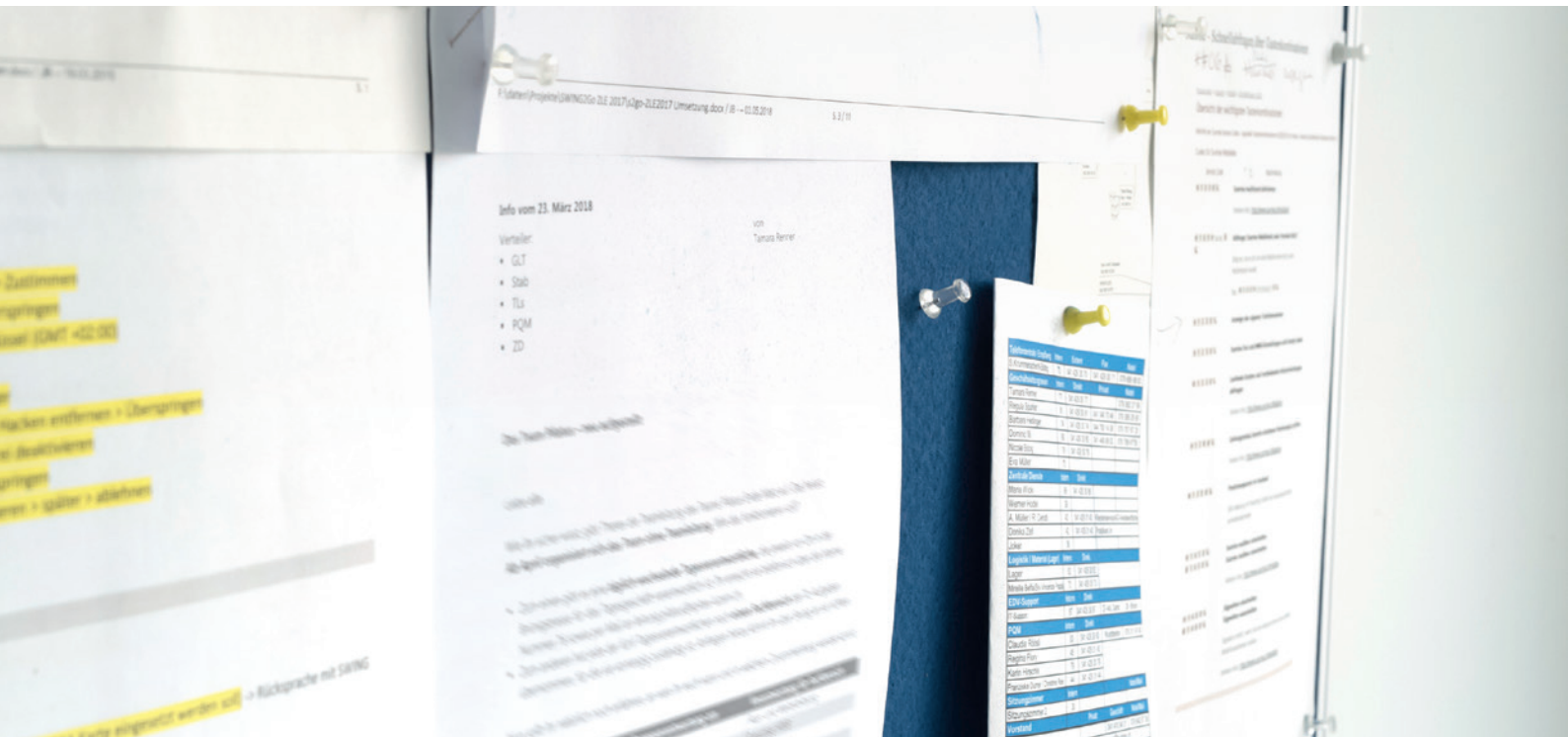
entweder aufgrund der Nebenwirkungen etwas weniger fit ist. Die Fachpersonen gaben auch an, ihre Arbeit als wirkungsvoller einzuschätzen, was ihre Zufriedenheit am Arbeitsplatz erhöhe. Die Programmverantwortlichen stellen fest, dass ihre Patientinnen und Patienten rascher wieder in den Arbeitsmarkt einsteigen können. Entsprechend sind wesentliche Auswirkungen auf die indirekten Pflegekosten zu erwarten: Patientinnen und Patienten, die früher wieder arbeiten gehen, beanspruchen weniger Invaliditätsleistungen oder eine Unterstützung von kürzerer Dauer. Laut Schätzungen sind diese indirekten Kosten doppelt so hoch wie die direkten Kosten der Krebsbehandlung. Die Kosten der Rehabilitation machen durchschnittlich weniger als fünf Prozent der Gesamtbehandlungskosten aus, unterstreicht der Direktor. Darüber hinaus beobachten die Programmverantwortlichen, dass sich der Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten nach dem Programm deutlich verbessert hat.

Neben den tieferen Sozialkosten dank der früheren Rückkehr an den Arbeitsplatz kann ein solches Programm auch zur Senkung des Rückfallrisikos und des Bedarfs an Erhaltungstherapie beitragen (längerfristige Abnahme der Gesundheitskosten).

## Finanzierung

Die Massnahmen des Basisprogramms werden von der Grundversicherung übernommen. Damit wird der Zugang zum Programm für alle Patientinnen und Patienten sichergestellt. Die Finanzierung der Investitionen und der Koordinationsaufgaben ist jedoch problematischer. Letztere werden von der Versicherung häufig nicht übernommen, insbesondere wenn sie von nicht-medizinischem Personal ausgeführt werden. Dadurch entsteht ein Defizit von 1'500 Franken bei der Betreuung jeder Patientin oder jedes Patienten. Diese Kosten werden derzeit von einem privaten Spender getragen.

**«Ich war mir nicht bewusst, dass die Krankheit nicht nur den medizinischen, sondern auch andere Bereiche betrifft.»** Ehemalige Patientin







«Für mich ist es logisch, so zu arbeiten.  
Es ist die einzige Möglichkeit.»

Onkologe







## Impressum

### **Herausgeber**

Bundesamt für Gesundheit, BAG  
Schwarzenburgstrasse 157  
3003 Bern  
[www.bag.admin.ch/fpinterprof](http://www.bag.admin.ch/fpinterprof)

### **Redaktion**

Kristin Thorshaug, Andreas Balthasar,  
INTERFACE Politikstudien Forschung Beratung  
Cinzia Zeltner, BAG

Alle Texte wurden in Zusammenarbeit mit den  
porträtierten Teams erarbeitet.

### **Grafisches Konzept, Layout, Illustration**

Aline Telek

### **Fotos**

Ayşe Yavas (S. 1,9,19-21,40-41)  
Salvatore Vinci (S. 17,26,27)  
AdobeStock, istockphoto (S. 29,31,35)  
div. Leihgaben aus den Teams

### **Druck**

Bundesamt für Gesundheit, BAG

### **Bezugsquelle**

BBL, Verkauf Bundespublikationen, 3003 Bern  
[www.bundespublikationen.admin.ch](http://www.bundespublikationen.admin.ch)  
BBL-Bestellnummer: 316.601.d

Diese Publikation ist in gedruckter oder  
elektronischer Form kostenlos auf Deutsch,  
Französisch und Italienisch erhältlich.

© Bundesamt für Gesundheit, September 2018



