

A photograph of three people in a professional setting. On the left, a man with short brown hair, wearing a light blue polo shirt, is looking towards the center. In the middle, a woman with blonde hair tied in a ponytail, wearing a green top, is seen from the back. On the right, a woman with long brown hair, wearing a white lab coat over a pink shirt, is smiling and looking towards the center. They appear to be in a meeting or discussion. A semi-transparent yellow oval is overlaid on the image, containing the text.

Hausärztliche Patientenversorgung im Trio Arzt – Coach – APN

fmc-Symposium, Bern, 12. Juni 2019

Dr. med. Adrian Göldlin, Hausarzt

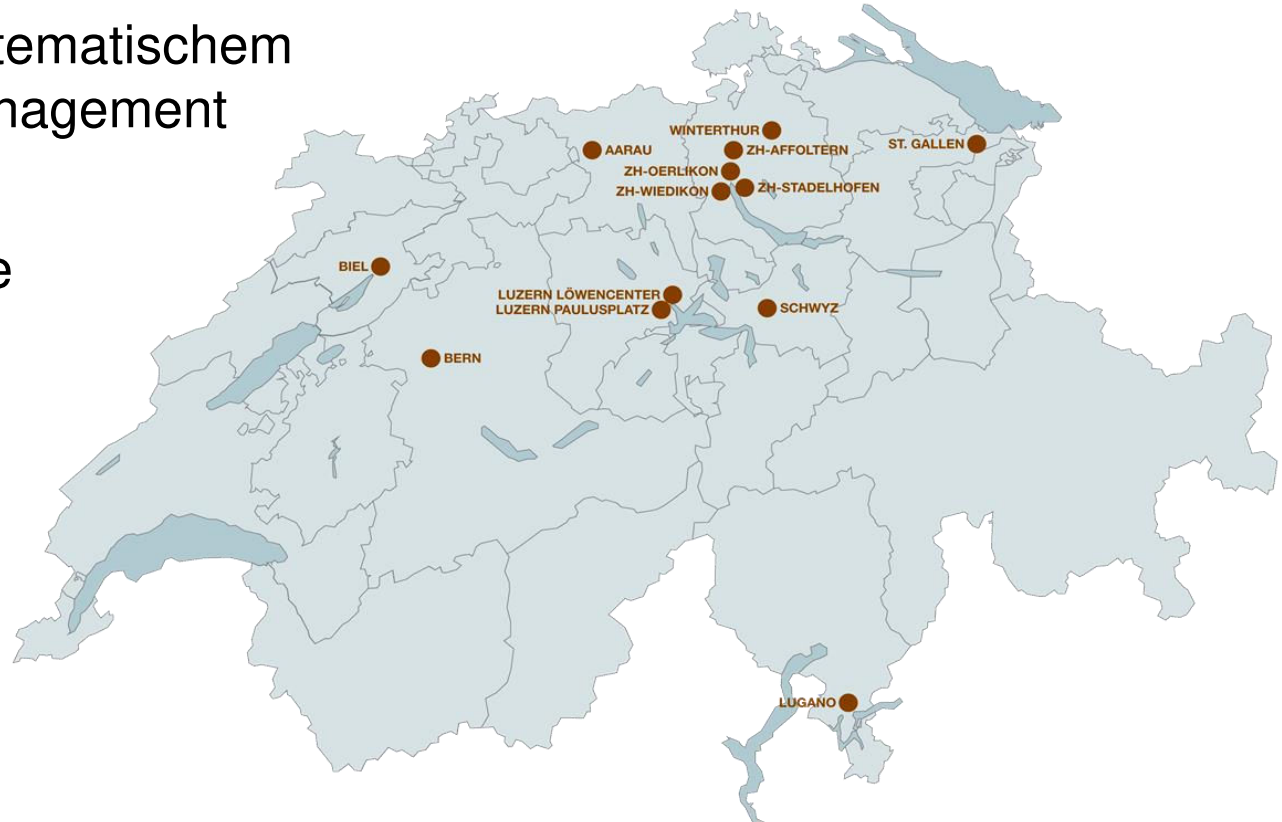
Dr. med. Svend Capol, Hausarzt

Claudine Lüscher, APN

Larissa Küng, CCM-Coach

Sanacare AG

- 110'000 Patienten betreut durch 250 Ärztinnen, Ärzte und MPAs
- 13 Standorte in 9 Schweizer Städten
- Pionierin von systematischem Chronic Care Management in der Schweiz
- Hauptsitz, der alle administrativen Aufgaben übernimmt und standardisierte Prozesse sicherstellt



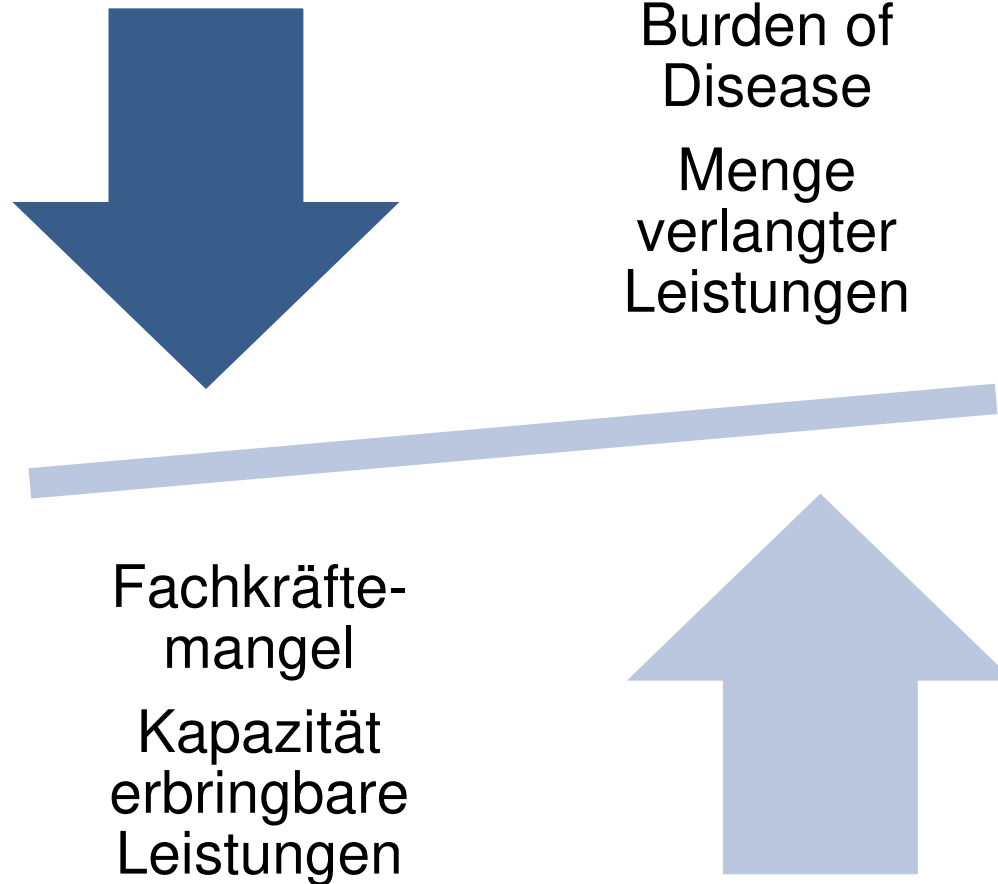
Einleitung

Herausforderungen für die ambulante Grundversorgung:

- Veränderungen der soziodemographischen Zusammensetzung der Bevölkerung, damit Zunahme von chronischen Erkrankungen und Polymorbiden
- Demographie der Ärzteschaft
- Hausärztemangel
- Vermehrte Anspruchshaltung der Bevölkerung
- Technischer Fortschritt in der Medizin
- Technischer Fortschritt in der Kommunikation/Medien



Wie stemmt man das Ungleichgewicht?



Motivation Entwicklung Chronic Care Management Konzept

- Stetige Zunahme immer älterer, chronisch kranker Patienten
- Fortschreitende Verknappung der ärztlichen Ressourcen: 2025 wird eine Versorgungslücke von 60% respektive von über 5'000 Vollzeit-Hausärzten erwartet¹
- Weitere Treiber: Kostenexplosion, Fragmentierung der Betreuung, Vervielfachung der beteiligten Berufsgruppen mit jeweils hohen Kompetenzen

Wie kann Sanacare die Patientenversorgung auch künftig nachhaltig in hoher Qualität sicherstellen?

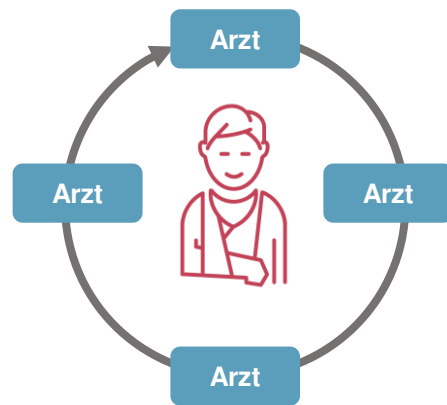
Entwicklung und ständige Weiterentwicklung eines Chronic Care Management Konzeptes nach dem Referenzmodell von Wagner²

¹ Zeller A., Tschudi P. «Anamnese und Status» bei Schweizer Hausärzten. Primary and Hospital Care. 2016; 16(15):277–80

² Wagner, EH. (1998). Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness?
In: Eff Clin. Pract. 1998 Aug-Sep;1(1):2-4

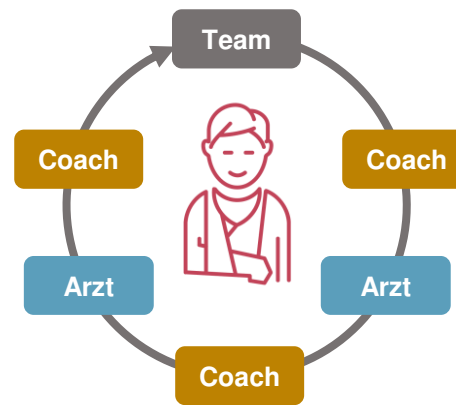
Chronic Care Management bei Sanacare

Klassische Betreuung

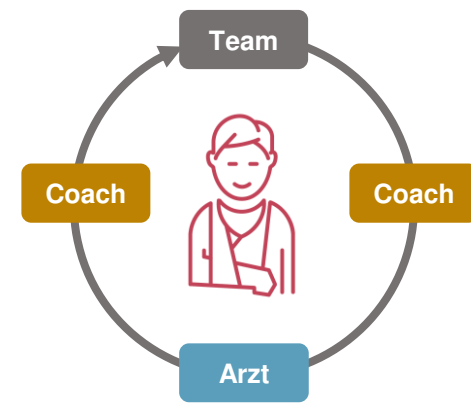


Strukturierte Betreuung im interprofessionellen Team

Empowerment
(Zyklus 1 nach CCM)



Erhaltung und Delegation
(Folgezyklen nach CCM)

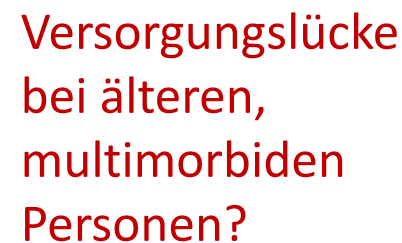


Allokation der Zeit

Arzt

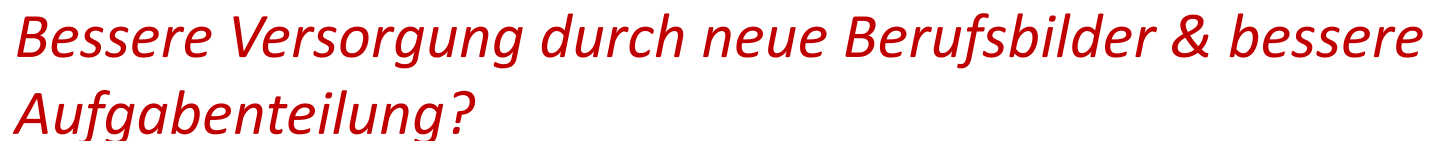
Coach

IHAM&CCLuzern
INSTITUT FÜR HAUSARZTMEDIZIN & COMMUNITY CARE LUZERN



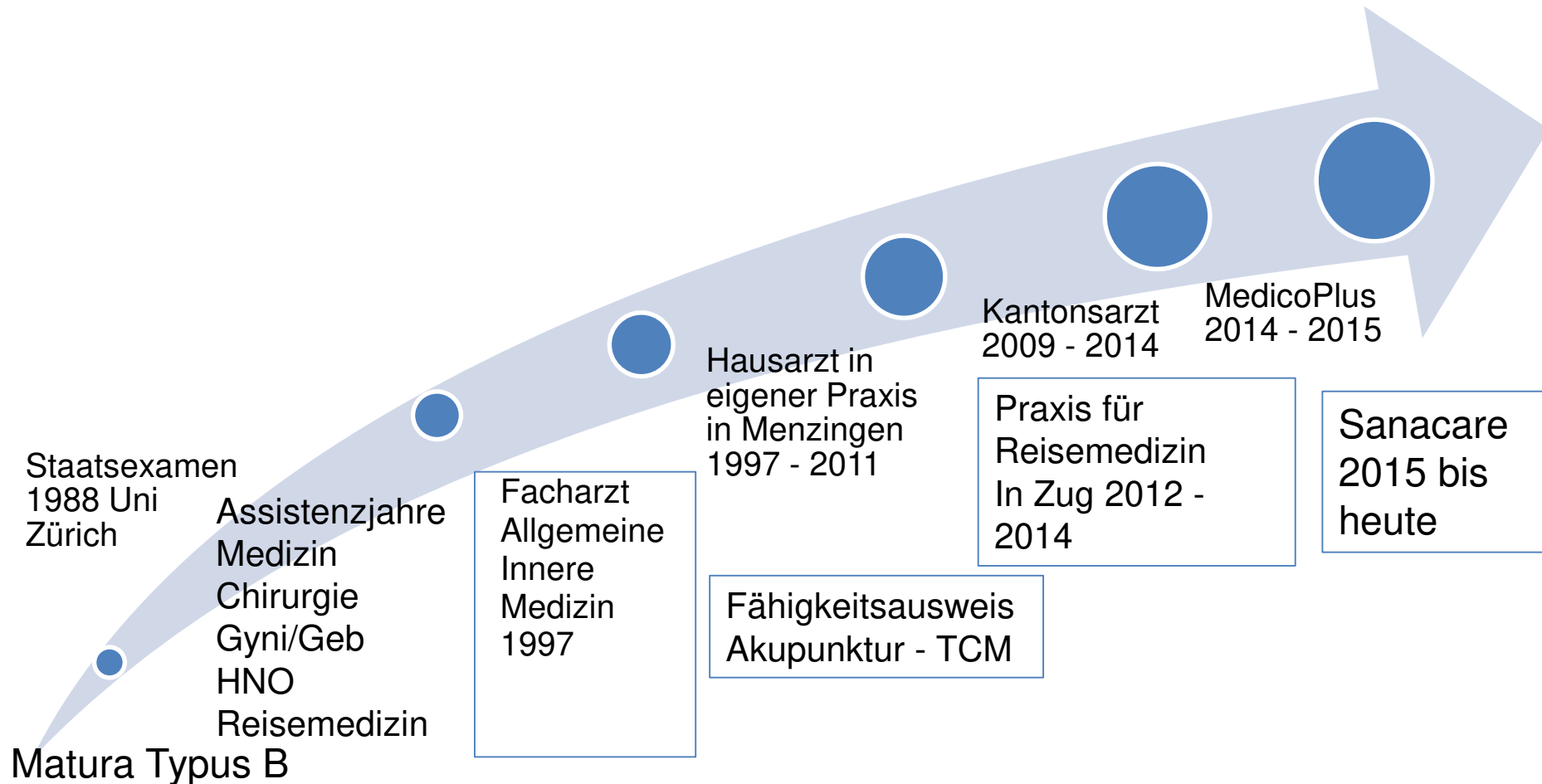
7

IHAM&CCLuzern
INSTITUT FÜR HAUSARZTMEDIZIN & COMMUNITY CARE LUZERN



Mit freundlicher Genehmigung von Dr. med. Stefan Gysin, IHAM&CC Luzern

Beruflicher Werdegang



Advanced Practice Nurse APN

Werdegang am Beispiel C.L. (1)

- Gymnasiale Matura
- Ausbildung zur dipl. Pflegefachfrau
- Arbeit in verschiedenen stationären Bereichen (Stadtspital Triemli, Regionalspital Rheinfelden, Spital Schwyz) und in der Spitex (Rheinfelden)
- Onkologie (Spital Schwyz)
- Fachliche Vertiefung, Kurse, Tagungen (SBK, Onkologiepflege Schweiz)
- CAS Interdisziplinäre Weiterbildung in Psychoonkologie (Universität Basel)

Advanced Practice Nurse APN

Werdegang am Beispiel C.L. (2)

- Studium Pflegewissenschaft Universität Basel, MScN 2011
- Arbeit als Pflegeexpertin am Kantonsspital Uri, Altdorf
- Seit Aug. 2017 APN Pilotprojekt Kanton Uri, Hausarztpraxis Bürglen
- Parallel Weiterbildung zum DAS Complex Care an der Kalaidos Fachhochschule Gesundheit, Abschluss Juni 2019
- Seit Jan. 2019 zusätzlich Sanacare Gruppenpraxis, Schwyz

MPK* Klinischer Richtung am Beispiel L.K.

- Ausbildung als Medizinische Praxisassistentin 2012-2015 Sanacare Praxis
- 6 Monate Onkologie Spital Schwyz als Arztsekretärin
- 3 Jahre Berufserfahrung
- Weiterbildung Medizinische Praxiskoordinatorin klinische Richtung 2017-2019
 - 6 Module
 - berufsbegleitend
 - Schwerpunkt Beratung und Betreuung bei chronischen Krankheiten

* *MPK = Medizinische Praxiskoordinatorin*

«Medizinische Praxiskoordinatorin in klinischer Richtung»:

- Neue Ausbildung mit eidgenössischem Fachausweis (Tertiärstufe1)
- www.sva.ch
- 4 Pflichtmodule, 2 Wahlmodule
- Prüfungen nach jedem Modul, Schlussprüfung, Abschlussarbeit
- Kosten 12-15 TCHF pro Ausbildung

Mann, 63-jährig, neu entdeckter Diabetes mellitus, Übergewicht, Bluthochdruck

- Pat. wird durch APN betreut. Gewichtskontrolle und Anamnese geben Hinweise auf Ernährungsprobleme. Beim Ansprechen dieser Thematik wird die Unsicherheit bestätigt.
 - Eine vertiefte Schulung wäre wünschenswert.
 - Einschluss ins Chronic Care Management (CCM) der Praxis mit Schulung und Betreuung (Überprüfung Blutzucker- und HbA1c, Polyneuropathie).
-
- Schulung und Betreuung wird durch CCM-Coach übernommen. Grössere Terminblöcke möglich, Eingehen auf individuelle Probleme
 - Konsultationen durch APN mit Arzt im Hintergrund: Fokus auf Herzproblem, Zustand nach Schlaganfall, Absprache gemeinsamer Ziele mit Coach

Beratung durch Coach/MPK



67-jähriger Mann mit vielen Diagnosen

- **Kaum noch mobil, benötigt Hausbesuche**
- Rheumatoide Arthritis
- Chronische Lungenkrankheit
- Blutarmut
- Diabetes mellitus, insulinpflichtig
- Übergewicht
- Urologische Probleme
- Hautkrebs
- Krampfadern
- Depression
- Angststörung

67-jähriger Mann mit vielen Diagnosen, Hausbesuche

- Überprüfung Verordnung zahlreicher Medikamente (=Polypharmazie), Medikamentenabgleiche, korrekte Handhabungen der einzelnen Medikamente
- Kontrolle der Blutverdünnung (INR, Quick) und Festlegung der Dosierung des blutverdünnenden Medikaments (kontinuierliche Verordnung Marcoumar).

67-jähriger Mann mit vielen Diagnosen, Hausbesuche

- Überprüfung Polypharmazie, Medikamentenabgleiche, Handhabungen
- INR Kontrolle und Marcoumar-Verordnung
- Blutentnahme, Kontrolle der Eisenverhältnisse im Blut (Hb- und Ferritin-Kontrollen) und Eiseninfusionen (Unterstützung der Herzfunktion!)
- Überprüfung der Haut

67-jähriger Mann mit vielen Diagnosen, Hausbesuche



67-jähriger Mann mit vielen Diagnosen, Hausbesuche

- Überprüfung Polypharmazie, Medikamentenabgleiche, Handhabungen
- INR Kontrolle und Marcoumar-Verordnung
- Blutentnahme, Ferritin-Kontrollen und Eiseninfusionen (Herz!)
- Überprüfung Haut
- Gespräche zum Befinden, mit Ehefrau

Immer in Absprache mit dem Hausarzt. Dabei wendet sich der Patient auch zunehmend an die APN bei Problemen.

- Hilfe durch MPAs Laboranalysen, Termine, Medikamente bereitstellen.
- Diabetesberatung zu Hause bei immobilen Patienten wäre gut vorstellbar

Patient mit Fieber, Gliederschmerzen

- Fieber bis 38.9° seit 3 Tagen, Gliederschmerzen, kein Schnupfen, kein Husten, keine Kopfschmerzen, keine Magen-Darm-Symptome, keine Probleme beim Wasserlösen.
- Die Körperuntersuchung ergibt einen unauffälligen Rachen, keine vergrößerten oder druckschmerzhaften Lymphknoten, keine Auffälligkeiten der Haut, normale Befunde beim Abhören der Lungen
- Entzündungszeichen sind erhöht: Lc 11.6 und CRP 138.
- In Absprache mit dem Arzt wird ein Thorax Röntgen-Bild gemacht, welches eindeutige Hinweise auf eine Pneumonie ergibt.
- Der Arzt bestätigt bei der klinischen Kontrolle die Befunde der APN
- Der Patient wird antibiotisch behandelt.

- APN informiert den Patienten über das Vorgehen: befragen, untersuchen und den zuständigen Arzt beiziehen.
- APN erhebt die Anamnese, welches Problem belastet am meisten? Was wurde unternommen? Wie war die Wirkung? Etc.
- Körperuntersuchungen, Vitalwerte, Kopf, Rachen, Ohren, Lymphknoten, Atmung (Inspektion, Palpation, Perkussion und Auskultation).
- Je nach Allgemeinzustand und Ergebnisse Assessment → MPA: Entzündungswerte, bei Hals- und Schluckschmerzen Strep A-Test
- Klare Abgrenzung der Aufgaben APN – MPA
- Hat keine MPA Zeit, macht APN die Tests
- Bei Engpässen und auf Wunsch der MPAs Blutentnahmen, EKG, Verbände, Infusionen in der Praxis oder bei Hausbesuchen

Interprofessionelle hausärztliche Grundversorgung: Schlüsselfaktoren zum Erfolg



- Gemeinsame Vision: das Wohl der Patienten ist im Zentrum
- Gemeinsame Überzeugung: Gemeinsam geht's besser
- Gegenseitiger Respekt und Vertrauen
- Saubere Kommunikation mit entsprechenden Kommunikationsgefäßen
- Saubere Dokumentation
- Geregelte Aufgaben, Kompetenzen, Verantwortung
- Klare Absprache und Abgrenzung der Aufgabenbereiche einzelner Berufsgruppen