

DENKSTOFF

N° 2

PATIENTENBILDER 2024

Eine Publikation des fmc in Zusammenarbeit mit der Stiftung Patientenkompetenz

Inhalt

3/5	Editorial
4	Impressum
6	Hintergrund
12	Patientenbild Nicole
16	Patientenbild Emma
20	Patientenbild Thomas
24	Patientenbild August
28	Handlungsoptionen und Anreize
31	Ausgewählte Literatur
32	Anwendungsbeispiele
48	Das Leistungsportfolio des fmc
50	Die Goldpartner und Partner des fmc

Über die Entdeckung des Patienten im 21. Jahrhundert

Die Medizin hat sich im 20. Jahrhundert sehr erfolgreich mit der Entschlüsselung und Therapie von Krankheiten befasst. Sie wird dies weiterhin tun. Aber sie muss und wird künftig auch Neuland betreten. Es braucht keine prophetische Gabe um dieses Neuland zu benennen – es heisst: der kompetente Patient und seine Ressourcen zur Krankheitsbewältigung.

Bis heute war das Gesundheitswesen geprägt vom pathotropen Paradigma (pathotrop = Krankheits-zentriert). Im Zentrum aller Bestrebungen der Leistungserbringer stand die Krankheit im Menschen. Seit der Wende vom 20. zum 21. Jahrhundert redet man immer mehr auch vom salutotropen Paradigma (salutotrop = Gesundheits-zentriert). Dieser Paradigmenwandel geht nicht auf die Leistungserbringer im Gesundheitswesen zurück, sondern auf die Leistungsempfänger selbst, auf Patienten und Versicherte, Selbsthilfverbände und unterstützende Organisationen – der Mensch und nicht die Krankheit steht im Zentrum.

Um möglichen Missverständnissen gleich vorzubeugen: Der moderne, kompetente Patient ist kein Alternativer! Er hat selbstverständlich nichts gegen die Mittel und Möglichkeiten der modernen Medizin. Er weist jedoch auf eine der am meisten vernachlässigten und erst noch günstig zu habenden Ressourcen im Gesundheitswesen hin: das Selbstheilungspotenzial des Menschen.

Dass zur Krankheitsbewältigung auch der betroffene Mensch mit seinen Ressourcen beitragen kann, dürfte heute selbst der strengste Advokat der pathotropen Medizin nicht mehr bezweifeln. Die wissenschaftliche Literatur weist eindeutig darauf hin, dass zum Beispiel Krebspatienten, die ihre Ressourcen nutzen und sich kompetent in ihre eigenen Angelegenheiten «einmischen», signifikant dazu beitragen, ihre Lebensqualität zu verbessern, die Therapie erträglicher zu gestalten und den Heilungsverlauf günstig zu beeinflussen.



*Prof. Dr. med. Gerd Nagel,
Gründer und Präsident der
Stiftung Patientenkompetenz*

Wenn es um die Nutzung persönlicher Ressourcen zur Krankheits- oder – allgemeiner gesprochen – zur Krisenbewältigung geht, muss zunächst eines festgehalten werden: Krisen sind normal im Leben. Jede Person verfügt aber über einen «Vorrat» an Ressourcen, um solche Krisen zu meistern. Der Arzt Paracelsus meinte dazu: «Die Kraft des Arztes liegt im Patienten.» Und in der alten Medizin hiess es: *medicus curat, natura sanat* – der Arzt behandelt, die Natur heilt. Wobei hier Natur den «inneren Arzt» des Menschen meint. Oder eben: die persönlichen Ressourcen zur Gesunderhaltung und zur Heilung. Schade nur, dass vielen Menschen das Bewusstsein für die eigenen Ressourcen fehlt, wie wir in unseren Gesprächen immer wieder feststellen müssen.

Damit sind wir zurück beim Thema: die Entdeckung des Patienten im 21. Jahrhundert. Einerseits steht die Medizin vor der Herausforderung, den Patienten mit seinen Ressourcen noch besser in ihre Behandlungskonzepte zu integrieren. Andererseits gilt diese Herausforderung auch für die Patienten: Wir müssen unsere eigenen Kräfte der Krisenbewältigung (wieder)entdecken und sie einbringen.

In diesem Sinne trägt auch die vorliegende Publikation zur Entdeckung des Patienten im 21. Jahrhundert bei.

Impressum

Herausgeber:

fmc – Schweizer Forum für Integrierte Versorgung
Zugerstrasse 193, 6314 Neuägeri, www.fmc.ch

Texte:

Peter Berchtold, Urs Zanoni

Fachliche Beratung:

Delia Schreiber, Stiftung Patientenkompetenz

Illustrationen:

Anna Hartmann

Gestaltung:

grafisch.ch, Neuägeri, www.grafisch.ch

Druck:

Heller Druck AG, Cham, www.hellerdruck.ch
ISBN: 978-3-9524595-0-8
© fmc, Dezember 2015

Weitere Exemplare des fmc-Denkstoff N°2 sind kostenlos beim Herausgeber erhältlich (info@fmc.ch). Die PDF-Version steht für den Download auf der Website www.fmc.ch zur Verfügung.

Wir danken den Expertinnen und Experten unserer Goldpartner und Partner sowie der Stiftung Patientenkompetenz für die Mitarbeit bei der Entwicklung der Patientenbilder 2024.

Compétence des patients : une approche agréablement différenciée

La compétence des patientes et des patients est une notion qui a pris une place plus importante au cours des dernières années dans les discussions sur les priorités à placer dans les politiques de santé. On peut le constater notamment par la priorité qui lui est conférée dans le programme « santé 2020 » du Conseil fédéral.

Dans la dimension parfois populiste des débats publics, la compétence est souvent non seulement mise en lien immédiat avec la responsabilité individuelle, mais souvent laissée en rade ensuite pour réduire le débat à la dimension financière de la responsabilité : « si les patients paient plus de leur poche, ils arrêteront de consommer des prestations inutiles ». Dans le pays de l'OCDE qui connaît la part la plus importante de financement privé du système de santé, une telle approche relève soit de l'ignorance (il n'y a pas de corrélation entre la participation financière individuelle et le coût du système) ou du cynisme (l'assertion est certes fausse, mais permet de légitimer des mesures de désolidarisation dans l'assurance-maladie obligatoire).

Dans ce contexte, l'approche de la présente publication sur le lien entre les principes des soins intégrés et le renforcement de compétences en santé au sens large des patientes et des patients, tant au niveau individuel que collectif, est agréablement rafraîchissante : à l'image caricaturale du patient-profiteur qui cherche à consommer le plus possible de prestations médicales pour ses primes versées – ce qui peut certes arriver mais reste marginal – elle substitue la perspective de la patiente ou du patient à même de participer aux meilleurs choix possibles pour son bien-être intrinsèque. C'est sans doute l'une des pistes les plus intéressantes et prometteuses pour optimiser l'utilisation des ressources tant dans l'intérêt individuel de la patiente et du patient que dans celui du système de santé et, ce qui est souvent oublié dans de telles réflexions, de la société dans son ensemble.



*Jean-François Steiert,
Conseiller national,
Vice-président de la Fédération
Suisse des Patients FSP*

Les quatre exemples de patients construits par les auteurs n'ont – heureusement – pas l'ambition d'une approche systématique, mais fournissent des pistes de réflexion riches et variées sur l'intérêt de la société à investir dans le développement coordonné de compétences de patients et de leurs proches par l'intermédiaire des différents prestataires et acteurs impliqués. La plupart des pistes évoquées ont fait leurs preuves dans la pratique, mais n'existent aujourd'hui généralement que de manière isolée, souvent peu accessible aux patients. Les options d'actions et d'incitations retenues en conclusion de la publication nous montrent comment les rendre accessibles, par chaque groupe d'acteurs du système, au plus grand nombre possible de patients – notamment en étendant au niveau collectif le développement des compétences des patients, par le renforcement de leurs organisations et leur implication tant dans les processus de politique de la santé que dans le développement des compétences individuelles des patients. Ces développements et la à disposition généralisée des pistes évoquées ont un coût, mais la plus-value de ce coût semble incontestable. Il y aurait de quoi agir rapidement au-delà des habituels clivages partisans !

Hintergrund

Es ist höchste Zeit, die Patienten darin zu stärken, sich in die eigene Behandlung und Betreuung einzubringen und den «inneren Arzt» zu aktivieren. Denn die Patienten sind die wahren Experten ihrer Krankheit oder Beschwerden. Sie sind die einzigen (allenfalls noch ihre Angehörigen oder andere Vertrauenspersonen), die den gesamten Behandlungs- und Betreuungsweg Schritt für Schritt erleben. Und sie sind jene, welche die Behandlung und Betreuung zahlen, sei es über Prämien, Steuern oder direkt aus der eigenen Tasche.

In der Schweiz und zahlreichen anderen Ländern haben Patientenorganisationen, Leistungserbringer, Versicherer oder Behörden die Zeichen der Zeit erkannt und starten Initiativen oder Programme, um die Gesundheits- bzw. Patientenkompetenz zu fördern. Auch der Bundesrat verlangt in seiner gesundheitspolitischen Gesamtschau «Gesundheit2020» unter anderem die Stärkung der Gesundheitskompetenz und Selbstverantwortung der Versicherten und Patienten, «damit sie sich effizienter im Gesundheitssystem bewegen, Krankheiten besser vorbeugen und mit ihren Krankheiten sorgsamer umgehen können» (BAG 2013/2015). Ebenso hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW in diesem Jahr den Bericht «Gesundheitskompetenz in der Schweiz – Stand und Perspektiven» publiziert (SAMW 2015). Das ist erfreulich und wichtig zugleich, denn Patientinnen und Patienten haben dann günstige Aussichten, ihre Krankheit oder Beschwerden gut zu bewältigen, wenn sie in die Behandlungsplanung einbezogen werden, von den medizinischen Interventionen überzeugt sind und ihrem Behandlungsteam vertrauen (Gigerenzer 2011).

Patientenkompetenz ist die Fähigkeit des Patienten oder der Patientin,

- sich den Herausforderungen der Erkrankung zu stellen,
- sich auf eigene und fremde Ressourcen zur Krankheitsbewältigung zu besinnen,
- diese Ressourcen zu nutzen,
- dabei auch persönliche Bedürfnisse zu berücksichtigen,
- eigene Zielvorstellungen zu verfolgen
- und Autonomie zu wahren.

Gerd Nagel, Stiftung Patientenkompetenz

Patientenkompetenz und Integrierte Versorgung

Patientenkompetenz und Integrierte Versorgung sind eng miteinander verbunden. Denn es sind vor allem die Patienten und ihre Angehörigen, die den gesamten Behandlungs- und Betreuungsprozess überblicken und jede einzelne Massnahme und Fachperson aus erster Hand erleben. Keine anderen Instanzen, auch nicht Hausärzte oder Case Manager, können diese Erfahrung ersetzen, denn ihr Beitrag ist aus Sicht der Patienten ebenfalls «nur» ein (wenn auch grosses und wiederkehrendes) Stück im gesamten Ablauf. Damit wird deutlich, dass die Sicht des Patienten und der Patientin zu einer bedeutsamen Quelle wird, wenn es um integrale Behandlungs- und Betreuungsprozesse sowie deren Qualität geht. Ebenso deutlich wird umgekehrt, dass die unterschiedlichen Patientenbedürfnisse nur mit einem integrierten Blick auf die Versorgung erfasst werden können.

Patientenkompetenz und Patientenzentrierung

Damit sich Patientenkompetenz entfalten kann, ist von den Leistungserbringern Patientenzentrierung und Partizipation verlangt, d.h. die Beteiligung an (medizinischen) Entscheidungen und die Möglichkeit zur Mitgestaltung. Umgekehrt sind Patientenzentrierung und Partizipation zwingende Voraussetzung, damit sich Gesundheit und Patientenkompetenz entwickeln können. Dieses gegenseitige Bedingen macht das Thema so anspruchsvoll. Eine ebenso grosse Herausforderung ist der Umstand, dass es nicht die eine Patientin oder den einen kranken Menschen gibt. Wir behandeln, betreuen und begleiten Individuen – jedes mit der eigenen Geschichte, eigenen Ressourcen und eigenen Bedürfnissen.

Patientenzentrierung und Partizipation heisst daher auch, individuelle Unterschiede erkennen zu können. Wobei diese Unterschiede weniger von den jeweiligen Krankheiten und Diagnosen geprägt sind (auch wenn sie eine Rolle spielen) als vielmehr von persönlichen Eigenschaften und Möglichkeiten. Was dazu gehört, ist seit längerem bekannt (Gerteis 1993):

- Unterschiedliches Verhalten der Patienten je nach Schweregrad der Krankheit, Heilungsaussichten, Unsicherheit und Verlauf
- Unterschiedliche Erwartungen an die Kommunikation, Informationen und Emotionen zwischen ihnen und den Fachpersonen
- Unterschiedliche Bereitschaft und Möglichkeiten, die eigenen Vorlieben, Wünsche und Bedürfnisse auszudrücken
- Unterschiedliche Möglichkeiten, mit der Informationsungleichheit zwischen ihnen und den Fachpersonen umzugehen
- Unterschiedliches Interesse an Informationen über Abklärungen, Diagnose, Behandlungen und Verlauf bzw. unterschiedliche Bereitschaft, danach zu fragen
- Unterschiedliche Möglichkeiten, Informationen über Abklärungen, Diagnose, Behandlungen und Verlauf zu verarbeiten
- Unterschiedliche Erwartungen und Möglichkeiten, bei Abklärungen und Therapien mitzuentcheiden (bzw. eine Mitentscheidung zu verlangen) und zwischen verschiedenen Behandlungsoptionen zu wählen

Wichtig dabei: Es sind vor allem diese individuellen Verschiedenartigkeiten und viel weniger die krankheitsbedingten, die Patienten zu Experten ihrer eigenen Krankheit machen und damit grosse Herausforderungen an die Gesundheitsfachpersonen stellen. Kommt hinzu, dass mit steigender Eigenverantwortlichkeit der Patienten (und von dieser Zunahme gehen wir aus) sich solche Verschiedenartigkeiten noch viel stärker zeigen als wir es gewohnt sind.

Absicht

Der fmc-Denkstoff Patientenbilder 2024 nimmt diese Verschiedenartigkeiten auf und beschreibt am Beispiel von Nicole, Emma, Thomas und August, wie sich Patienten und Gesundheitsfachpersonen künftig verhalten könnten. Die Inhalte sind das Ergebnis eines mehrstufigen Prozesses: Ausgehend von der wissenschaftlichen Evidenz hat eine Expertengruppe des fmc – unter Einbezug des Strategischen Beirats und der 340 Teilnehmenden des fmc-Symposiums 2015 – die vorliegenden Bilder erarbeitet.

Gesundheitsfachpersonen und Leistungserbringer-Organisationen sind künftig gefordert, diese Verschiedenartigkeiten der Patienten erkennen zu können – nicht bis ins kleinste Detail, das wäre eine Überforderung. Vielmehr geht es um das Erkennen von Verhaltensmustern, wie sie in den Darstellungen von Nicole, Emma, Thomas und August zum Ausdruck kommen. Grundmuster, wie

sich Patienten unabhängig von ihrer Gesundheitsstörung oder Krankheit verhalten können. Wir sehen diese Bilder nicht als scharf voneinander abgegrenzt. Und noch viel weniger sind sie als Verhaltenssystematik der Patienten zu deuten. Jeder Patient, jede Patientin zeigt im Laufe der Zeit unterschiedliche Ausprägungen dieser Grundmuster.

Wir richten diese Patientenbilder an alle Akteure, Organisationen, Fachpersonen und Patienten und möchten damit einen Beitrag leisten, um

- das Verständnis von Gesundheits- und Patientenkompetenz zu fördern;
- die Patientenzentrierung in der Leistungserbringung zu unterstützen und deren Bedeutung in der Integrierten Versorgung zu unterstreichen;
- Diskussionen und Auseinandersetzungen unter den Akteuren zu stimulieren;
- allen Akteuren Orientierung zu geben und Handlungsspielräume aufzuzeigen.

Menschen mit Migrationshintergrund

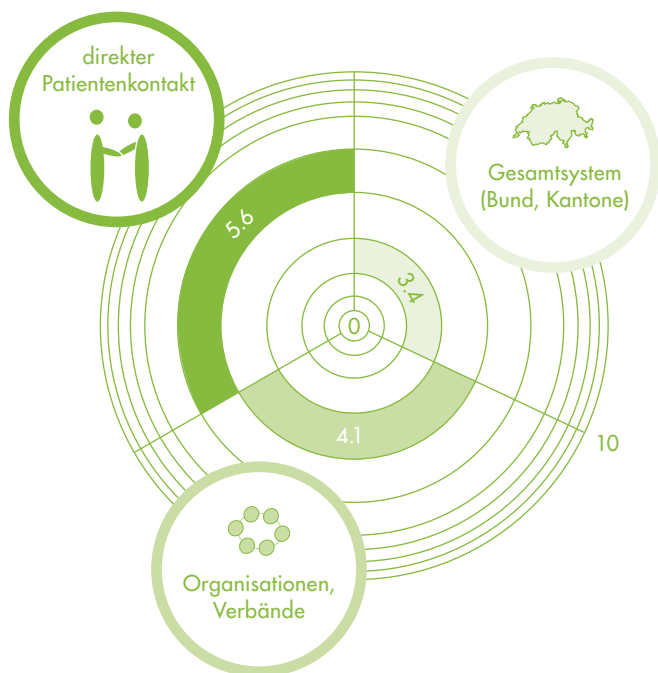
Eine besondere Patientengruppe stellen Menschen aus anderen Kulturen und Religionen dar; viele haben ausserdem schlechte Sprachkenntnisse. Ihnen das schweizerische Versorgungssystem näher zu bringen und gleichzeitig ihre kulturelle und religiöse Unterschiedlichkeit zu berücksichtigen, ist eine spezielle Herausforderung. Das Schweizerische Rote Kreuz und andere Organisationen beschäftigen sich seit langem mit diesen Themen. Mehr dazu lesen Sie auf Seite 46.

«Sehen Sie mal, was ich sehe!»: mehr Patientensicht, mehr Integration

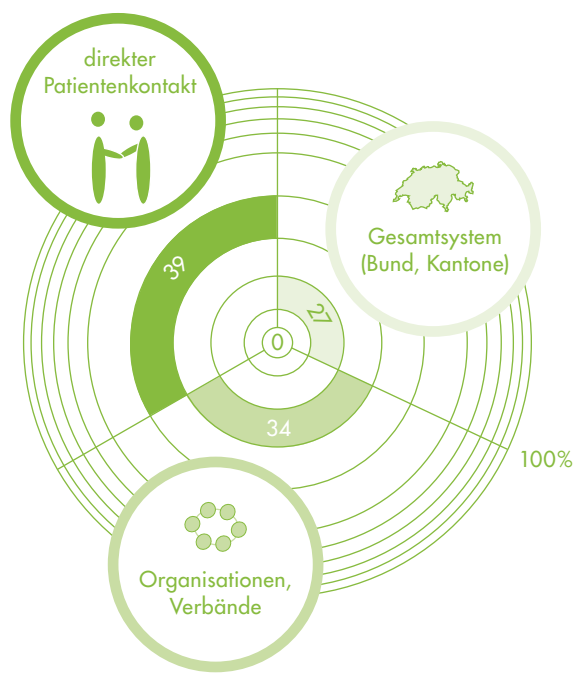
Unter diesem Titel gaben die 340 Teilnehmenden am fmc-Symposium 2015 ihre Einschätzung zur heutigen Patientenzentrierung ab: Auf einer Skala von 0 bis 10 war die mittlere Einschätzung im direkten Patientenkontakt 5.6 (50% der Teilnehmenden gaben einen Wert zwischen 4 und 7 an), auf Ebene Organisationen/Verbände 4.1 und auf Ebene Gesamtsystem 3.4.

Künftige Fördermittel würden die Teilnehmenden des Symposiums wie folgt aufteilen: durchschnittlich 39% für Massnahmen im direkten Patientenkontakt, 34% für Massnahmen von Organisationen/Verbänden und 27% für Massnahmen auf Ebene Gesamtsystem.

Einschätzung Patientenzentrierung (0 = keine, 10 = max.)



Einschätzung Fördermittelverteilung (0–100%)

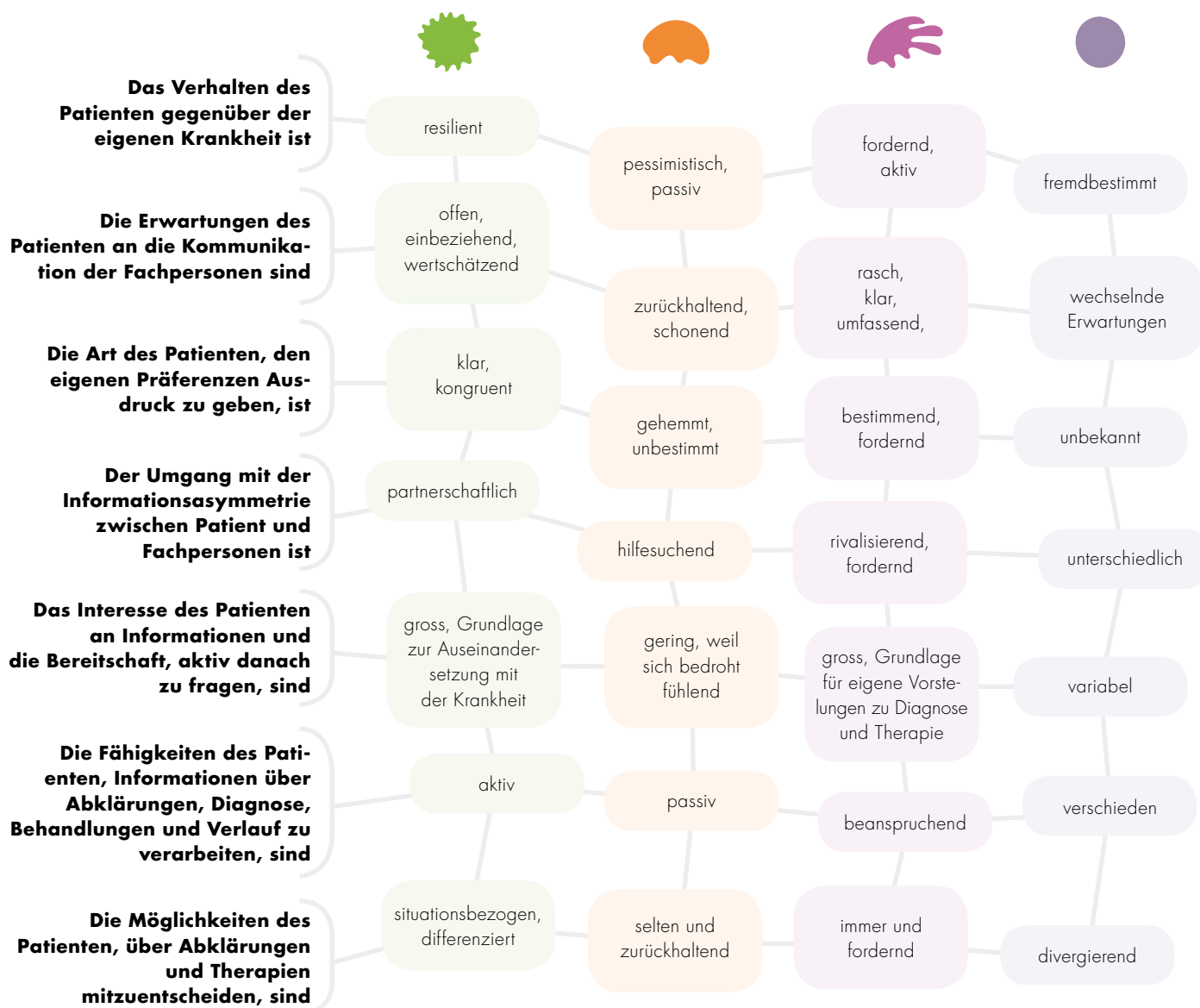


Auf einen Blick

Die Rollen der Patientinnen und Patienten ändern sich. Künftig werden deren Eigenverantwortlichkeit und die Patientenzentrierung der Gesundheitsfachpersonen einen deutlich höheren Stellenwert haben. Das gilt für die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und für die Integrierte Versorgung im Speziellen. Wir gehen davon aus, dass künftig unterschiedliche Formen und Ausprägungen von Eigenverantwortlichkeit und Patientenzentrierung verlangt sind. Dafür stellen wir die vier Patientenbilder von Nicole, Emma, Thomas und August zur Diskussion.

Sie sollen beispielhaft darstellen,

- dass Menschen ganz unterschiedlich mit Krankheiten und Informationen dazu, mit Fachpersonen und den Möglichkeiten zur Selbstbestimmung umgehen;
- dass diese Verhaltensweisen im Laufe des Lebens und im Verlauf einer Krankheit – ja sogar in Abhängigkeit des Gegenübers – variieren;
- wie sich diese Verhaltensweisen auf die Patientenzentrierung in der integrierten Behandlung und Betreuung auswirken können.

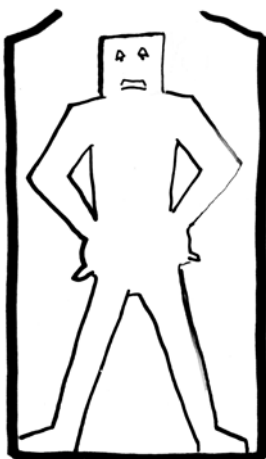




Nicole



Emma

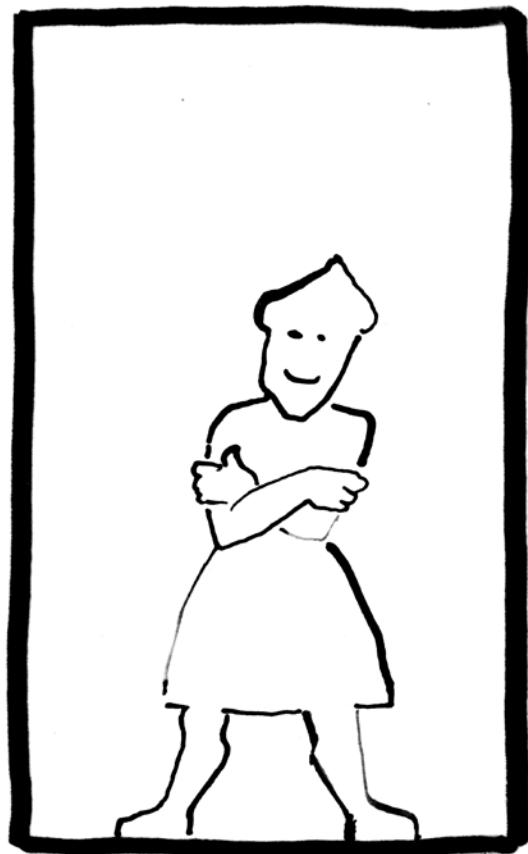


Thomas



August

Patientenbild Nicole



Beschreibung

Nicole, 40, war stets gesund, bis die Ärzte vor zwei Jahren eine Tumorerkrankung feststellten. Bei der Diagnose war ihr bewusst, dass die Heilungschancen dank moderner Therapien deutlich gestiegen sind. Als selbständige Unternehmerin und alleinerziehende Mutter ist sie es gewohnt, Dinge anzupacken: zwei Operationen, Chemo- und Strahlentherapie – die Behandlung dauert mehr als ein Jahr. Trotzdem versteckt sie sich nicht, selbst dann nicht, als ihre Haare ausfallen. Nicole lässt sich eine Perücke anpassen und achtet auch während der Chemotherapie sehr auf ihr Äusseres.

Verhalten der Krankheit gegenüber

Ihr Humor und Lebenswille helfen Nicole, positiv zu bleiben. Sie spricht mit der Familie, den Kindern und Freunden offen über ihre Krankheit. Deshalb erwartet sie auch von den Ärzten und Pflegenden, dass diese offen mit ihr sprechen und sie partnerschaftlich einbeziehen. Nicole setzt sich intensiv mit der Krankheit auseinander und kann ihre Bedürfnisse klar und stimmig ausdrücken. Sie hat grosses Interesse an Informationen über Abklärungen, Diagnose, Behandlungen und den Heilungsverlauf. Sie fragt gezielt nach, weil sie Hintergründe, Vorteile und Risiken der jeweiligen Massnahmen selbst nachvollziehen möchte. Für die Behandelnden und Betreuenden wirkt dies entlastend, weil sie davon ausgehen können, dass Nicole die vielen Informationen verarbeiten, über Abklärungen und Therapien mitentscheiden und sogar zwischen verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten wählen kann.

Patientenzentrierung 2024

Trotz der schweren Krankheit und Unsicherheit, ob sie geheilt wird, will sich Nicole in die Behandlung und Betreuung einbringen und mitbestimmen, was gemacht werden soll und was nicht – im Gegenzug übernimmt sie auch einen Teil der Verantwortung. Mit ihrem Betreuungsteam, dem zuständigen Tumorspezialisten, der Hausärztin und weiteren Fachpersonen, klärt sie deshalb verbindlich, wie sie – neben den notwendigen Konsultationen und Visiten – den Heilungsverlauf mitgestalten kann.

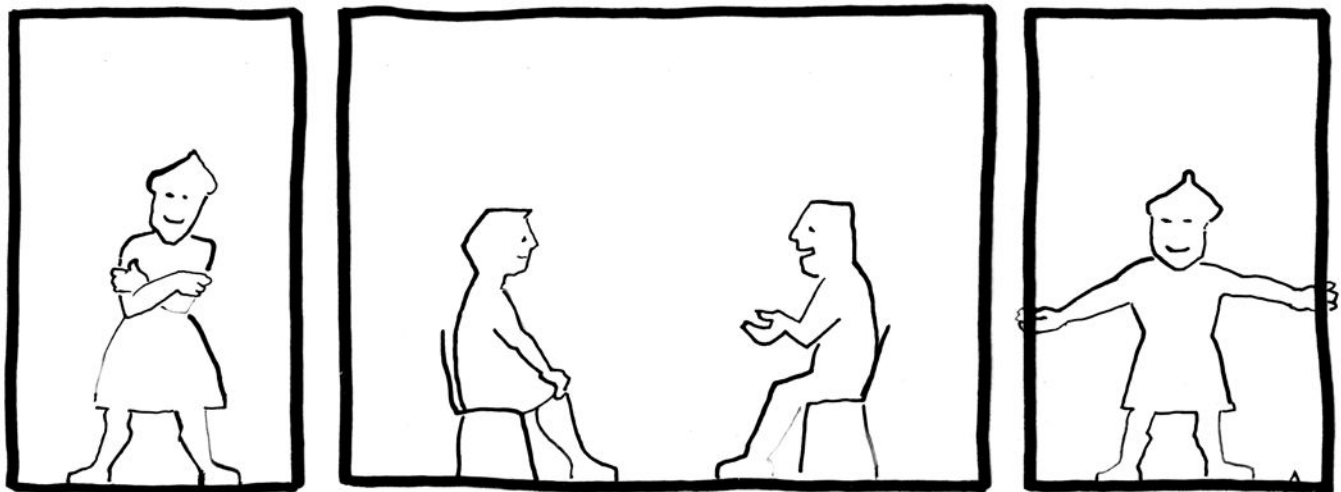
☀ Nicole hat vor Jahren schon ein elektronisches Patientendossier eröffnet, einerseits um ihre persönliche Gesundheitsdaten zu verwalten, andererseits um es bei einer Krankheit oder einem Unfall anzuwenden. Nun kann sie bestimmen, welche Fachpersonen welche Informationen, die für die Behandlung und Betreuung wichtig sind, sehen und nutzen dürfen – und zwar geschützt und gesichert. Das sind zum Beispiel Labordaten, Bilder von Untersuchungen, medizinische Berichte, die ganze Medikation, ihre Patientenverfügung, das Impfdossier. Damit hat auch sie stets den Überblick, welche Informationen an den verschiedenen Behandlungsorten (Arztpraxis, Spital, Apotheke, Spitex, Therapie etc.) elektronisch verfügbar sind.

☀ Nicole ist überzeugt, dass erfolgreiche Behandlungen eine partnerschaftliche Beziehung zwischen Patientin und Arzt voraussetzen und Entscheidungen gemeinsam getroffen werden sollten. «Shared decision making» (partizipative Entscheidungsfindung) heisst das in der Fachsprache und beginnt mit der Auftragsklärung: Welche Probleme werden behandelt? Wann? Von wem? Auch danach sollen Patientin und Arzt (oder eine andere Fachperson) ihre Überlegungen gleichberechtigt in den Abwägungs- und Entscheidungsprozess einbringen und sich die Verantwortung teilen. Verschiedene Instrumente können dabei helfen, zum Beispiel Formulare, Risiko- oder Wahrscheinlichkeitstabellen, eine Zusammenstellung des aktuellen Wissens zum Thema, bildliche Darstellungen, elektronische Hilfsmittel wie Apps für Computer oder Smartphone.

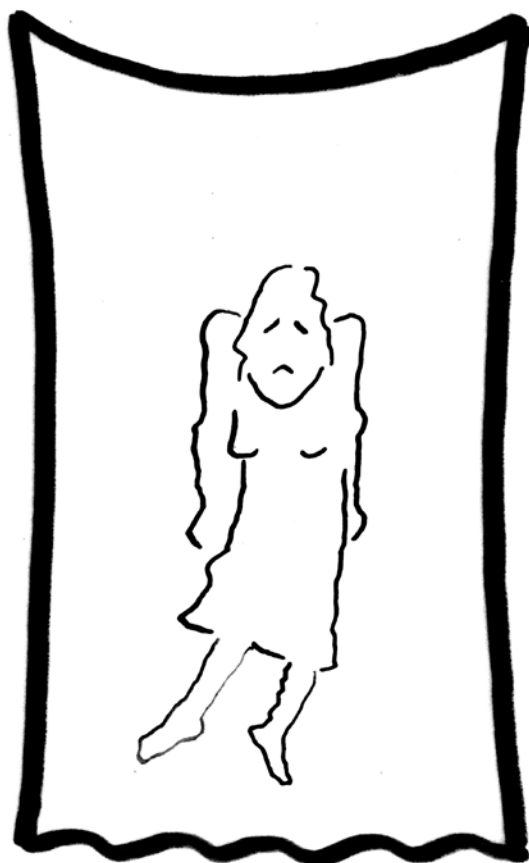
● Auf Anfrage ihres Tumorspezialisten ist Nicole bereit, an der Entwicklung von Leitlinien mitzuwirken. Leitlinien (Guidelines) und Behandlungspfade (Clinical pathways) sind anerkannte Instrumente, um Krankheiten nach aktuellem wissenschaftlichen Stand (evidenzbasiert) zu behandeln oder einzelne Behandlungsmassnahmen optimal auszuführen. Beide Instrumente vereinen in der Regel unterschiedliche Berufsgruppen und erstrecken sich über mehrere Behandlungsphasen. Nicole ist Mitglied einer Patienten-Fokusgruppe, in der solche Leitlinien und Behandlungspfade diskutiert und Empfehlungen aus Patientensicht erarbeitet werden.

● Selbstverständlich hat sich Nicole auch mit der Möglichkeit befasst, dass die Behandlungen nicht den gewünschten Erfolg bringen und sie palliative Begleitung beanspruchen muss. Zudem liest sie einen Artikel über das «Café mortel», bei dem Menschen zusammensitzen und über die Endlichkeit des Lebens, das Sterben und den Tod sinnieren. Der Artikel liefert ihr weitere Impulse für die Patientenverfügung.

● Nicole ist auch Mitglied des Gesundheitsrates ihrer Wohngemeinde. Darin sitzen Personen aus Politik und Verwaltung sowie medizinische und soziale Fachpersonen aus dem lokalen Ärztenetz, dem Regionalspital, der Spitex, dem Pflegeheim, der Pro-Senectute-Beratungsstelle – und eben Personen, welche die Sicht von Patienten, Pflege- und Unterstützungsbedürftigen sowie Angehörigen einbringen. Der Gesundheitsrat wirkt als «Groupe de réflexion» und diskutiert selbst gewählte oder von Dritten eingebrachte Themen rund um die regionale Gesundheitsversorgung. Die Ergebnisse dieser Diskussionen stehen allen beteiligten Institutionen und Organisationen zur Verfügung, um die Versorgung im Dienste der Bevölkerung zu optimieren oder weiterzuentwickeln.



Patientenbild Emma



Beschreibung

Emma, 52, leidet seit Jahrzehnten unter Schmerzen. Ursache ist eine angeborene körperliche Missbildung, die schon mehrere Operationen zur Folge hatte. Zudem ist sie seit ihrer Kindheit häufig traurig, ausgelöst zum einen durch die täglichen Schmerzen, zum anderen durch die schwierige Familiensituation während ihrer Jugend. Kaum je sprach sie mit jemandem über ihre Probleme. Seit dem Suizidversuch mit 17 Jahren musste Emma immer wieder in stationäre psychiatrische Behandlung. Vor sechs Monaten begann sie eine ambulante Psychotherapie. Wegen der Schmerzen fehlt ihr allerdings oft die Kraft, um den Weg von zu Hause bis zur Therapeutin zu schaffen.

Verhalten der Krankheit gegenüber

Emma fühlt sich meistens energielos und niedergeschlagen. An ihrem Arbeitsplatz fehlt sie immer wieder. Trotz Verständnis und Engagement ihres Arbeitgebers gibt es häufig Probleme, weil sie sich nicht an Abmachungen hält und fehlerhaft arbeitet. Sie fühlt sich dann alleine und ausgestossen. Emma hat noch immer grosse Mühe, über ihre Situation und Schwierigkeiten zu sprechen; zu sehr nimmt sie alles emotional her und zu stark fühlt sie sich in die Enge getrieben. Gegenüber den Betreuenden ist sie äusserst gehemmt und verschlossen. Nur zu ihrer Therapeutin konnte sie mittlerweile etwas Vertrauen aufbauen und kann deren Unterstützung annehmen. Dass Emma es häufig nicht in die Therapiestunde schafft, setzt sie unter Druck. Für die Therapeutin ist die Arbeit mit der Patientin anspruchsvoll und trotzdem erfreulich, weil kleine, aber stete Verbesserungen sichtbar werden.

Patientenzentrierung 2024

Emma meidet Kontakte zu anderen Menschen; Freundschaften zu schliessen, fällt ihr ausgesprochen schwer. Dennoch erfährt sie, namentlich in den Therapiestunden, wie wichtig es ist und wie wohltuend es sein kann, über ihre Probleme zu sprechen, Vertrauen zu anderen Menschen aufzubauen und mit den Betreuenden an ihren Ängsten zu arbeiten. In letzter Zeit spürt Emma, wie etwas Mut und Zuversicht in ihr keimen – das will sie auf keinen Fall wieder verlieren. Sehr geholfen hat ihr auch die engmaschige Betreuung

in einem Schmerzzentrum; seither gibt es immer wieder Augenblicke, in denen sie ihre Schmerzen vergisst. Sämtliche Betreuenden motivieren Emma seit langem, ihre Bedürfnisse stärker einzubringen und die Behandlung aktiv zu unterstützen – teilweise mit Erfolg.

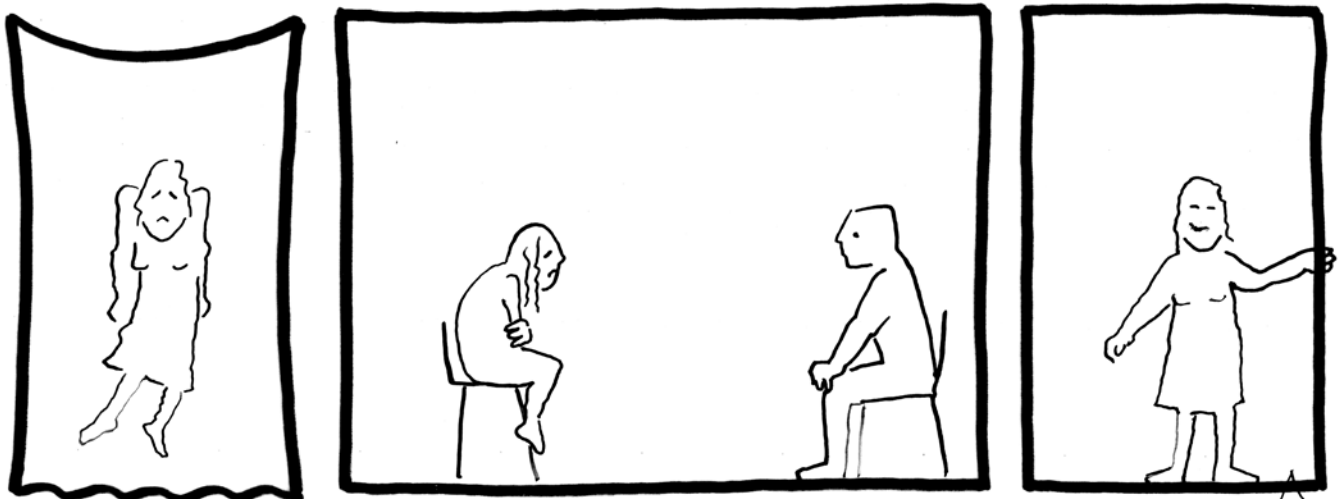
☞ Emma führt ein Patiententagebuch, in dem sie dreimal täglich die Art, den Ort und die Intensität ihrer Schmerzen und anderer Beschwerden festhält. Ein solches Tagebuch gestattet den Betreuenden, Wirkungen und natürlich auch Nebenwirkungen der verschiedenen Massnahmen laufend zu verfolgen. Folglich können sie die Schmerzzustände viel wirklichkeitsnaher mit Emma besprechen als in einer üblichen Konsultation und entsprechend gezielt darauf reagieren.

☞ Auf Empfehlung ihrer Therapeutin willigt Emma in ein begleitendes Patientencoaching ein. Patientencoaches unterstützen vor allem Menschen mit chronischen Krankheiten oder Beschwerden darin, den Verlauf ihrer Behandlung mitzugestalten. Im Zentrum steht dabei die Frage: Welche Möglichkeiten hat der Patient, die Patientin, um die eigene Situation trotz aller Einschränkungen zu verbessern? Solche Potenziale und Ressourcen können im einzelnen Menschen angelegt sein (z.B. ein besonderes Interesse, eine besondere Fähigkeit) oder sie finden sich im Umfeld (z.B. Nachbarn, Unterstützungsangebote von Fachorganisationen). Hauptziel des Coachings ist es, solche Potenziale und Ressourcen zu ermitteln und zu lernen, sie zu nutzen. Beim ersten Treffen mit dem Coach hat Emma bereits

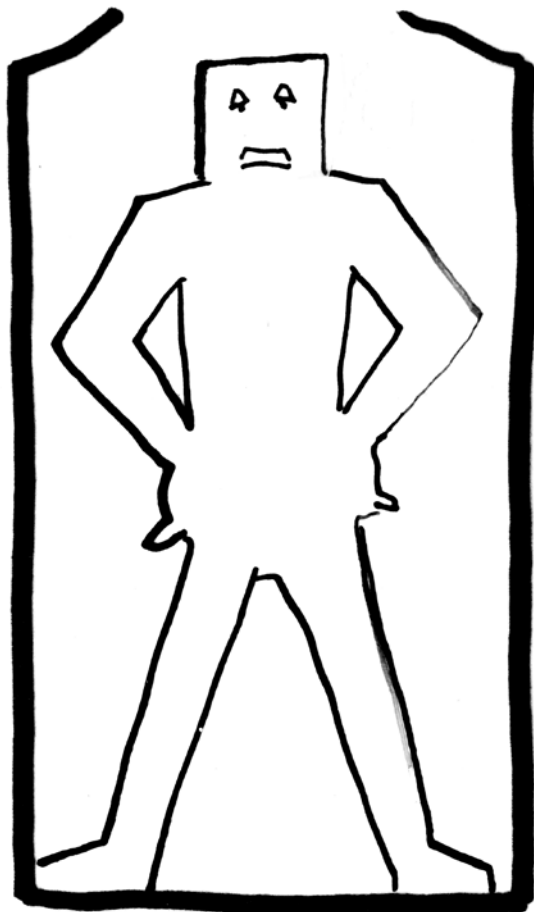
das eine oder andere Erfolgserlebnis; zudem nimmt sie erleichtert zur Kenntnis, dass das Coaching bei Bedarf auch per Telefon oder Skype erfolgen kann.

☞ Der Patientencoach hat den Betreuenden von Emma empfohlen, bei ihr konsequent die sogenannte Teachback-Methode anzuwenden. Bei dieser Methode bitten die betreuenden Personen ihre Patienten, die wichtigsten Inhalte der einzelnen Gesprächsteile zu wiederholen. Dadurch spiegeln Patienten den Betreuenden (teach back), was sie wie verstanden – oder missverstanden – haben. Diese Methode bewährt sich vor allem bei Menschen mit sprachlichen oder sozialen Einschränkungen (oder Menschen, bei denen eine solche Einschränkung vermutet werden muss).

☞ Mit weiteren Massnahmen wird vorsichtig versucht, Emma stärker in die verschiedenen Behandlungsstränge einzubeziehen – denn je besser der Einbezug in die Therapie, desto besser deren Erfolgsaussichten. Dafür stehen eine Reihe von anerkannten Methoden und Instrumenten zur Verfügung, zum Beispiel personalisierte Anleitungen zur Medikamenteneinnahme, Instruktionsvideos für Übungen zu Hause oder die Unterstützung der Therapie via Telefon, SMS und Internet (Telemonitoring/Telebiometrie).



Patientenbild Thomas



Beschreibung

Thomas, 29, hat seit seinem achten Lebensjahr eine komplizierte Stoffwechselstörung. Hielt er sich anfänglich sehr konsequent an die Behandlung, kam es in der Pubertät zum Aufstand: «Ich lebe nicht, um mich nur um meine Krankheit zu kümmern», lautete damals sein Grundsatz – der ihm wichtiger war als die therapeutischen Massnahmen. So kam es vor gut zehn Jahren zu einer Krise, die ihn um ein Haar das Leben kostete. Aber Thomas erholte sich und beachtet seither, abgesehen von kleineren Rückfällen, die Behandlung und Kontrolle der Stoffwechselstörung sehr konsequent. Auch wenn sich erste Spätfolgen der Krankheit ankünden, fühlt er sich fit, treibt ausgesprochen viel Sport und scheut sich nicht, seine Kraft und Energie zu zeigen.

Verhalten der Krankheit gegenüber

Thomas' Erkrankung fordert viele regelmässige und teils auch komplizierte Kontrolluntersuchungen und Therapieanpassungen. Im Gegensatz zu früher ist er sehr darauf bedacht, jedes noch so kleine Detail zu verstehen. Deshalb erwartet er von den Fachpersonen eine offene und klare Kommunikation und umfassende Informationen. Er hat sich lange mit seinen eigenen Bedürfnissen und Wünschen befasst und lässt kaum eine Gelegenheit aus, diese einzufordern. Entsprechend ungehalten ist Thomas, wenn er den Eindruck gewinnt, dass seine Vorstellungen zu wenig Beachtung finden. «Eigentlich weiss ich mehr über meine Krankheit als meine Ärzte, weil ich alles am eigenen Leib erlebe», pflegt er zu argumentieren. Zudem habe er fast alles über seine Krankheit gelesen, was er im Internet und in Bibliotheken finden konnte. Die betreuenden Fachpersonen und besonders seine Hausärztin betrachten ihn als sehr anspruchsvollen Patienten, denn es gibt keine Visite und keine Untersuchung, bei der nicht argumentiert oder um Entscheidungen wird. Selbstverständlich habe das auch Vorteile, meint seine Hausärztin, weil Thomas wirklich mitentscheide – und sie dadurch auch entlaste.

Patientenzentrierung 2024

Thomas scheut keine Kritik, beispielsweise wenn er im Spital einem neuen Arzt seine ganze Krankheitsgeschichte nochmals erzählen muss oder die Hausärztin die Untersuchungsergebnisse des Spezialisten viel zu spät – so seine Wahrnehmung – erhält. Vor kurzem wurde Thomas' Hausärztin sogar von einer Kollegin gefragt, ob das ihr Patient gewesen sei, der an einer grossen Tagung zu Integrierter Versorgung unter dem Titel «Der fragmentierte Patient» zwar sehr differenziert, aber auch sehr kritisch über seine Krankheitserfahrungen berichtete. Gleichzeitig sind sich alle Betreuenden einig, dass das Engagement von Thomas bemerkenswert ist.

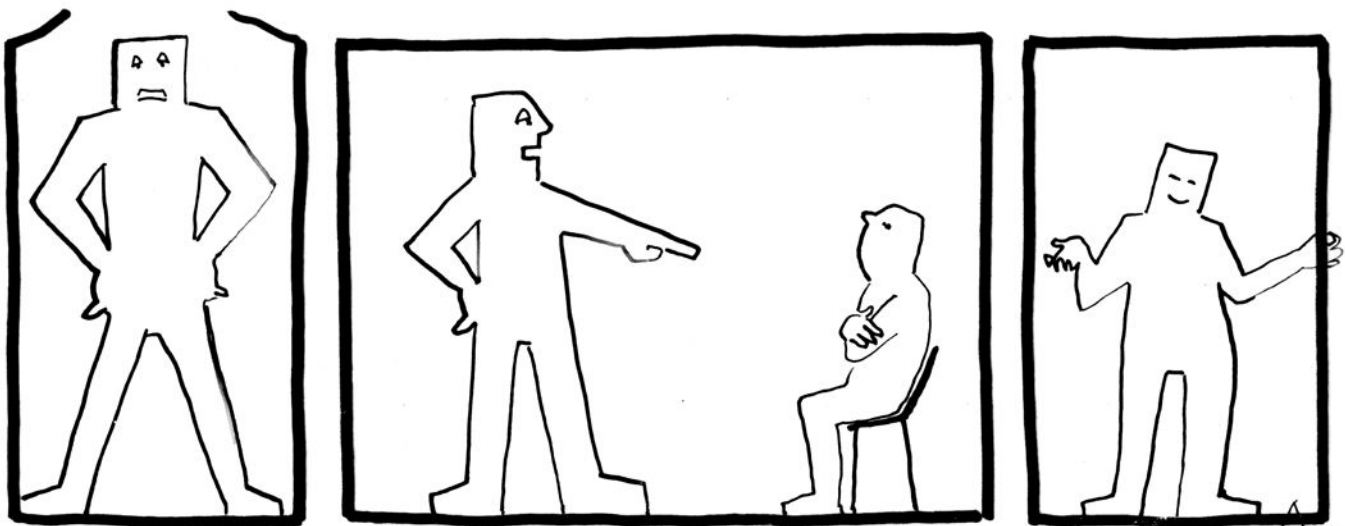
☞ Um seine Stoffwechselerkrankung möglichst genau kontrollieren zu können, hat Thomas mit seinen Ärzten vereinbart, ein elektronisches Patiententagebuch zu führen. Darin trägt er systematisch medizinische und gesundheitliche Massnahmen ein, die er selber durchführt (z.B. Einnahme von Medikamenten, selbst gemessene Werte, Trainingsleistungen). Hinzu kommen Angaben zur Befindlichkeit wie die aktuelle Stimmung oder das Schlafverhalten. Das hilft ihm und den Behandelnden, Veränderungen der physischen und psychischen Gesundheit rechtzeitig zu erkennen, um geeignet reagieren zu können.

☞ Sein Patiententagebuch ist auch Ausgangspunkt für eine «Patientenreise» (Patient Journey), die sämtliche Schritte eines Krankheitsverlaufs aus Sicht des Patienten beschreibt: vom Wahrnehmen der ersten Symptome über Diagnostik und Behandlung bis zur Nachsorge und allfälligen Reintegration in den (Arbeits-)Alltag. Mit Patient Journeys lassen sich Patienten-Geschichten in Wort und Bild darstellen und mit Kommentaren ergänzen. Solche Patient Journeys dienen einzelnen

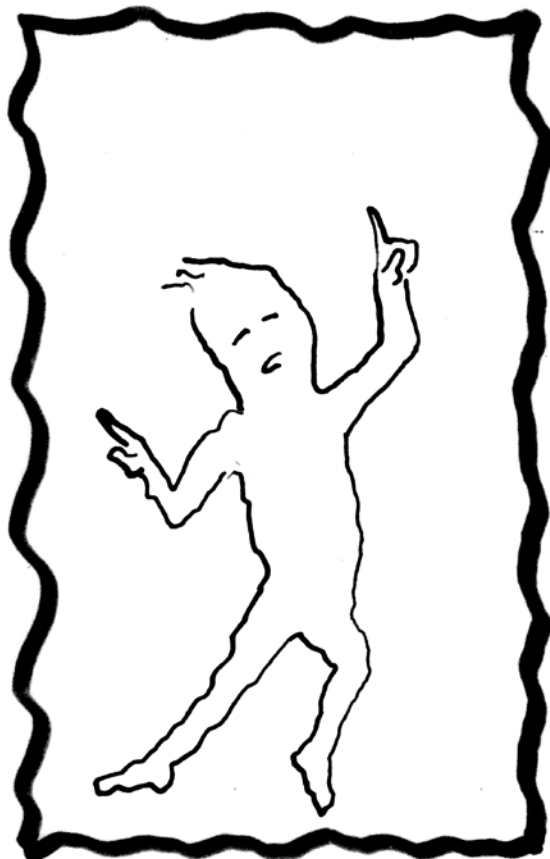
Leistungserbringern oder ganzen Institutionen als Grundlage, um Behandlungs- und Betreuungsprozesse zu analysieren, zu bewerten und gegebenenfalls neu zu gestalten.

☞ Thomas engagiert sich nicht nur für sich, sondern für alle mit der gleichen Stoffwechselstörung. Denn die wahren Experten einer Krankheit sind die Betroffenen: Deshalb wird deren Erfahrungswissen mehr und mehr nutzbar gemacht, einerseits für die Patienten, andererseits für die Fachwelt. Eine ganze Reihe von Ansätzen geht in diese Richtung, beispielsweise Selbsthilfegruppen, die sich regelmässig mit Fachpersonen austauschen; Betroffene, die andere Betroffene im Umgang mit der Erkrankung und in allgemeiner Lebensgestaltung schulen; Patienten, die Fachpersonen als Mentoren zur Verfügung stehen; Betroffene, die für andere Erkrankte Internet-Kolumnen (Blogs) schreiben und darin auch Erfahrungen mit Leistungserbringern und Therapien vermitteln.

☞ Darüber hinaus engagiert sich Thomas mit anderen Betroffenen in einer nationalen Patienten-Initiative (Pressure Group). Ziel einer solchen Initiative ist es in der Regel, ihren Anliegen mehr Gewicht zu verleihen, zum Beispiel: die rasche Zulassung einer neuen, viel versprechenden Therapie; die Vergütung dieser Therapie über eine Sozialversicherung (meistens die obligatorische Krankenpflegeversicherung); mehr oder bessere soziale Unterstützung für die Betroffenen. Damit Thomas' Stoffwechselstörung besser erforscht wird, stellen die mehreren Tausend Mitglieder der Patienten-Initiative ihre Patienten- und Krankheitsdaten zur Verfügung – falls die Forschenden bestimmte Fragen bearbeiten.



Patientenbild August



Beschreibung

August, 76, hat eine fortgeschrittene Demenz. Die ersten Symptome zeigten sich vor rund vier Jahren; er war häufig müde und fühlte sich nicht mehr leistungsfähig. Dann verlor er zusehends den Orientierungssinn und wusste plötzlich nicht mehr, welchen Weg er nehmen musste; später vergass er, wie man telefoniert, liest oder schreibt. Die frühen Abschnitte seiner Krankheit waren für August eine grosse Belastung, ebenso wie er erlebte, dass die Lücken immer grösser werden und die geistigen Fähigkeiten laufend abnehmen. Mittlerweile fühlt er sich in seiner reduzierten und geistig genügsamen Lebenswelt wohl und scheint den Alltag sogar zu geniessen. Das ist für seine Lebenspartnerin, die ihn betreut, ebenso eine Erleichterung wie für die vier Söhne und Töchter, die auch einbezogen sind. Gleichzeitig schmerzt der Verlust sehr: «Auf einmal ist nichts mehr von dem Menschen da, mit dem man vorher das Leben geteilt hat», sagte sie vor kurzem zu ihrer älteren Tochter.

Verhalten der Krankheit gegenüber

Zur Frage, ob August wirklich zufrieden ist und sein eingeschränktes Leben genießt, sind sich die Familienangehörigen uneinig: Die einen sehen es als Glück, dass August zwar geistig abgebaut hat, sich aber wohl fühlt. Die anderen sehen vor allem den geistigen Abbau und argumentieren, dass man so doch nicht wirklich von Lebensgenuss und Wohlfühlen sprechen könne. Dieser Zwist ist für die Familie eine Belastung, ebenso für die betreuenden Fachpersonen, besonders den Hausarzt und die Pflegenden der Spitex. Sie werden immer wieder mit ungleichen, teils sogar gegensätzlichen Erwartungen und Forderungen konfrontiert, zum Beispiel welche Informationen zu wem gelangen sollen oder wie die Angehörigen in die Betreuung und Behandlung einbezogen werden möchten.

Patientenzentrierung 2024

Diese ungleichen Ansichten in der Familie waren eine besondere Herausforderung, als August vor kurzem hohes Fieber hatte und sein Zustand sich rasch und bedrohlich verschlechterte. Der Hausarzt stellte eine Lungenentzündung fest und damit die Frage, wie weit man in der Behandlung gehen wollte. Diese Frage ist äusserst heikel, denn was heisst «Patientenzentrierung» in einer Situation wie dieser, in welcher der Patient nicht mehr für sich sprechen kann und Angehörige mit ihren eigenen Bewertungen und Ansichten uneinig sind?

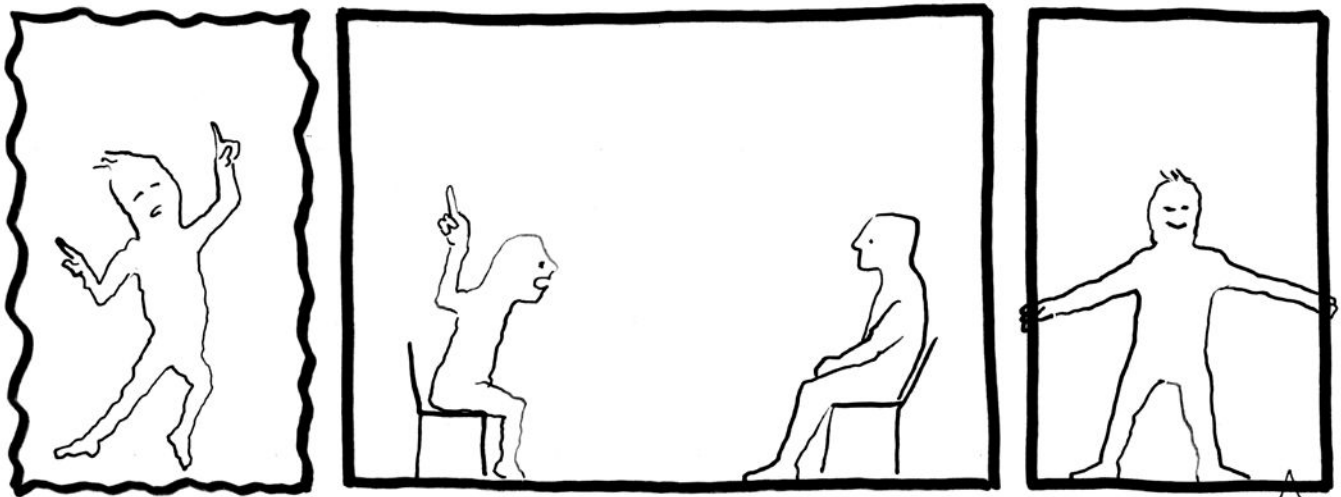
- Glücklicherweise hatte August vor dem Verlust der Urteilsfähigkeit in einer (elektronisch zugänglichen) Patientenverfügung zusammen mit seinem Hausarzt und in Absprache mit den Angehörigen geregelt, wie in Situationen zu verfahren sei, in denen er nicht mehr urteilsfähig ist: lebensverlängernde Massnahmen, Sterbebegleitung, Sterbeort, Entbindung vom Arztgeheimnis, Vollmacht für engste Bezugspersonen bei wichtigen medizinischen Entscheiden, Organspende, Untersuchungen zu Forschungszwecken. Eine solche Patientenverfügung ist für Ärzte und Angehörige rechtsverbindlich und kann mit weiteren Dokumenten ergänzt werden, zum Beispiel einem Vorsorgeauftrag, der administrative und finanzielle Angelegenheiten regelt für den Fall, dass eine Person nicht mehr urteilsfähig ist.

- Gerade wegen der ungleichen Ansichten der Angehörigen lag dem Hausarzt viel daran, gemeinsam mit ihnen einen Behandlungs- und Betreuungsplan für August festzulegen und den beteiligten Fachpersonen elektronisch zugänglich zu machen. Darin sind neben allen medizinischen und persönlichen Angaben auch die Patientenverfügung und andere notwendige Informationen festgehalten. Hauptziel des elektronischen Behandlungs- und Betreuungsplans ist es, allen Beteiligten dieselben Informationen orts- und zeitunabhängig zur Verfügung zu stellen und dadurch Missverständnisse zu vermeiden. Mehr auf Angehörige und nicht medizinische Personen ausgerichtet sind Pläne, mit denen sich weitere Massnahmen elektronisch koordinieren lassen,

zum Beispiel Behandlungstermine vereinbaren, Mahlzeiten und Transporte organisieren, die Medikamenteneinnahme prüfen, Einkäufe tätigen, Unterstützung bei der Korrespondenz mit Versicherern und Behörden.

● Ein Sohn und eine Tochter von August wenden sich an einen spezialisierten Coach, der Angehörige von Demenzzkranken unterstützt. Dabei möchten sie herausfinden, wie sie ihre Ressourcen für den Umgang mit ihrem Vater optimal einsetzen und zu den Betreuenden mit einer Stimme und im Sinne von August sprechen können. Der Coach weist sie ausserdem auf einen Kurs hin, in dem sie ihre eigene Gesundheitskompetenz stärken können. Hier lernen sie, im Alltag gesundheitsverträgliche Entscheidungen zu treffen. Ausserdem erfahren sie viel über das Gesundheits- und Sozialsystem und wie sie es gezielt für sich und ihren Vater nutzen können.

● Auf Empfehlung des Hausarztes engagiert sich die Lebenspartnerin von August im Angehörigenrat des Demenzzentrums, dem auch die Spitex und das Pflegeheim angeschlossen sind. Der Angehörigenrat diskutiert selbst gewählte Themen oder solche, die von der Zentrumsleitung der Institution eingebracht werden; das Spektrum reicht von (unbefriedigenden) Abläufen bis zur Dekoration in der Cafeteria. Die Diskussionsergebnisse fliessen zurück in die Institution und tragen im Idealfall zu Verbesserungen bei. In ausgewählten Fällen kann ein Angehörigenrat auch als Ombuds- oder Schlichtungsstelle wirken.



Handlungsoptionen und Anreize

Die Gesundheitskompetenz von Patienten und die Patientenzentrierung von Leistungserbringern begegnen sich naturgemäss im direkten Patientenkontakt. Für deren Förderung und Weiterentwicklung stehen alle Akteure in der Pflicht und sind Initiativen von allen Seiten und Ebenen erwünscht. Solche Initiativen werden dann patientennah und erfolgreich sein, wenn sie aus einer integrierten Perspektive von mehreren Partnern entwickelt werden (und nicht aus einer isolierten oder fragmentierten Sicht). Deshalb formulieren wir hier Handlungsoptionen und Anreize für alle Akteure. Solche Massnahmen lassen sich vielerorts umsetzen; einige sind bereits heute angedacht oder sogar eingeführt.

Für Patienten-Organisationen und Gesundheitsligen

- Gesundheitsligen, Patientenorganisationen und die Stiftung Selbsthilfe Schweiz bauen das Netz an Selbsthilfegruppen für Betroffene aus.
- Patientenorganisationen entwickeln Bildungs- und Kursangebote für Betroffene und deren Angehörige (Patientenuniversitäten). Sie fördern und unterstützen das Einholen von Zweitmeinungen, um die Bedeutung der Beteiligung der Patienten in der medizinischen Entscheidungsfindung zu unterstreichen.
- Gesundheitsligen richten zusammen mit Partnern (z.B. Gemeinden, Versicherern) Gesundheitsläden ein, in denen Versicherte und Patienten qualitätsgesicherte Informations- und Beratungsleistungen nutzen können.
- Gesundheitsligen betreiben Social Media Communities für ihre Patientengruppen und fördern dadurch den Austausch unter den Betroffenen.
- Die schweizerischen Patientenorganisationen bilden eine gemeinsame Dachorganisation, welche die Patienteninteressen bündeln und stärker als bisher in gesundheitspolitische Prozesse einbringen.
- Gesundheitsligen delegieren Patienten in offizielle Gremien von Versorgungs-Organisationen und initiieren national agierende Pressure Groups, um den verschiedenen Anliegen der Betroffenen mehr Gewicht zu geben.
- Patientenorganisationen beteiligen sich an Befragungen zu Patientenzufriedenheit und Patientenzentrierung als wichtige Qualitätsindikatoren und setzen sich für deren Veröffentlichung ein.

Für Leistungserbringer

- Grundversorgende Leistungserbringer wie Ärztenetze und Spitex-Organisationen entwickeln zusammen mit weiteren Leistungsanbietern wie Spitälern und Reha-Kliniken die Funktion eines Patientencoaches. Patientencoaches begleiten und unterstützen insbesondere Menschen mit chronischen Krankheiten und deren Angehörige über die Sektorengrenzen hinweg.
- Spitäler profilieren sich als patientenzentrierte Behandlungsorte und initiieren Projekte für neue Formen des Einbezugs ihrer Patienten, beispielsweise in Tumorboards oder den Aufbau von virtuellen Roundtables mit Fachpersonen und Patienten für komplexe Fälle.
- Leistungsanbieter bauen ihre Social Media-Aktivitäten für Patienten und Patientinnen aus.
- Leistungserbringer-Organisationen richten Patienten- und Angehörigen-Beiräte als «Groupe de réflexion» ein oder schaffen die Funktion eines Patient Experience Officer; dieser unterstützt sie dabei, Patientenbedürfnisse aufzunehmen und in die Behandlung und Betreuung einzubringen.
- Ambulante Leistungserbringer schliessen sich einer eHealth-Stammgemeinschaft an, stellen ihre behandlungsrelevanten Daten für das elektronische Patientendossier zur Verfügung und unterstützen damit die Absicht, die Patienten stärker in den Behandlungs- und Betreuungsprozess einzubinden.
- Leistungserbringer(-Netze) initiieren in Zusammenarbeit mit den Stammgemeinschaften erste Anwendungen für das elektronische Patientendossier, zum Beispiel ein elmpfdossier oder einen eMedikationsplan.
- Bildungsorganisationen entwickeln zusammen mit Patientenorganisationen Bildungsangebote für Fachpersonen (z.B. patientenzentrierte Kommunikation) und für Patienten (z.B. Bedürfnisse einbringen und Fragen stellen).
- Leistungserbringer-Organisationen richten Webseiten ein, auf denen Patienten über ihre Erfahrungen mit einer Erkrankung berichten und somit anderen Patienten und Fachpersonen zur Verfügung stellen.
- Leistungserbringer-Organisationen beteiligen sich an Befragungen zu Patientenzufriedenheit und Patientenzentrierung und verstehen dies als Teil ihrer Qualitätsarbeit.

Für Versicherer

- Krankenversicherer schliessen mit Leistungserbringer-Organisationen Verträge ab, die auch die Patientenzentrierung bzw. den Einbezug der Patienten und deren Angehörige in die medizinische Entscheidungsfindung stärken.
- Krankenversicherer fördern das Einholen von Zweitmeinungen durch Patienten als wichtigen Baustein zu mehr Beteiligung der Patienten in der medizinischen Entscheidungsfindung.
- Krankenversicherer initiieren zusammen mit Leistungserbringer-Organisationen Pilotprojekte zu neuen Vergütungsmodellen. Gleichzeitig modifizieren sie in Absprache mit ärztlichen Fachgesellschaften bestehende Vergütungsmodelle mit dem Ziel, mehr Anreize für eine stärkere Patientenzentrierung zu setzen.
- Krankenversicherer verstärken ihre Social Media-Aktivitäten, damit sich zum Beispiel Patienten mit chronischen Krankheiten in entsprechenden Communities austauschen können.
- Krankenversicherer setzen sich im Namen ihrer Versicherten für mehr Transparenz in der Leistungserbringung und insbesondere deren Qualität ein.
- Krankenversicherer unterstützen Projekte, welche die Gesundheitskompetenzen der Patienten und Angehörigen oder die Patientenzentrierung der Leistungserbringer fördern.

Für Kantone, Regionen und Gemeinden

- Kantone oder Regionen initiieren zusammen mit Patienten-Organisationen und Gesundheitsligen Kompetenzzentren (Patientenuniversitäten), in denen sich Patienten und deren Angehörige unabhängig weiterbilden und beraten lassen können.
- Bund und Kantone fördern den Austausch von Erfahrungen und Best Practice zu Patientenzentrierung zwischen den Akteuren.
- Bund und Kantone können Entwicklungsprojekte (finanziell) unterstützen, welche die Patientenkompetenz und Patientenzentrierung fördern.
- Kantone formulieren eine eHealth-Strategie und schaffen die rechtlichen und organisatorischen Voraussetzungen für den Aufbau von Stammgemeinschaften bzw. das elektronische Patientendossier.
- Kantone unterstützen Befragungen zu Patientenzufriedenheit und Patientenzentrierung als wichtige Qualitätsindikatoren und setzen sich für deren Veröffentlichung ein.
- Kantone und Gemeinden beteiligen sich an Unterstützungsangeboten für Menschen mit Migrationshintergrund mit dem Ziel, deren Gesundheits- und Patientenkompetenz zu stärken.

Für andere Anbieter

- Unternehmen mit breiter Kundenbasis bieten Dienstleistungen für Versicherte und Patienten an mit dem Ziel, deren Handlungs- und Entscheidungskompetenz im Gesundheitswesen zu erhöhen.
- Medienunternehmen entwickeln zusammen mit Leistungserbringer- oder Patienten-Organisationen Gesundheitsmagazine, die in erster Linie die Sicht der Versicherten und Patienten einnehmen und sie darin unterstützen, eine aktive(re) Rolle im Gesundheitssystem einzunehmen.
- Telekommunikationsunternehmen entwickeln (zertifizierte) Patientenportale, einerseits für den Zugang zum elektronischen Patientendossier, andererseits als Plattform für digitale Angebote zur Stärkung der Gesundheits- und Patientenkompetenz.
- IT-Anbieter entwickeln Lösungen (Software, Apps), mit denen Versicherte und Patienten ihre eigene Behandlung und Betreuung koordinieren und unterstützen können (z.B. Arzt-/Therapie-Terminen verwalten, die korrekte Medikamenten-Einnahme gewährleisten, die körperliche Bewegung erfassen, mit Kostenträgern abrechnen, Fahr- und Mahlzeitendienste organisieren).

Ausgewählte Literatur

Bundesamt für Gesundheit (BAG 2013)
Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrats,
www.bag.admin.ch/gesundheits2020/index.html?lang=de
 (Stand: 19.10.2015)

Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2015)
Patientenrechte und Patientenpartizipation in der Schweiz,
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/15437/index.html?lang=de>
 (Stand: 19.10.2015)

Gerteis M. et al. (1993)
Through the patient's eyes: understanding and promoting patientcentered care.
 The Jossey Bass Health Series

Gigerenzer G., Muir Gray JA. (2011)
Better Doctors, Better Patients, Better Decisions: «Envisioning Health Care 2020».
 Strüngmann Forum Report, vol. 6. Cambridge, MA: MIT Press

Nagel G. (2009) in:
 Klusen N, Fliessgarten A, Nebling T (Hrsg.):
Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient.
 Nomos: 97–109.

SAMW (2015)
 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
Gesundheitskompetenz in der Schweiz – Stand und Perspektiven
<http://www.samw.ch/de/Publikationen/Positionspapiere.html>
 (Stand 19.10.2015)

Anwendung

34 Integration von
Mensch und Medizin

Das Patienten- und
Angehörigen-Mentorat 35

36 Patientencoaching und
Patientenkompetenz

Diabetes-Pass als
Printversion und App 37

38 Bénéficier de la
dynamique du groupe

Kommunikationstraining
für Ärzte 39

40 Die MINI MED
Vortragsreihe

gsbeispiele

Le concept de
MonDossierMedical.ch

41

42 Partizipation und
Qualitätssicherung

SimpliCare: Betreuung
leichter gemacht

43

44 Mobiler Schmerzdienst
für Tumor-Patienten

Mieux vivre
avec ma BPCO

45

46 Online-Plattform
migesplus.ch

Evivo: Empowerment
für Patienten

47

Methoden und Instrumente zur Stärkung der Patientenorientierung

Auf der Website des fmc finden Sie eine Liste von Links, die zu Anwendungsbeispielen für die einzelnen Methoden und Instrumenten führen: www.fmc.ch/de/publikationen

Integration von Mensch und Medizin

Krebs-Diagnosen können dazu führen, dass Menschen in ihrem Verständnis von Gesundheit tief erschüttert werden. Empowerment-Gespräche helfen, neue Perspektiven zu finden.

Häufig hört man: «Die Gesundheit ist das Wichtigste im Leben.» Diese Perspektive fällt bei der Diagnose Krebs schlagartig weg. Was passiert bei diesen Menschen?

Auch wenn sie kein körperliches Leiden spüren und sich in ihrem «gesunden Lebensstil» sicher fühlen, wird ihnen der Boden der Gesundheit unter den Füßen weggerissen. Viele Fragen zu verschiedensten Lebensbereichen kommen nun zusammenhangslos an die Oberfläche und können nicht zusammengebracht werden: Der betroffene Mensch fragt sich vielleicht, ob es nicht ein Zurück zu einem «normalen» Leben gibt.

Viele dieser Lebensbereiche sind mit einer schwer definierbaren Sehnsucht verbunden, die aufbricht und unerfüllbar erscheint. Dieser Mensch gerät in eine Überforderungssituation und in eine Orientierungslosigkeit. Er kann nicht mehr erkennen, was für ihn relevant ist.

Wie bringen wir Mensch und Medizin zusammen?

In dieser Situation wird er in hohem Tempo über seine Krankheit und Prognose informiert. Er wird mit den sofort notwendigen, oft komplexen und multidisziplinären nächsten Schritten konfrontiert. Es besteht die Gefahr, dass Entscheide gefällt werden, die später bereut werden, oder dass Therapien erst viel später verstanden werden, was zu zusätzlicher Belastung führen kann. Es kann sich eine irrationale, innere Abneigung gegenüber einem therapeutischen Weg und dem behandelnden Team entwickeln. Arzt und Patient entfremden sich. Medizin und Mensch trennen sich. Der erkrankte Mensch fragt sich: «Was kann ich selbst für mich tun?»

Wie kann eine Institution beraten und eine Schaltstelle für diese Menschen sein? Wie kann sie auf deren reale medizinische und seelische Situation reagieren?

Patientenkompetenzgespräche, geführt von einer onkologischen Fachperson, können wie folgt helfen:

- Auseinandergefallene Bereiche werden zusammen gebracht.
- Bedeutungslose Bereiche fallen weg.
- Relevante Bereiche werden erkannt und hervorgehoben.
- Mauern zwischen hochspezialisierter Medizin und Mensch brechen ein.
- Es entstehen überschaubare und formulierbare Sehnsüchte.
- Durch Entlastung, neue Perspektiven und Ziele werden latente Potenziale frei gesetzt.

Von **Dr. med. Christa K. Baumann**,
Leiterin Onkologie- und Hämatologie-Team Prolindo,
Lindenhofspital Bern

www.prolindo.ch, www.patientenkompetenz.ch

Kontakt: Christa K. Baumann
christa.baumann@lindenhofgruppe.ch

Sichtbare Folgen der Erleichterung durch das Gespräch sind oft Tränen. Es entsteht ein gestärktes Bewusstsein des Selbstwertes und eine neue Sicherheit gegenüber der gewählten medizinischen Therapie. Betroffene sehen Möglichkeiten, etwas für sich selbst zu tun (zum Beispiel Ernährung, Sport, Beziehungen, Familie, Hobbys, Beruf, gezielte Erholung und Entlastung, Wille, Mut oder Spiritualität). Es entsteht Mut, den vielleicht zuvor verschütteten Sehnsüchten nachzugehen.

Medizinisches Informationsgespräch	Empowerment-Gespräch
Mittel und Möglichkeiten der Medizin erklären (Medizinische Wirklichkeit)	Ressourcen und Chancen der Patienten suchen (Die Patientenwirklichkeit)
Themenschwerpunkte: Krankheit, Diagnostik, Therapie (Pathotropes Handlungsmodell)	Themenschwerpunkte: Gesundheit, Regeneration (Salutotropes Handlungsmodell)
Wesen der Medizin	Wesen der Patienten
Wissensvorsprung beim Arzt, Therapeut (Der Arzt weiss zunächst alles)	Wissensvorsprung liegt beim Patienten (Der Berater weiss zunächst nichts)
Handlungsziel vom Therapeuten bestimmt	Handlungsziel vom Patienten bestimmt
Gespräch = direktiv	Gespräch = nicht direktiv
Zustimmung des Patienten zum Medizinplan (Informed consent)	Zurüstung des Patienten zum Selbstmanagement (Selbstsicherheit des Patienten)

Quelle: «Empowerment von Frauen mit Brustkrebs», Gerd Nagel und Delia Schreiber

Empowerment im Lindenhofspital Bern

Prolindo setzt das Empowerment (siehe Tabelle) im Team um. Neben medizinischen Informationsgesprächen werden Empowerment-Gespräche punktuell in Kurzsequenzen vom gesamten Personal geführt. Zusätzlich werden fokussierte Patientenkompetenz-Beratungsgespräche angeboten. Diese werden von einem speziell trainierten und zertifizierten Patientencoach durchgeführt.

Die Resultate sind beeindruckend. Wir hören regelmässig Reaktionen wie:

- «Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit im Gespräch.»
- «Eine schwere Last ist von mir abgefallen.»
- «Ich kann wieder autonom und selbst entscheiden.»
- «Es brauchte Ihre ermutigenden Aufforderungen, um mich selbst ernst zu nehmen.»

Das Patienten- und Angehörigen-Mentorat

Die Kalaidos Fachhochschule Gesundheit geht neue Wege: Erfahrene Patienten und Angehörige beteiligen sich als Mentoren in der Aus- und Weiterbildung und schärfen so den Blick für die Nutzeroptik.

Krankheit macht kompetent. Diese Erkenntnis mag für Gesundheitsfachleute (noch) ungewohnt sein. Tatsache ist, dass viele chronisch kranke und behinderte Menschen und auch deren Angehörige eine hohe Alltagskompetenz erlangen – zu Symptomen, Therapien sowie zu Gesundheitsversorgung und Sozialversicherung. Diese Kompetenz ist Ausgangspunkt für das Patienten- und Angehörigen-Mentorat in den berufsbegleitenden Studiengängen MSc in Nursing und MAS in Chronic Care. Es erlaubt den Studierenden, die Patienten- und Angehörigenperspektive in ihrer Berufstätigkeit zu schärfen und die Erkenntnisse unmittelbar für die Praxis zu nutzen.

«Durch den äusserst anregenden Austausch mit erkrankten Personen oder deren Angehörigen erfahre ich die ganzheitliche Sicht auf eine Krankheit. So kann ich direkt von den Experten, sprich Betroffenen und Angehörigen, lernen und diesen Ansatz in meine Tätigkeit einbinden.»

Valérie Mucedero, MScN Studentin

Konzeptionelle Beiträge zum Patienten- und Angehörigen-Mentorat liefert die Careum Stiftung, die Miteigentümerin des Departements Gesundheit der Kalaidos Fachhochschule ist und auch Vordenkerin für die Nutzeroptik im Schweizer Gesundheitswesen (siehe www.evivo.ch, <http://blog.careum.ch>).

Mit dem Mentorat sollen die Studierenden den Blick für die Nutzeroptik und -kompetenz schärfen. Denn im Berufsalltag bleibt diese Perspektive oft verborgen; das heisst, die meiste Arbeit entlang des Krankheits- oder Behinderungsverlaufs leisten Patienten und Angehörige unbemerkt und ohne Unterstützung von Fachpersonen.

«Was den Patienten und Patientinnen wichtig ist und was uns Fachpersonen wichtig erscheint, ist oft nicht deckungsgleich. Das Mentorat ermöglicht mir einen Blick über die Spitalmauern hinaus auf das, was vor und nach dem Spitalaufenthalt passiert und wesentlich ist.»

Stefanie Brown, MScN Studentin

Zu Beginn des Studiums führt eine erfahrene Angehörige als Dozentin mit einem wichtigen Anliegen ins Mentorat ein.

«Angehörige werden oft als Mängelwesen dargestellt. Aber Angehörige sind nicht nur unterstützungsbedürftig, sie haben auch eine Expertise auf ihrem Gebiet. Deshalb ist es wichtig, sie an der Verbesserung ihrer Situation zu beteiligen. Dazu können

Von **Prof. Dr. Iren Bischofberger**,
Prorektorin Kalaidos Fachhochschule Gesundheit und
Programmleiterin Careum Forschung

www.kalaidos-gesundheit.ch > MSc in Nursing und
MAS in Chronic Care
www.workandcare.ch

Kontakt: Iren Bischofberger
iren.bischofberger@kalaidos-fh.ch

schon Studierende massgeblich beitragen, später als Pflegewissenschaftlerinnen noch mehr.»

Elsbeth Fischer-Doetzkies, Angehörige und Mentorin

Nach der Einführung arrangieren die Studierenden in insgesamt sechs thematischen Modulen den Austausch mit den von ihnen gewählten Patienten und Angehörigen. Diese sind ihnen im Berufsalltag (allenfalls auch im Privatleben) durch Sachverstand und Engagement aufgefallen. Der Zeitaufwand für Patienten und Angehörige beträgt 24 Stunden verteilt auf sechs Module; für die Studierenden sind es 48 Stunden für zusätzliche Vor- und Nachbereitung.

Entlang der Module erörtern die Studierenden Fragen zum Erleben und Organisieren des Alltags mit Krankheit, Behinderung oder Hochaltrigkeit. Zum Beispiel diskutieren sie Erkenntnisse aus Körperuntersuchung und Anamnese und verfeinern so ihre Kompetenzen im klinischen Assessment. Sie informieren sich zu Tipps und Tricks in der Handhabung von Medikamenten im häuslichen Umfeld – von der Verordnung über die Lagerung bis zur Entsorgung. Oder sie besprechen, wie das Behandlungsteam und verschiedene Leistungserbringer aus Sicht der Mentorinnen und Mentoren (nicht) zusammenarbeiten.

«Ich habe bemerkt, dass ich einen viel tieferen Blick in die Welt des erkrankten Menschen erhalte – und dies in relativ kurzer Zeit. Es ist also weniger eine Frage des Zeitaufwands als vielmehr des Blickwinkels. Das ist für den hektischen Berufsalltag eine wichtige Erkenntnis.»

Claudia Hafner, MScN Studentin

Durch das Patienten- und Angehörigen-Mentorat sind Aha-Erlebnisse garantiert. Diese geben die berufstätigen Studierenden in ihren Teams weiter und auch in gemeinsamen Auftritten mit Mentorinnen an Tagungen oder in Publikationen. Somit leistet das Patienten- und Angehörigen-Mentorat einen Beitrag an die Koproduktion von Gesundheit und die national und international angemahnte «patient & family centered care».

Literatur

Lauckner, H.; Doucet, S. & Wells, S. (2012). *Patients as educators: The challenges and benefits of sharing experiences with students*. Medical Education, 46, 992–1000.

The Health Foundation (2011). *Can patients be teachers? Involving patients and service users in healthcare professionals' education*. London: The Health Foundation.

Patientencoaching und Patientenkompetenz

Patientencoaching ist ein Kommunikationskonzept, das zu zielführenderen Gesprächen sowie mehr Selbstverantwortung und Kooperation bei Patienten führen kann.

Von **Delia Schreiber**,
Psychologin, Stiftung Patientenkompetenz

www.ief-zh.ch/themen/Patientencoaching
www.patientenkompetenz.ch

Kontakt: Delia Schreiber
kontakt@deliaschreiber.ch

Die Comparis-Studie von 2007 zur Patientenzufriedenheit in Schweizer Spitälern zeigte, dass Patienten sich sehr gut aufgeklärt fühlen, wenn es um Eingriffe und Untersuchungsergebnisse geht. Zu denken gibt der tiefe Wert (39 von 100) zur Frage: «Wenn Sie Ängste gehabt haben: Haben Sie mit jemandem aus dem Spital darüber reden können?» Viele Patienten fühlen sich mit den Emotionen, die ihre Krankheitssituation mit sich bringt, allein gelassen. Dies ist nicht nur menschlich gesehen traurig, sondern auch alles andere als optimal für die Krankheitsbewältigung und das Vertrauensverhältnis zu den Behandelnden.

Nach wie vor werden Gesundheitsfachpersonen gar nicht, zu theoretisch, zu kurz oder zu einseitig in Kommunikation trainiert. Watzlawicks 4-Ohren-Modell in Ehren – aber am Krankenbett findet der Arzt mit blossen Theorien im Kopf oft nicht die richtigen Worte, um den Patienten angemessen zu begleiten. Mit praktischem Kommunikationstraining im Rollenspiel lernt er immerhin, eine Diagnose mitzuteilen, ohne ein Trauma zu setzen. Er lernt medizinische Inhalte und Behandlungsoptionen aus dem Fachchinesisch ins Patientisch zu übersetzen. Das ist wichtig, aber nicht genug.

«Wie geht es Ihnen?» – gut gemeint, aber ...

Was medizinische Fachkräfte in ihrer Ausbildung jedoch nicht lernen, ist wahrzunehmen, wenn «etwas» im Innern des Patienten dem Behandlungsprozess nicht folgen kann. Dies kann sich in den unterschiedlichsten Formen zeigen: Mangel an Offenheit und Klarheit, widerspenstiges Verhalten, schlecht verhohlenen Misstrauen, unangenehme Angehörige, mauerndes Schweigen und Non-Compliance sind immer Anzeichen, dass etwas im Busch ist. Dies wertschätzend und zielführend anzusprechen, lernen die Behandelnden bestenfalls rudimentär.

Wittern wir hinter der Weigerung, dem Fluss der Behandlung zu folgen oder sich den institutionellen Strukturen anzupassen, ein psychosoziales Problem, ist es das mindeste, dafür zu sorgen, dass der Patient darauf angesprochen wird. «Wie geht es Ihnen?», ist nett gemeint, schlägt aber nicht die Brücke, die der Patient braucht, um die notwendige Bewusstwerdung in Gang zu setzen, damit er optimal zur Genesung beitragen kann und sich als Teil des Behandlungsteams versteht: Der äussere Arzt braucht die Unterstützung des inneren Arztes, wie schon Paracelsus und Albert Schweitzer betonten.

Psychologen und Seelsorger sind oft Meister darin, Patienten auf unbewusste Hindernisse anzusprechen und die Dinge wieder in Fluss zu bringen. Aber nur, falls der Patient zu jener Gattung gehört, der beim Wort «Kirche» oder der Silbe «Psycho» nicht die Haare zu Berge stehen. Mehr noch: Patienten wünschen sich von ihrem Arzt betreut zu werden. Allumfassend. Auch im psychosozialen Bereich.

Erschwerend kommt hinzu, dass Patienten sich in der Regel gar nicht bewusst sind, was sie eigentlich belastet und den Fluss von Kommunikation und Behandlung stört.

Praxis, nicht Theorie ist gefragt

Es geht nicht darum, länger zu kommunizieren, sondern völlig anders. Gewiss: Brauchbare, schnell lernbare Konzepte sind rar. Aber es gibt sie. Eines davon ist das Patientencoaching für Gesundheitsfachpersonen. Hier wird zum Beispiel nach systemischen Ansätzen ganz praktisch eine Kommunikationsform geübt (und nicht nur in der Theorie vermittelt), die es erlaubt, gehaltvolle, zielorientierte Kurzgespräche sozusagen zwischen Tür und Angel zu führen. Medizinische Fachkräfte lernen, den Patienten zu führen – hin zur Bewusstwerdung, hin zu einfachen Lösungen, hin zu motiviertem Mitmachen, hin zu klarer und offener Kommunikation.

Nein, nicht mehr reden – sondern anders. Dass dies eine Win-Win-Situation für alle Beteiligten ist, liegt bei erster Betrachtung vielleicht im Verborgenen. Die Hirnforschung weiss: Menschen, die sich in der Krise gut begleitet fühlen, die ihre Gefühle äussern dürfen, auf deren Ressourcen ihre Begleiter ein besonderes Augenmerk richten, haben weniger Stresshormone im Hirn. Daher können sie vernetzter denken und besinnen sich auf ihre Selbst- und Patientenkompetenz. Diese wiederum führt dazu, dass sich Patienten physisch und psychisch weniger beeinträchtigt fühlen, sich selbst mehr zutrauen und damit auch besser für sich selbst sorgen. Der Nutzen in Spital und medizinischer Praxis liegt damit auf der Hand.

Literatur

- Hüther, G. (2012). *Selbstheilungskräfte aktivieren*. Deutsches Ärzteblatt, Nr. 3, Seiten 110 – 111. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH Köln.
- Schwarzer, R., Boehmer, S., Luszczynska, A., Mohamed, N. E., & Knoll, N. (2005). *Dispositional self-efficacy as a personal resource factor in coping after surgery*. Personality and Individual Differences, 39, 807-818.
- Storch, M., Gaab, J., Küttel, Y., Stüssi, Ann-Christin, Fend, H. (2007). *Psychoneuroendocrine Effects of Resource-Activating Stress Management Training*. Health Psychology, 26 (4), S. 456-463.

Diabetes-Pass als Printversion und App

Der Diabetes-Pass hilft Betroffenen im Umgang mit ihrer Erkrankung und bei der Langzeitkontrolle. Er gibt Sicherheit, ist unverzichtbar für Reisen und kann Komplikationen rechtzeitig vorbeugen.

Den Diabetes-Pass der Schweizerischen Diabetes-Stiftung sollte jede Person mit Diabetes auf sich tragen oder zumindest bei jeder Kontrolle dem Arzt/der Ärztin zum Nachtragen der aktuellen Befunde vorweisen. Der Pass enthält neben den persönlichen Daten des Diabetes-Betroffenen und seinen Notfallkontakten ein mehrsprachiges Reiseattest, welches dem Pass-Inhaber gestattet, Diabetes-Material wie Lanzetten für die Blutzuckermessung oder Insulinspritzen und -Pens auf Flugreisen in der Kabine mitzuführen.

Der Pass enthält zudem eine Medikamentenliste, in der verschriebene und selbstgekaufte Medikamente nachgeführt werden können. Er bietet die Möglichkeit, gemeinsam mit dem Arzt/der Ärztin ein individuelles Schema für die Blutzuckerselbstmessung zusammenzustellen und vermittelt jeweils auf einer Doppelseite eine Übersicht über die Ergebnisse der regelmässigen Kontrollbesprechungen (zum Beispiel HbA1c-Wert oder Blutdruck) sowie der jährlichen Kontrolluntersuchungen der Nieren, Augen und Füsse. Zudem existiert eine separate, zweite Auflage des Passes (blau), die zusätzliche Seiten aufweist, um ein Blutzuckertagebuch zu führen.



Der Diabetes-Pass wurde gemeinsam von Diabetologen und Betroffenen entwickelt und 2013 vollständig überarbeitet.

Von **Dr. Tania Weng-Bornholt**, Geschäftsführerin QualiCCare, und **Stephanie Alder**, Projekte und Marketing, Schweizerische Diabetes-Gesellschaft

www.diabetesuisse.ch

Kontakt: Tania Weng-Bornholt
weng@qualiccare.ch

Einbezug von Betroffenen

Der Diabetes-Pass wurde erstmals 1997 gemeinsam von Diabetologen und Diabetes-Betroffenen ausgearbeitet. Im Jahr 2013 wurden die Inhalte in einer interdisziplinären und interprofessionellen Arbeitsgruppe im Rahmen des QualiCCare-Projektes vollständig überarbeitet und ergänzt. In der Arbeitsgruppe waren Diabetes-Betroffene – sowohl mit dem sogenannten Typ 1 Diabetes (Autoimmunerkrankung) als auch Typ 2 Diabetes (Insulinresistenz) – aktiv involviert, um ihre Bedürfnisse und Anliegen einzubringen.

Insbesondere die Mehrsprachigkeit und der Zusatznutzen für (Flug-) Reisen stammen aus der Feder der Patientinnen und Patienten. Weiterhin in dieser interdisziplinären und interprofessionellen Arbeitsgruppe vertreten waren und sind die Schweizerische Diabetes-Gesellschaft in ihrer Rolle als Patienten- und Fachorganisation sowie Repräsentantinnen und Repräsentanten der Diabetologen, Hausärzte, Diabetesfachberatung und Apotheker.

Als Resultat der Arbeiten des interdisziplinären Teams finden sich heute neu im Diabetes-Pass auch Informationen zu den Themen Autofahren, Diabetes-Schulung, Selbstmanagement sowie die erwähnte ärztliche Bescheinigung für Diabetes-Betroffene auf Reisen. Durch diese Ergänzung konnte den aktuellen Gegebenheiten und insbesondere den Bedürfnissen der Betroffenen Rechnung getragen werden und der Nutzen des Diabetes-Passes optimiert werden.

Diabetes-Pass als mobile Applikation

Um den Zugang zum Diabetes-Pass auch über die neuen Medien zu garantieren, plant die Schweizerische Diabetes-Stiftung, den Pass im kommenden Jahr auch als mobile App zur Verfügung zu stellen. Dies war ein weiteres prioritäres Bedürfnis, das von Seiten der Betroffenen und der Pflegefachpersonen an die Stiftung hergetragen wurde, und welches in Zusammenarbeit mit verschiedenen Partnern gerne berücksichtigt wird. In Bezug auf die Benutzerfreundlichkeit der neuen Pass-App ist erneut eine enge Kooperation mit Diabetes-Betroffenen geplant, um das Feedback der Patientinnen und Patienten bereits im Entwicklungsprozess einzuholen. Auf diese Weise kann die App möglichst optimal auf Patienten-Bedürfnisse ausgerichtet werden.

Bénéficier de la dynamique du groupe

Le Programme DIAfit est dédié aux patients présentant un Diabète de Type 2 afin de leur permettre d'initier une activité physique en étant encadré par une équipe spécialisée pluridisciplinaire.

De **Dr Béatrice De Moustier**,
Médecin responsable de DIAfit

www.diafit.ch

Contact : Béatrice De Moustier
beatrice.demoustier@cite-generations.ch

Ce programme a été créé par les professeurs Hans Saner et Peter Diem (Berne) et développé avec le soutien d'autres diabétologues (Dresse J. Puder, Lausanne), des caisses maladie, de sponsors, de la Société Suisse d'Endocrinologie et Diabétologie (SSED), de la société Suisse de Diabétologie (ASD), et de la SVGS. Le réseau de soins DELTA soutient ce programme depuis sa mise en place dans le centre de Cressy. Par ses actions de promotion auprès des médecins traitants et des patients, il permet une participation plus large des patients. Il contribue également au financement des nombreuses activités de coordination entre les membres de l'équipe DIAfit.

Une activité physique régulière des patients diabétiques a un effet bénéfique démontré sur le risque cardiovasculaire et le stress, le contrôle glycémique, l'état musculaire et osseux et la composition corporelle. Il permet de plus l'amélioration de l'image de soi et l'intégration sociale et induit un bien-être général favorable pour améliorer le contrôle du diabète. Ce programme s'adresse autant aux personnes actives professionnellement qu'aux retraités.

Son fonctionnement

Le programme initial intensif de trois mois offre aux patient.e.s 36 séances d'activité physique (réparties à raison de trois fois par semaine) supervisées par le moniteur : aquagym, marche nordique et entraînement de renforcement musculaire. Des ateliers d'éducation thérapeutique portant sur des thèmes spécifiques au diabète sont dispensés par l'équipe de diabétologie. Des groupes d'un maximum de 12 patients sont constitués environ deux fois par an.

Une évaluation initiale est réalisée par le médecin responsable DIAfit (paramètres cliniques, et biologiques; motivation et condition physique). Elle est renouvelée à la fin du programme afin de pouvoir transmettre aux patient.e.s et aux médecins traitants les changements observés (analyse de la composition corporelle; glycémies; métabolisme lipidique; pression artérielle, échelle de satisfaction, etc.) et encourager les patient.e.s à poursuivre l'activité physique. Toutes ces prestations sont prises en charge par l'assurance maladie de base (hormis la franchise et la quote-part).

DIAfit a été mis en place en Suisse en 2011. Il est proposé actuellement dans 38 centres certifiés en Suisse, dont 12 en Suisse romande. Chaque centre a l'équipement adéquat (piscine, salle d'entraîne-

ment, lieu pour la marche nordique). L'encadrement inclue l'équipe de diabétologie et un moniteur ou une monitrice (physiothérapeute ou enseignant.e de sport) accrédité.e.s DIAfit.

Communication avec le médecin traitant

Les patient.e.s sont adressé.e.s par leur médecin traitant au centre (soit le diabétologue ou l'infirmier.e). A l'issue du programme des trois mois, un rapport est adressé au médecin traitant, lequel assure le suivi. Des propositions concernant la poursuite de l'activité physique sont émises.

Les patients sont encouragés à définir un projet de poursuite de l'entraînement : des alternatives peuvent souvent être proposées localement (groupe de suivi DIAfit). Certains patients décident de poursuivre une activité ensemble, bénéficiant de la dynamique du groupe.

En conclusion, ce programme peut être proposé à tout patient présentant un Diabète de type 2, dont la condition physique permet un entraînement supervisé par un physiothérapeute ou un enseignant de sport. Les bénéfices attendus sont multiples, en particulier, pour son diabète et les facteurs de risque cardiovasculaires associés. A l'issue des trois mois, le suivi des patients s'effectue par le médecin traitant, informé des conclusions de ce programme.



Une activité physique régulière des patients diabétiques a un effet bénéfique démontré sur le risque cardiovasculaire et le stress, le contrôle glycémique, l'état musculaire et osseux et la composition corporelle.

Kommunikationstraining für Ärzte

Eine Institution investiert gezielt in weiche Faktoren: Betriebskultur als Differenzierungsmerkmal. Dazu gehört auch ein Kommunikationstraining für Ärzte.

Von **Prof. Dr. med. Ludwig T. Heuss**,
Chefarzt Medizin, Spital Zollikerberg

www.spitalzollikerberg.ch

Kontakt: Ludwig T. Heuss
ludwig.heuss@spitalzollikerberg.ch

Je länger man in diesem Beruf tätig ist, desto mehr weiss man: Die Medizin ist ein einziges Missverständnis. Was tun wir als Ärztinnen und Ärzte den ganzen Tag? Wir reden, reden und reden. Medizin jedoch – auch Innere Medizin – ist Kommunikation in Form von Zuhören, Nachfragen, Verstehen, Antworten und Vorschlägen. Das ist Alltag, läuft so nebenher – sollte man meinen. Doch wer in einer Institution arbeitet, in der jede Patientenrückmeldung und erst recht jede Reklamation auf dem Tisch der Direktion landet, und diese auch Anlass zu Nachfragen oder Nachforschungen sind, realisiert: «Oh nein, das wurde aber völlig falsch verstanden. So war das nicht gemeint.»

Insofern ist die Frage berechtigt, ob sich Ärztinnen und Ärzte in Kommunikation schulen lassen sollten. Sowohl junge und unsichere, die in ihrer ersten Assistenzarztstelle gerade den Berufsschock erleben und kein Wort zu viel sagen – aus Furcht, es könnte falsch sein oder eine fachliche Unsicherheit aufdecken. Erst recht aber auch die älteren Ärztinnen und Ärzte, die sich seit 30 Jahren ihre Kommunikationsstrategien zurecht gelegt haben. Es ist einen Versuch wert. Letztlich zählt in unserem Beruf nur ein Massstab: das Verständnis der Patienten.

Berufsgruppenspezifisches Training

Schon länger investiert das Spital Zollikerberg und dessen Trägerorganisation, die Stiftung Diakoniewerk Neumünster, gezielt in die Erhaltung und Erneuerung einer ganz spezifischen Betriebskultur. In diesem Zusammenhang wurde im Sinne einer Intervention ein Kommunikationstraining bei allen Mitarbeitenden durchgeführt – für einmal nicht interprofessionell, sondern berufsgruppenspezifisch. Das ist ohne Zweifel auch angebracht: Wer selber schon einmal Patient oder Angehöriger eines Patienten war, weiss, welche grosse Bedeutung ein Wort oder auch eine Redepause der behandelnden Ärzte erlangen kann.

Im Kommunikationstraining wurden die Ärztinnen und Ärzte aller Kaderstufen jeweils in Gruppen zu etwa zehn Personen zunächst in einem eintägigen Seminar geschult. Ja – eine Pflichtveranstaltung. Für manche ein Ereignis, dem sie mit Neugier entgegen sahen. Andere fühlten sich abkommandiert. Lässt sich jeder zu seinem Glück zwingen? Die Dozenten der Abteilung für Psychosomatik des Unispitals Basel sind Profis mit langjähriger Erfahrung und konnten auch die notorischen Skeptiker überzeugen.¹

Jeder Teilnehmer wurde erreicht. Und jeder nahm für sich, ob er oder sie es zugab oder nicht, wertvolle Erkenntnisse mit. Seien es Aspekte zur Informationstheorie oder auch praktische Beispiele zur Strukturierung von Gesprächen – oder Informationen zum Umgang

mit Emotionen sowie für die Mitteilung schlechter Nachrichten. In einem zweiten Teil einige Wochen später wurde die Intervention dann noch unmittelbarer: Die Kommunikationsspezialisten begleiteten die Ärztinnen und Ärzte in ihrer Alltagsumgebung auf einer Visite und gaben direktes Feedback. Eine der wertvollsten Erfahrungen, die man in seinem beruflichen Leben machen kann. Denn wie erwähnt: Medizin ist Kommunikation.

Neben dem persönlichen Gewinn einer Selbstreflexion bleibt eine Frage: Welchen Nutzen hat die Institution? Lässt sich der Effekt messen? Wie bei allen Interventionen, die Soft Skills betreffen, ist die Erfolgsmessung schwierig. Natürlich wäre es erfreulich, wenn die kritischen Rückmeldungen auf dem Tisch der Direktion abnehmen und wenn bei den regelmässigen Patientenumfragen eine bessere Gesprächskompetenz attestiert würde. Das sind grundsätzlich messbare Parameter, deren Resultat noch aussteht.

Keine Standardsätze zum Auswendiglernen

Genauso sicher kann vorhergesagt werden, dass spätestens bei der übernächsten Umfrage die Mehrzahl der heute geschulten Ärztinnen und Ärzte nicht mehr im Hause tätig sein werden. Ist das Training also keine nachhaltige Angelegenheit? Nein. Denn wie erwähnt liegt der Ansatz darin, dass die Intervention zur Verbesserung der ärztlichen Kommunikation in ein mehrteiliges, kontinuierliches Konzept eingebettet ist.

Dieses Konzept spiegelt sich in einer spezifischen Kultur wider, und soll eine anhaltende Wirkung entfalten. Insofern darf auch das Kommunikationstraining für Ärztinnen und Ärzte nicht mit einem Soft-Skill-Training oder dem Auswendiglernen und Einüben von Standard-Prozeduren verwechselt werden. Möglicherweise ist das für Mitarbeitende von Call-Centern oder für Flugbegleiter wichtig – jedoch nicht in der Medizin.

¹ Langewitz W.A., Eich P., Kiss A. & Wössmer B. Improving communication skills – a randomized controlled behaviorally oriented intervention study for residents in internal medicine. *Psychosom Med* 1998; 60:268-76.

Die MINI MED Vortragsreihe

MINI MED ist Österreichs führende Veranstaltungsreihe rund um das Thema Gesundheit. Aktuell finden an rund 30 Standorten österreichweit Vorträge mit anschließender Diskussionsrunde statt.

Von **Charlotte Sengthaler, MA**,
Gründerin und Repräsentantin MINI MED Studium

www.minimed.at/programme/index, www.minimed.tv

Kontakt: Charlotte Sengthaler
c.sengthaler@minimed.at

MINI MED als führende Gesundheitsveranstaltungsreihe agiert in ganz Österreich im Zeichen der «Health Literacy». Die Entwicklung von Gesundheitskompetenz fördert den Erhalt und die Verbesserung der eigenen Gesundheit sowie die Prävention von Krankheiten. Ausserdem unterstützen fundierte Informationen die Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten sowie das Zurechtfinden im Gesundheitssystem.

Fast eine halbe Million Besucher

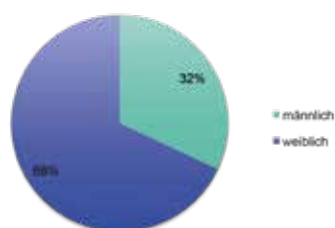
MINI MED stellt der Bevölkerung seit 15 Jahren unabhängige medizinische Informationen auf dem neuesten Stand der Wissenschaft in einfacher Sprache kostenlos zur Verfügung. Bisher wurden insgesamt rund 475000 Besucherinnen und Besucher verzeichnet und nahezu 2500 Vorträge veranstaltet. Aktuell finden pro Jahr etwa 300 Veranstaltungen statt.

Das Konzept bringt neuestes medizinisches Wissen in die österreichischen Gemeinden. Damit kommen Informationen direkt zu den Menschen in die Regionen. MINI MED nützt neben den Vorträgen auch die Möglichkeit der medialen Verbreitung: In den Medien der Regionalmedien Austria wird jedes Thema eigens für die Leserinnen und Leser aufbereitet. Jede Veranstaltung wird eine Woche vorher angekündigt. Zudem werden nach den Vorträgen auch Berichte und Fotos mit interessanten Informationen veröffentlicht. Gesundheitsinformationen kommen so auch direkt nach Hause.

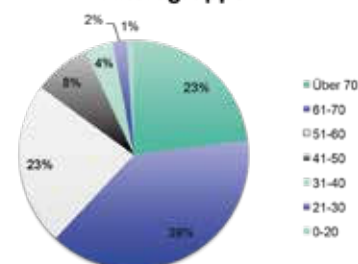
Neben zahlreichen Informationen, die über die Regionalmedien Austria in nahezu jeden österreichischen Privathaushalt gelangen, werden auch Videos veröffentlicht sowie Beiträge über Soziale Medien und die eigene MINI MED Homepage verbreitet. Der MINI MED eigene YouTube-Channel wurde 2012 ins Leben gerufen. Videos von gesamten Vorträgen und Experteninterviews stehen für jeden online abrufbar zur Verfügung. Bisher wurden für die derzeit 130 Videos rund 142000 Aufrufe verzeichnet. Zusätzlich werden die Videos (www.minimed.tv) durch die Sozialen Medien verbreitet und mittels Newsletter beworben. Rund 7000 aktuell registrierte Abonnenten bekommen auch zu jeder einzelnen Vorlesung eine Einladung in Newsletter-Form.

Das Publikum

Geschlecht

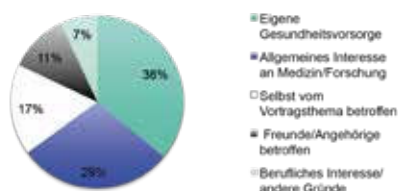


Altersgruppe

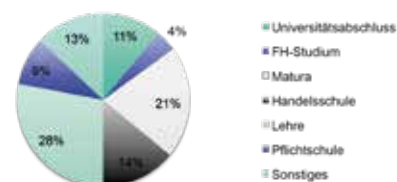


Das Publikum der Gesundheitsveranstaltungsreihe ist mehrheitlich weiblich und über 50-jährig.

Interesse am MINI MED Studium



Bildung



Das Interesse und der Bildungsstatus der Teilnehmenden sind vielfältig.

MINI MED in Vorarlberg

Seit nunmehr zehn Jahren ist es auch in Vorarlberg allen gesundheitsbewussten Besucherinnen und Besuchern möglich, kostenlosen Zugang zu neuestem medizinischen Wissen zu bekommen. Diese Möglichkeit haben bereits 47180 Vorarlbergerinnen und Vorarlberger bei rund 180 Vorträgen genutzt. In Vorarlberg gab es in der Vergangenheit Vorträge in Feldkirch und Wolfurt. Neben dem noch bestehenden Standort Wolfurt wurde 2015 auch ein neuer Standort im Krankenhaus Dornbirn eröffnet. Hier finden im Wintersemester Vorträge zu den Themen Gesundheitssystem, Beckenboden, Osteoporose, Dickdarmkrebs und Herzrhythmusstörungen statt.

Le concept de MonDossierMedical.ch

C'est l'histoire d'un système de dossier médical partagé en ligne, disponible pour tous les patients pris en soins à Genève et tous les prestataires de soins du canton.

Le projet de mise à disposition d'un dossier électronique partagé pour les citoyens genevois est né au début des années 2000 dans un contexte d'augmentation des coûts de la santé. La volonté politique était alors de rendre le système de santé plus efficient en partageant l'information médicale entre les différents partenaires. Le projet pilote étoile a démarré en 2009, depuis 2013 il est étendu à l'ensemble de la population sous le nom de MonDossierMedical.ch.

Aujourd'hui, MonDossierMedical.ch se déploie sur le canton de Genève avec plus de 10000 patients inscrits et un quart des médecins installés en cabinet.

Public-cible et objectifs

MonDossierMedical.ch s'adresse à toute personne prise en soins à Genève sans distinction, et à tout professionnel ayant un droit de pratique délivré par le canton. Pour le déploiement, le projet est découpé selon différentes cibles de population. Par exemple : patients chroniques ou jeunes enfants.

Le « plan de soins partagé » et le « plan de médication partagé » sont des outils à valeur ajoutée permettant une meilleure prise en charge des patients chroniques par les médecins et les infirmières de soins à domicile de l'Imad notamment. Les plans étaient développés par PRISM (Projet de Réseau Intégré de Soins aux Malades), l'Imad et la Direction générale de la santé de Genève.

Pour le pilotage du déploiement nous utilisons aujourd'hui des indicateurs d'activité quantitatifs et qualitatifs. Notre priorité est d'augmenter le nombre de professionnels et de patients inscrits. Les patients demandent à leur médecin d'être connecté à MonDossierMedical.ch. Ceci est un indicateur en lien avec la progression du déploiement. Des questionnaires de satisfaction seront aussi utilisés à l'attention des patients et des professionnels afin d'orienter le déploiement dès 2016.

Spécificités du dossier genevois

MonDossierMedical.ch consiste en un dossier patient réparti, partagé permettant une communication sécurisée entre les professionnels de la santé. MonDossierMedical.ch a pour vocation d'être piloté par le patient lui-même puisque c'est lui qui décide de son inscription et qui alloue les droits d'accès à son dossier aux professionnels de la santé, qui se chargent de le mettre à jour. L'inscription est gratuite et peut être faite auprès d'un professionnel ou dans un point d'inscription (HUG, Cité générations, Hôpital de la Tour, etc.).

De **Aurélié Rosenberg**, Cheffe secteur e-health, Direction générale de la santé, et **Maëva Beressa**, Chargée de projet e-health, Direction générale de la santé

www.mondossiermedical.ch/pro-inscription

Contact : Aurélié Rosenberg et Maëva Beressa
information@mondossiermedical.ch

The screenshot displays the MonDossierMedical.ch web application interface. At the top, there's a header with the logo and navigation links like 'IMPRIMER', 'EN LIGNE', and 'LOGOUT'. The main content area shows a patient's profile for 'BASSABLE Mickael (patient fictif)' with a birth date of '01.01.1938'. Below this, there are tabs for 'DOSSIER(S)', 'NOTIFICATIONS (578)', 'PARAMETRES', and 'ENREGISTREMENT PATIENT'. The 'DOSSIER(S)' tab is active, showing a 'Version actuelle' section with 'Document Uploader Imad' and a date of '13.03.2015, 13:15'. Below this, there's a table of 'MEMBRES QUI RECEVONT DES NOTIFICATIONS' and a table of 'DONNEES CONTEXTUELLES (3)' with columns for 'DE NOUVEAUX OBSERVATIONS', '09.11.2015', and '03.11.2015'. The table contains entries for 'Moi-même / Activité physique' and 'Moi-même / Parésie motrice supérieure gauche et des 2 membres inférieurs avec dé...', with specific dates and times like '09.11.2015 - 15:24' and '15:24'.

MonDossierMedical.ch consiste en un dossier patient réparti, partagé permettant une communication sécurisée entre les professionnels de la santé.

Une des particularités techniques de MonDossierMedical.ch est que les informations médicales sont consolidées mais jamais centralisées.

A Genève, la solution est mise en œuvre en partenariat avec La Poste. Actuellement, le projet est dans une phase intermédiaire, cela veut dire que l'investissement est réalisé par La Poste et aussi par le canton de Genève. La phase d'exploitation devrait débuter dès 2017.

Conclusions et résultats

Les résultats à la fin 2015 concernant le déploiement de MonDossierMedical.ch sur Genève s'avèrent positifs. Le nombre d'inscriptions de patients et de médecins est en augmentation et les bénéfices d'utilisation commencent à être mesurables : amélioration de la qualité de la prise en charge via le partage d'information.

De nouveaux défis se présenteront au cours de l'année 2016 en lien avec l'augmentation des inscriptions, il s'agira de toujours pouvoir répondre aux demandes avec l'augmentation du volume d'activité. L'ergonomie de la plateforme sera revue en 2016, et les connexions avec d'autres systèmes d'information seront à amplifier pour rendre l'information disponible dans MonDossierMedical.ch encore plus complète.

Partizipation und Qualitätssicherung

Das Alterszentrum Wengistein, eine der grösseren Altersinstitutionen im Kanton Solothurn, pflegt einen Bewohner- wie auch einen Angehörigenrat – und gibt ihnen damit eine wichtige Stimme.

Von **Hansruedi Moor-Minikus**, Zentrumsleiter, und **Esther Ludwig Koch**, Stellvertreterin der Zentrumsleitung

www.wengistein.ch

Kontakt: Esther Ludwig Koch
esther.ludwig@azw.so.ch

Unser Bewohnerrat besteht seit knapp 20 Jahren. Als Pendant dazu wurde 2010 der Angehörigenrat eingesetzt. Das Alterszentrum Wengistein führte damals, in Zusammenarbeit mit der Age Stiftung Zürich, das Projekt «Aktive Zusammenarbeit mit Angehörigen: ein familienzentrierter, systemischer Ansatz» durch. Die Einsetzung des Angehörigenrates war Teil des Massnahmenpakets innerhalb dieses Projekts.

Die in den Leitlinien festgeschriebenen Ziele der beiden Räte lauten wie folgt:

- die Anliegen der Bewohnerschaft beziehungsweise der Angehörigen gegenüber der Zentrumsleitung vertreten;
- die Zentrumsleitung im Bemühen um gute Wohn- und Lebensqualität für die Bewohnerschaft unterstützen;
- das gegenseitige Verständnis zwischen Bewohnern, Angehörigen und Institution fördern.

Das Gemeinwohl steht im Zentrum

Bewohner und Angehörige ausserhalb der Räte können sich mit den Vorsitzenden in Verbindung setzen und ihre Anliegen deponieren. Es sollen im Rat jeweils keine Einzelinteressen vertreten werden; übergeordnete Anregungen und Kritik sind aber willkommen und Teil jeder Sitzung.

Beide Räte tagen sechs bis acht Mal pro Jahr und umfassen acht bis zehn Mitglieder, wobei möglichst alle Wohnabteilungen in den Räten vertreten sind. Vom Alterszentrum Wengistein nehmen der Leiter und seine Stellvertretung Einsitz.

Im Bewohnerrat hat eine Angehörige den Vorsitz. Für hochbetagte Menschen mit teils sehr fragiler Gesundheit wäre dieses Amt eine zu grosse Belastung. Die Vorsitzende führt mit dem Bewohnerrat jeweils eine Vorsitzung ohne Institutionsvertretung durch, an der sie die Anliegen sammelt und diskutiert; an der Hauptsitzung werden sie dann den Institutionsvertretern vorgelegt. Scheidet ein Bewohner, eine Bewohnerin aus dem Gremium aus, schlägt der Rat ein neues Mitglied vor, das bei Interesse an der Bewohner-Vollversammlung zur Wahl steht.

Im Angehörigenrat gehören Vorsitz, Protokollführerin und ein weiteres Ratsmitglied zum «inneren Kreis», der keiner Amtszeitbeschränkung unterworfen ist und dadurch die Kontinuität der Zusammenarbeit zwischen Institution und Rat sicherstellt. Alle andern Mitglieder scheiden spätestens 18 Monate nach dem Tod oder Austritt ihrer Angehörigen aus dem Rat aus.

Partizipation als Teil der Führungskultur

Bei der Einsetzung der beiden Gremien wurde eine optimale strukturelle Einbindung in die Gesamtorganisation angestrebt. Sie sind per Organigramm direkt der Zentrumsleitung zugeordnet und verpflichten sich ihrerseits zur Einhaltung der Dienstwege. Die Räte sollen weder reine Reklamationsgefässe noch Konkurrenzgremien zu den Bereichsleitungen sein. Kadermitglieder können jederzeit an den Ratssitzungen teilnehmen. Und im Sinne der innerbetrieblichen Transparenz ist eine Vertretung des Personalrates zu den Angehörigenratssitzungen eingeladen.

Die aktive Zusammenarbeit mit den beiden Räten gehört zur Führungskultur im Alterszentrum Wengistein. Themen und Anliegen aus den Sitzungen werden von der Zentrumsleitung ins Kader getragen. Wo möglich, werden Massnahmen eingeleitet, um den Wünschen und Anliegen zu entsprechen. Auf diese Weise wird die Dienstleistungsqualität gesteigert und der Bewohneraufenthalt individualisiert.

Die Räte sind wirksame Instrumente der Qualitätssicherung. Der Zentrumsleitung bieten die Sitzungen Gelegenheit, Einblick in betriebliche Fragen und Probleme zu gewähren und sich darin zu erklären; dadurch wird das Vertrauen in die Institution gestärkt. Die Ratsmitglieder ihrerseits werden, entsprechend ihrer Möglichkeiten, zur Mitverantwortung aufgerufen.

Wider die Angst vor Autonomieverlust

Die Zusammenarbeit mit den Räten, besonders aber mit dem Angehörigenrat, ist zudem Ausdruck einer systemischen, familienzentrierten Betriebskultur. Angehörige werden als Teil des Klientensystems wahrgenommen. Indem sie die Wünsche und Anliegen ihrer Nächsten einbringen, nehmen sie eine Anwaltsfunktion ein, die besonders bei fragilen und kognitiv beeinträchtigten Bewohnern unverzichtbar ist – und letztlich deren Wohn- und Lebensqualität steigert.

Die Angst, mit einem Eintritt in eine Altersinstitution die Autonomie und Selbstbestimmung weitgehend zu verlieren, ist in der älteren Bevölkerung weit verbreitet. Im Alterszentrum Wengistein leben wir eine Kultur der Partizipation, die sich unter anderem in der Einsetzung dieser beiden Räte niederschlägt. Bewohner und Angehörige fühlen sich dadurch ernst genommen, können eine soziale Kontrolle ausüben und erfahren, dass ihre Meinung Gewicht hat. So können wir der Angst vor Verlust von Autonomie und Selbstbestimmung wirksam und glaubwürdig entgegenreten.

SimpliCare: Betreuung leichter gemacht

SimpliCare vernetzt Angehörige, Nachbarn und Dienstleister von pflegebedürftigen Menschen: Via Internet können sie Informationen zum Gesundheitszustand abrufen oder Termine koordinieren.

Von **Dr. Lars Baacke**, Geschäftsführer BEG Solutions AG

www.simplicare.net

Kontakt: Dr. Lars Baacke

lars.baacke@begsolutions.com

Im Oktober 2010 wurde beim Vater eines Bekannten die Diagnose Demenz gestellt. Die Angehörigen verfolgten ab sofort nur noch ein Ziel: Sie wollten möglichst viel Zeit mit dem Vater verbringen und ihm das Leben so lebenswert wie möglich gestalten.

Voraussetzung dafür war die optimale Abstimmung aller Aktivitäten und die Vernetzung aller Angehörigen. Die Pflegeeinrichtungen verfügten zwar über professionelle Software, aber diese stand für Angehörige nicht zur Verfügung. Erst SimpliCare machte es möglich, dass auch sie eine passende Plattform nutzen konnten. Von nun an waren sie stets auf demselben Wissensstand, was nicht nur dem Vater zu Gute kam, sondern sich auch im Auftreten gegenüber den Pflegeorganisationen als sehr nützlich erwies.

Angehörige koordinieren Termine und Aufgaben

Der Aufbau des Angehörigen-Netzwerkes wurde einer Person, hier der Tochter, übertragen. Sie lud ganz gezielt Angehörige, Freunde und Nachbarn in SimpliCare ein. Letztlich sollte ein gut organisiertes Umfeld dazu beitragen, dass der Vater so lange wie möglich zu Hause betreut werden konnte.

Die Belastung konnte so auf mehrere Schultern verteilt und ein Burnout von einzelnen Angehörigen vermieden werden. SimpliCare wurde auch in Nofällen eingesetzt, denn diese wurden zusehends häufiger. Als besonders wertvoll erwies sich, dass dank SimpliCare alle Angehörigen stets auf demselben Informationsstand waren.

Ein Unikat

SimpliCare ist die einzige allgemein zugängliche Software, die Angehörige von pflegebedürftigen Personen vernetzt und ihnen auf einer einzigen Plattform alle Funktionen anbietet, die sie für eine umfassende Betreuung benötigen. Beispielsweise sind das Informationen zum Gesundheitszustand, sämtliche Kontaktdaten, Gesundheitshistorie, Kalender oder Pendenzen. Die Daten sind geschützt und können nur von einer einzigen Person, dem Koordinator, zugänglich gemacht werden.

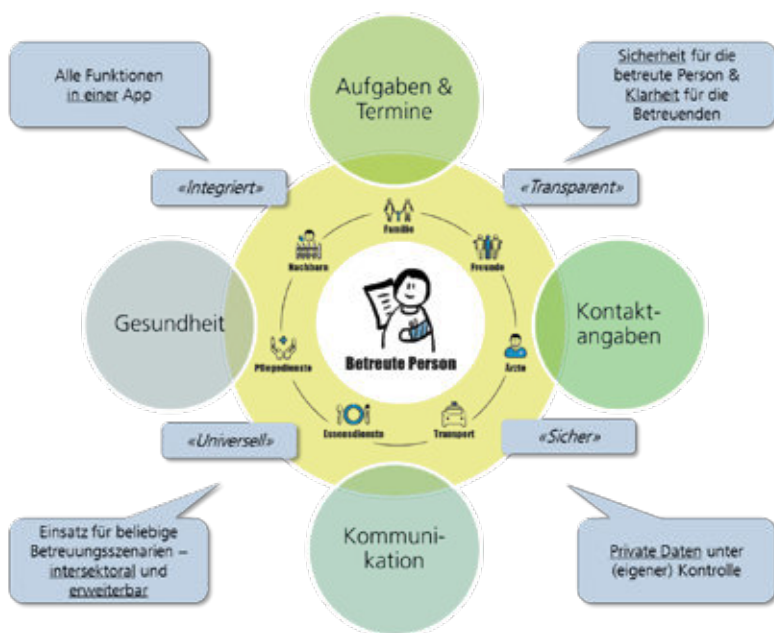
SimpliCare erlaubt es, mehrere separate Netzwerke aufzubauen. Der Betreuer hat dank SimpliCare jederzeit den Überblick über alle pflegebedürftigen Personen in seinem Netzwerk – seien es alternde, verletzte, erkrankte oder anderweitig zu betreuende Menschen. Auch die Einbindung professioneller Dienstleister ist möglich.

SimpliCare kann auf unterschiedlichsten Geräten mittels Internet-Browser bedient werden. Um auch unterwegs zugreifen zu können, empfiehlt sich die Nutzung der iOS- oder Android-Applikation. Der Aufbau des Netzwerkes setzt eine gewisse Offenheit der Angehörigen gegenüber elektronischen Geräten voraus. Zudem sollte das Netzwerk nicht zu spät eingerichtet werden. Wenn den Angehörigen bereits vieles über den Kopf gewachsen ist, ist die Bereitschaft für einen Einstieg kleiner.

Viel Mehrwert

Im beschriebenen Fall waren alle Voraussetzungen optimal erfüllt: Die Angehörigen verfügten über mehr Kraft, was letztlich dem Pflegebedürftigen zu Gute kam. Der Vater konnte länger zu Hause gepflegt werden und profitierte von längeren Betreuungszeiten. Als die Spitex ihn zu ihrer Entlastung in ein Pflegezentrum einliefern wollte, konnten die Angehörigen anhand der Historie aufzeigen, dass der Zeitpunkt noch zu früh war.

Die mobile Applikation wird laufend weiterentwickelt: Derzeit wird eine Pinnwand für Texte und Fotos integriert. Durch die Zusammenarbeit verschiedener Hochschulen, des Implementierungspartners und eines Rechenzentrums sind alle benötigten Kompetenzen vorhanden zur systematischen Evaluation und Optimierung.



SimpliCare vernetzt die Angehörigen von pflegebedürftigen Personen und bietet ihnen auf einer einzigen Plattform alle Funktionen, die sie für eine umfassende Betreuung benötigen.

Mobiler Schmerzdienst für Tumor-Patienten

Das Universitätsspital Basel schafft einen mobilen, eng vernetzten Schmerztherapiedienst, der es palliativen Patienten ermöglichen soll, in ihrer vertrauten Umgebung zu sterben.

Aktuell stirbt in der Schweiz etwa jede dritte Person an einem Tumor. 73 Prozent dieser Patienten möchten zuhause sterben, effektiv sterben aber nur rund 20 Prozent in ihrer vertrauten Umgebung. Sehr oft sind quälende Schmerzen der Grund für eine Hospitalisierung kurz vor Lebensende, da jeder fünfte Tumorpatient an sehr starken, jeder zehnte an unerträglich starken Schmerzen leidet.

Die gute Nachricht ist, dass diese Schmerzen bei Einsatz von entsprechendem Fachwissen in den meisten Fällen gelindert werden können. So benötigt am Lebensende jeder zehnte Tumorpatient eine hochspezialisierte Schmerztherapie, die in der Regel nur von Schmerzexperten gewährleistet werden kann.

Massgeschneiderte Schmerztherapie zu Hause

Ebenso gut ist die Nachricht, dass solche Therapien mehr und mehr zu Hause möglich sind, zum Beispiel dank minimal invasiven Verfahren mit Schmerzkathetern und transportablen Ultraschallgeräten, die das präzise Legen und Positionieren solcher Katheter vor Ort zulassen. Oft genügt bereits das Anhängen einer intravenösen Schmerzpumpe, durch die der Patient sich selbst bei Bedarf Schmerzmittel applizieren kann. Durch all diese Massnahmen kann Tumorpatienten der Wunsch, zuhause in Würde und möglichst schmerzarm zu sterben, oft erfüllt werden.

Deshalb wird am Universitätsspital Basel zusammen mit verschiedenen Partnern ein mobiler Schmerzdienst eingerichtet: Leiden Tumorpatienten an starken bis stärksten Schmerzen, die durch konventionelle Massnahmen nicht gelindert werden können, sind sie nicht mehr oder nur sehr bedingt transportfähig und erfordert ihre Situation eine interprofessionelle Zusammenarbeit, werden sie zuhause durch ärztliche Schmerztherapeuten sowie Pain Nurses besucht und betreut. Dadurch wird es möglich, diesen Patienten eine individuelle und massgeschneiderte Schmerztherapie zukommen und sie in ihrer vertrauten Umgebung sterben zu lassen.

Das Ziel einer guten schmerztherapeutischen Versorgung von Tumorpatienten verlangt die enge und optimal koordinierte Zusammenarbeit aller Partner. Allen voran gehören dazu der Hausarzt, die Onko-Spitex sowie die Spitex. Weitere wichtige Partner sind die Palliativmediziner, Onkologen, Psychoonkologen und die Seelsorge.

Sehr bedeutsam ist auch die Rolle der Angehörigen, die oft vergessen gehen. Dabei sind es häufig sie, die trotz Inanspruchnahme von professionellen Diensten die Hauptlast der Pflege zu Hause leisten. Folglich ist die Anleitung und Unterstützung der Angehörigen in der komplexen schmerztherapeutischen Situation des Patienten ein weiteres tragendes Element des Projektes.

Von **PD Dr. med. Wilhelm Ruppen**, Leitender Arzt Schmerztherapie, Universitätsspital Basel; **Nadine Morgenthaler** MAS, Leiterin Anästhesiepflege, Universitätsspital Basel; **Isabelle Gisler Ries**, Expertin Anästhesiepflege NDS HF, Universitätsspital Basel

www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/behandlungszentren/tumorzentrum/unterstuetzende-angebote/schmerztherapie/

Kontakt: Wilhelm Ruppen
willhelm.ruppen@usb.ch



Der «fmc Förderpreis» 2015 mit einer Preissumme von CHF 15'000 wurde an das Projekt «Mobiler Schmerzdienst für Tumor-Patienten» vergeben.

Ergänzung des Angebots, keine Konkurrenz

Die bisher mit den verschiedenen Partnern und dem Gesundheitsdepartement Basel Stadt geführten Gespräche waren für die Initianten sehr ermutigend, da von allen Seiten Wohlwollen entgegen gebracht wurde. Dabei ist es wichtig zu betonen, dass dieses Projekt eine Ergänzung und keine Konkurrenz zu den bestehenden Angeboten darstellt – zumal es ein Bedürfnis abzudecken versucht, das bislang nicht erfasst war. Zudem ist der Bedarf ausgewiesen.

Ein zweiter Erfolgsfaktor ist die überdurchschnittliche Motivation des Schmerzteams, dessen erklärter Wille es ist, diesen Patienten zu Hause schmerztherapeutisch Linderung in ihren letzten Lebenstagen zu gewährleisten. Wir sind überzeugt, dass es sich um ein tief menschliches Anliegen handelt, dessen Wert auch für Laien klar erkennbar ist.

Mieux vivre avec une BPCO

Débuté en 2013, le programme « Soins intégrés Valais – Mieux vivre avec une BPCO » s’inspire du programme canadien du Professeur J. Bourbeau, reconnu comme amenant des bénéfices aux patients BPCO.

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire progressive qui est caractérisée par une obstruction non réversible des voies aériennes accompagnée de symptômes respiratoires invalidants tels que l’essoufflement à l’effort, la toux ou les expectorations, ainsi que d’épisodes d’exacerbations péjorant l’état de santé physique des patients. La BPCO est ainsi associée à une utilisation élevée des services de santé ainsi qu’à des coûts importants. Les programmes de soins intégrés pour la BPCO permettent d’améliorer la qualité des soins, de réduire la fréquence des exacerbations sévères et d’augmenter la qualité de vie des patients.

Débuté en 2013, le programme « Soins intégrés Valais – Mieux vivre avec une BPCO » (MVBPCO) s’inspire du programme canadien du Professeur J. Bourbeau, reconnu comme amenant des bénéfices aux patients BPCO. Destiné actuellement à tout patient BPCO de plus de 35 ans, non-institutionnalisé et résidant dans le Valais romand, il se base principalement sur l’éducation à l’auto-prise en charge des patients, qui permet d’acquérir la confiance ainsi que les compétences nécessaires pour mieux vivre au quotidien avec la BPCO et prévenir et traiter précocement les exacerbations.

Plusieurs mesures – plusieurs professions

Après un bilan initial suivi de six ateliers hebdomadaires en groupe, le programme se poursuit par une intervention structurée comprenant un suivi téléphonique par une coordinatrice formée et un suivi incluant le médecin de premier recours, le pneumologue, le pharmacien et les physiothérapeutes. Ceci permet de renforcer, entre autres, les messages concernant l’importance de participer à des programmes structurés de réentraînement à l’effort, d’avoir une activité physique autonome et d’atteindre ou maintenir la cessation tabagique pour les patients concernés. Le programme comporte aussi des formations destinées aux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge des patients BPCO.

La mise en œuvre de ce programme pilote s’est accompagnée d’une évaluation portant sur sa faisabilité, son acceptabilité ainsi que son efficacité. Des méthodes mixtes, qualitatives et quantitatives, ont ainsi été considérées. La partie qualitative de l’évaluation a consisté en la conduite de focus groupes avec des professionnels de santé et des patients, tant avant l’initiation du programme que pendant son déroulement, dans le but de récolter les opinions et expériences des patients et professionnels de santé au sujet du programme. La phase quantitative s’est elle basée sur la récolte de données auprès des patients à l’entrée dans le programme et après 12 mois. Ces données permettront une comparaison de l’évolution du groupe de patients du programme MVBPCO valaisan à celle d’un groupe contrôle de patients BPCO (de même âge et sexe) de la cohorte suisse (Swiss COPD cohort).

De **Prof. Isabelle Peytremann-Bridevaux**, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, CHUV et Université de Lausanne ; **Karin Loervall**, Coordinatrice-physiothérapeute, Service de pneumologie, Hôpital du Valais ; **Rachel Parmentier**, Coordinatrice-infirmière, Promotion Santé Valais, Ligue pulmonaire Valaisane; **Prof. Pierre-Olivier Bridevaux**, Chef de service, Service de pneumologie, Hôpital du Valais

Contact : Pierre-Olivier Bridevaux
pierre-olivier.bridevaux@hopitalvs.ch

Durant les deux premières années du programme, 56 patients (23 en 2013, 33 en 2014) des régions de Monthey, Martigny et Sion ont participé au programme, pour huit séries d’ateliers d’éducation à l’auto-prise en charge. Tandis que le nombre moyen de patients par série d’ateliers était de sept, les patients ont participé en moyenne à cinq des six ateliers. Agés en moyenne de 66 ans, la proportion de femmes était de 43%, et 66% vivaient en couple. Fumeurs actifs pour 43% d’entre-eux, 40 des 56 participants présentaient une BPCO de stade 2 ou 3.

Les résultats préliminaires suggèrent qu’après 12 mois de programme, la qualité de vie et la capacité à l’exercice s’amélioraient au cours du temps et que le risque d’hospitalisation avait significativement diminué. Par ailleurs, tandis que le taux de vaccination grippal avait augmenté, les scores de CAT (COPD Assessment Test) et d’auto-efficacité étaient similaires à ceux mesurés au début du programme.

Le programme est amélioré continuellement

L’analyse des focus groups des patients et des professionnels de santé a permis de mettre évidence tant les aspects positifs et négatifs du programme, que les problèmes de communication et d’information, ou les lacunes de travail interdisciplinaire. Ces résultats ont permis d’améliorer continuellement le programme, pour l’adapter au plus près des besoins des patients BPCO et des professionnels de santé.

Le programme « Soins intégrés Valais – Mieux vivre avec une BPCO » s’est avéré faisable et acceptable tant pour les patients que les professionnels de santé. Il a permis aussi de réaliser que la mise en œuvre d’un programme, dans une grande région d’un canton peu urbanisé, peut amener les bénéfices escomptés sur la base de la littérature. Tandis que la demande pour de telles prestations semble augmenter en Valais, les prochaines étapes consisteront principalement à améliorer la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle, ainsi qu’à trouver des solutions durables pour le financement de ce tels programmes.

Weitere Informationen

www.liguepulmonaire.ch/fr/ligue-pulmonaire-valaisanne/prestations/cours-et-enseignement/bpc.html
www.promotionsantevalais.ch/prevention/bpc-broncho-pneumopathie-chronique-obstructive.html
www.hopitalduvalais.ch/fr/disciplines-medicales/disciplines-de-a-a-z/pneumologie.html

Online-Plattform migesplus.ch

Die Website www.migesplus.ch bietet Gesundheitsinformationen in mehreren Sprachen an. Sie richtet sich an Migrantinnen und Migranten sowie an Fachpersonen aus Gesundheit, Sozialem und Bildung.

Migrantinnen und Migranten sind in der Schweiz unterschiedlichen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt. Aufgrund von sprachlichen und strukturellen Barrieren ist für viele von ihnen der Zugang zu den Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung sowie zur Gesundheitsversorgung erschwert:

- Rund 700'000 Personen sprechen als Hauptsprache keine Schweizer Landessprache, mindestens 200'000 sprechen resp. verstehen weder eine Landessprache noch Englisch.
- Mindestens ein Drittel der Ausländerinnen und Ausländer spricht eine der Landessprachen nur mässig bis schlecht.
- In Befragungen geben 12 bis 45 Prozent an, die eigenen Anliegen dem Arzt oder der Ärztin oft nicht verständlich machen zu können. Und 14 bis 24 Prozent verstehen Informationen des Arztes nur ungenügend.

Mit der einfachen Bezugsmöglichkeit von mehrsprachigen Informationen zu Gesundheitsfragen trägt migesplus.ch dazu bei, Zugangsbarrieren abzubauen und die gesundheitliche Situation von Migrantinnen und Migranten zu verbessern.

«Es ist etwas ganz anderes, wenn ich in der eigenen Muttersprache etwas zum Thema Gesundheit lesen kann. Ich fühle mich dadurch verstanden und kann mehr Informationen aufnehmen.»

Guillermo Motilla Olivas

Auf der anderen Seite profitieren auch Fachpersonen von den verschiedenen Dienstleistungsangeboten von migesplus.ch:

- Mehrsprachiges Informationsmaterial kann in Beratungsgesprächen ergänzend abgegeben werden.
- migesplus.ch bietet Beratung bei der Konzeption und Gestaltung von mehrsprachigen Gesundheitsinformationen.
- migesplus.ch vermittelt Übersetzende und Lektorierende in verschiedenen Migrationssprachen und leistet Finanzhilfe für Übersetzungen.

«Fremdsprachige Patientinnen und Patienten zu beraten, ist aufgrund von Sprachbarrieren oft schwierig. Mehrsprachige Broschüren sind deshalb sehr hilfreich. Oft werden sie auch von den Angehörigen gelesen. Dies erhöht das Verständnis der Angehörigen für die kranke Person.»

Heinrich Kläui, Hausarzt

Somit wirkt migesplus.ch für mehrere Anspruchsgruppen als zentrale Bezugsquelle für mehrsprachige Broschüren, Flyer, Ratgeber, Filme verschiedener Herausgeber sowie als Dienstleister für Fachpersonen der Gesundheitsförderung und Prävention. Die Materialien können

Von **Katharina Liewald**, Projektleiterin, Schweizerisches Rotes Kreuz, Abteilung Gesundheit und Diversität

www.migesplus.ch
www.redcross.ch

Kontakt: Katharina Liewald
katharina.liewald@redcross.ch

online bestellt oder heruntergeladen werden. Mittels Newsletter und Facebook informiert migesplus.ch über neu erschienene Publikationen und Übersetzungen.

«Ich nutze migesplus.ch als Bezugsquelle für mehrsprachige Broschüren. Die Plattform bietet mir einen guten Überblick und eine einfache Bestellmöglichkeit.»

Christine Sieber, Sexualpädagogin, Inselspital Bern

Das Themenspektrum von migesplus.ch ist breit: Das Angebot reicht von Ratgebern zum Gesundheitssystem Schweiz über Informationen zu Ernährung, Bewegung, Sucht, Alter, Schwangerschaft und Säuglingspflege bis zu Broschüren über Grippe, Herz- und Kreislaufkrankungen, chronische Schmerzen, Alzheimer und Depression. Auch Fachleute werden unterstützt. Durch ihren Zugang zu fremdsprachigen Klientinnen und Klienten sind sie wichtige Multiplikatoren.

Eine weitere Zielgruppe sind Herausgeber von Gesundheitsinformationen. Ihnen bietet migesplus.ch die Möglichkeit, ihre mehrsprachigen Publikationen auf einer in weiten Kreisen bekannten Plattform zentral zugänglich zu machen, sowie die Vernetzung mit anderen Organisationen, Institutionen und Behörden.

«Die Beratung und Finanzhilfe von migesplus.ch haben uns geholfen, Broschüren zu erarbeiten, die Bedürfnissen von Migrantinnen und Migranten Rechnung tragen.»

Katrin Haldemann, Programmleiterin Prävention, Krebsliga Schweiz

Im vergangenen Jahr wurde die Plattform für die Ärzteschaft und andere Fachpersonen erweitert (www.migesexpert.ch). Mit praxisnahen Tipps und Tools zu Kommunikation und Dolmetschen, Anamnesegesprächen im Migrationskontext sowie aufenthaltsrechtlichen Aspekten der Krankenversicherung wird hier ein weiterer Schritt zum Abbau von Barrieren im Gesundheitswesen möglich.

Seit November 2015 bietet migesplus.ch ausserdem die Vernetzungsplattform www.migesmedia.ch an. Hier sollen inländische Medien der Migrationsbevölkerung mit Herausgebern von Gesundheitsinformationen vernetzt werden, um deren Informationen an die Zielgruppe zu bringen.

Die Plattform migesplus.ch wird vom Schweizerischen Roten Kreuz betrieben und vom Nationalen Programm Migration und Gesundheit des Bundesamtes für Gesundheit unterstützt. Fachlich und strategisch begleitet wird migesplus.ch von einer breit abgestützten Experten-Gruppe.

Evivo: Empowerment für Patienten

Viele Menschen leben mit chronischen Krankheiten. Evidenzbasierte Selbstmanagementprogramme wie Evivo können beim Umgang mit krankheitsbezogenen Herausforderungen im Alltag unterstützen.

Von **Dr. Jörg Haslbeck**, Kompetenzzentrum Patientenbildung, Careum Forschung; Vorstandsmitglied Evivo Netzwerk

www.evivo.ch

www.youtube.com/watch?v=gp_UGIFWMYm

Kontakt: Bruno Umiker, Verein Evivo Netzwerk

info@evivo.ch

Wie die Patientenbilder von Nicole, Emma, Thomas und August eindrücklich vermitteln, sind chronische Krankheiten, Multimorbidität und Behinderungen folgenreich für Patienten und Angehörige. Zu den körperlichen Herausforderungen wie chronische Müdigkeit, Schmerzen und Funktionseinschränkungen kommen psychische Auswirkungen hinzu, etwa Stress, Verunsicherung und Angst oder gar Depressionen.

Zugleich sind jeden Tag krankheitsbezogene Selbstmanagementaktivitäten erforderlich wie die Einnahme von Medikamenten oder das Monitoring von Symptomen – in der Familie, Freizeit und am Arbeitsplatz. Patienten und Angehörige bei der Bewältigung dieser gesundheitlichen Beschwerden und Anforderungen zu unterstützen, ist das Ziel von Selbstmanagementförderung.

Betroffene profitieren von Betroffenen

Einer der international verbreiteten, evidenzbasierten Selbstmanagementansätze wurde an der Stanford Universität (USA) entwickelt; seit 2012 ist er als Kursprogramm «Gesund und aktiv leben» (Evivo) in der Schweiz zugänglich. Charakteristisch für Evivo: Es ist krankheitsübergreifend und spricht neben den erkrankten Personen auch Angehörige an. Die sechswöchigen Kurse haben einen festgelegten Inhalt sowie Ablauf und umfassen zweieinhalbstündige Einheiten für etwa 12 bis 18 Teilnehmende.

Ferner stützt sich Evivo auf ein Begleitbuch und es wird der «peer»-Ansatz genutzt: Die Kursleitungen sind vorwiegend Personen in ähnlichen Lebensumständen oder mit vergleichbaren Erfahrungen wie die Teilnehmenden. In den Kurseinheiten werden Themen wie Bewegung, Ernährung, Umgang mit Schmerzen und Medikamenten oder Erschöpfung behandelt. Vor allem werden Kompetenzen gefördert, um Ziele setzen, Entscheidungen treffen oder Probleme lösen zu können.

International hat sich gezeigt, dass Kurse nach dem Stanford-Ansatz einen Mehrwert für die Gesundheit in der Gesellschaft bieten und sie die Selbstwirksamkeit von Patienten und Angehörigen fördern können. In der Schweiz, Deutschland und Österreich haben vom Start des Programms (2012) bis Ende 2014 über 50 Evivo-Kurse mit mehr als 500 Teilnehmenden stattgefunden.

Verankerung in regionalen Netzwerken

Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass die Kurse äusserst positiv aufgenommen und als sehr wertvoll erfahren werden. Sie liefern Impulse für Verhaltensänderungen, zeigen Wege aus der sozialen Isolation und lassen Trends von geförderter Selbstwirksamkeit erkennen.¹

Gemeinsam mit der Careum Stiftung Zürich haben nahezu alle an der Pionierphase beteiligten Organisationen 2014 den gemeinnützigen Verein Evivo Netzwerk gegründet. Der Verein stellt den Zugang zum Kursprogramm her und bildet Kursleitende aus.

Die Vereinsmitglieder fördern das Netzwerk bzw. bieten Kurse in unterschiedlichen Settings im Gesundheits- und Sozialwesen an. Das gemeinsame Ziel: Das Empowerment von Menschen mit chronischen Krankheiten zu fördern, indem Evivo in den Versorgungsstrukturen regionaler Netzwerke verankert und mit anderen Unterstützungsansätzen, zum Beispiel dem Gesundheitscoaching, verknüpft wird.²

¹ Haslbeck, J., Zannoni, S., Hartung, U., Klein, M., Gabriel, E., Eicher, M., & Schulz, P. (2015). Introducing the Chronic Disease Self-Management Program in Switzerland and German-speaking countries: findings of a crossborder adaptation using a multiple methods approach. *BMC Health Serv Res*, 15 (576). doi:10.1186/s12913-015-1251-z.

² Deppeler, M. (2015). E wie Evivo. Neues aus dem ABC des Patientenbildungsalphabetes. *Schweizerische Ärztezeitung*, 96(45), 1643–1644



Das Buch «Gesund und aktiv mit chronischer Krankheit leben» informiert Betroffene und Angehörige, wie sie mit chronischer Krankheit oder Behinderung gesundheitsbewusst leben können, und enthält viele Übungen und Anregungen. Bezug über www.careum-verlag.ch

Das Leistungsportfolio des fmc

Interne Aktivitäten – exklusiv für fmc-Mitglieder

Arbeits- und Regionalgruppen

Expertenpapiere oder Entwicklungsthemen zur integrierten Versorgung werden in Diskussionen mit unseren Mitgliedern erarbeitet und publiziert. Die Entwicklungsarbeit erfolgt flexibel in Sitzungen, Telefonkonferenzen, Web-basiert oder per E-Mail. Die Resultate werden als Fachartikel, in persönlichen Gesprächen, über Medienarbeit und in Veranstaltungen an die relevanten Zielgruppen herangetragen.

Denk-Werkstatt

In der Denk-Werkstatt werden Themen der vertikalen Integration interprofessionell und moderiert bearbeitet. Im Austausch zwischen den Goldpartnern und mit weiteren Akteuren und Experten sollen Denkanstösse gegeben und allenfalls Projekte initiiert werden. Die Ergebnisse können interessierten Nutzern zugänglich gemacht werden. Die Themen werden von den Goldpartnern wie auch vom fmc-Vorstand eingebracht.

Hintergrundgespräche

In Hintergrundgesprächen werden innovative Versorgungskonzepte, wissenschaftliche Erkenntnisse oder politische Vorstösse und Entwicklungen von Experten präsentiert und gemeinsam diskutiert. Die Hintergrundgespräche bieten die Möglichkeit des vertieften Austauschs in einer persönlichen Atmosphäre und schaffen die Grundlage für fruchtbare Dialoge. Bei der Agenda orientieren wir uns an der Aktualität und nehmen Themenwünsche unserer Mitglieder auf. Hintergrundgespräche finden viermal jährlich statt im Rahmen der Sitzungen des Strategischen Beirats.

Studienreisen

Internationale Systemvergleiche und die Analyse von Best-Practice-Ansätzen im Gesundheitswesen sind von grosser Bedeutung, um neue Ideen für Versorgungskonzepte zu gewinnen. Deshalb unternimmt das fmc gemeinsam mit dem Deutschen Bundesverband Managed Care (BMC) jedes Jahr eine bis zwei Studienreisen in ein aus gesundheitspolitischer Sicht besonders interessantes Land. Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt, eingeladen sind Mitarbeitende unserer Goldpartner und Partner.

«fmc Club» – Innovationen erleben

Um den Aufbau und die Funktion von innovativen Versorgungskonzepten oder Gesundheitsleistungen zu verstehen, ist es wichtig, diese hautnah zu erleben und mit den Initianten vor Ort zu sprechen. Das fmc gibt seinen Goldpartnern im «fmc Club» einmal pro Jahr die Möglichkeit, Einblicke in die praktische Umsetzung ausserordentlicher Versorgungsleistungen zu gewinnen.

«fmc service»

«fmc service» ist eine Dienstleistung für die Mitglieder des Strategischen Beirats. Diese erhalten zeitnah Informationen aus Politik, Behörden und Wirtschaft weitergeleitet, welche für die Integrierte Versorgung relevant sind oder sein könnten.

Externe Aktivitäten

Nationales Symposium Integrierte Versorgung

National und international renommierte Referenten beleuchteten in Keynote-Referaten, Projektpräsentationen und Workshops die Erfolgsfaktoren und Herausforderungen bei der (besseren) Verständigung zwischen den Professionen, zwischen den einzelnen Betreuungssektoren und im Umgang mit neuen Rahmenbedingungen oder technischen Entwicklungen. Mit über 300 Teilnehmenden hat sich das «fmc Symposium» als einzigartige Plattform für den interprofessionellen Dialog etabliert.

«fmc Förderpreis»

Der «fmc Förderpreis» wird als Anstossfinanzierung für innovative Projekte der sektorenübergreifenden Vernetzung verliehen. Zugelassen sind Projekte und Konzepte, welche die sektorenübergreifende, interprofessionelle Vernetzung und Kollaboration fördern. Der Strategische Beirat des fmc nominiert aus den eingereichten Arbeiten drei Projekte. Die Wahl des Siegers erfolgt am Nationalen Symposium Integrierte Versorgung durch die Teilnehmenden. Die Preissumme beträgt 15'000 Schweizer Franken.

«fmc Denkstoff»

Mit der Schriftenreihe «fmc Denkstoff» unterstreicht das fmc seinen Anspruch, Impulsgeber und Kompetenzzentrum für die Integrierte Versorgung in der Schweiz zu sein. Die einzelnen Ausgaben stehen als Druckversion und Download zur Verfügung und werden möglichst vielen Entscheidungsträgern der Gesundheitswirtschaft und Politik zugänglich gemacht.

Online-Fachmagazin «fmc Impulse»

Unser Online-Fachmagazin «fmc Impulse» liefert alle zwei Monate kompetente und fundierte Informationen zur Integrierten Versorgung. Das Abonnement ist kostenlos. Die Informationen und Artikel des Magazins ori-

entieren sich an den Bedürfnissen der Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen, Kostenträger, Politik und der Öffentlichen Hand. In Fachartikeln, Interviews oder kontradiktorischen Briefwechseln stellen wir aktuelle Entwicklungen, Herausforderungen und Lösungen der Integrierten Versorgung dar. Einzelne Artikel können von den Leserinnen und Lesern kommentiert werden.

www.fmc.ch

Unsere Website www.fmc.ch überzeugt durch Aktualität, Dialog und Services. Mittels Kommentarfunktion können sich die Nutzerinnen und Nutzer zu Meinungen und Fachartikeln äussern und so mit den Autoren in Dialog treten. Die Infothek bietet eine Vielzahl von Begriffserklärungen und Hintergrundinformationen. Die User finden eine Liste von nationalen und internationalen Studien zur Integrierten Versorgung sowie eine laufend aktualisierte Artikelsammlung – und sie können gezielt nach Publikationen aus ihrem Berufsumfeld suchen. Die Services werden kontinuierlich weiterentwickelt.

fmc Kooperationen

Das fmc strebt themenspezifische Partnerschaften mit Fachzeitschriften, Berufsverbänden und Institutionen an. Dabei werden die jeweiligen Bedürfnisse detailliert ermittelt und die gegenseitigen Leistungen festgehalten.

Erhebungen und Expertenwissen

Das fmc erhebt und publiziert regelmässig quantitative und qualitative Daten zur Verbreitung und Ausgestaltung der Integrierten Versorgung in der Schweiz. Zu gesundheitspolitischen Themen und ausgewählten Fragestellungen der Integrierten Versorgung verfassen fmc-Experten gruppen fundierte Stellungnahmen.

Die fmc Trägerschaft

Goldpartner

**ARGO
MED.**

Bringt Ärzte weiter

Ä K **ÄRZTEKASSE**
C M **CAISSE DES MÉDECINS**
CASSA DEI MEDICI



Bayer HealthCare



CONCORDIA



§ FMH
FOEDERATIO MEDICORUM HELVETICORUM

Helsana

INSELSPITAL
UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
HOPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE
BERN UNIVERSITY HOSPITAL

Kantonsspital
St.Gallen **H**



meconex
coordinating health care

medX
schweiz

mepha

monvia
gesundheitszentrum

pharmaSuisse
Schweizerischer Apothekerverband
Société Suisse des Pharmaciens
Società Svizzera dei Farmacisti

DIE POST

RVK

sanitas

spitalstsag

SPITEX
Hilfe und Pflege zu Hause

suvacare
Sicher betreut
Prestations et réadaptation
Prestazioni e riabilitazione

vips VEREINIGUNG PHARMAFIRMEN
IN DER SCHWEIZ

visana
Rundum gut betreut.

Partner



Wir vernetzen Gesundheit



medbase



sanacare



zur Rose

Ctésias SA

eastcare AG

hawadoc AG

Medgate AG

MediService AG

MSD Merck Sharp & Dohme AG

PonteNet

Sandoz Pharmaceuticals AG

Spirig HealthCare AG

Vifor SA

fmc Trägerschaft

Die fmc-Trägerschaft zeichnet sich durch ihre interprofessionelle Zusammensetzung aus. Die verschiedenen Akteure können ihre Expertise und Erfahrungen in die Weiterentwicklung der Integrierten Versorgung einbringen, was die Diskussionen und Aktivitäten des fmc enorm bereichert. Wir danken allen Mitgliedern und Kooperationspartnern für ihre Unterstützung, ihre Anregungen sowie das aktive Mitwirken an zahlreichen konstruktiven und lösungsorientierten Diskussionen.

Das fmc –
Schweizer Forum
für Integrierte Versorgung
gibt zu denken und schaut voraus.
Besuchen Sie uns
auf fmc.ch