MATIÈRE À RÉFLEXION

N° 1

SCÉNARIOS D'ÉVOLUTION DES SOINS INTÉGRÉS EN SUISSE

UNE PUBLICATION DU

FORUM MANAGED CARE fmc
Das Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
Le forum suisse des soins intégrés
Il forum svizzero delle cure integrate

SOMMAIRE

3 Éditorial
6 Vue d'ensemble des scénarios d'évolution
8 Contexte
13 Scénario campagne
17 Scénario région urbaine
21 Scénario grande ville
24 Actions possibles et incitations
26 Exemples d'application
44 Le portefeuille de prestations
46 Les soutiens du fmc

IMPRESSUM

Éditeur:
fmc – Le forum suisse des soins intégrés
Zugerstrasse 193
6314 Neuägeri
www.fmc.ch

Graphisme et photos pleine page :
Rudi-Renoir Appoldt, Lucerne
www.rrenoir.com

Impression:
Heller Druck AG, Cham
ISBN: 978-3-033-04668-9
© fmc, september 2014

Des exemplaires supplémentaires de fmc Matière à réflexion N°1 peuvent être obtenus chez l'éditeur (info@fmc.ch). La version PDF peut être téléchargée gratuitement depuis le site Web www.fmc.ch.

Nous remercions les expert(e)s de nos partenaires Or et autres partenaires de leur collaboration dans le développement des scénarios d'évolution des soins intégrés en Suisse.

TOUS LES ACTEURS SONT SOLLICITÉS

La fourniture des soins aux personnes malades et accidentées doit être plus intégrée qu'elle ne l'est actuellement. Ce fait relève de l'évidence sur le plan de la politique de la santé, et ne fait plus guère l'objet de contradictions. Les avantages de l'intégration ne sont que trop convaincants: une plus grande coordination et une meilleure intégration permettent non seulement d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patientes et aux patients , mais aussi d'éliminer les dysfonctionnements, d'où des économies de coûts.

Le Conseil fédéral a également accordé une place importante à l'amélioration des soins intégrés dans sa stratégie globale «Santé2020» adoptée en janvier 2013. Lors de la première Conférence nationale sur cette stratégie, à laquelle ont participé à Berne près de 350 acteurs du système de santé, l'encouragement aux modèles de soins intégrés et conformes aux standards actuels a été qualifié par les participants comme le premier des 12 objectifs de la stratégie «Santé2020».

Où est donc le problème si (presque) tous les acteurs s'entendent sur l'orientation des objectifs? Visiblement, on semble avoir des idées différentes quant à la manière d'atteindre une plus grande intégration au vu de la situation actuelle. Ceci est parfois lié à une mentalité de droits acquis ou à un rejet des changements induits par l'intégration. Mais il existe également d'autres obstacles: l'intégration est une notion un peu floue, qui revêt une signification différente dans le domaine des soins aigus et dans celui des soins palliatifs, et dont l'application doit être différente selon que l'on se trouve à la campagne ou en agglomération. Il faudra clarifier cette situation.

Par ailleurs, de très nombreux acteurs prennent part au processus d'intégration. La Confédération crée des conditions-cadres, les cantons sont responsables des soins et les planifient, les nombreux fournisseurs de prestations développent de nouveaux modèles de soins, les assureurs tentent de développer des produits partant d'une fourniture de prestations plus intégrée, et les patientes et patients font enfin leur choix dans cette vaste offre. Aujourd'hui, aucun intervenant n'a la responsabilité centrale du processus d'intégration; il existe plutôt une interaction complexe entre de nombreux acteurs. A ceci s'ajoute le fait que l'intégration n'est pas nécessaire partout dans les mêmes proportions. Pour la Confédération, les processus de soins chez les patientes et patients demandant énormément de prestations sont au premier plan.

La publication que vous avez entre les mains vous offre une intéressante contribution au débat dans ce contexte exigeant. Elle différencie et tente d'éviter les simplifications trop fortes. Enfin, elle exprime des exigences fondées: tous les acteurs ont des devoirs à accomplir si nous voulons atteindre l'objectif ambitieux du Conseil fédéral d'ici 2020.

Stefan Spycher, vice-directeur, unité de direction Politique de la santé

SCÉNARIOS D'ÉVOLUTION DES SOINS INTÉGRÉS EN SUISSE

Évolutions et marges de manœuvre possibles

20

20

VUE D'ENSEMBLE DES SCÉNARIOS D'ÉVOLUTION

Les soins de santé en général et les soins intégrés en particulier seront à l'avenir plus différenciés, et évolueront différemment en fonction de l'environnement. Nous soumettons donc à discussion trois scénarios d'évolution:

	Scénario «campagne»	Scénario «région urbaine»	Scénario «grande ville»
Caractéristiques régionales	Région rurale et/ou de montagne avec une densité de population plus faible et fluctuante en fonction des saisons Exemples: Basse-Engadine, Vallée de Joux	Région plutôt urbanisée, importante sur le plan économique (agglomération, zone desservie > 150 000 assurés) Exemples: Aarau - Baden, agglomération de Fribourg	Agglomération d'une grande ville avec zone desservie > 300 000 assurés Exemples: Bâle, Berne, Genève - Lausanne, Zurich
Caractéristiques des soins	Soins garantis par une organisation de soins intégrés, à laquelle appartiennent pratiquement tous les fournisseurs de prestations. Aucune concurrence ou presque entre les fournisseurs de prestations Contrats entre une organisation de soins intégrés et plusieurs assureurs	Optimisation des soins par quelques organisations de soins intégrés Faible concurrence entre les fournisseurs de prestations Contrats entre une ou plusieurs organisations de soins intégrés et plusieurs assureurs	Optimisation des soins par de nombreuses organisations de soins intégrés avec différentes offres concurrentes La concurrence peut être un instrument de pilotage primaire Contrats entre plusieurs organisations de soins intégrés et plusieurs assureurs

ACTIONS POSSIBLES

Les moteurs déterminants de l'évolution des soins intégrés ces deux dernières décennies ont été notamment des initiatives émanant des acteurs eux-mêmes, en particulier des fournisseurs de prestations et des assureurs. Pour l'évolution future, nous formulons de possibles actions et incitations favorisant notamment l'intégration verticale intersectorielle et pouvant être mises en œuvre dans de nombreux endroits:

Pour les fournisseurs de prestations

- Les réseaux de médecins de famille établissent des coopérations (verticales) intersectorielles avec d'autres fournisseurs de prestations.
- Les médecins généralistes ou spécialistes mettent en place avec d'autres fournisseurs de prestations, des centres de santé, avec des emplois attractifs pour les différents professionnels concernés.
- Les hôpitaux et/ou fournisseurs de prestations travaillant en ambulatoire s'engagent pour des structures et des processus en réseau.
- Les fournisseurs de prestations développent – éventuellement avec des prestataires de services télémédicaux – des programmes d'encadrement pour malades chroniques (souffrant de diabète, de BPCO et d'insuffisance cardiaque).
- Les organisations de fournisseurs de prestations se positionnent notamment dans les régions urbaines en différenciant leurs offres.
- Dans les régions rurales, les centres hospitaliers régionaux mettent à disposition une infrastructure de cabinet pour inciter les nouveaux fournisseurs de prestations à s'installer.
- Les réseaux de soins développent, sur la base de la Stratégie eHealth de la Confédération et des cantons, les premières applications pour de futurs dossiers électroniques des patients.

Pour les assureurs

- Les assureurs-maladie passent des contrats avec des organisations de fournisseurs de prestations qui encouragent la mise en réseau (verticale) intersectorielle et dans lesquels sont convenus de nouveaux modèles de collaboration et de rémunération, ainsi que des critères de qualité.
- Si cela s'avère nécessaire, les assureurs-maladie peuvent soutenir la mise en place de réseaux régionaux de soins avec des financements de départ, notamment dans les régions rurales, et encourager l'attractivité des régions très reculées/alpines avec des valeurs de points tarifaires différenciées.
- Les assureurs-maladie développent, avec les fournisseurs de prestations, de nouveaux modèles de rémunération et les appliquent dans le cadre de projets pilotes.
- Les assureurs-maladie développent ou soutiennent des programmes visant à renforcer la compétence en matière de santé et la compétence patient.

Pour les pouvoirs publics

- Cantons et communes encouragent si besoin la mise en place d'organisations intégrées en octroyant des prêts à taux réduit et en finançant des projets. Ils associent les contributions de soutien à des conditions qui favorisent p. ex. la collaboration, la formation continue ou encore la recherche dans la région.
- Dans les régions rurales, cantons et communes fournissent si besoin des locaux ou (pré)financent l'infrastructure IT.
- Les cantons encouragent l'échange d'expériences et de connaissances entre les organisations de soins intégrés.

CONTEXTE

Les soins intégrés en Suisse connaissent une croissance impressionnante depuis des années. Parallèlement, on observe une nouvelle dynamique à de nombreux niveaux: le «Dialogue Politique nationale suisse de la santé», la plate-forme commune de la Confédération et des cantons, veut renforcer les soins coordonnés et discuter dès 2015 de premières amorces de solutions. Plus des deux tiers des médecins de famille sont affiliés à un réseau de médecins. Les hôpitaux font preuve d'un intérêt et d'un engagement croissants à l'égard des formes de soins intégrés. Un nombre croissant de programmes de traitement pluridisciplinaires optimise sur la base du modèle Chronic Care l'encadrement de patients atteints de maladies chroniques. L'élément rationnel derrière cette dynamique est le fait que davantage d'intégration et de coordination améliore les résultats et la qualité du traitement des patients.

C'est dans ce contexte que le fmc a décidé d'élaborer des scénarios relatifs au développement des soins intégrés en Suisse.

La base de réflexion du fmc «Scénarios d'évolution des soins intégrés en Suisse» est le résultat d'un processus à plusieurs niveaux: partant des moteurs pertinents de l'évolution des soins intégrés et des faits pertinents évoqués dans la littérature, un groupe d'experts du fmc a élaboré les présents scénarios d'évolution en incluant le Comité stratégique.

Le document est complété par 16 exemples d'application en Suisse, dont le dénominateur commun est l'intégration verticale. Ces exemples soulignent la diversité des amorces de solutions et la force d'innovation des partenaires dans le domaine des soins intégrés.

Exemples d'application

Le document est complété de 16 exemples d'application en Suisse dont le dénominateur commun est l'intégration verticale (à partir de la page 26). Ces exemples soulignent la diversité des stratégies et la force innovante des partenaires dans le domaine des soins intégrés.

LES OBJECTIFS DES SCÉNARIOS D'ÉVOLUTION

Les scénarios décrivent des tendances ou de possibles évolutions des soins intégrés en Suisse dans les cinq à dix années à venir. Ils sont volontairement exempts de toute évaluation, sans concurrence entre eux, et ne reflètent pas non plus les souhaits du fmc. Ils sont basés sur des innovations et des initiatives actuelles. Avec les scénarios d'évolution décrits ci-après, nous voulons

- soutenir le développement des soins intégrés en Suisse et encourager une vaste compréhension (dans le sens d'un «langage commun»);
- lancer des discussions sur des évolutions souhaitables et non souhaitables;
- donner une orientation aux principaux acteurs – fournisseurs de prestations, assureurs-maladie & autres organes supportant les coûts, patients, politiques & pouvoirs publics – et mettre en évidence des marges de manœuvre (également celles qui n'ont pas été mises à profit jusqu'à présent).

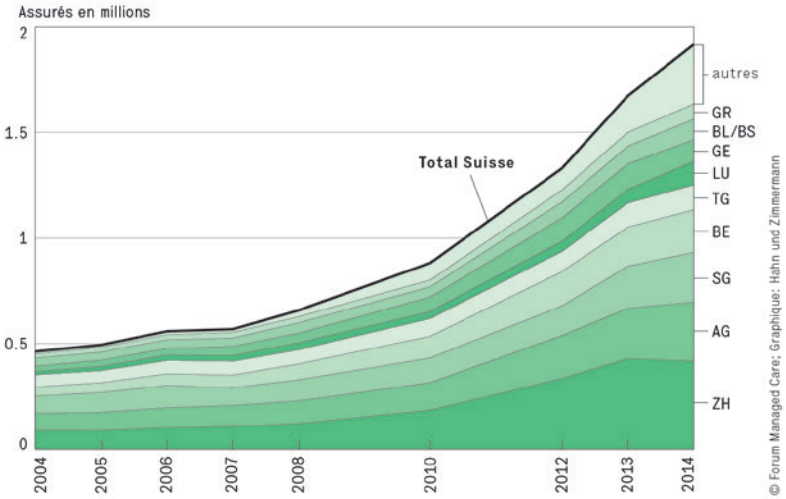
Nous partons du principe que les soins intégrés évolueront d'une manière différenciée et en fonction de l'environnement (centre/périphérie, pyramide des âges, offre de soins et de prestations, etc.). C'est la raison pour laquelle nous formulons trois scénarios d'évolution: «campagne», «région urbaine» et «grande ville».

Ces scénarios ne sont pas strictement distincts les uns des autres. Des combinaisons et variantes autres que celles choisies ici sont possibles, par exemple les régions urbaines et les grandes villes dans des zones frontalières, où l'on peut s'attendre à une plus grande densité de spécialistes venus de la zone UE, et où des organisations de soins supranationales pourraient également se constituer à l'avenir. Les scénarios se concentrent sur les soins, c'est-à-dire l'intégration du traitement et de l'encadrement et ceci, que les prestations demandées résultent d'un accident, d'une maladie aiguë ou chronique, du maintien en bonne santé ou d'une dépendance. Dans la présentation des scénarios qui suit, nous nous concentrons sur des aspects différenciés et renonçons, pour une meilleure lisibilité, à répéter toutes les estimations dans chaque scénario. Des aspects du financement, du pilotage et de la régulation sont mentionnés aux endroits où ils sont pertinents pour l'intégration. Le présent document et les scénarios sont à considérer comme un «work in progress», et sont mis à jour si nécessaire.

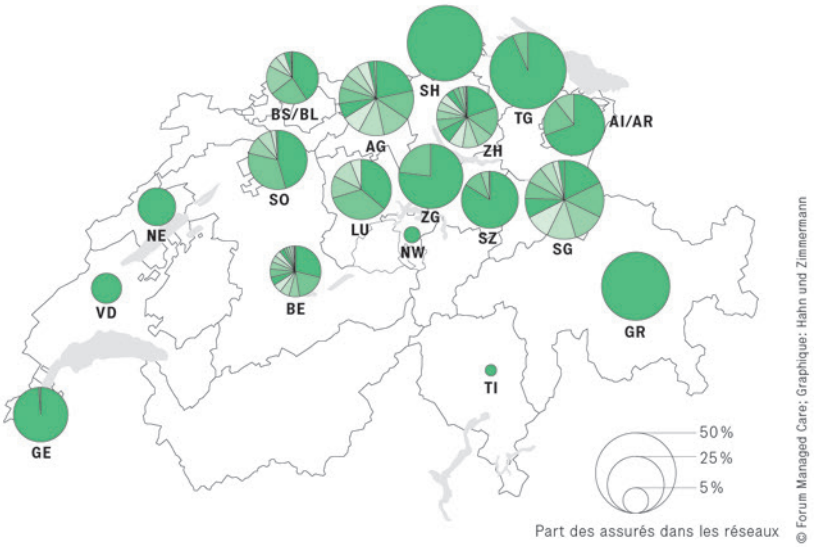
CHIFFRES ACTUELS SUR LES SOINS INTÉGRÉS EN SUISSE

Près de 2 millions (24 pour cent) d'assurés étaient affiliés à l'un des 75 réseaux de médecins et de cabinets médicaux au début de l'année 2014. Ce nombre représente 44 pour cent de plus qu'en 2012 et le triple du nombre de 2008. L'élément remarquable est que la Suisse romande regagne du terrain ici: si les assurés affiliés à un réseau étaient auparavant largement concentrés dans le seul canton de Genève, leur part croît en Suisse romande plus rapidement que la moyenne nationale depuis 2012 (58% entre 2012 et 2014 contre 44%).

Assurés dans des réseaux de médecins par canton et dans toute la Suisse de 2004 à 2014



Répartition régionale et parts des assurés des réseaux de médecins en 2014

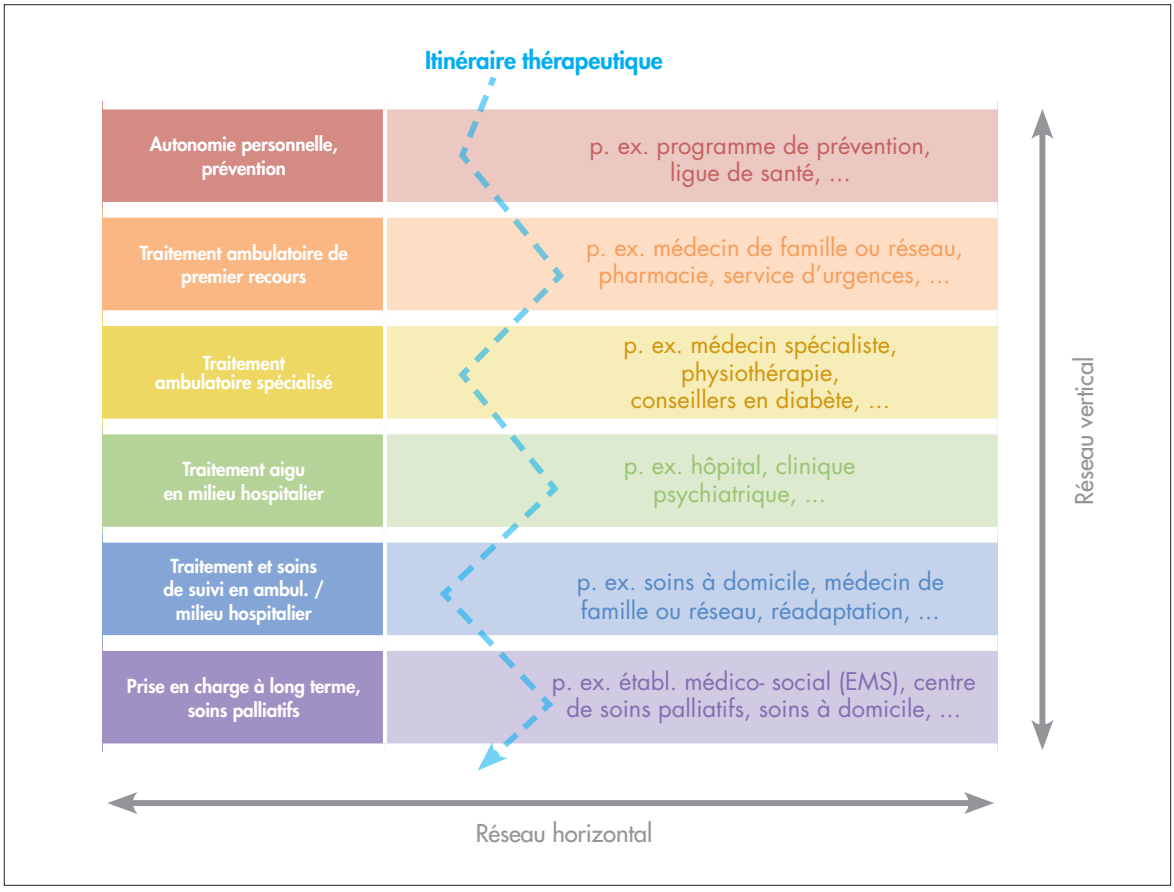


Les réseaux de médecins se différencient de plus en plus; seul un sur cinq n'est qu'un pur réseau de médecins de famille. Le spectre s'étend aujourd'hui des réseaux avec une couverture presque complète à l'échelle cantonale des soins des médecins de famille comme dans le canton des Grisons, à des réseaux en concurrence présentant différents spectres de prestations, programmes d'encadrement pour malades chroniques ou coopérations contractuelles comme dans les centres urbains Zurich ou Berne.

NOS POINTS DE DÉPART

- L'intégration horizontale, c'est-à-dire la mise en réseau au sein d'un domaine ou d'un secteur (p. ex. au sein de la médecine de premier recours ambulatoire), est poursuivie de manière conséquente. Elle est complétée progressivement par une intégration verticale, c'est-à-dire une mise en réseau couvrant tous les domaines ou secteurs tout au long des processus d'encadrement (p. ex. médecin de premier recours-hôpital de soins aigus-réadaptation-soins de longue durée; fig. 1).
- Nous tenons compte de différences régionales et linguistiques (p. ex. entre Suisse alémanique et Suisse romande), d'initiatives cantonales, suprarégionales et nationales en cours ou prévues, ainsi que de structures et d'instruments qui se sont établis au cours des 20 dernières années. Réseaux de médecins/de soins, systèmes d'assurance-qualité et de controlling, itinéraires cliniques, programmes de gestion des maladies en font partie.
- Nous tenons compte de toutes les parties prenantes: fournisseurs de prestations, assureurs-maladie et autres organes sup-

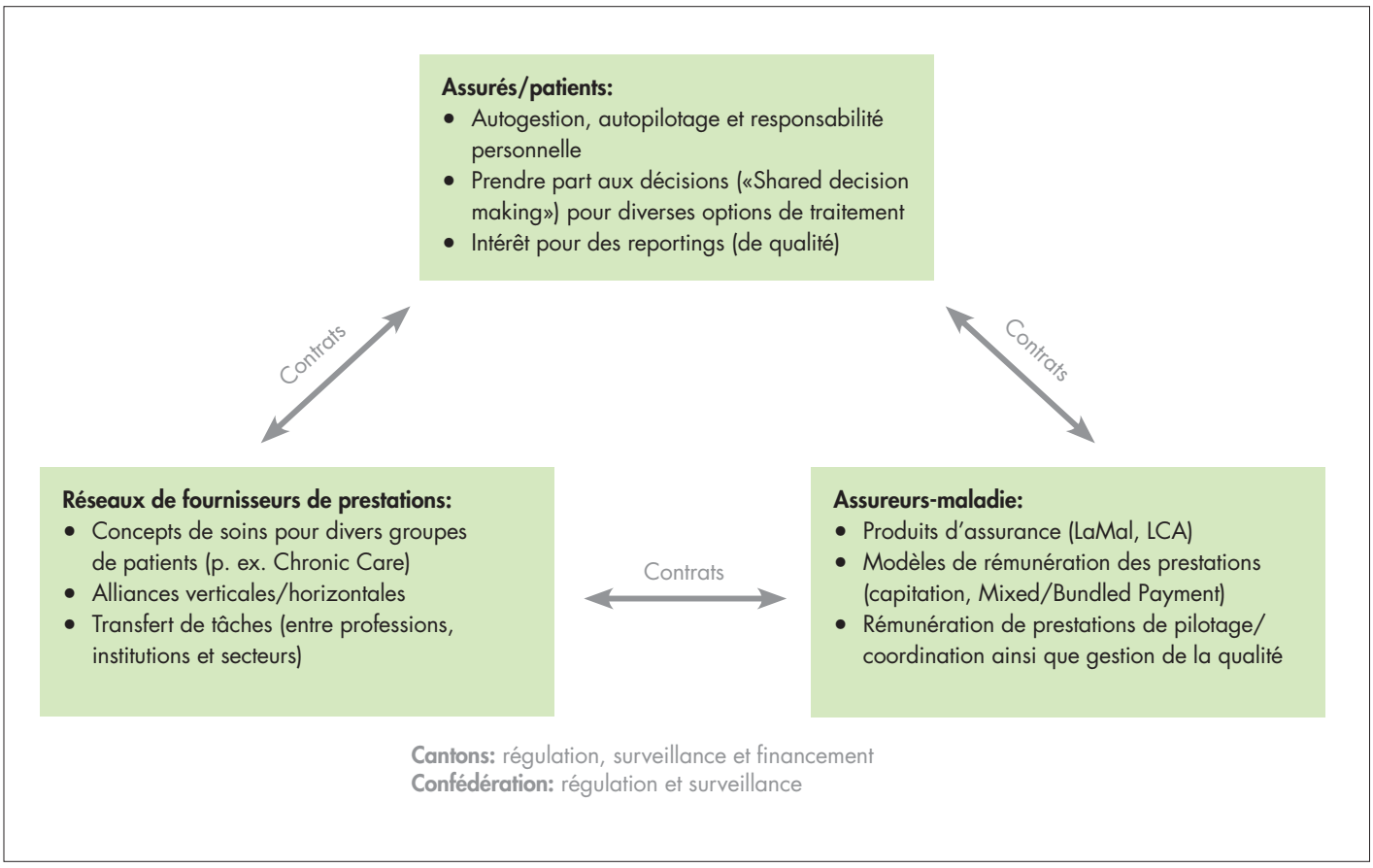
fig. 1 : **Intégration horizontale et verticale**



portant les coûts, patients, politiques et pouvoirs publics.

- Le moteur central des soins intégrés est l'interaction entre assurés/patients, fournisseurs de prestations et assureurs-maladie. Les relations mutuelles sont régies par contrat (fig. 2).
- Pour encourager cette interaction, on utilise de plus en plus de moyens auxiliaires électroniques pour la saisie, la transmission et l'évaluation de données axées sur les patients, la qualité et les processus. Pour cela, il est nécessaire que l'industrie propose aux fournisseurs de prestations et aux patients des solutions IT ouvertes, basées sur des standards reconnus et permettant un échange de données intégré. De cette manière, on abolit les frontières régionales en matière de soins, et des applications éprouvées peuvent être utilisées à l'échelle nationale. Le développement de telles solutions s'oriente vers les travaux de mise en œuvre de la «Stratégie Cybersanté (eHealth) Suisse» de la Confédération et des cantons; la sécurité des investissements est également garantie de cette manière.

fig. 2 : Interaction des acteurs dans les soins intégrés

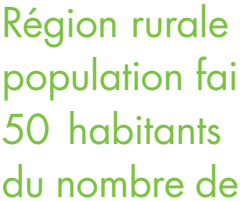


SCÉNARIO
CAMPAGNE

CADRE

Région rurale et/ou de montagne, avec une densité de population faible mais également diversifiée (autour de 50 habitants au km^2). Fortes fluctuations saisonnières du nombre de personnes bénéficiant de soins en raison du tourisme. Communes comptant entre 1000 et 7000 assurés. Grosses différences régionales, du lieu de villégiature de la clientèle touristique aisée au traditionnel village montagnard paysan. Le manque de médecins de famille, d'offres en termes de médecine spécialisée et d'autres professionnels se fait particulièrement sentir ici comparé aux zones urbaines. 1 praticien généraliste pour 3000 habitants contre 1 pour 1500 dans les grandes villes. Un hôpital de district existant depuis de longues années est – notamment en raison d'un nombre insuffisant de cas – fermé ou transformé en centre de santé.

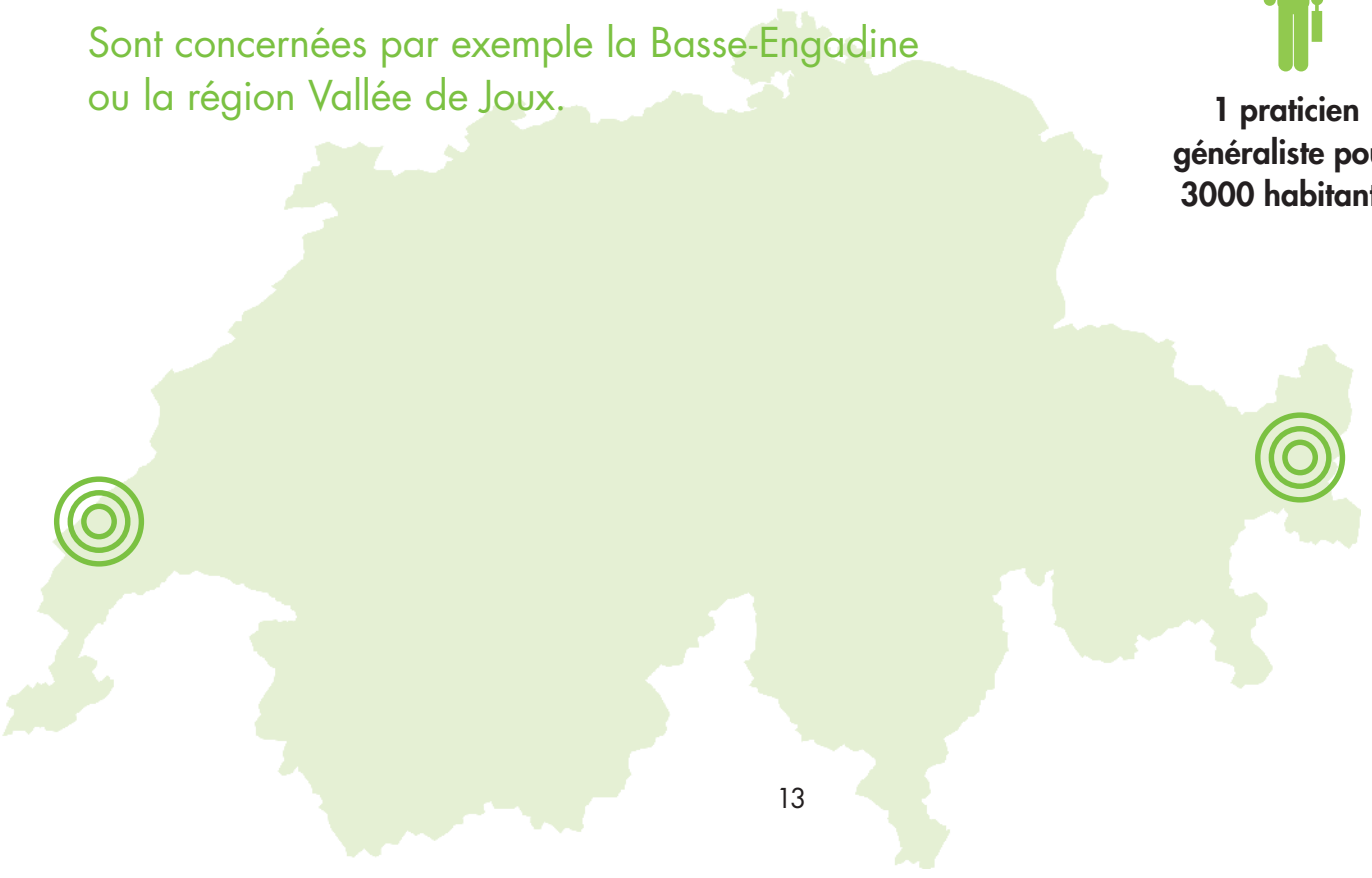
Sont concernées par exemple la Basse-Engadine ou la région Vallée de Joux.



Communes comptant entre 1000 et 7000 assurés

Un hôpital de district est transformé en centre de santé

1 praticien généraliste pour 3000 habitants



SOINS DE SANTÉ ET SOINS AUX PATIENTS

Le principal élément est le Réseau régional de santé, initié par un groupe de médecins de famille et de médecins spécialistes engagés, et mis en place avec le concours du centre hospitalier régional. Le Réseau régional de santé comprend principalement, par exemple:

- Deux centres de santé: cabinets de groupe avec 2 à 4 médecins de premier recours, 2 à 4 médecins spécialistes, cliniques de jour de chirurgie/médecine spécialisée, radiologie, services de conseil (p. ex. consultation diabète), physiothérapie, pharmacies. Ce centre de santé met à disposition certaines prestations pour l'ensemble de la région (p. ex. psychiatrie ambulatoire ou petite offre stationnaire, notamment orthopédique et chirurgicale).
- Un centre de médecine générale dans l'enceinte d'un centre de soins dans la région.
- Des cabinets individuels et de groupe avec une orientation médicale générale et spécialisée.
- Des «Flying doctors»: équipes de médecins de premier recours mobiles, composées de médecins et d'infirmières/infirmiers praticiens («Nurse Practitioners»), qui se déplacent au domicile des patients en dépit du manque de personnel spécialisé.
- Des centres d'aide et soins à domicile, soins aux personnes âgées avec habitat encadré et centres de soins affiliés.
- Des programmes d'encadrement de grande ampleur à destination des malades chroniques (souffrant notamment de diabète, de BPCO et d'insuffisance cardiaque) avec prise en compte de fournisseurs de prestations non médicales tels que pharmaciens et ACM spécialisés ou infirmières/infirmiers diplômés.
- Des offres de services télémédicaux avancées, p. ex. cabinet (de médecins de famille) en ligne ou consultations en ligne pour des besoins relevant de la médecine spécialisée comme la télédermatologie.
- Pour les prestations qui ne sont pas proposées dans la zone desservie, il existe des coopérations avec le centre hospitalier régional et d'autres institutions. Les soins d'urgence et le service de sauvetage sont assurés en collaboration avec le centre hospitalier régional.

Le réseau de santé assure la coordination des soins dans toute la région et harmonise l'ensemble des offres entre elles. Un projet de recherche étudie, à l'aide de la demande en prestations ambulatoires et stationnaires, la qualité du fonctionnement des soins sur tout le territoire. Cette recherche sur les soins relaie l'approbation de la population en faveur du Réseau régional de santé.

Le réseau et/ou les fournisseurs de prestations qui y sont affiliés se sent(ent) responsable(s) d'une fourniture de soins de grande qualité à l'ensemble de la population de la région, ainsi qu'aux touristes. Cela signifie également que le potentiel des modèles de soins intégrés, notamment l'offre de conditions plus attrayantes pour les médecins de famille et un meilleur encadrement pour les patients, est exploité le plus largement possible.

FINANCEMENT

Le réseau de santé finance sa mise en place principalement par des fonds propres de l'organisation.

En fonction des conditions-cadres économiques de la région, la mise en place est soutenue par des contributions de la part des communes, du canton et d'assureurs-maladie ou d'autres partenaires. Une étroite concertation est à établir, de façon à utiliser les moyens financiers en fonction des besoins.

L'activité actuelle du réseau de santé s'autofinance en grande partie avec les rémunérations des prestations. Le syndicat des communes engagées et le canton participent si nécessaire à des prestations communautaires, p. ex. pour l'organisation en cas d'urgence ou celle d'un service de piquet.

D'autres contributions, p. ex. du canton, viennent soutenir des projets tels que l'assistanat en cabinet, des programmes de transfert ville/campagne (pour garantir la capacité en termes de médecins de famille), ou des contributions pour la gestion de la qualité (p. ex. cercles de qualité interdisciplinaire, collecte et évaluation de données sur les soins aux patients).

PILOTAGE

La coopération des organisations/fournisseurs de prestations engagés au sein du réseau est régie d'une manière contraignante par une convention entre le réseau et les fournisseurs de prestations, qui renferme les principaux points suivants:

- formations continues spécifiques autour de la collaboration interdisciplinaire;
- gestion de la qualité (p. ex. cercles de qualité interdisciplinaires, indicateurs de qualité développés en commun, saisie et évaluation de données);
- participation à des projets communs (p. ex. achats en commun, programmes d'encadrement communs, projets de recherche).

Le Réseau régional de santé est organisé de façon indépendante et dirigé par un comité de direction. Les principaux organes responsables sont les communes de la région et/ou le syndicat intercommunal qu'elles forment, ainsi que des institutions privées (organisations/fournisseurs de prestations).

Le réseau de santé organise chaque année une «Conférence régionale sur les soins intégrés», lors de laquelle toutes les personnes intéressées peuvent s'informer sur les projets et les instruments de pilotage.

Le canton peut donner un cadre et créer des incitations pour
- encourager, planifier et piloter la mobilité des fournisseurs de prestations (p. ex. en fournissant l'infrastructure);
- encourager, planifier et évaluer la multifonctionnalité et la répartition des tâches;
- introduire et évaluer des programmes thérapeutiques pour certains groupes de patients (p. ex. diabétiques).

SCÉNARIO

RÉGION URBAINE

CADRE

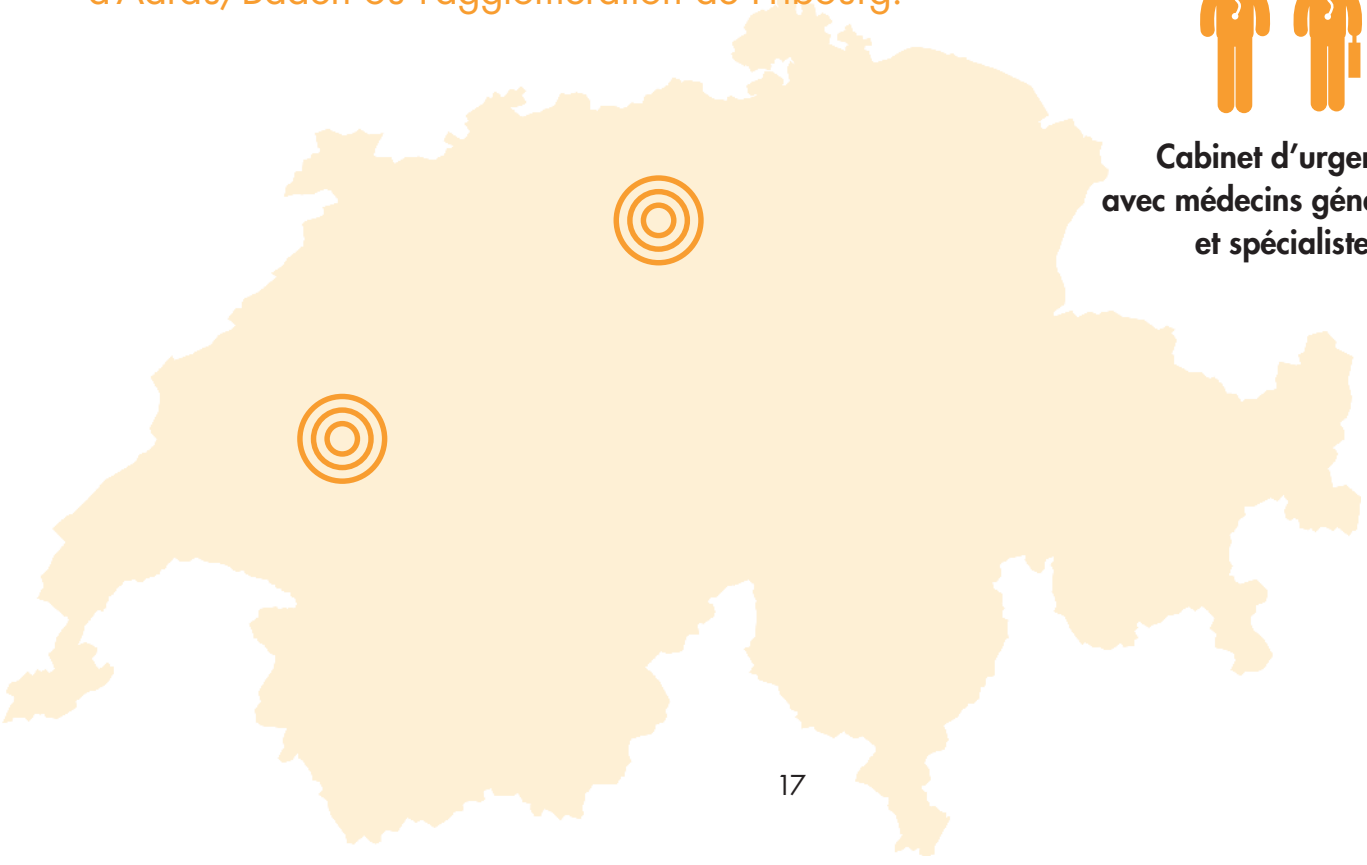
Région plutôt urbanisée (agglomération, zone desservie > 150 000 assurés, densité de population autour de 500 habitants au km^2). Importante région économique avec des entreprises de différents secteurs, tourisme, haute école spécialisée et hôpital cantonal (avec plusieurs sites). Hôpitaux publics et privés se disputent de plus en plus les patients et les offres de prestations (listes hospitalières). Il y a quelques années, la conception des soins d'urgence ambulatoires a été revue: ceux-ci sont désormais centralisés dans un cabinet d'urgences situé au sein de l'hôpital cantonal et géré en commun par des médecins de famille et des médecins hospitaliers. Ceci permet de soulager les médecins de famille et de trier à temps les patients qui ne doivent pas être hospitalisés.

Sont concernées par exemple la région d'Aarau/Baden ou l'agglomération de Fribourg.

> 150'000 assurés

Hôpitaux publics et privés se disputent

Cabinet d'urgences avec médecins généralistes et spécialistes



SOINS DE SANTÉ ET SOINS AUX PATIENTS

Les bonnes expériences faites avec le cabinet d'urgences basé à l'hôpital et d'autres projets de l'hôpital et des deux réseaux de médecins situés dans les environs constituent la base de la vaste alliance de coopération existant dans cette région. Le noyau de cette alliance est la coexistence de différents conglomérats de fournisseurs de prestations (et non d'une structure supérieure indépendante) qui s'harmonisent généralement entre eux par des accords de coopération bilatéraux:

- deux réseaux de médecins, avec des cabinets individuels ou de groupe pour la médecine interne générale et la médecine spécialisée, couvrent avec trois centres médicaux plus importants un large spectre de prestations médicales et incluent des pharmacies ainsi que des cabinets de radiologie et des laboratoires. Un grand nombre de médecins spécialistes disposent d'un secteur privé sur l'un des sites hospitaliers. Un des deux réseaux se positionne dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, et recrute des assurés avec des programmes de prévention intelligents;
- un réseau de psychiatrie réunit les institutions ambulatoires et stationnaires de la région et est responsable de l'encadrement de personnes atteintes de troubles psychiques et psychiatriques. Le réseau exploite notamment un centre d'intervention en cas de crise ainsi qu'un «Case Management» psychiatrique, et entretient des coopérations fermes en particulier avec les réseaux de médecins, les institutions de soins et les services sociaux;
- l'hôpital cantonal comprend trois sites partiellement autonomes avec des spécialités différentes et des domaines communs pour tous les sites, organisés par départements. De plus, l'hôpital a mis en place un centre médical et deux cabinets collectifs, qu'il exploite en collaboration avec des partenaires; les médecins et le personnel sont employés. Les collaborateurs peuvent intervenir de manière flexible à l'hôpital ou au centre médical;
- une diversité des modèles d'encadrement Chronic Care supérieure à la moyenne est permise grâce à l'étroite collaboration entre médecins de premier recours, spécialistes, et fournisseurs de prestations ambulatoires et stationnaires basés à l'hôpital. La particularité de ces modèles est une meilleure harmonisation des différentes mesures (médicales) ainsi que des besoins des patients et de leurs proches. La documentation du patient commune et majoritairement électronique facilite considérablement ces concepts d'encadrement. Les modèles Chronic Care sont évalués avec des instituts scientifiques dans le cadre de projets de recherche;
- d'autres fournisseurs de prestations (pharmacies, réadaptation, aide et soins à domicile, institutions de soins) sont majoritairement liés par des contrats de coopération bilatéraux;
- on s'entend chaque fois sur la personne en charge du patient: très souvent, il s'agit du médecin de premier recours; dans les situations chroniques complexes, ce sont les fournisseurs de prestations spécialisées; pour les personnes suivies essentiellement pour des soins, on fait appel à des coachs de patients qui sont affiliés à un hôpital ou un réseau. Une part croissante de l'encadrement est liée à des protocoles de traitement et des «Guidelines»;
- les soins d'urgence et le service de sauvetage sont assurés par les fournisseurs de prestations ambulatoires et stationnaires de l'alliance de coopération.

La participation engagée des fournisseurs de prestations entraîne les coopérations intensives de manière significative; des cadres judicieux et des incitations de la part des politiques et des financiers les soutiennent ici. On crée ainsi des possibilités de formation et de formation continue attrayantes, ainsi que des emplois pour des ACM, des infirmières/infirmiers et des médecins. Tout cela renferme une plus-value considérable à moyen et long terme.

FINANCEMENT

Divers partenaires de coopération constituent une organisation qui convient, avec les assureurs-maladie, d'une forme de rémunération des prestations adéquate (p. ex. coresponsabilité budgétaire, Mixed/Bundled Payment, modèle Pay-for-Performance, cofinancement de modèles d'encadrement Chronic Care spécifiques).

Parce qu'une rémunération qui englobe des processus thérapeutiques sur plusieurs niveaux de soins, notamment l'hôpital et les fournisseurs de prestations ambulatoires, soutient un encadrement cohérent et réduit les risques de raccourcissement de la durée d'hospitalisation lié aux DRG.

Les contributions cantonales peuvent si besoin soutenir le financement d'assistanats en cabinet (formation post-graduée médicale dans des cabinets) et des initiatives et mesures de qualité particulières (p. ex. collecte et évaluation de données sur les soins aux patients).

PILOTAGE

La coopération des fournisseurs de prestations engagés dans les organisations est régie d'une manière contraignante par une convention entre l'organisation et les fournisseurs de prestations, qui renferme les principaux points suivants:

- formations continues spécifiques autour de la collaboration interdisciplinaire;
- gestion de la qualité (p. ex. cercles de qualité interdisciplinaires, indicateurs de qualité développés en commun, collecte et évaluation des données);
- participation à des projets communs (p. ex. achats en commun, programmes d'encadrement communs, projets de recherche);
- répartition du paiement des prestations entre les différents fournisseurs de prestations.

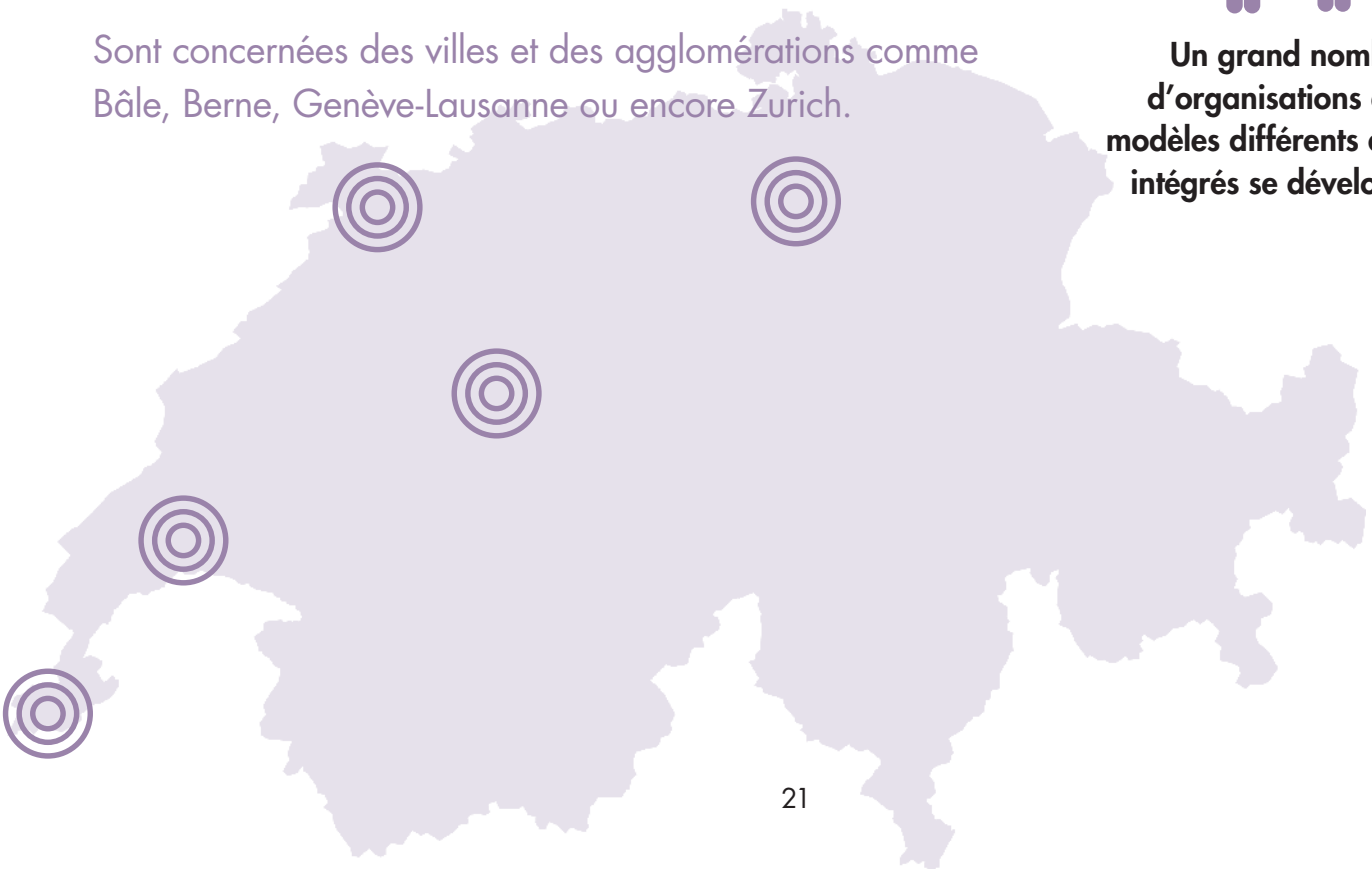
Les organisations sont indépendantes et dirigées par un comité de direction.

SCÉNARIO GRANDE VILLE

CADRE

Agglomération d'une grande ville avec zone desservie > 300 000 assurés (densité de population supérieure à 1000 habitants au km^2), un hôpital universitaire, de nombreuses institutions hautement spécialisées telles que centres d'oncologie ou de transplantation, ainsi que d'autres hôpitaux. Forte densité de médecins du secteur ambulatoire, avec près de 5 médecins pour 1000 habitants (dont 0,7 praticien généraliste); tendance à la hausse. Un grand nombre d'organisations et de modèles différents de soins intégrés se développent, p. ex. réseaux de médecins avec généralistes et/ou spécialistes, centres médicaux/thérapeutiques, modèles Chronic Care, modèles pour les personnes atteintes de démence et leurs proches, pour des segments de clientèle particuliers (Frequent Flyers avec réseau de soins à l'étranger, expatriés, pour la médecine dite du mode de vie («Lifestyle Medicine») avec check-ups, médecine du vieillissement, interventions de chirurgie esthétique).

Sont concernées des villes et des agglomérations comme Bâle, Berne, Genève-Lausanne ou encore Zurich.



> 300'000 assurés

Hôpital universitaire et autres hôpitaux

Un grand nombre d'organisations et de modèles différents de soins intégrés se développent

SOINS DE SANTÉ ET SOINS AUX PATIENTS

Conséquence de la forte densité de fournisseurs de prestations, les soins de santé et les soins aux patients se caractérisent par la coexistence d'une pléthore d'organisations de soins ambulatoires et stationnaires intégrés:

- plusieurs réseaux de médecins différemment positionnés (purs réseaux de médecins de famille, réseaux avec des médecins de premier recours et des spécialistes, réseaux avec des membres médicaux/non-médicaux) offrent leurs prestations seuls ou en collaboration avec d'autres organisations telles qu'hôpitaux, organisations d'aide et de soins à domicile, établissements médico-sociaux, pharmacies, institutions de réadaptation et de physiothérapie. Au sein de ces réseaux et/ou coopérations s'est développée une répartition du travail interdisciplinaire, notamment entre médecins de famille, spécialistes, pharmacies ainsi qu'ACM spécialisés et infirmières/infirmiers;
- dans le grand centre de santé qui est mis en place par un hôpital et deux réseaux de médecins se trouvent un cabinet d'urgences ouvert 24 heures sur 24, 365 jours par an, plusieurs centres de compétences pour certains groupes de patients (p. ex. une clinique psychiatrique de jour sans rendez-vous, un centre de gériatrie, un centre Chronic Care), ainsi que des services d'aide et de soins à domicile avec une petite unité de lits pour les prises en charge de courte durée de patients âgés. De plus, le centre de santé est un centre de formation et de formation continue attractif pour les médecins, les infirmières/infirmiers et les ACM;
- les groupes de patients nécessitant un suivi complexe sont encadrés dans les propres structures de réseau: par exemple dans un réseau d'oncologie dans lequel le parcours des patients, l'évaluation clinique, les conférences et les «Boards», mais aussi les prises de rendez-vous sont mis en réseau et harmonisés entre eux. Le réseau d'oncologie se caractérise par des formes d'encadrement innovantes et une orientation patients extrêmement forte, par exemple en ce sens que la communauté de patients est impliquée dans le développement de son itinéraire ou dans des formations continues médicales;
- l'hôpital universitaire exploite un gros hôtel de patients, dans lequel ces derniers sont installés dès qu'ils n'ont plus besoin de soins intensifs après une opération ou un accouchement, et où il est possible de faire appel aux médecins compétents si nécessaire. Également situé tout près, l'hôpital universitaire gère un établissement médico-social intermédiaire (unité d'accueil transitoire), qui encadre les patients gériatriques et en soins palliatifs entre l'hospitalisation aiguë et le séjour en établissement de long séjour ou chez eux.

Une concurrence favorisant l'innovation existe entre les différentes organisations. D'un autre côté, des coopérations peuvent être entravées, par exemple si de gros hôpitaux contrarient de petits partenaires de coopération en insistant pour en faire beaucoup (trop) eux-mêmes. La situation concurrentielle entre le domaine de soins intégrés et les hôpitaux privés (et/ou les médecins qui y disposent d'un secteur privé) cache en outre un potentiel de conflit, notamment en ce qui concerne les patients disposant d'une assurance complémentaire.

FINANCEMENT

Divers partenaires de coopération constituent une organisation qui convient, avec les assureurs-maladie, d'une forme de rémunération des prestations adéquate (p. ex. coresponsabilité budgétaire basée sur la capitation, Mixed/Bundled Payment, modèle Pay-for-Performance). Le fait que celle-ci soit supportée par l'hôpital et les fournisseurs de prestations ambulatoires permet un encadrement cohérent et réduit les risques de raccourcissement des durées d'hospitalisation lié aux DRG.

PILOTAGE

La collaboration entre les institutions et les fournisseurs de prestations dans une organisation est régie par des accords de coopération.
La concurrence entre les prestataires est un élément de pilotage supplémentaire. La condition préalable pour cela est une plus grande transparence pour les patients (p. ex. «Public Reportings», certification), de manière à ce que ces derniers puissent être informés de la qualité des prestataires et/ou des prestations. Si nécessaire, les conditions-cadres légales correspondantes doivent être adaptées.

ACTIONS POSSIBLES ET INCITATIONS

Les moteurs déterminants de l'évolution des soins intégrés ces deux dernières décennies ont été notamment des initiatives émanant des acteurs eux-mêmes, en particulier des fournisseurs de prestations et des assureurs. Il faudra également compter avec eux à l'avenir. C'est la raison pour laquelle nous formulons de possibles actions et incitations favorisant notamment l'intégration verticale intersectorielle et pouvant être mises en œuvre en de nombreux endroits:

Pour les fournisseurs de prestations

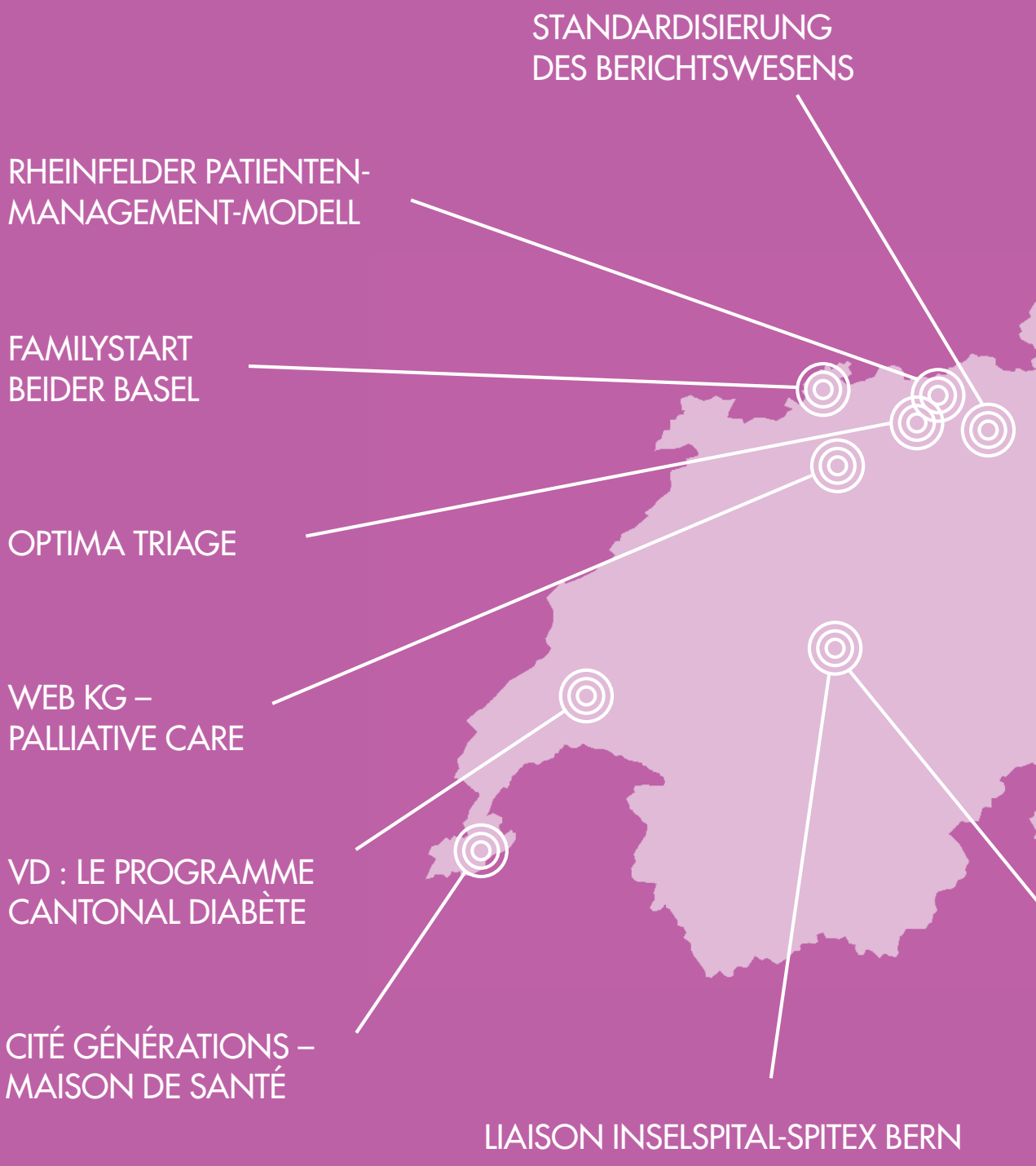
- Les médecins de famille/réseaux de médecins de famille établissent des coopérations (verticales) intersectorielles avec d'autres fournisseurs de prestations. Les médecins généralistes ou les spécialistes mettent en place des centres de santé avec d'autres fournisseurs de prestations (p. ex. dans un ancien petit hôpital).
- Les fournisseurs de prestations développent – éventuellement avec des prestataires de services télémédicaux – des programmes d'encadrement pour malades chroniques (souffrant notamment de diabète, de BPCO et d'insuffisance cardiaque).
- Les organisations de fournisseurs de prestations se positionnent dans les régions urbaines en différenciant leurs offres, p. ex. en fonction des besoins des patients (malades chroniques, Frequent Flyers, etc.), selon le groupe de patients et/ou le tableau clinique (AVC, tumeur, démence, addiction, burnout, etc.) ou par niveau de service (rendez-vous immédiats, contact 24/7, assistance à l'étranger, etc.). Les hôpitaux et les organisations de fournisseurs de prestations développent des offres spéciales pour les professionnels étrangers hautement qualifiés vivant en Suisse (expatriés).
- Un réseau de soins s'organise comme une coopérative à laquelle participent les assurés/patients au moyen de bons de coopération.
- Les hôpitaux et/ou fournisseurs de prestations travaillant en ambulatoire réalisent ensemble des centres médicaux et des cabinets de groupe, et s'engagent pour des structures ainsi que des processus en réseau. Les coachs de patients dans les hôpitaux facilitent une gestion des sorties orientée sur le patient, et un suivi ultérieur efficace.
- Dans les régions rurales, les centres hospitaliers régionaux mettent à disposition une infrastructure de cabinets de médecins afin d'attirer de nouveaux fournisseurs de prestations.
- Des entreprises d'autres secteurs (p. ex. commerce de détail, hôtellerie, alimentation, télécommunication) prennent part à la mise en place de réseaux de soins et développent des offres spécifiques pour les assurés/patients (p. ex. prévention, alimentation, échange de données, participation/Communities).
- Les réseaux de soins développent, sur la base de la Stratégie eHealth de la Confédération et des cantons, les premières applications pour les futurs dossiers électroniques des patients (p. ex. rapports électroniques de transfert et de sortie, dossier électronique de vaccination, dispositions de fin de vie électroniques, passeport diabète électronique, passeport mère-enfant électronique pour les examens de prévention chez les femmes enceintes et les petits enfants).

Pour les assureurs-maladie

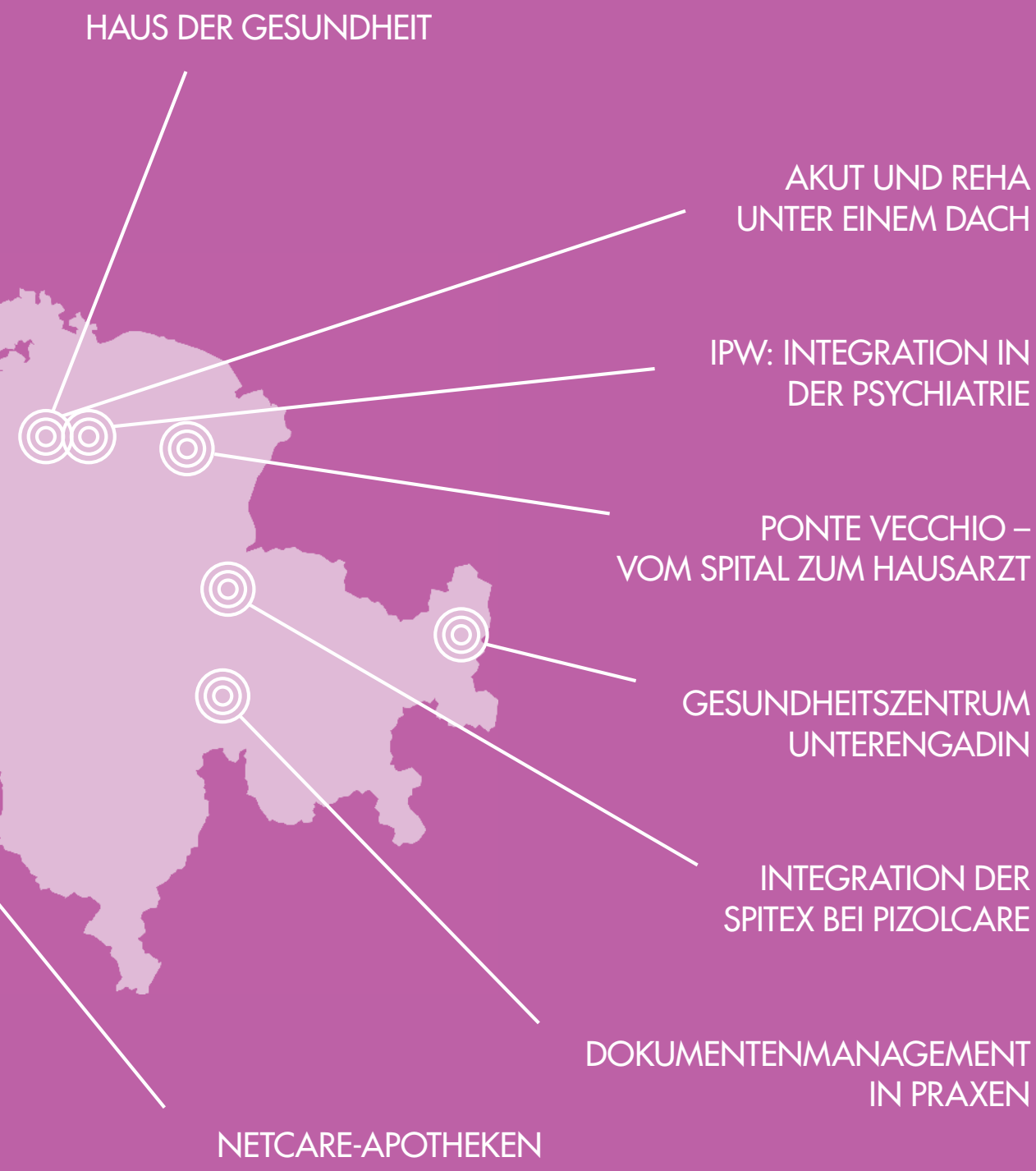
- Les assureurs-maladie passent des contrats avec des organisations, dans lesquels des modèles de collaboration et de rémunération et des critères de qualité axés sur les besoins des assurés/patients sont convenus. Par exemple: éléments Pay-for-Performance ou rétributions supplémentaires pour des programmes d'encadrement Chronic Care.
- Dans les régions rurales, les assureurs-maladie peuvent si nécessaire soutenir la mise en place de réseaux régionaux de soins avec un financement de départ. Dans les régions reculées/alpines, des valeurs de points tarifaires différenciées peuvent éventuellement contribuer à promouvoir l'attractivité locale. En contrepartie, les assureurs profitent de la grande efficacité des réseaux régionaux de soins.
- Les assureurs-maladie développent, avec les fournisseurs de prestations, de nouveaux modèles de rémunération et les appliquent dans des projets-pilotes (p. ex. Mixed/Bundled Payment, Pay for Performance).
- Assureurs-maladie et fournisseurs de prestations soutiennent la mise en place d'une organisation de prestations de services pour les assurés/patients, qui encourage la compétence en matière de santé et la compétence patient (p. ex. capacité d'autogestion; évaluation de produits, de prestations et de fournisseurs de prestations; traitement prudent d'informations relatives à la santé et aux maladies).

Pour les pouvoirs publics

- Cantons et communes soutiennent si besoin la mise en place de réseaux régionaux de soins en octroyant des prêts à taux réduit et en finançant des projets. De tels réseaux garantissent en effet la sécurité des soins dans les régions rurales (maintien/création d'emplois, moins/pas de migration, renforcement des régions touristiques) et dans les régions urbaines, ils peuvent réduire les surcapacités, notamment en termes de médecins spécialistes.
- Les contributions cantonales sont liées à des conditions, p. ex. que les organisations de fournisseurs de prestations s'engagent dans la région/l'arrière-pays (par le biais de la collaboration, de la formation continue, de la recherche).
- Les cantons encouragent l'échange d'expériences et le transfert de connaissances entre les organisations de soins intégrés.
- Dans les régions rurales, cantons et communes fournissent des locaux ou (pré)financent l'infrastructure IT pour attirer de nouveaux fournisseurs de prestations.
- Les cantons complètent leurs mandats de prestations aux hôpitaux par des dispositions qui soutiennent l'intégration intersectorielle.
- La Confédération et les cantons garantissent la sécurité des investissements en prescrivant p. ex. des standards uniformes pour l'échange de données électroniques (harmonisé avec la «Stratégie Cybersanté (eHealth) Suisse» de la Confédération et des cantons).


STANDARDISIERUNG
DES BERICHTSWESENS
RHEINFELDER PATIENTEN-
MANAGEMENT-MODELL
FAMILYSTART
BEIDER BASEL
OPTIMA TRIAGE
WEB KG –
PALLIATIVE CARE
VD : LE PROGRAMME
CANTONAL DIABÈTE
CITÉ GÉNÉRATIONS –
MAISON DE SANTÉ
LIAISON INSELSPITAL-SPITEX BERN

EXEMPLES D'



APPLICATION

GESUNDHEITSZENTRUM UNTERENGADIN

Seit 2007 arbeiten im Unterengadin wichtige Anbieter in den Bereichen Gesundheitsversorgung, ambulante und stationäre Pflege sowie Wellness unter einem Dach zusammen.

Von **Philipp Gunzinger**, Direktor Gesundheitszentrum Unterengadin

www.cseb.ch

Kontakt: Philipp Gunzinger
philipp.gunzinger@cseb.ch

Das Gesundheitszentrum Unterengadin umfasst das Regionalspital, die Spitex-Dienste, eine Beratungsstelle, das Bogn Engiadina mit seinen angegliederten Betrieben, die Pflegegruppen in Scuol und Samnaun sowie das Pflegeheim Chüra Lischana. Die Gesundheitsversorgung konnte so weiterentwickelt, koordiniert und noch bedürfnisgerechter gestaltet werden. Damit wird auch ein wichtiger Beitrag für eine hohe Versorgungs- und Lebensqualität der Bevölkerung geleistet.

Dieser Zusammenschluss stellt einen einzigartigen Schritt in der gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Entwicklung der Region dar, welchem auch national Pioniercharakter zukommt. Die Strukturen der einzelnen Betriebe wurden so angepasst, dass sie im Verbund optimal funktionieren und Synergien im Betrieb und bei Investitionen genutzt werden können. Die umfassenden und qualitativ hoch stehenden Angebote und Dienstleistungen wurden aufeinander abgestimmt und koordiniert. Zusätzlich wurden auch zahlreiche neue Projekte realisiert, die für die Versorgung der Bevölkerung von grosser Bedeutung sind. Dank der heutigen Positionierung ist die Gesamtorganisation in der Lage, die künftigen Herausforderungen erfolgreich zu meistern.

Integrative Medizin als Behandlungsphilosophie

Im Regionalspital wurden eine komplementärmedizinische Abteilung und eine Palliative-Care-Station in Betrieb genommen. Als schweizerische Neuheit wird die Schulmedizin mit einem komplementär- und palliativmedizinischen Angebot ergänzt. Eine umfassende Betreuungs- und Behandlungsphilosophie, die den Menschen in seiner Gesamtheit erfasst und wahrnimmt und daher als «integrative Medizin» bezeichnet wird. Ausserdem wurden eine Schmerztherapie sowie zusätzliche Konsiliar-Dienste eingeführt. Eindrücklich stellen sich die Zuwachsraten der vergangenen fünf Jahre bei der Nutzung der Spitalangebote dar: Die Zahl der stationären Patienten hat um 20 Prozent und jene der ambulanten Patienten um 46 Prozent zugenommen.

Bei der Pflegeversorgung wurden die ambulanten Dienstleistungen ausgebaut, mit dem Ziel, Bedürftige möglichst lange zu Hause betreuen zu können. Um diese Absichten zu stärken, wurde zusätzlich die Betreuung, Unterstützung und Koordination der pflegenden Angehörigen sowie die Freiwilligenarbeit ausgebaut. Von grosser Bedeutung für die regionale Versorgung waren auch die Inbetriebnahme der regionalen Pflege-Beratungsstelle sowie der zwei Pflegegruppen in Scuol und in Samnaun. In Zernez wird in naher Zukunft eine weitere Pflegegruppe realisiert. Im Pflegeheim Chüra Lischana wurden Investitionen zur Steigerung der Wohn- und Betreuungsqualität getätigt.

Mit der Realisierung des Bogn Engiadina in Scuol wurde ein Meilenstein für die touristische und wirtschaftliche Entwicklung der ganzen Region gesetzt. Das Bad mit seinem umfangreichen Bäder- und

Gesundheitszentrum Unterengadin: ein Meilenstein in der gesundheitspolitischen und wirtschaftlichen Entwicklung der Region

Therapieangebot ist 20-jährig. War es 1993 einzigartig, gibt es heute im Alpenraum zahlreiche attraktive Angebote. Dank umfangreicher Erneuerungs- und Erweiterungsinvestitionen im Umfang von 6.6 Millionen Franken wurden die Angebote so weiterentwickelt, dass sie auch in Zukunft den Anforderungen des Marktes und den Bedürfnissen der Gäste entsprechen.

Gesundheit und Tourismus als Verbund stärken

Die Sorge, dass mit dem Zusammenschluss all dieser Betriebe Arbeitsplätze gefährdet würden, ist der Freude über die Schaffung von zusätzlichen 50 Vollzeitstellen gewichen – davon acht neue Ausbildungsplätze für junge Menschen. Diese Entwicklung konnte erfreulicherweise bei gleichbleibenden Betriebsbeiträgen seitens der Trägerschaft realisiert werden.

Vor zwei Jahren hat das Gesundheitszentrum das langfristig ausgerichtete Projekt «Nationalparkregion – Gesundheitsregion» lanciert. Die Erfolgspotentiale der Nationalparkregion liegen in der intakten Natur- und Kulturlandschaft, einer naturnahen Landwirtschaft, im werte- und sinnorientierten Tourismus, in einer innovativen Gesundheitsversorgung sowie in einer gut ausgebauten Infrastruktur. Um diese Chancen noch besser nutzen zu können, werden die bereits vorhandenen Leistungen der Region in den Bereichen Gesundheit und Tourismus auf innovative Weise so verbunden und weiterentwickelt, dass zusätzliche Gästesegmente erschlossen werden können. So kann auch die Gesundheitsversorgung der einheimischen Bevölkerung wirtschaftlicher erbracht und damit langfristig für die Region sichergestellt werden. Das Gesundheitszentrum Unterengadin hat sich als innovatives Versorgungsmodell einer eher peripheren Region etabliert – mit einer weit überregionalen Ausstrahlung.

DOKUMENTEN-MANAGEMENT IN PRAXEN

Institutionsübergreifende Zusammenarbeit fördern und Prozessintegration ermöglichen: Das sind die Ziele des Projekts Larnags. Die Akzeptanz bei Ärztenetzen und Praxen ist hoch.

Von **Peer Hostettler**, Business Developer, und **Marc Condrau**, Projektleiter, BlueCare

www.bluecare.ch, www.zgn.ch, www.grisomed.ch

Kontakt: Peer Hostettler
peer.hostettler@bluecare.ch

Das Projekt, an dem BlueCare in Kooperation mit dem Zürcher Gesundheitsnetz (zgn) und der MC-Organisation Grisomed seit Mitte 2013 arbeitet, setzt an einem neuralgischen Punkt der Arbeitsorganisation in Arztpraxen an: bei der Triage von Informationen über die praxisexternen Behandlungen der Patienten. Heute gibt eine mittelgrosse Gruppenpraxis täglich rund 50 Aufträge für weiterführende Untersuchungen in Spitälern, Labors und bei anderen Leistungserbringern in Auftrag.

Anderseits gehen täglich rund 70 bis 100 Rückmeldungen von diesen Stellen in der Praxis ein. Diese kommen teilweise via E-Mail, zu 70 Prozent aber nach wie vor per Fax oder Brief in den Praxen an. Die Medizinischen Praxisassistentinnen verbringen daher einen Grossteil ihrer Arbeitszeit damit, die eingehenden Informationen jeweils dem Kontext des richtigen Patienten und Arztes zuzuweisen.

Überblick und Ordnung schaffen

Genau hier setzt Larnags an. Das Ziel des Projekts ist, eine praxisnahe und effiziente Möglichkeit zur Übermittlung von ausgehenden und der Triagierung von eingehenden Patienteninformationen zu schaffen. Durch die Bündelung der verschiedenen Informationskanäle wird eine Optimierung der Zuweisungsprozesse ermöglicht. Angenehmer Nebeneffekt: Das Fax als primäre Lösung für das Versenden und Empfangen der relevanten Patienteninformationen wird abgelöst.

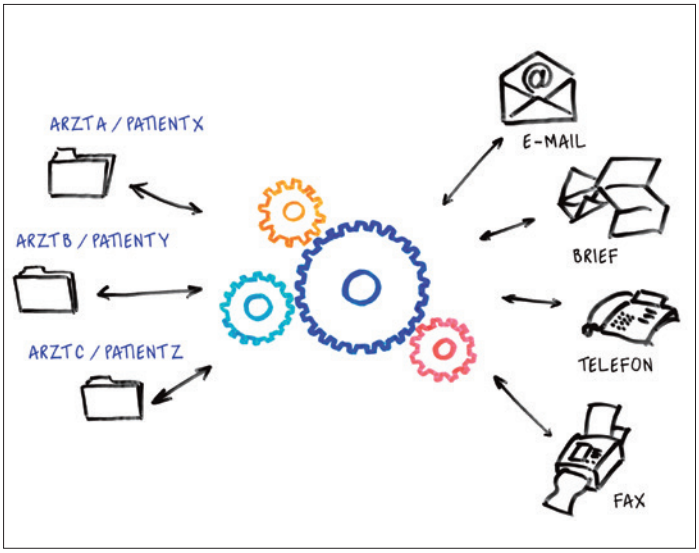
Das Projekt ermöglicht eine wesentlich höhere Transparenz und Kontrolle der vielfältigen externen Aufträge. Vor allem aber erhalten Larnags-Nutzer einen Überblick, wo welcher Patient von wem behandelt wird. Selbstverständlich kann das Patientendossier nach Bedarf von den Behandelnden geteilt werden. Zielsetzung ist weiter, die heutigen Vorteile von Brief, Fax und Telefon aufzugreifen, darüber hinaus aber den Kommunikationsprozess als Ganzes zu optimieren (siehe Grafik).

Dies bedingt auch eine optimale Adaption auf die bestehenden Arbeitsprozesse und IT-Infrastruktur in den Praxen, damit diese rasch, einfach und konkret die Vorteile von Larnags nutzen können. MPAs sowie Ärztinnen und Ärzte sollen künftig ihre Ressourcen nicht mehr an schlecht organisierte administrative Prozesse verschwenden, sondern in die Qualität und den Nutzen der Behandlungen ihrer Patienten investieren können. Um dieser aufwändigen Administration entgegenzuwirken, hat das Projektteam einen Ansatz gefunden, um die Systemgrenzen der Informatiklösungen, die IT-Silos innerhalb der Praxen, zu durchbrechen.

Im Dialog mit Ärztenetzen entstanden

Das ausserordentlich positive Echo auf die Prototypen der künftigen Lösungen zeigt, dass sich Informationsflüsse rund um die Zuweisungsprozesse in der Integrierten Versorgung bereits heute mit einfachen Mitteln optimieren lassen. Dass die Bedürfnisse und das Wissen der Ärztenetze und Praxen im Dialog eingebunden wurden, war einer der grossen Erfolgsfaktoren des Projekts. Die intuitive und auf Anhieb verständliche Umsetzung der Projektideen von BlueCare zeigt deren technisch-organisatorische Kompetenz zur Lancierung solcher Innovationen.

Als Pionier der Managed-Care-Bewegung erkennen wir in dem Projekt eine folgerichtige Weiterentwicklung unserer MC-Lösungen, welche die bessere Verzahnung der Behandlungsprozesse der Integrierten Versorgung in den Arztpraxen rasch und wirksam vereinfachen können. Gleichzeitig werden diese Prozesse transparenter und nachvollziehbarer gemacht sowie bedeutende Zeit- und Kosteneinsparungen in den Praxen ermöglicht. Die Realisierung des neuen IT-Systems ist initiiert und soll 2015 unter einem neuen Namen am Markt eingeführt werden.



Das Projekt optimiert Zuweisungsprozesse, automatisiert die Triage und senkt Zeitaufwand, Ärger und Kosten.

INTEGRATION DER SPITEX BEI PIZOLCARE

Jährlich überarbeitete Betreuungsgrundlagen für die wichtigsten chronischen Krankheiten bilden die Grundlage für eine gute ambulante Pflege in der PizolCare-Region.

Von **Dr. med. Urs Keller**, Facharzt Allgemeinmedizin FMH, VR-Präsident und Geschäftsführer PizolCare AG

www.pizolcare.ch

Kontakt: Urs Keller
urs.keller@hin.ch

Patienten, die über die ganze Behandlungskette betreut werden, sind in der Regel sehr kostenintensiv. Ausserdem ist deren Behandlung meist komplex und dadurch fehleranfällig. Häufig handelt es sich um chronisch kranke Menschen, die vor allem – im weitesten Sinne – palliative und damit spitalexterne Pflege benötigen.

Solche Spitex- und auch Heimbehandlungen sind im Rahmen der Integrierten Versorgung zu optimieren, denn sie sind durch einen einzelnen Grundversorger schwierig zu steuern. Der koordinative Aufwand ist relativ gross, die Spitex-Fachpersonen arbeiten zunehmend eigenverantwortlich und trotzdem muss diese Arbeit vom (MC-)Arzt bestätigt werden. Für ein Netz wie PizoCare mit Capitation (= Budget-Mitverantwortung) ist es von grosser Bedeutung, dass die Kosten pro Patient bei Heim-Betreuung an 1. Stelle und bei Spitex-Betreuung an 4. Stelle des Budgets stehen.

PizolCare investiert in Pflege-Knowhow

Spitex- und Heimbehandlungen sind Bestandteile der Integrierten Versorgung. Die Netzwerkarbeit bei PizolCare umfasst für alle involvierten Leistungserbringer Verbindlichkeiten entlang dem Patienten- und Behandlungspfad («am gleichen Strick ziehen»). Diese sind gekennzeichnet durch

- eine verpflichtend geregelte Zusammenarbeit mit dem Ziel, die Bedürfnisse der betreuten Patienten kosten- und ressourcenoptimiert zu erfüllen;
- gegenseitig sichtbar gemachte ökonomische und qualitative Ergebnisse;
- eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Zusammenarbeit;
- die Wahrung der strukturellen Autonomie der einzelnen Leistungserbringer, sei es als Gruppe, Verein oder sonstige Organisation.

Für die fünf bedeutendsten chronischen Krankheiten – Herzinsuffizienz, COPD/Asthma, Diabetes, Mental Health, Palliative Care (inkl. Schmerztherapie)/End of Life – werden analog zu den ärztlichen PizolCare-Patientenpfaden pflegerische Behandlungspfade erarbeitet. Zur Integration der spitalexternen Dienste finanziert PizolCare seit 2005 zwei Spitex-Pflegefachpersonen HF als regionale Koordinatorinnen. Diese nehmen folgende Aufgaben wahr:

- Spitex-QZ-Leitung in den beiden Regionen von PizoCare:
- Spitex-Spital-Koordination (spitex-spitin);
- «Klagemauer» bezüglich Zusammenarbeit mit den MC-Ärzten;
- regionales Reporting mit Analyse der Schnittstellen Spitex-Patient-Arzt-Spital-Praxis-Spitex;
- Mitorganisation von gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen;
- Qualitätsentwicklung.

Eigenständigkeit der Partner bleibt gewahrt

Grundlagen zur optimierten und integrierten Zusammenarbeit sind der zeitgerechte Informationsaustausch, formal standardisierte Verordnungen sowie gemeinsam definierte Zielvorgaben und regelmässige Weiterentwicklung. Wichtig auch: Die Eigenständigkeit der einzelnen Organisationen zu erhalten, bedeutet, verschiedene Strukturen zu akzeptieren und bei politischen Widerwärtigkeiten mit pragmatischen Lösungen voranzukommen.

Jährlich finden in jeder Region vier von den Spitex-Koordinatorinnen moderierte und protokollierte Spitex-Qualitätszirkel statt, in denen die Zusammenarbeit und Betreuungspfade diskutiert und Verbesserungsvorschläge eingebracht werden. Finanziert werden diese durch PizolCare aus dem Geld, das mit den Budgetverträgen erwirtschaftet wird, gleich wie die jährlich stattfindenden ganztägigen Spitex-Heime-MPA-Fortbildungen.

Im Hinblick darauf werden gemeinsame Behandlungspfade zur Betreuung von chronisch kranken Menschen erarbeitet und deren Inhalte an diesen Fortbildungstagen sowohl aus ärztlicher wie aus pflegerischer Sicht zur Diskussion gestellt. Als Resultat daraus entsteht wieder ein neues oder überarbeitetes Kapitel im PizolCare-Spitex-Palliative-Care-Ordner. Die darin gesammelten Betreuungsgrundlagen, Behandlungspfade und Pflegerichtlinien stehen allen Fachpersonen sowohl als gedruckte wie als elektronische Vorlagen zur Verfügung. Ausserdem bestehen diverse Formulare für die Zusammenarbeit, teils sogar für Spitäler, zum Beispiel für die Symptomerfassung, für Medikamenten-Verordnungen (mit einer Spalte für Limitationen) oder für die Bestellung von medizinischem Material.

Alle profitieren von Synergien

Vereinbarungsgemäss wird der zeitgerechte Informationsaustausch durch E-Mail über die datenschutzkonforme HIN-Plattform oder den standardisierten Fax gewährleistet. Zudem stehen auf der PizolCare-Website eigene Spitex-Seiten mit Links und Downloads zur Verfügung. Die Zusammenarbeit mit den für die Spitex und Heime wichtigen Medizinischen Praxisassistentinnen wird jährlich und regional am «Runden Tisch» diskutiert.

Auf diese Weise werden günstige Voraussetzungen geschaffen, damit alle Fachpersonen, die an der Behandlung und Betreuung eines Patienten beteiligt sind, von Synergien profitieren.

PONTE VECCHIO – VOM SPITAL ZUM HAUSARZT

Im Kanton St. Gallen gelang 2013 der Brückenschlag zwischen der Gemeinschaft der Spitalverbunde und Hausärzten – eine eHealth-Lösung mit überregionaler Ausstrahlung.

Von **Peer Hostettler**, Business Developer, BlueCare; **Hansjörg Looser**, Leiter E-Health, Gesundheitsdepartement St. Gallen; **Thomas Marko**, Geschäftsleiter, BINT GmbH

www.sg.ch > Gesundheit > eHealth > eHealth Umsetzungs-Projekte > Ponte Vecchio

Kontakt: Peer Hostettler
peer.hostettler@bluecare.ch

Gemäss der Strategie «eHealth Suisse» sollen Ärzte, Pflegende, Apotheker und andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen datenschutzkonform auf elektronische Patientendaten zugreifen können. Dies mit dem Ziel, die Qualität der Behandlungsprozesse zu verbessern, die Patientensicherheit zu erhöhen und die Effizienz des Gesundheitssystems zu steigern.

Das wegweisende eHealth-Projekt Ponte Vecchio erreicht dies mit einer Kommunikationsbrücke, dank der Hausärzte direkten Einblick in Spitalinformationen ihrer Managed-Care-versicherten Patienten der Spitalverbunde St. Gallen erhalten. Der Brückenschlag gelang zwischen der IT-Infrastruktur des stationären Sektors im Kanton St. Gallen auf der einen Seite und der eHealth-Plattform HIN, dem Share Care Health Professional Index (HPI) und dem MC-Administrationssystem BlueEvidence auf der anderen.

Innovation auf stabiler Grundlage

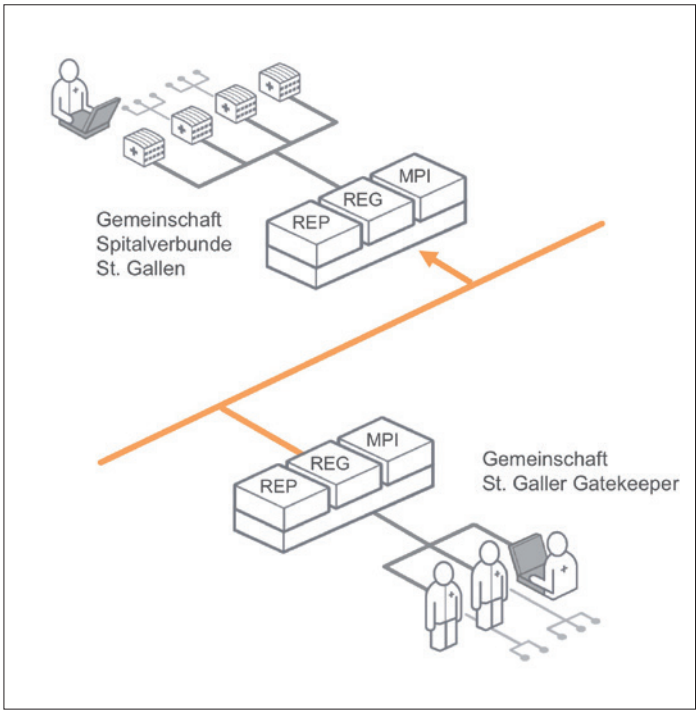
Das St. Galler Gesundheitsdepartement begann bereits 2006 mit der Vernetzung von insgesamt zehn Spitälern. Die Einführung eines einheitlichen Patientenmanagementsystems schuf die Grundlage für eine durchgängige medizinische Basisdokumentation. Die verlässliche Patientenidentifikation mittels eines Master Patient Index (MPI) ermöglichte den elektronischen Austausch von Patientendaten unter den Spitalverbunden. Diese stabil organisierte Gemeinschaft «Gesundheitsring St. Gallen» erlaubte 2013 den Schritt zum Datenaustausch mit vor- und nachgelagerten Behandelnden.

Den datenschutzkonformen Kommunikationskanal für den Brückenschlag bietet die Health Info Net AG (HIN). Die sicheren Verbindungen und die garantierte Identifikation der teilnehmenden Hausärzte bilden die Basis für den Austausch mit den Spitälern. Die digitale Datenbrücke baute die BINT GmbH mit einer weltweit im Einsatz stehenden Standardsoftware für das Gesundheitswesen (InterSystems HealthShare).

Nach dem Brückenschlag ist der Share Care Health Professional Index (HPI) von HIN neu mit BlueEvidence von BlueCare verknüpft, was den automatischen Abgleich des Patientenstamms der Managed-Care-Versicherten erlaubt. Der ShareCare HPI ermöglicht nun als intelligentes Verzeichnis der Leistungserbringer in der Region den Hausärzten, auf Spitalinformationen zuzugreifen.

Zertifiziert von eHealth Suisse

Von diesem direkten und schnellen Informationsaustausch profitiert die gesamte Behandlungskette. Hausärzte können den Behandlungsverlauf ihrer Patienten besser steuern, da sie rascher informiert sind. Spitäler profitieren von geringerem administrativem Aufwand durch



Dank Ponte Vecchio können Hausärzte einfach und sicher auf Spitalberichte ihrer Managed-Care-versicherten Patienten zugreifen.

Nachfragen von Leistungserbringern und vom Zuweisermanagement als klarem Wettbewerbsvorteil. Es handelt sich dabei um das erste gemäss den Empfehlungen von eHealth Suisse und mit einer IHE-konformen Datenschnittstelle umgesetzte Projekt mit Inter-Community-Datenaustausch.

Aktuell befindet sich das Projekt in der ersten Phase, in der Arztpraxen die von den Spitälern bereitgestellten Patientendaten lesen können. Im Mai 2014 waren schon über 50 Hausärzte berechtigt, auf Dokumente in neun Spitälern zuzugreifen. Im Frühjahr 2014 erfolgte die offizielle Evaluation des Projekts durch eHealth Suisse. In der Evaluation schnitt Ponte Vecchio ausserordentlich gut ab und wurde mit dem bestmöglichen Zertifikat «überregional» ausgezeichnet.

IPW: INTEGRATION IN DER PSYCHIATRIE

Als Modellprojekt gestartet, hat sich die Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland ipw als Schnittstellen und Fachdisziplinen übergreifende Organisation etabliert.

Von **Dr. med. Andreas Andreae** Ärztlicher Direktor, und **Dr. Hanspeter Conrad**, Spitaldirektor, Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland ipw

www.ipw.zh.ch; www.rpknord.ch

Kontakt: Andreas Andreae
andreas.andreae@ipw.zh.ch

Die Zürcher Regierung setzte 1998 das neue Psychiatriekonzept fest und gab als prioritären Umsetzungsschritt ein kantonales Reformprojekt der Wirkungsorientierten Verwaltungsführung (wif!) unter der Bezeichnung «Integrierte Psychiatrie Winterthur» in Auftrag. Nebst strukturellen Massnahmen (Teilschliessung Klinik Rheinau und Umnutzung Krankenheim Wülflingen) war die Entwicklung und Erprobung eines integrierten Versorgungsmodells die Kernaufgabe. Ziel war eine effektivere und effizientere gemeindenahe und patientenorientierte Versorgung, übertragbar auf andere Psychiatrieregionen.

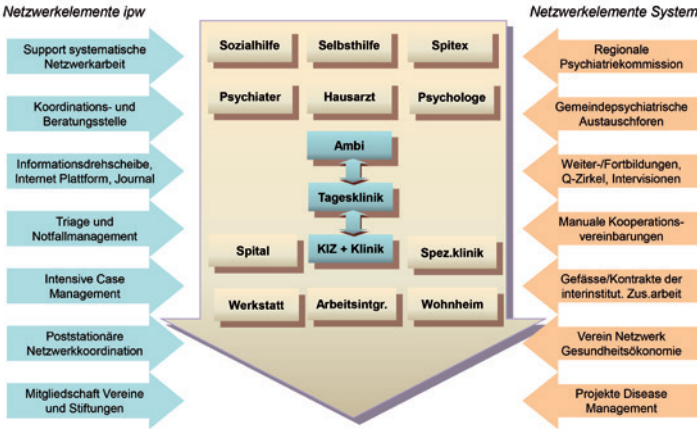
Probleme der Koordination und Zusammenarbeit waren seit längerem bekannt. Die Gleich- und Nachschaltung von mehreren Therapie- und Betreuungsformen auf den komplexer gewordenen Behandlungswegen war oft unzureichend. Auch waren immer mehr rechtlich und wirtschaftlich selbständige Player im Spiel, auch von sozialer und Betroffenenseite. Zudem komplizierten sich die vielen systemimmanenten Schnittstellen, Übergänge und Brüche durch heterogene gesetzliche Finanzierung der Interventionen und Settings.

Integration als Unternehmenskultur

Im Zentrum des Projektes standen Forderungen nach klarer und systematischer Kommunikation, Kooperation und Prozessverschaltung unter den Beteiligten. Angestrebt wurde deshalb ein Netzwerk-Approach für eine gemeinsame Leistungsgestaltung. Im wif!-Projekt wurden deshalb mit rund 50 Vertretern aller regionalen Versorgungspartner in einem flexiblen Top-down-/Buttom-up Prozess und rollender Umsetzung spezifische Strukturen und Prozesse zur Verbesserung der Versorgungs- und Behandlungsvernetzungen entwickelt. Integrierte Versorgung wurde als Schnittstellen und Fachdisziplinen übergreifende Organisation und Kultur definiert, in welcher der Behandlungsprozess im Vordergrund steht. Zahlreiche innovative netzwerkunterstützende Elemente zur Optimierung der bedarfs- und bedürfnisgerechten Behandlungsabläufe aller Art wurden erprobt (siehe Abbildung).

Eine heterarchische Systemsteuerung wurde als wichtig erachtet und einer zweckmässig konstituierten Regionalen Psychiatriekommission aus Entscheidungsträgern der Versorgungspartner und mit professioneller Geschäftsstelle übertragen. Zuvor nicht organisierte Partner und Anspruchsgruppen bildeten dazu Rechtskörperschaften (z.B. Vereinigung der psychologischen PsychotherapeutInnen), um Einsitz und Einfluss zu nehmen. Alle regionalen Angebote des Kantons wurden 2001 einer Dachorganisation Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw) unterstellt und um ein Kriseninterventionszentrum als Nabe der ambulant-stationären Drehscheibe ergänzt. Die ipw verpflichtete sich zu subsidiären Leistungen in einer ausbalancierten und integrierten Versorgung des Gesamtnetzwerkes. Die fortlaufende Entwicklung der Netzwerkversorgung wurde zum programmatischen

ipw: Zahlreiche Leistungserbringer – ein Produkt



Selbstverständnis der ipw, die auch ihre eigenen Behandlungsangebote und Fachdisziplinen als Netzwerkkultur organisierte. Die neuen Vernetzungselemente und Spielregeln in der Regionsversorgung liessen sich so in zumeist konstruktiver Partnerschaft auf Fall- und Systemebene austesten und etablieren. Dem Unterstützungsangebot der ipw zur Netzwerkbewirtschaftung entsprechen die Partner mit Bereitschaft, Willen und Einsatz in mannigfachen Netzwerkgefässen der Kommunikation, Koordination und Kooperation. Die Anreize für die ipw und ihre Netzwerkpartner sind deshalb prozess- und qualitätsorientiert und von einem Spirit der laufenden Versorgungs- und Behandlungsoptimierung getragen.

Weitere Kooperationspartner erwünscht

Zwischen 2002 und 2013 regelmässig erhobene Versorgungskenndaten und Umfragen weisen auf günstige Effekte hin. Die Zürcher Regierung entschied sich 2008 für eine Regionserweiterung auf das Zürcher Unterland mit Knowhow Transfer (Fusion ipw und Psychiatriezentrum Hard 2010). Die Netzwerkprodukte der ipw sind finanziell noch nicht nachhaltig gesichert. Spezialverträge mit Versicherern finanzieren erst einen Teil der Spezialleistungen, z.B. Case Management.

Mit der Einführung des neuen Spitalplanungs- und Spitalfinanzierungsgesetzes (2012) hat die Gesundheitsdirektion zwar eine Übergangsfinanzierung von Netzwerkdienstleistungen der ipw sichergestellt. Eine rein wettbewerblich ausgestaltete Gesundheitsversorgung auf der Grundlage ungeeigneter Finanzierungsanreize könnte den Qualitätsgewinn der regionalen integrierten Psychiatrieversorgung aber mittelfristig untergraben. Politisch effektvolle Kooperationen mit interessierten Partnerkliniken resp. Versorgungsregionen anderer Kantone sowie Modellanpassungen und innovative Finanzierungsformen resp. -anreize bleiben deshalb zuoberst auf der Agenda.

AKUT UND REHA UNTER EINEM DACH

Das Spital Zollikerberg und RehaClinic Zollikerberg haben vor drei Jahren eine zukunftsweisende und in der Region Zürich neuartige Kooperation begonnen.

Von **Dr. Orsola Vettori**, Direktorin Spital Zollikerberg, und **Guido Bucher**, Geschäftsführer RehaClinic Zürich AG

www.spitalzollikerberg.ch, www.rehaclinic.ch

Kontakt: Orsola Vettori
orsola.vettori@spitalzollikerberg.ch

Integrierte Versorgung kann im Gesundheitswesen das sein, was im Detailhandel One-Stop-Shopping genannt wird. Das Spital Zollikerberg und RehaClinic haben 2012 direkt an der Stadtgrenze von Zürich einen wichtigen Meilenstein auf dem Weg zu einer nahtlosen Behandlung kranker und verunfallter Menschen realisiert.

Die Initiative kam von RehaClinic. Die Unternehmensgruppe mit Stammsitz in Bad Zurzach wollte sich aus medizinischen und ökonomischen Überlegungen im Kanton Zürich etablieren. Angestrebt wurde, Patienten aus diesem Grossraum wohnortsnah und vernetzt zu behandeln. Das Anliegen stiess beim Spital Zollikerberg auf offene Ohren, da Unfallchirurgie und Orthopädie ein Schwerpunkt der Tätigkeit ist. Gemeinsam wurden die Zusammenarbeitsprozesse definiert und die räumliche Umsetzung an die Hand genommen.

Reha ohne Reise- und Vorbereitungsstress

Ort des innovativen Geschehens ist der 2012 neu erbaute Westflügel des Spitals Zollikerberg. Im Erdgeschoss und im zweiten Obergeschoss des neuen Bettenflügels hat sich RehaClinic eingemietet und die Zusammenarbeit zwischen Spital und Rehabilitationsklinik hat konkrete Gestalt angenommen. Die Patienten des Spitals – mit rheumatologischer und/oder orthopädischer Fragestellung – können nach der Akutbehandlung im Gebäude bleiben und werden dort von RehaClinic Zollikerberg rehabilitiert.

Der Patient kann die Rehabilitationsbehandlung zum medizinisch optimalen Zeitpunkt beginnen – ohne die sonstigen Doppelspurigkeiten zusätzlicher Untersuchungen und ohne Reise- und Vorbereitungsstress. Er hat dabei gleichzeitig die Sicherheit, dass nicht nur die spezialisierten Ärzte von RehaClinic Zollikerberg, sondern auch die Ärztinnen und Ärzte des Akutspitals im Fall von Problemen vor Ort sind. RehaClinic Zollikerberg steht auch Patientinnen und Patienten mit Rehabilitationsbedarf offen, die von anderen Akutspitälern oder Fachärzten aus der Umgebung zugewiesen werden. Die Zusammenarbeit hat sich in den vergangenen fast drei Jahren sehr bewährt, funktioniert partnerschaftlich und zur beidseitigen Zufriedenheit. Das Spital Zollikerberg erbringt eine ganze Reihe von Support-Dienstleistungen. Ein Assistenzarzt der Medizinischen Klinik leistet in Rotation Dienst bei RehaClinic Zollikerberg. Die Therapieteams bieten gemeinsame Kurse an. Zurzeit läuft ein Projekt mit dem Ziel, die Grenzen zwischen den beiden Partnern durchlässiger zu gestalten. Patienten sollen sowohl in der Akutspital- als auch in der Rehabilitationsphase durch den gleichen Therapeuten oder die gleiche Therapeutin betreut werden.

Stillschweigende Kostengutsprache

Ausserdem hat eine Arbeitsgruppe bestehend aus CSS Versicherung, einem Hausarzt, einem Orthopäden, sowie RehaClinic und dem Spital Zollikerberg ein Projekt «Integrierte Versorgung» realisiert. Der Patient soll bereits bei der Vorbesprechung eines orthopädischen Eingriffes wissen, ob und wie lange ein Aufenthalt bei RehaClinic zugesichert werden kann. Grundlage hierfür bildet ein Zusammenarbeitsvertrag, der bei gegebener Indikation eine stillschweigende Kostengutsprache vorsieht.

Die Attraktivität des Standorts Zollikerberg hat sich durch das Projekt insgesamt erhöht – sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Mitarbeitende der beiden Partnerorganisationen.

Patienten sollen in der Akut- und Rehaphase vom gleichen Therapeuten oder der gleichen Therapeutin betreut werden.

HAUS DER GESUNDHEIT

Nicht über integrierte Gesundheitsversorgung philosophieren, sondern sie umsetzen, ist den Partnern im «Haus der Gesundheit» in Zürich-Wipkingen das oberste Anliegen.

Von **Christina Brunnschweiler**, CEO Spitex Zürich Limmat AG; **Thomas Jeiziner**, Leitung Marketing und Kommunikation Spitex Zürich Limmat AG

www.medix-gruppenpraxis.ch; www.spitex-zuerich.ch; www.carefitmtt.ch

Kontakt: Christina Brunnschweiler
christina.brunnschweiler@spitex-zuerich.ch

Nach der Kündigung eines Mieters im Geschäftshaus Rotbuchstrasse 46 in Zürich-Wipkingen, machte sich die Geschäftsleitung der mediX Gruppenpraxis 2012 auf die Suche nach einem geeigneten Nachfolger und sprach darum verschiedenste potentielle Partner aus dem Gesundheitswesen an. Geleitet vom Willen, die integrierte Gesundheitsversorgung – horizontal wie vertikal – weiter zu fördern, wurde mit den interessierten Akteuren im Herbst 2012 ein Workshop durchgeführt.

Mit zwei Partnern zeichnete sich eine Zusammenarbeit ab, die sich bald konkretisierte: zum einen das Physiotherapie- und medizinische Trainingszentrum Carefit MTT, zum anderen die Spitex Zürich Limmat. Seit Ende 2013 belegen die beiden neuen Partner je eine Etage im «Haus der Gesundheit». Die grösste Spitex-Organisation der Schweiz hat die Gelegenheit genutzt und hier die bisher auf mehrere Standorte verteilten Fachstellen[1] zum «Kompetenz-Zentrum Spitex Zürich» zusammengezogen. Darüber hinaus rundet die Fachstelle für präventive Beratung im Alter[2] das Angebot des Kompetenz-Zentrums ab.

Cafeteria für den integrierten Austausch

Alle Partner waren sich von Anfang an einig, dass nicht nur gemeinsame Projekte die Zusammenarbeit fördern, sondern auch der unkomplizierte informelle Austausch aller im Haus arbeitenden Menschen Raum für gemeinschaftliche Ideen und integrative Impulse gibt. Mit einer von allen Mietern, zu denen auch Avenir Suisse zählt, getragenen Cafeteria wurde damit der ideale Treffpunkt realisiert.

SPICA heisst das erste gemeinsame Projekt von Carefit MTT und Spitex Zürich Limmat in Zusammenarbeit mit der Fachstelle für präventive Beratung im Alter. Es zielt auf eine möglichst lange Erhaltung der Selbstständigkeit und der damit verbundenen Lebensqualität von Seniorinnen und Senioren ab. Dies wird unter anderem durch ein individuelles, betreutes und langfristiges Aufbautraining angestrebt. Dank der Finanzierung durch eine Stiftung kann das auf drei Jahre angesetzte Projekt für die Teilnehmenden kostenlos angeboten und auch wissenschaftlich begleitet werden.

«Haus der Gesundheit» in Zürich-Wipkingen – wo die vertikal integrierte Gesundheitsversorgung verwirklicht wird.

Nebst der Ärzteschaft haben Spitex Zürich Limmat sowie die Fachstelle für präventive Beratung im Alter bewegungsfreudige Menschen an SPICA vermittelt. Zwischen Herbst 2013 bis Frühjahr 2014 entstanden rund 120 Kontakte mit am Programm interessierten Seniorinnen und Senioren. 50 Frauen und 30 Männern konnten für die erste Staffel des Programms gewonnen werden. Aktuell (Juli 2014) trainieren davon 66 Personen (im Schnitt 75jährig) regelmässig zweimal wöchentlich unter Betreuung von Sporttherapeuten in den Räumlichkeiten von Carefit MTT.

Nicht reden, sondern tun!

Bis September 2014 wird das Projekt SPICA evaluiert und die daraus resultierenden Anpassungen für die 2. Staffel vorgenommen. Ziel ist, bis Ende Jahr insgesamt hundert neue Teilnehmende für SPICA zu begeistern. Denn nicht nur die Zahlen belegen ein reges Interesse an dem Bewegungsprogramm, sondern vor allem die positiven Rückmeldungen der Teilnehmenden. Mehr zum aktuellen Stand des Projekts SPICA lesen Sie hier: www.spitex-zuerich.ch/spica.

Nebst dem Projekt SPICA findet bereits eine Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft der mediX Gruppenpraxis und der Spitex-Fachstelle für Palliative Care statt. Ebenso zeichnet sich Unterstützung durch die Fachstelle für Wundberatung und -prävention ab. Weitere Kooperations-Projekte sind angedacht.

Nicht über die integrierte Gesundheitsversorgung philosophieren, sondern sie umsetzen, ist den Partnern im «Haus der Gesundheit» ein wichtiges Anliegen. Dass dies auf grosses Interesse stösst, belegte das Eröffnungsevent vom März 2014. Unter dem Motto «Von Schnittstellen zu Nahtstellen» mobilisierte der Anlass mehr als hundert Personen aus der Zürcher Gesundheitsszene, die an Kurzpräsentationen und regen Diskussionen teilnahmen.

1 Fachstelle Palliative Care; Fachstelle psychosoziale Pflege und Betreuung der Spitex Zürich Limmat; Fachstelle Wundberatung und -prävention sowie das Stoma- und Kontinenz-Zentrum Zürich.

2 Die Fachstelle für präventive Beratung im Alter wurde 2008 als Projekt der Spitex Zürich Limmat aufgebaut. Nach erfolgreichem Projektabschluss wurde sie organisatorisch zu „Spitex & Alter", einer Abteilung der Städtischen Gesundheitsdienste (dem Erteiler des Spitex-Leistungsauftrages) überführt. Im Sinne der Synergien und Förderung der Zusammenarbeit ist sie nach wie vor mit den Fachstellen der Spitex Zürich unter einem Dach.

STANDARDISIERUNG DES BERICHTSWESENS

Diverse Pilotpartner im Kanton Aargau vernetzen erfolgreich ihre Prozesse. Das Ziel: mehr Versorgungssicherheit und Effizienz durch schneller verfügbare Patienten-Informationen.

Von **Anton Schmid**, Spitalleitungsmitglied Kantonsspital Baden, und **Felix Schaub**, Projektleiter Kantonsspital Baden

www.ag.ch/dgs > Über uns > Dossiers & Projekte > MIVAG

Kontakt: Anton Schmid
anton.schmid@ksb.ch

Mit der effizienten Übermittlung von Patientendaten (Berichtswesen) beschäftigen sich seit Jahren eine Vielzahl von Behörden, Institutionen und Arbeitsgruppen. Behandelt werden technische Möglichkeiten, Inhalte von Dokumenten und die Übermittlungsprozesse. Im Kanton Aargau wurden bisher nur Absprachen zwischen einzelnen Leistungserbringern getroffen. Von einer kantonalen Harmonisierung des Berichtswesens sind wir noch weit entfernt – oft zum Nachteil der einzelnen Leistungserbringer. Wiederholte Forderungen der beteiligten Versorgungspartner und der direkte Nutzen durch die Standardisierung motivierten die Beteiligten, gemeinsam eine Lösung zu entwickeln.

Inhalt, Struktur und Prozess aus einem Guss

Unser Kernziel dabei: wo möglich ein Standard über Inhalt, Struktur und Prozess. Der erwartete Nutzen dieser Standardisierung für Patienten und Versorgungspartner:

- verbesserte Versorgungssicherheit durch sofortige Verfügbarkeit der Patienten-Informationen;
- Effizienzsteigerung in den Institutionen;
- systematisches Überprüfen und Optimieren der Prozesse.

Zwischen Mai und November 2013 erarbeitete das Kantonsspital Baden (KSB) mit einer Vielzahl von Versorgungspartnern (siehe Box) Standards zum Berichtswesen der Zu- und Überweisung von Patienten. Im Zentrum standen die Schnittstellen zwischen dem KSB und den niedergelassenen Ärzten, der Spitex, der Langzeitpflege und der Rehabilitation. Dabei gingen die Arbeiten über die reine Spezifizierung von Berichtsformularen hinaus – worin die eigentliche Innovation des Projektes liegt: Die Versorgungspartner definierten gemeinsam die zu den Berichtsformularen gehörenden Prozesse.

So wurde vereinbart, wer was wann und wie zu liefern hat. Diese Prozessdefinitionen beschreiben nicht den heutigen Zustand, sondern orientieren sich an der künftigen elektronischen Kommunikation zwischen den Partnern. Grundlage für die Umsetzung dieser Prozesse ist die Einführung des neuen Klinik-Informationssystems und der elektronischen Kommunikationsplattform im Kantonsspital Baden. Diese beiden Projekte sind bereits fortgeschritten. Die Standardisierung des Berichtswesens ist für das Kantonsspital Baden daher kein isoliertes Projekt, sondern Teil eines Gesamtprogramms. Dabei sollte auf keinen Fall der Fehler begangen werden, nur die technische Infrastruktur zu bauen. Denn ohne Inhalt, also die standardisierten Prozesse und Berichte, ist die modernste Technik nutzlos.

Folgende Versorgungspartner sind in das Pilotprojekt involviert:

- Aargauischer Ärzteverband
- Argomed
- Klinik Barmelweid
- Kantonsspital Baden
- Regionales Pflegezentrum Baden
- Spitex Baden Regio
- Spitex Obersiggenthal
- Spitex Region Brugg
- Spitex Verband Aargau
- Spitex Wettingen

Mut zur Lücke!

Die bisherigen Ergebnisse des Projektes sind einerseits die spezifizierten Formulare für

- Zuweiserbrief
- Notfallzuweisung Langzeitpflege und Spitex
- Kurzaustrittsbericht und provisorischer Austrittsbericht
- Definitiver Austrittsbericht
- Überweisungsrapport Pflege
- Einweisungszeugnis Rehabilitation.

Anderseits wurden die Prozesse für die Zu- und Überweisungen der beteiligten Versorgungspartner beschrieben. Detaillierte Ergebnisse erfahren Sie im Abschlussbericht «Integrierte Versorgung in der Praxis, 1. Teilprojekt, Standardisierung des Berichtswesens» (siehe Link oben).

Die Liste der Berichte, Prozesse und vor allem der möglichen Partner ist noch unvollständig. Wichtig sind dem Projektteam kleine und umsetzbare Schritte, die allen nützen. Deshalb ist es notwendig, dass die Projektaufgaben in einem überschaubaren Ausmass festgelegt sind. Wir werden in nachfolgenden Schritten weitere Partner, Prozesse und Formulare einbeziehen (auch über das Gesundheits-Netz Aargau Ost hinaus). Dieses Vorgehen enthält einen zentralen Erfolgsfaktor: Mut zur Lücke!

Vertrauen durch Transparenz

Ein grosser Erfolg des Projektes ist die KSB-interne Einigung auf die gleichen Standards: Innere Mediziner, Chirurgen oder Notfallärzte haben als Spezialisten unterschiedliche Bedürfnisse. Trotzdem konnten sich die Departemente auf einen gemeinsamen Nenner einigen.Zur Zeit werben die verschiedenen Projektpartner in Fach- und Berufsverbänden, in Gremien, Netzwerken, Projekten und Veranstaltungen für die Übernahme der definierten Formulare. Je verbreiteter die Formulare sind, desto mehr profitieren alle Beteiligten! Hier entsteht die Chance, die Administration zu vereinfachen. Die Bemühungen zahlen sich bereits heute aus: Weitere Leistungserbringer übernehmen mit der Einführung der elektronischen Kommunikationsplattform den Zuweiserbrief als Standard. Mit der Einführung der Kommunikationsplattform werden bis Mitte 2015 die Vereinbarungen umgesetzt und einem gemeinsamen Controlling unterzogen. Wir sind überzeugt, dass die hohe Transparenz das gegenseitige Vertrauen stärkt – und damit die Integrierte Versorgung. Denn Vertrauen ist ein zentraler Erfolgsfaktor für die bessere Vernetzung.

RHEINFELDER PATIENTEN-MANAGEMENT-MODELL

Als persönliches Bindeglied zwischen dem Patienten und den verschiedenen Berufsgruppen in der Rehabilitationsklinik optimiert der Patientenmanager die Qualität der Versorgung.

Von **Mara Völlmin**, dipl. Logopädin, Leiterin Patientenmanagement, und **Mareile Endhardt**, Ergotherapeutin, Stv. Leiterin Patientenmanagement, Reha Rheinfelden.

www.reha-rheinfelden.ch,
www.saez.ch > Ausgabe 25/2012, Seite 941

Kontakt: Mara Völlmin
m.voellmin@reha-rhf.ch

Das Rheinfelder Patientenmanagement-Modell wurde im Auftrag der Klinikleitung in einer Projektgruppe entwickelt. Es sollte eine Möglichkeit gefunden werden, die Ärzte in ihren Aufgaben durch erfahrene Therapeuten zu unterstützen und zu entlasten. Ausserdem galt es, den interdisziplinären Behandlungsteamrapport, der ineffizient und zeitraubend war, neu zu organisieren. Dazu wurden historisch gewachsene Abteilungen und Prozesse (z. B. die Therapieeinteilung, der Informationsaustausch auf dem Behandlungsteamrapport, die Kommunikation) geprüft und hinterfragt und neue Abläufe, Verantwortlichkeiten und Gefässe geschaffen.

Als persönliches Bindeglied zwischen dem Patienten und den verschiedenen Berufsgruppen in der Medizin und Administration sind unsere Patientenmanager im Netzwerk Rehabilitationsklinik tätig. Als feste Ansprechpartner begleiten sie den Patienten durch den gesamten Aufenthalt, koordinieren Abläufe, gewährleisten den interdisziplinären Informationsaustausch und sorgen für eine bestmögliche ambulante Weiterversorgung nach dem Austritt. Durch den festen Ansprechpartner und die damit einhergehende persönliche und direkte Kommunikation verbessern sich der Informationsaustausch und die Patientenzufriedenheit.

Schnittstelle mit Verantwortung

Seit September 2011 sind elf Patientenmanager auf den ärztlichen Abteilungen tätig. Bei Eintritt nimmt der Patientenmanager persönlich Kontakt mit dem Patienten auf, führt ein Evaluationsgespräch und erhebt erste Daten zur Sozialanamnese und zum Gesundheitszustand. In Zusammenarbeit mit dem Arzt erstellt er eine individuelle Therapieverordnung. Während des Aufenthaltes ist der Patientenmanager für ein optimales Therapieprogramm verantwortlich. Auf den Kaderarztvisiten gewährleistet er den Informationsaustausch zwischen Ärzten und anderen Berufsgruppen.

Die Patientenmanager werden in einem internen Bewerbungsverfahren nach strengen fachlichen und sozialen Kriterien, den Erfahrungen in der Rehabilitation sowie dem organisatorischen Talent aus den therapeutischen und pflegerischen Berufen ausgewählt. Das Patientenmanagement ist klar darauf ausgerichtet, die therapeutisch-medizinisch-pflegerischen Aufgaben optimal zu erfüllen. Die ins Patientenmanagement integrierte Therapiedisposition hat als Informationsdrehscheibe eine Schlüsselrolle.

Der bisherige Behandlungsteamrapport findet nicht mehr statt. Stattdessen wird vom interdisziplinären Team (Ärzte, Pflege, Therapeuten, Sozialdienst) gemeinsam ein elektronisch geführtes Dokument genutzt (Interdisziplinäres Verlaufsprotokoll = IVP). Der Patientenmanager ist für dieses Protokoll verantwortlich. Der Vorteil des IVPs liegt in der klaren, schriftlichen Fixierung aller wichtigen Informationen, Ziele, Beschlüsse und Aufträge und der entsprechenden Verbindlichkeit. Der Patientenmanager verantwortet im Anschluss an die Visite die Koordination der therapeutischen, medizinischen und pflegerischen Massnahmen.

Vorteile für alle Beteiligten

Zudem führt der Patientenmanager regelmässig Therapievisiten durch, um Fragen, Unsicherheiten und Wünschen des Patienten nachzugehen, den Genesungsverlauf zu erfassen und das Therapieprogramm zu kontrollieren und zeitnah anzupassen. Durch das Patientenmanagement werden die Kommunikation und der Kontakt persönlicher, der Mensch hinter der Rolle sichtbarer und authentischer – das alles hat positive Auswirkungen auf den Rehabilitationserfolg. Das Modell hat sich in der Reha Rheinfelden gut etabliert und wird sich dynamisch in die Zukunft entwickeln. Die Rückmeldungen sind durchweg positiv.

Für alle Beteiligten ergeben sich Vorteile: Für den Patienten sind z.B. flexible und schnelle Anpassungen des Therapieplans möglich und er hat von Anfang an einen klaren Ansprechpartner. Der Patientenmanager entlastet den Arzt, indem er z.B. auf der Visite das Protokoll führt, für die Erstellung des Therapieplanes und allfällige Modifikationen verantwortlich ist und die Austrittsplanung unterstützt. Die Therapeuten und die Pflege bekommen wichtige Informationen zeitnah und direkt über das IVP. Die Disponenten erhalten die Therapieverordnungen frühzeitig und haben für die Planung eine Fachperson als Ansprechpartner.

Auch Konfliktmanagement ist gefragt

Da die Patientenmanager aus unterschiedlichen Berufen kommen, ist eine gute und kontinuierliche Schulung ebenso wichtig wie der fachliche Austausch. Die Aufgaben müssen in einem zeitlich engen Korsett erledigt werden; dies kann für den Patientenmanager anstrengend sein. Daher sind klare Strukturen und deren strikte Einhaltung wichtig. Die Kommunikation stellt eine grosse Herausforderung dar und muss kontinuierlich durchleuchtet und optimiert werden. Die Tätigkeit in den Zwischenzonen von unterschiedlichen Aufgaben-, Kompetenz- und Verantwortungsbereichen erzeugt zwangsläufig Reibungen. Daher sind Fähigkeiten im Konfliktmanagement von grossem Wert. Umgekehrt ist die direkte Kommunikation mit allen Beteiligten eine zentrale Motivation für die Arbeit als Patientenmanager: Dass es jemanden gibt, der sich persönlich und zeitnah um ein Anliegen kümmert, wird als sehr befriedigend empfunden und zurückgemeldet.

OPTIMA TRIAGE

Das vom Kantonsspital Aarau und Partnern initiierte Projekt OPTIMA setzt auf Interprofessionalität und verbessert den Patiententransfer – über die Sektorengrenzen hinaus.

Von **Antoinette Conca**, Leiterin Fachabteilung Pflegeentwicklung; **Barbara Reutlinger**, Leiterin Pflege und MTTD; **Prof. Dr. Beat Müller**, Chefarzt Medizinische Universitätsklinik, Kantonsspital Aarau, für das OPTIMA TRIAGE Team

www.ksa.ch/1443/2418/3966.asp (Medizinische Uniklinik) > Forschung > OPTIMA

Kontakt: Antoinette Conca
antoinette.conca@ksa.ch

Im Oktober 2009 initiierte die Medizinische Universitätsklinik des Kantonsspitals Aarau (KSA) zusammen mit der Klinik Barmelweid und der aarReha Schinznach das Projekt OPTIMA. Ziele des Projekts waren die Optimierung der Aufnahme- und Behandlungsprozesse, der Abbau von Doppelspurigkeiten, der Aufbau von Wissen und die Sicherung einer kontinuierlichen, patientenzentrierten und kosteneffizienten Behandlung und Betreuung.

Der Fokus des Projekts lag auf dem Patientenmanagement und integrierte sowohl das multiprofessionelle klinische Team, wie auch die prä- und poststationären Institutionen. Ein Kernelement von OPTIMA war, die Berufsgruppen im Spital systematisch in Diskussion und Austausch zu bringen. Dies war wichtig, weil die Herausforderungen des Gesundheitswesens künftig vermehrt nur noch interdisziplinär und -professionell gemeistert werden können.

Intersektorielle Grenzen überwinden

Der ärztlich-pflegerische Postacute Care Discharge Score (PACD) wurde als Screening-Instrument auf Notfall und Bettenstation implementiert, um bei Eintritt biopsychosoziale Risikopatienten frühzeitig zu erkennen und so eine unverzügliche, strukturierte, interdisziplinäre, patientenzentrierte Situationsanalyse und Massnahmenplanung zu sichern. Die intensivierte Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst und den nachsorgenden Institutionen Barmelweid und aarReha Schinznach half, intersektorielle Grenzen zu überwinden und gegenseitiges Verständnis und Wertschätzung zu schaffen.

Um die Aufnahme- und Behandlungsprozesse zu optimieren, wurde auch die Nurse Led Care (NLC-KSA©) eingeführt: Medizinisch stabile Patienten wurden, vom Arzt delegiert, primär von der Pflege geführt weiterbetreut. Das Unterstützen des Selbstmanagements der Patienten ist zentral, weil immer mehr ältere und chronisch kranke Menschen betreut werden.

Mit einem gezielten Austrittsmanagement wurde gleichzeitig das Problem des Bettenmangels zielstrebig angegangen. Dazu wurde in einer ersten Phase bei Patienten mit Infekten der unteren Luftwege im interdisziplinären Notfallzentrum (INZ) eine neuartige Patienten-Triagierung umgesetzt. Die Patienten wurden je nach Risikogruppe in «medizinisch akut», «hochakut» oder «primär pflegerischen stationären Bedarf» eingeteilt. Nach einem Algorithmus wurde der Patientenprozess mit den verfügbaren Informationen durch Austritts- und Verlegungsentscheidungen gesteuert.

Neue Prozesse dank multiprofessionellem Team

Das Projekt OPTIMA zeichnet sich insbesondere durch das systematische Vorgehen aus, wurde vom KSA, dem Kanton Aargau und dem Schweizerischen Nationalfonds unterstützt, wissenschaftlich begleitet und ausgewertet. In der Interventionsphase wurde auf den konkreten Erfahrungen und Erkenntnissen der Beobachtungsphase aufgebaut. Gemeinsam entwickelte ein multiprofessionelles Team neue Prozesse (risikogesteuerte Triage im INZ mit ärztlicher Ersteinschätzung der medizinischen Stabilität, Biomarkern und dem biopsychosozialen Risiko laut PACD) sowie eine neue Infrastruktur (das «Visitentool» als Kommunikationsplattform im Klinikinformationssystem zur frühen interprofessionellen Besprechung der Austrittsplanung).

Patienten mit Atemweginfekten (n=180) zeigten einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Risiko für einen Nachakutpflegebedarf und ihrem Verlegungsort (Conca et al., 2012). Bei 308 stationären Patienten mit Harnweginfekten, Stürzen, Synkopen oder Herzinsuffizienz erreichte der PACD (Tag 1) ≥ 8 eine Sensitivität von 90% und eine Spezifität von 62% für einen Nachakutpflegebedarf (Conca et al., submitted).

Indem die verschiedenen Berufsgruppen ihr Wissen und ihre spezifischen Stärken einbrachten, entstand ein Gewinn sowohl für die Gesundheitsversorgung als Ganzes als auch für die betreuenden Bezugspersonen und die Patienten. Interprofessionelle Zusammenarbeit zeigte sich dadurch, dass die Pflege als gleichberechtigter Partner ins Projektteam integriert und somit aktiv an Forschung und Umsetzung beteiligt war.

Nachhaltige Verkürzung der Aufenthaltsdauer

Durch eine systematische Austrittsplanung und durch die optimierten Patientenprozesse wurde die mittlere Aufenthaltsdauer sehr patientenverträglich und nachhaltig verkürzt.

Die bessere Koordination der Prozesse verbunden mit wissenschaftlich fundierten Qualitätskontrollmassnahmen erlaubte es, unsere Effizienz zu verbessern. Dies gelang auch, weil das Projekt eine integrierende Zusammenarbeit über die Spitalgrenzen hinaus erforderte und förderte.

Als Anschlussprojekt wird in TRIAGE die initiale Triagierung, das Biomarkerpotential, die biopsychosoziale Risikoeinschätzung PACD und die Austrittsplanung über das «Visitentool» ausgewertet werden. Ebenso sollen weitere Erkenntnisse zu den Schnittstellen vor und nach dem Spitalaufenthalt – zum Beispiel Verzögerungen im Austrittsprozess – sichtbar gemacht werden.

WEB KG – PALLIATIVE CARE

Komplexe Situationen, wie wir sie bei Palliative-Care-Patienten erleben, verlangen ein interprofessionelles Betreuungsteam. Eine webKG leistet wertvolle Unterstützung.

Von **Dr. med. Christoph Cina**, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, Messen

Suchbegriffe: «Christoph Cina», «Palliative Care»

Kontakt: Dr. med. Christoph Cina
christoph.cina@hin.ch

Die Zahl der Menschen mit unheilbaren, fortschreitenden Krankheiten wird in Zukunft rasch zunehmen. Heute sterben in der Schweiz jährlich rund 60'000 Menschen. Das Bundesamt für Statistik rechnet damit, dass diese Zahl bis 2050 auf jährlich 90'000 Menschen steigt. Gemäss internationalen Studien möchten drei Viertel der Menschen zu Hause sterben. Nur etwa 10 Prozent jener, die jährlich in der Schweiz ableben, erleiden einen plötzlichen und unerwarteten Tod.

In der letzten Lebensphase sind belastende Symptome wie Atemnot, Angst vor dem Ersticken, Schmerzen, Übelkeit oder Inappetenz eine Herausforderung, die nur mit gemeinsamen Kräften in einem interprofessionellen Team erfolgreich angegangen werden können. Drei Faktoren sind im Bestreben, dem betroffenen Patienten eine optimale Lebensqualität zu gewähren, unabdingbar:

1. die Kenntnis der Wünsche, Sorgen und Anliegen des Patienten und seiner Umgebung;
2. ein funktionierendes, breit abgestütztes interprofessionelles Team;
3. eine allen Beteiligten zugängliche Dokumentations- und Kommunikationsplattform.

Ein gemeinsamer Plan und ein Team

Komplexe Situationen, wie wir sie bei Palliative-Care-Patienten erleben, können kaum von einer einzelnen Person bewältigt werden. Es braucht ein situationsgerechtes, interprofessionelles Team, das unter Einbezug des Umfeldes auf die Wünsche, Sorgen und Anliegen des Patienten eingeht. Der runde Tisch mit einem Betreuungsplan stellt dabei einen geeigneten Start für eine erfolgreiche Zusammenarbeit dar.

Der Betreuungsplan eignet sich als Arbeitsinstrument und Hilfsmittel für die Konsensfindung mit dem Patienten und zwischen den beteiligten Professionen. So kann er am runden Tisch helfen, an wichtige Themen zu erinnern und Gesprächsergebnisse festzuhalten. Der einmal ausgefüllte Plan wird zur Nahtstelle sowohl zwischen den Professionen wie auch zwischen ambulanter und stationärer Betreuung, indem er aufzeigt, welche Betreuung mit dem Patienten abgemacht und durchgeführt wurde bzw. welche Betreuung für bestimmte Situationen geplant ist.

Der Betreuungsplan begleitet den Patienten durch die Institutionen und das Betreuungssetting. Eine aktuelle Version liegt in gedruckter Form beim Patienten. Der urteilsfähige Patient hat die Datenhoheit, indem er bestimmt, wer Einsicht in den Betreuungsplan nehmen darf. Er kann seine Entscheidungen jederzeit widerrufen oder ändern.

Dokumentations- und Kommunikationsplattform

Das Lebensende ist eine Zeit grosser Empfindsamkeit und Instabilität. Die Situation kann sich von einem Moment zum andern verändern, und es kann leicht zu Krisen und Notfällen kommen, die sowohl den Patienten, seine Familie wie die Fachleute betreffen. Deshalb ist es nötig, auf verschiedenen Ebenen vorausblickende Massnahmen zu ergreifen und optimal vernetzt zu sein.

Die eHealth-Strategie von Bund und Kantonen hat zum Ziel, dass die Menschen den Gesundheitsfachleuten ihrer Wahl – unabhängig von Ort und Zeit – relevante Informationen über ihre Person zugänglich machen und Leistungen beziehen können. Die Informations- und Kommunikationstechnologien sollen so eingesetzt werden, dass die Vernetzung der Akteure im Gesundheitswesen sichergestellt ist und die Prozesse qualitativ besser, sicherer und effizienter sind.

Eine Internet-basierte, passwortgeschützte, interprofessionell nutzbare Dokumentations- und Informationsplattform wie SMIS (Swiss Medical Internet Services) der Ärztekasse kann den genannten Bedürfnissen gerecht werden. Diese Plattform wurde in Zusammenarbeit mit Software-Spezialisten, Hausärzten und Pflegenden entwickelt. Der am runden Tisch ausgearbeitete und elektronisch erfasste Betreuungsplan wird als Grundlage ins «Cockpit» von SMIS hochgeladen und ist damit allen Beteiligten zugänglich. Die elektronische Krankengeschichte enthält die Dokumentation des behandelnden Arztes, der Pflegenden und je nach Bedarf der Angehörigen, Seelsorge etc.

«Sie haben eine Nachricht auf Ihrer SMIS»

Das Team einigt sich auf einen gemeinsamen Medikamentenplan, der jederzeit als elektronische Datei ausgedruckt werden kann. Auf dieser Plattform sind Informationssysteme wie das Kompendium hinterlegt, ebenso ein Interaktionscheck. Mit diesem Tool kann die Verordnung von Medikamenten vereinfacht und sicherer gemacht werden.

Komplexe Palliative-Care-Situationen sind in der hausärztlichen Praxis nicht sehr häufig; anderseits kann die ärztliche Kompetenz als Folge von neuen Arbeitsmodellen wie Teilzeit leiden. Zur Verbesserung der Behandlungskompetenz können im System verschiedene Behandlungsrichtlinien, zum Beispiel die Bigorio-Konsensus-Papiere, aufgerufen werden, ebenso Direktzugriffe auf wichtige Websites.

Eine gute Dokumentations- und Informationsplattform ist wenig hilfreich, wenn das System keine unkomplizierte und sichere Kommunikation ermöglicht. Wie kann dieses Ziel ohne zusätzlichen Aufwand erreicht werden? Die Plattform erlaubt die Kommunikation per SMS oder Mail, indem der Benachrichtigte die Meldung «Sie haben eine Nachricht auf ihrer SMIS» erhält. Der Benachrichtigte kann nun die Plattform anwählen und wird vom System direkt an den Ort geführt, an dem die Nachricht verfasst wurde. Damit wird sichergestellt, dass sensible Daten des Patienten vor Ort bleiben und nicht per Mail oder SMS versendet werden.

FAMILYSTART BEIDER BASEL

Familien und ihr Neugeborenes erhalten vom Hebammen-Netzwerk FamilyStart beider Basel – in Kooperation mit Geburtskliniken – eine nahtlose Weiterbetreuung zu Hause.

Von **Elisabeth Kurth**, RM, PhD, Geschäftsführerin FamilyStart beider Basel; **Marc Sidler**, MD, Kinderarzt, Vorstandsmitglied FamilyStart beider Basel; **Esther Sackmann Rageth**, Fachbereichsleitung Pflege Spezialkliniken, Universitätsspital Basel

www.gesundheit.zhaw.ch/familystart

Kontakt: Elisabeth Kurth
elisabeth.kurth@familystart.ch

Durch die Verkürzung des Spitalaufenthaltes verlagert sich die Gesundheitsversorgung von Wöchnerin und Neugeborenem in den spitalexternen Bereich. Seit Einführung der Fallpauschalen (Swiss DRG) werden Mutter und Kind meist drei Tage postpartum nach Hause entlassen und befinden sich in einer Phase, in denen sich die maternalen und neonatalen Anpassungs- und Heilungsprozesse noch nicht stabilisiert haben. Spitalextern fehlt ein koordiniertes Versorgungsangebot. Das Ziel von FamilyStart ist, Familien mit Neugeborenen nach der Spitalentlassung zu Hause eine sichere, koordinierte und bedürfnisgerechte Versorgung zu garantieren.

Aufgrund von Bedarfsanalysen bei Eltern von Säuglingen (Fokusgruppen-Interviews) und Fachpersonen (World Café, Experteninterviews) entwickelten wir in Kooperation mit frei praktizierenden Hebammen und der Frauenklinik des Universitätsspital Basel ein integriertes Konzept für die postpartale Versorgung. Alle involvierten Gesundheitsberufe waren bei der Entwicklung einbezogen (runder Tisch, Vernehmlassung des Konzeptes). Die Implementation des neuen Versorgungskonzeptes und der Einfluss auf die Gesundheitskosten wurden evaluiert.

Über 1000 Anfragen im ersten Jahr

Der Projektaufbau erfolgte in vier Phasen und beinhaltete die Teilpakete 1. Partizipation der Klientinnen; 2. Hebammenkoordination; 3. Interprofessionelle Vernetzung; 4. Politische Fürsprachearbeit; 5. Finanzierung; 6. Begleitforschung.

Befragte Eltern und Fachpersonen identifizierten eine mangelnde Koordination unter den verschiedenen involvierten Gesundheitsberufen und Fachpersonen sowie Versorgungslücken als Schwächen der aktuellen Betreuung von jungen Familien mit Neugeborenen. Das neue Konzept definiert Übergabeprozesse, fördert die interprofessionelle Koordination und garantiert allen Familien Zugang zur postpartalen Versorgung. Realisiert wurde das Konzept in Leistungsverträgen zwischen den Geburtskliniken in Basel Stadt und dem neu gegründeten FamilyStart-Hebammen-Netzwerk. Das Netzwerk garantiert den Klientinnen der Vertragskliniken häusliche Nachbetreuung und die Nutzung einer Helpline. Vorstand und fachlicher Expertenrat des Netzwerks sind interdisziplinär zusammengesetzt.

Im ersten Betriebsjahr (1.11.2012 bis 31.10.2013) nahm Family-Start insgesamt 1105 Anfragen entgegen (im Schnitt 92 Anfragen pro Monat). Die Mehrheit der Anfragen betraf die Vermittlung einer Hebamme (87%), weniger häufig waren Anfragen für telefonische Beratung (13%). Um die Versorgung fremdsprachiger Klientinnen und ihrer Familien zu verbessern, steht den FamilyStart-Hebammen für Hausbesuche ein telefonischer Dolmetscherdienst zur Verfügung.

FamilyStart ermöglicht Famílen und ihrem Neugeborenen eine nahtlose Weiterbetreuung zu Hause

Gemäss Evaluation des ersten Betriebsjahres wurde die Versorgungsgarantie eingehalten, auch bei vulnerablen Familien. Die beiden Partnerkliniken, Universitätsspital und Bethesda Spital Basel, zeigten sich in den Befragungen sehr zufrieden mit den Dienstleistungen. Erwähnt wurden positive Aspekte der Zusammenarbeit wie die geregelte Nachsorge und die Einführung eines standardisierten Ablaufes für die Hebammenvermittlung. Die Zufriedenheit der Nutzerinnen ist hoch.

Partnerschaften von Praxis und Akademie

Die grösste Hürde war, den Projektaufbau und die erste Betriebsphase zu finanzieren. Zum Erfolg trugen die gemeinsame Vision und das grosse Engagement des Projektteams freipraktizierender Hebammen sowie der Verantwortlichen in der Frauenklinik des Universitätsspitals Basel bei.

Unverzichtbar war die Unterstützung aus den Akademie-Praxis-Partnerschaften mit dem Institut für Hebammen der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, dem Schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut in Basel und der Berner Fachhochschule. Sie stellten dem Projekt Know-how, personelle Ressourcen und Infrastruktur zur Verfügung. Zurzeit ist ein zweites FamilyStart-Angebot in der Region Zürich im Aufbau. Die innovative Vernetzung zwischen spitalinterner und -externer Betreuung schliesst eine Versorgungslücke und garantiert Familien bedürfnisgerechte Betreuung am Lebensanfang. Die Kommunikation zwischen den verschiedenen Fachpersonen hat sich wesentlich verbessert.

NETCARE-APOTHEKEN

Muss ich zum Doktor oder nicht? Für Laien ist das oft schwer einzuschätzen. In netCare-Apotheken erhalten sie rasch Hilfe – wenn nötig auch vom Arzt.

Von **Martine Ruggli**, Leiterin Abteilung Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse

www.netcare-apotheke.ch (www.netcare-pharmacie.ch, www.netcare-farmacia.ch)

Kontakt: Martine Ruggli
netCare@pharmaSuisse.org

1744 Apotheken mit fast 3500 Offizinapothekern gibt es in der Schweiz. Ihre Infrastruktur und ihre Kompetenzen als universitäre Medizinalpersonen gilt es zu nutzen, um das drohende Leck in der Grundversorgung zu schliessen. Schon bisher gehörte die Erstabklärung zu den wichtigsten Aufgaben der Apotheker. In Zusammenarbeit mit anderen Akteuren könnten sie diese Aufgabe noch stärker und besser wahrnehmen.

Auf diese Weise können sie nicht nur Patienten helfen, die keinen Hausarzt haben oder deren Hausarzt gerade in den Ferien ist, sondern gleichzeitig überbeanspruchte Hausärzte und Notfallstationen entlasten. Aus diesem Grund haben der Schweizerische Apothekerverband pharmaSuisse, das Schweizer Zentrum für Telemedizin MEDGATE, die Krankenversicherung Helsana und die Swisscom netCare entwickelt, ein Projekt, das zeigt, wie Patienten vom Schulterschluss zwischen Ärzten und Apothekern profitieren.

Algorithmen zu 24 Krankheitsbildern

Ohne Voranmeldung erhalten sie eine spezielle medizinische Beratung sowie Hilfe bei Krankheiten und kleinen Verletzungen. Der Apotheker übernimmt die Triage-Funktion, also die Erstabklärung anhand eines wissenschaftlich fundierten Ablaufs, den Ärzte und Apotheker gemeinsam entwickelt haben und ständig anpassen. Anhand dieser sogenannten Algorithmen entscheidet der Apotheker, ob er den Fall selber abschliessen kann, einen Medgate-Arzt per Videoschaltung beizieht oder den Patienten an eine andere Fachperson überweist.

Die Patientensicherheit steht im Vordergrund. Denn einerseits sind Apotheker durch Studium und Weiterbildungen für die Abklärung gesundheitlicher Probleme qualifiziert, anderseits bieten die netCare-Algorithmen eine absolut verlässliche Grundlage. So erhalten Patienten bei alltäglichen Gesundheitsproblemen sofortige und kompetente Hilfe, auch zu Randzeiten.

Das Projekt ist sehr gut angelaufen, wenn man bedenkt, dass es hier um eine vollkommen neuartige und noch weitgehend unbekannte Dienstleistung geht. In der Startphase von April 2012 bis Ende 2013 wurden etwa 4000 netCare-Beratungen in den 200 teilnehmenden Apotheken durchgeführt. Gut 70 Prozent der Fälle konnten abschliessend in der Apotheke behandelt werden, in 20 Prozent der Fälle wurde ein Telemediziner hinzugezogen, 10 Prozent der Patienten wurden an eine andere Fachperson überwiesen. Insgesamt stehen Algorithmen zu 24 Krankheiten zur Verfügung. Am häufigsten behandelten netCare-Apotheker Blasen- oder Bindehautentzündungen.

netCare lebt in erster Linie von der Bereitschaft zur Zusammenarbeit aller Beteiligten. Gleichzeitig fordert das Projekt einen grossen finanziellen und zeitlichen Aufwand von den Apothekern. Nur speziell fortgebildete Pharmazeuten können netCare anbieten, ausserdem braucht es einen separaten Raum und eine aufwendige Technik für die Videokonsultationen – alles in allem liegt der Kostenaufwand im vierstelligen Bereich.

Gesucht: Neue Kooperationen mit Hausärzten

Mit dieser Investition ist es aber nicht getan. Um die Dienstleistung bekannt zu machen, braucht es einen langen Atem und viel Überzeugungsarbeit. Es braucht Mut, um das neue Angebot zu implementieren, doch wenn dieser Schritt geschafft ist, wird netCare zu einer echten Bereicherung, wie Apothekerin Sabine Kunz aus Aesch BL bestätigt: «Es ist schön zu sehen, wie dankbar die Kunden sind. netCare bereichert aber auch meine Arbeit als Apothekerin. Es ist eine Gelegenheit, sich Zeit für die Patienten zu nehmen, sie noch intensiver zu betreuen – und das abseits der Theke in einer diskreten Umgebung. Gleichzeitig ergibt sich ein Erfahrungsaustausch zwischen Ärzten und Apothekern, der für beide Seiten sehr wertvoll ist.»

Nach der zweijährigen Startphase wurde die Pilotphase bis Ende 2014 verlängert. Diese Zeit wurde intensiv genutzt, um netCare weiterzuentwickeln. Das Ziel ist es, das Netz der netCare-Apotheken flächendeckend auszuweiten und die neue Dienstleistung bekannter zu machen. Ab 2015 können sich alle Apotheken am Projekt beteiligen. Ausserdem werden die Investitionskosten so weit wie möglich gesenkt und zusätzliche Optionen für die Zusammenarbeit mit lokalen Hausärzten gesucht.

Gut 70 Prozent der Fälle lassen sich in der Apotheke abschliessen, bei jedem Fünften wird ein Telemediziner beigezogen.

LIAISON INSELSPITAL-SPITEX BERN

Die lückenlose Versorgung von hospitalisierten Patientinnen und Patienten beim Übertritt in eine Spitex wird durch die Kooperation von zwei Institutionen optimiert.

Von **Monique Sailer Schramm**, wissenschaftliche Mitarbeiterin, Direktion Pflege/MTT, Inselspital, Universitätsspital Bern; **Marlise Egloff**, Pflegeexpertin, Spitex Bern; **Luzia Herrmann**, Bereichsleiterin Fachentwicklung, Direktion Pflege/MTT, Inselspital, Universitätsspital Bern.

www.spitex-bern.ch > Dienstleistungen > Partner > Liaison

Kontakt: Monique Sailer Schramm
monique.sailerschramm@insel.ch

Die ungenügende Kommunikation zwischen Inselspital und Spitex Bern beim Pflegeauftrag nach dem Übertritt spitin-spitex (und umgekehrt) sowie das Fehlen von Medikamenten, Materialien und Hilfsmitteln zu Hause, führte zu Versorgungslücken bei den Patienten. Mit dem Ziel, den Übertrittsprozess zu optimieren und somit eine nahtlose Versorgung der Patienten und eine nachhaltig hohe Pflegequalität zu gewährleisten, entwickelten Spitex Bern und Inselspital gemeinsam und partnerschaftlich das Projekt Liaison.

Am Anfang stand eine fundierte Analyse

Um die Schwachstellen im Übertrittsprozess zu erfassen, wurden leitfadengestützte Interviews mit Spitex-Mitarbeitenden und Personen der Stoma-, Diabetes- und Sozialberatung am Inselspital durchgeführt. Ergänzend fanden Fokusgruppen-Interviews mit Spitex-Betriebsleitungen, mit Pflegeexpertinnen des Inselspitals und separat mit Pflegenden der Basis statt. Alle Daten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Die vorhandene Evidenz wurde zusammengestellt und mit den Resultaten der IST-Situation in einer SOFT-Analyse dargestellt. Mit dem Ziel der nahtlosen Versorgung, ergaben sich fünf Handlungsfelder (siehe Grafik).

Im nächsten Schritt wurden folgende Interventionen geplant und in einer Pilotklinik getestet: Innerhalb von 24 Stunden nach Spitaleintritt erfolgt ein Screening aller Patienten. Dazu wurden literaturbasierte Kriterien angepasst. Erfragt wird die Wohnform (alleinlebend), die Unterstützungsbedürftigkeit (Patient erhält bereits Pflege durch Angehörige oder Spitex), die zusätzliche Belastung (Patient hat selbst eine Rolle als pflegender Angehöriger) und die kognitive Beeinträchtigung durch psychiatrische Nebendiagnosen oder Demenz. Ist ein Kriterium erfüllt, wirken sich allfällige Versorgungslücken einschneidend aus. In diesem Fall wird der Austrittsprozess im Spital durch Koordinatorinnen eingeleitet. Wenn Patienten Komplikationen während des Spitalaufenthaltes erleben (Infekte, thrombotische Ereignisse etc.) oder wenn sie beim Austritt eine regelmässige Wundversorgung brauchen, wird ihr Übertrittsprozess ebenfalls von Koordinatorinnen begleitet.

Erstkontakt zur Spitex erfolgt online

Der erste Kontakt zur Spitex in der integrierten Versorgung bildet die Online-Patienten-Anmeldung (OPAN®). Die Koordinatorin kann die Liaison-Person bei der Spitex Bern bereits für eine Bedarfsabklärung im Spital beiziehen. So erfolgt die pflegerische Informationsweitergabe im direkten Nurse-to-Nurse-Kontakt. Die Koordinatorin ist eine Pflegefachfrau mit Zusatzausbildung. Ihr wird Inselspitalintern die Verantwortung für das Gelingen des Übertrittsprozesses übertragen.

Die Liaison-Person ist eine spezialisierte Pflegefachperson und bei Spitex Bern angestellt. Sie erleichtert die Neuaufnahme von komplexen Patienten, indem sie für die nötigen Rahmenbedingungen sorgt. Auf Organisationsebene ist die Liaison-Person Bindeglied zwischen den Projektpartnern, kanalisiert Rückmeldungen und kann Verbesserungsprozesse auf beiden Seiten einleiten.

Fünf Handlungsfelder als Grundlage für eine nahtlose Versorgung beim Übertritt vom Spital zur Spitex.

Zusätzlich wurden die Übertrittsberichte an die Bedürfnisse der spitalexternen und der spitalinternen Pflege angepasst und die Abgabe von Medikamenten und Materialien geregelt.

Unterschiedliche Kulturen vereinen

Ob die Screening-Kriterien die Patienten mit Risiko für Konsequenzen bei Versorgungslücken korrekt herausfiltern und ob die Begleitung des Übertrittsprozesses durch Koordinatorinnen und Liaison-Person eine nahtlose Versorgung unterstützt, werden die Resultate der Evaluation in der Pilotklinik im Herbst 2014 zeigen.

Eine Herausforderung in diesem Projekt sind die beiden sehr unterschiedlichen Projektpartner. Auf einer Seite steht das Inselspital mit hochspezialisierten Leistungen, auf der anderen Seite die Spitex Bern, welche Leistungen in der Grundversorgung anbietet. Zum Gelingen tragen die partnerschaftliche Projektorganisation und die gute Kommunikation bei.

Im Herbst entscheiden Auftraggeber und Steuergruppe anhand der Resultate der Evaluation, ob das Projekt Liaison auf weitere Kliniken des Inselspitals und andere Partner in der ambulanten Versorgung ausgeweitet werden soll. Die neuen Funktionen «Koordinatorin» und «Liaison-Person» könnten sich zu künftigen Rollen einer akademisch ausgebildeten Pflegefachperson mit erweiterter und vertiefter Pflegepraxis entwickeln.

VD : LE PROGRAMME CANTONAL DIABÈTE

Le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud a lancé en 2010 un programme cantonal visant à réduire l'impact du diabète sur la population.

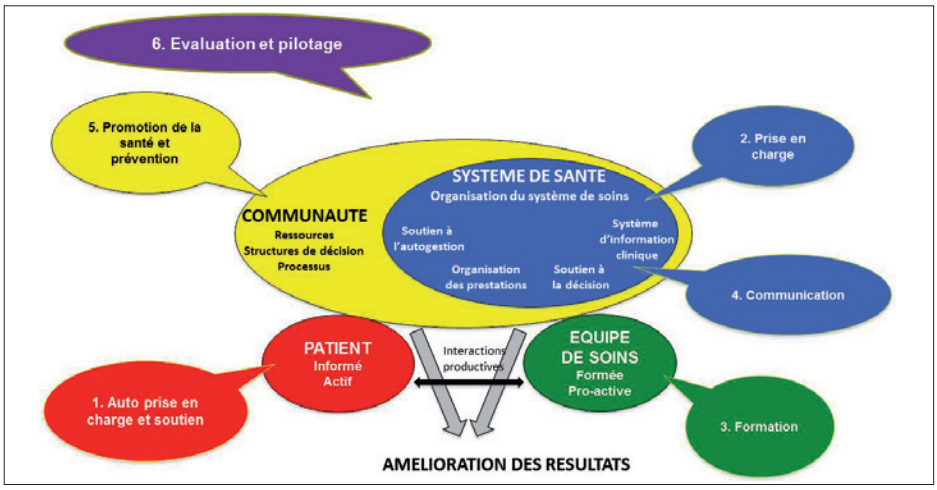
Dresse Isabelle Hagon-Traub, Directrice du PcD
Programme cantonal Diabète, **Léonie Chinet**,
Adjointe de direction PcD

http://pcd.diabete-vaud.ch

Contact : Isabelle Hagon-Traub
isabelle.hagon-traub@diabete-vaud.ch

L'épidémie mondiale de diabète continue à progresser et concerne plus de 25'000 personnes dans le canton de Vaud dont un tiers qui l'ignore. Pour faire face à ce défi épidémiologique, le canton de Vaud a développé le PcD Programme cantonal Diabète visant à diminuer l'impact du diabète sur la population en agissant sur la progression de l'incidence et l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes. Le PCD est basé sur les besoins des patients, les attentes des soignants, des évaluations quantitatives et qualitatives.

Une évaluation des besoins des patients lors de focus groupes a permis d'élaborer et de prioriser les projets ainsi que de définir les résultats attendus au terme de leur réalisation. Les patients désirent principalement bénéficier d'un suivi plus global, mieux coordonné et adapté à leurs besoins médicaux et psycho-sociaux ; ils souhaitent également être mieux informés sur les offres de cours et autres prestations, ainsi que disposer d'un lieu d'information et de prise en charge proche et pluridisciplinaire.



Modèle des maladies chroniques (Wagner et. al.) : Le PcD combine une approche stratégique et l'innovation émergente par les soignants sur le terrain.

Cette dernière est également plébiscitée par les soignants qui souhaiteraient des moyens pour soutenir les réunions et la coordination nécessaires à une telle prise en charge. Pour favoriser le travail commun, les soignants demandent des outils comme des recommandations de pratique clinique et un dossier patient électronique.

Le diabète entraine des coûts importants

Le diabète est une maladie dont les complications entrainent des coûts humains importants. Les coûts directs et indirects de la maladie sont estimés à plus de 0.5 milliard de francs par an pour le seul canton de Vaud (coûts directs 250 millions et coûts indirects 290 millions). Ces coûts sont surtout consécutifs aux complications du diabète (à titre d'exemple, on dénombre 129 amputations dues au diabète en 2008 et 101 patients diabétiques dialysés en 2009). L'application des critères qualité de la Société suisse d'endocrinologie et diabétologie (SSED) aux résultats d'une étude sur une cohorte de patients vaudois[1] relève des points positifs concernant le suivi métabolique glycémique et lipidique. Toutefois, le contrôle tensionnel est insuffisant de même que le dépistage systématique des complications et les conseils diététiques et d'activité physique.

Le Programme cantonal Diabète PcD se déploie suivant le modèle des maladies chroniques de Wagner. Il s'articule autour de 5 axes stratégiques. L'organisation du PcD est complétée par des mesures de pilotage du programme, notamment l'évaluation et la mutualisation des expériences.

Favoriser l'autonomisation des patients

Pour amener les changements du système de santé visant à faire face au défi des maladies chroniques, le PcD combine une approche stratégique et l'innovation émergente par les soignants sur le terrain. Il s'agit de fédérer les partenaires autour d'objectifs communs plaçant les intérêts du patient au centre de la réflexion (cadre stratégique) et de fournir les outils et incitatifs utiles à la mise en œuvre de filières régionales permettant de répondre à la demande exprimée par les patients de bénéficier d'une prise en charge multi- interdisciplinaire de proximité.

Le rattachement du PcD à l'Association Vaudoise du Diabète facilite les collaborations, il lui donne la légitimité de développer des partenariats avec les patients diabétiques afin de répondre à leurs besoins et permettre leur autonomisation. Le partenariat entre soignants vise à promouvoir l'interprofessionalisme et la coordination des prestations qui sont un prérequis au travail en filière au sein de réseaux lorque la collaboration implique prestataires indépendants et institutions. Enfin c'est ce même esprit de partenariat entre les autorités sanitaires et le PcD qui confère au Programme la légitimité cantonale et institutionelle pour développer un projet ambitieux de santé publique.

1 Peytremann-Bridevaux I, Zuercher E, Burnand B. Cohorte CoDiab-VD Rapport du premier suivi annuel (2012). Programme cantonal Diabète. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2013.

CITÉ GÉNÉRATIONS – MAISON DE SANTÉ

Le système de santé suisse offre des opportunités suffisantes pour expérimenter des projets innovants de coopération et de collaboration interprofessionnelle.

Dr Philippe Schaller, médecin coordinateur et responsable du projet Cité générations

www.cite-generations.ch

Contact : Philippe Schaller
schaller@gmo.ch

La nécessité d'offrir des soins intégrés pour les personnes âgées est une évidence qui date de nombreuses années[1]. La question centrale, aujourd'hui, est celle de la structuration et de l'organisation de l'offre ambulatoire[2]. Une des priorité est d'améliorer la coopération et la collaboration entre les différents partenaires dans le contexte très fragmenté du système de santé helvétique[3]. Le concept de maison de santé à Cité générations offre divers outils pour créer les conditions favorable à une meilleure intégration clinique :

1. une pratique médicale interprofessionnelle (médecins, infimiers, pharmaciens et divers paramédicaux) ainsi qu'inter-institutionnelle (médecine de ville, services de soins à domicile)
2. un dossier médical commun et partagé ainsi qu'une carte santé pour la transmission de l'information aux divers structures médicales cantonales (www.MonDossierMedical.ch)
3. une collaboration entre les équipe de soins (médecins, infirmières à domicile, pharmaciens) autour de patients complexes (www.prism-ge.ch)
4. la création de nouvelles modalités de prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques (service de soins infirmiers autonome, l'hospitalisation de courte durée au sein de la maison de santé)
5. une disponibilité et un service d'urgence 24h/24, 7j/7
6. de nombreux pôles de compétences spécialisées (www.gmo.ch , www.cressymed.ch
7. des actions de prévention auprès de la population ainsi que le soutien aux proches aidants
8. un mécanisme de capitation pour une partie des patients consultant la maison de santé (www.reseau-delta.ch)

Une maison de santé pluridisciplinaire

Tous ces éléments ont permis de développer quelques projets de collaboration interdisciplinaire comme la création de binômes entre médecin/infirmière pour le suivi de patients souffrant de maladies chroniques et complexes[4].

Il reste une grande difficulté à insuffler une réelle dynamique d'intégration en raison du manque de volonté politique et professionnelle. L'exemple d'intégration réussie au sein de la maison de santé est celle qui s'est organisée dans le cadre de la prise en charge de patients chroniques du Réseau Delta. Plusieurs patients ont pu être pris en charge par le service de soins infirmiers ainsi que le pharmacien. Ces patients ont pu également être hospitalisés dans l'unité d'accueil temporaire médicalisée. Les frais pour les soins de base ont été assumés via la capitation. Ces patients âgés au nombre de 180 ont pu éviter une hospitalisation au sein de l'hôpital universitaire. Ces exemples d'intégration ont pu être développés uniquement dans le cadre d'une capitation.

Cité générations offre divers outils pour créer les conditions favorable à une meilleure intégration clinique.

Un nouveau modèle de soins

L'originalité et l'innovation que peut apporter ce modèle de maison de santé résident dans sa capacité à pouvoir intégrer des services médicaux au sein d'un même bâtiment et de coordonner, à l'échelle d'un territoire, un réseau sanitaire de proximité. Il manque, malheureusement, pour une grande partie des patients venant consulter au sein de cette maison de santé une dynamique de capitation populationnelle globale (porte d'entrée du système de santé).

Pour les patients du Réseau de Soins Delta, sous capitation, nous avons pu réaliser une bonne intégration des soins en combinant les divers outils mentionnés dans cet article. Les résultats en terme de qualité des soins et des résultats économiques devraient être encore évalués.

1 Leutz WM, Greenlick M, et al. 1991. Adding long te-term care to Medicare : The Social HMO expérience. Journal of Aging and Social Policy 3 :69-87.

2 Huard P, Schaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques -2. Stratégie. Pratiques et Organisation des Soins. 2010 ; 41(3) :247-255.

3 Rapport du Groupe de travail « Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours ». Berne, avril 2012. www.gdk-cds.ch.

4 Perone N, Schussellé Filletaz S, Schaller P, Balavoine J-F, Waldvogel F. Concrétiser la prise en charge interdisciplinaire ambulatoire de la complexité, article soumis Santé Publique

LE PORTEFEUILLE DE PRESTATIONS

Activités internes – exclusivement pour les partenaires fmc

Les groupes de travail et groupes régionaux

Les positions du fmc ou sujets développés concernant les soins intégrés sont d'abord discutés avec nos membres avant d'être publiés. Le travail de développement s'effectue avec flexibilité lors de réunions, conférences téléphoniques ou basées sur le Web, ou encore par e-mail. Le fruit de ce travail est ensuite présenté aux groupes cibles adéquats sous la forme d'articles spécialisés, de discussions personnelles, via un travail médiatique ou encore des manifestations. Une sélection de travaux apparaît dans la collection «Matière à réflexion fmc».

La plateforme de réflexion

Dans la plateforme de réflexion du fmc, il est traité, au cours de séances modérées, de sujets d'intérêt pour nos Partenaires Or, liés à l'intégration verticale. De cet échange entre Partenaires Or, experts et autres acteurs doivent naître des pistes de réflexion, voire même l'initiation de projets. Ce qui en ressort peut ensuite, sur accord, être rendu accessible à d'autres utilisateurs. Les sujets abordés peuvent être suggérés par les Partenaires Or ou par le comité directeur du fmc.

Les discussions de fond

Lors des discussions de fond, on présente et discute de concepts de soins innovants, de travaux scientifiques ou d'initiatives politiques ainsi que de travaux d'experts. Ces discussions de fond permettent un échange approfondi, dans une atmosphère conviviale et créent les conditions idéales à de fructueux dialogues. Les sujets à l'ordre du jour sont inspirés de l'actualité ou suggérés par nos membres. Ces discussions sont organisées trimestriellement, en marge des réunions du comité stratégique.

Le voyage d'études

Comparer les différents systèmes en place dans le monde et analyser les approches de Best Practice dans le domaine de la santé publique est extrêmement important pour glaner de nouvelles idées de concepts de soins. C'est la raison pour laquelle le fmc et l'association allemande Bundesverband Managed Care (BMC) organisent chaque année au moins un voyage d'études dans un pays jugé particulièrement intéressant du point de vue de sa politique sanitaire. Le nombre de participants est limité à 20. Les personnes invitées sont les collaborateurs de nos partenaires et Partenaires Or.

«Club fmc» – vivre l'innovation

Pour bien comprendre la structure et le fonctionnement des prestations sanitaires ou des concepts de soins innovants, il est important de les vivre au plus près et d'en discuter sur place avec les initiateurs. Une fois l'an, le fmc offre la possibilité à ses Partenaires Or du «Club fmc» de découvrir la mise en œuvre pratique de prestations extraordinaires en termes de soins.

«fmc exclusif»

«fmc exclusif» est un service réservé aux membres du comité stratégique qui leur assure la transmission rapide d'informations d'ordre politique, économique ou administratif étant ou pouvant être importantes pour les soins intégrés.

Présentation-cadre des soins intégrés

Désormais, les Partenaires Or ont à disposition une présentation Powerpoint, actualisée tous les ans, sur les soins intégrés en Suisse. Les notions et instruments des soins intégrés, leur diffusion et développement en Suisse, les principaux acteurs et leurs rôles ainsi que les défis à relever y sont présentés.

LES COOPÉRATIONS FMC
PRIX FMC D'ENCOURAGEMENT
SYMPOSIUM ANNUEL DU FMC
IONS DE FOND PLATEFORME DE RÉFLEXION

Activités externes

Le symposium annuel du fmc

Depuis plus de 15 ans, le fmc organise un symposium annuel réunissant des acteurs et décideurs importants du monde de la santé en Suisse. Des intervenants de renommée nationale et internationale ont expliqué dans des exposés, présentations de projets et ateliers, les facteurs de réussite et les défis d'une (meilleure) compréhension entre les professions, entre les différents secteurs du suivi médical et de la gestion des nouvelles conditions-cadres ou évolutions techniques. Avec près de 300 participants, le symposium annuel fmc est devenu une plateforme unique en son genre, favorisant le dialogue interprofessionnel.

Le prix fmc d'encouragement

En marge du symposium annuel, le fmc décerne un prix d'encouragement pour prestations remarquables promouvant le développement et la mise en œuvre de soins intégrés dans le système de santé publique suisse. C'est le comité stratégique du fmc qui décide à qui est attribué ce prix doté de 10 000 francs.

«Matière à réflexion fmc»

Une sélection de travaux et de résultats des groupes de travail et régionaux du fmc est présentée dans la collection «Matière à réflexion fmc» et proposée à un large public en version papier ou électronique.

L'eMagazine «fmc Impulse»

«fmc Impulse», notre magazine spécialisé en ligne, livre tous les deux mois des informations pertinentes et actuelles sur les soins intégrés. L'abonnement est gratuit. Les informations et articles du magazine sont axés sur les besoins de ses lecteurs, notamment des médecins et professionnels de santé, des organismes payeurs, de la politique et du secteur public. Dans les articles spécialisés, interviews ou débats d'idées contradictoires, nous montrons l'évolution des soins intégrés en Suisse, quels sont les défis et quels solutions et modèles font leurs preuves. Et grâce à la fonction «commentaires» du site www.fmc.ch, les lecteurs peuvent dialoguer avec l'auteur d'une sélection d'articles.

www.fmc.ch

Le nouveau site Web du fmc convainc par les services qu'il propose, son option de dialogue et l'actualité des informations. Et grâce à la fonction «commentaires», les internautes peuvent s'exprimer sur les articles et avis exposés et ainsi dialoguer avec leurs auteurs. La nouvelle infothèque du site fmc.ch comprend un grand nombre de définitions et d'informations de fond. Les internautes y trouveront également une liste des études nationales et internationales sur les soins intégrés particulièrement dignes d'intérêt ainsi qu'un recueil d'articles toujours mis à jour. La catégorisation permettra aussi au lecteur de trouver les publications de sa propre branche professionnelle. Les services étant continuellement améliorés, il est vivement recommandé de consulter le site régulièrement!

Les coopérations fmc

Le fmc recherche des partenariats thématiques avec des magazines spécialisés, des associations professionnelles et des institutions. A cet effet, les besoins respectifs sont détaillés et les prestations mutuelles fixées.

Enquêtes et expertises

Le fmc sonde et publie régulièrement des données quantitatives et qualitatives sur le développement et l'organisation des soins intégrés en Suisse. Des groupes d'experts fmc rédigent des prises de position détaillées sur des thèmes de politique de santé et sur des questions choisies en lien avec les soins intégrés.

LES SOUTIENS DU FMC

Partenaires Or

ARGO MED. Bringt Ärzte weiter

ÄK CM ÄRZTEKASSE CAISSE DES MÉDECINS CASSA DEI MEDICI

BLUE CARE

CONCORDIA Mit sicherem Gefühl

CSS Versicherung

Delta réseau de santé

Helsana

IBM

INSELSPITAL

meconex Gemeinsam für die Gesundheit

medX schweiz

monvia gesundheitszentrum

NOVARTIS

pharmaSuisse Schweizerischer Apothekerverband

RVK

sanitas

santémed GESUNDHEITSZENTREN

SPITEX Hilfe und Pflege zu Hause

suvacare

vips

zur Rose

Partenaires

eastcare AG

H+ Les Hôpitaux de Suisse

hawadoc AG

Medgate AG

MediService AG

MSD

PonteNet

Sandoz Pharmaceuticals AG

Spirig HealthCare AG

Streuli Pharma AG

Stiftung Diakoniewerk Neumünster –
Schweizerische Pflegerinnenschule

Le fmc –
forum suisse des soins intégrés –
est une plate-forme de réflexion
et d'anticipation. Rendez-nous
visite sur fmc.ch