Koordinierter Patientenpfad

Koordinierter Patientenpfad ambulant-stationär-ambulant

Schlussbericht Evaluation – 23.11.2023

Autoren

Verein xunds-grauholz, Zollikofen: Roger Altmann, Beat Arnet, Roger Altmann, Michael Deppeler, Regine Fankhauser, Edith Moser, Susanne Peter, Sabine Rentsch, Daniel Suter, Claudia Walther

Projektstart	01.01.2020
Ende	31.12.2021
verlängert bis	31.12.2022 (Corona- bedingt)

Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz, Vertrags-Nummer **PGV02.028/2**

Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Inhalt

Executive Summary 3

1. Einleitung 7

1.1 Ausgangslage 7

1.2 Gegenstand und Zweck der Evaluation 8

1.3 Evaluationsfragen 8

1.4 Erhebungsmethoden, Datengrundlage 9

2. Projektdurchführung, realisierte Inputs, Outputs und Hinweise auf Outcomes 10

2.1 Projektumsetzung/Datensammlung in der ersten Phase des Projektes(2020 bis Corona März 2021) 10

2.2 Projektumsetzung/Datensammlung in der zweiten Phase des Projektes (nach Corona ab Herbst 2021 – bis Ende 2022) 10

2.3 Kennzahlen und Fakten zu den realisierten Inputs und zur Projektumsetzung 11

2.4 Outputs, deren Akzeptanz bei den Patient:innen und Multiplikator:innen sowie Hinweise auf Outcomes 12

2.5 Hinweise auf Outcomes in der Gesundheitspraxis und den Partnerorganisationen 13

3. Zusammenfassung der Ergebnisse der Evaluation 15

3.1 Ebene Umsetzung 15

3.2 Ebene Output und Akzeptanz 15

3.3 Ebene Outcome 15

4. Interpretation 17

5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen 19

Schlussfolgerungen direkt aus der Projektevaluation 19

Übergreifende Erkenntnisse und Empfehlungen aufgrund der Erfahrungen im Projekt 19

6. Literaturverzeichnis 22

Anhang 23

A Weitere Ergebnisse und Erkenntnisse aus dem Projektzeitraum 24

B Wirkungsmodell 30

C MB Checkliste Spitalein/-austritt – Unterlagen Patientenpfad (Arbeitspapiere, PPP) 31

D «Haben Sie ihren Gesundheitspass dabei» (Poster WZ) 81

E TeamSTEPPS (pdf) 93

F TeamUP (pdf) 134

G Pfad-Blatt 144

H Rückmeldungen aus Arbeitsgruppen und von Peers 147

I Bestätigung Netzwerkarbeit SPITEX ReBeNo mit xunds-grauholz 161

Executive Summary

Die zunehmende Komplexität wird zukünftig nur noch in Netzwerken zu meistern sein

Das Gesundheitswesen verändert sich.
Die Menschen werden älter, leiden zunehmend an verschiedenen chronischen Krankheiten, , sind oft alleinstehend und nicht selten finanziell nah am oder gar unter dem Existenzminimum. Weitere vulnerable Gruppen kommen dazu: Menschen mit psychischen Leiden, soziale Randgruppen oder Menschen mit Migrationshintergrund und oft traumatischen Lebensgeschichten.
Die Medizin selbst wird immer spezialisierter, fragmentierter und technisch anspruchsvoller, sie ist meist immer noch auf die Akutmedizin ausgerichtet. Dazu gesellt sich die Digitalisierung, welche zum aktuellen Zeitpunkt für die meisten noch eine zusätzliche Belastung darstellt. Neu zeichnet sich ein starker Fachkräftemangel ab, in erster Linie auch in der Grundversorgung. Diese Komplexität widerspiegelt sich in der steigenden Anzahl von sogenannten Schnittstellen innerhalb von Helferteams, also verschiedensten Profis, welche verschiedenste Krankheiten eines einzelnen Patienten mit verschiedensten Therapien behandeln (und heilen) möchten.
Je komplexer ein System, desto schwieriger wird eine (mögliche) Steuerung, sowohl des Systems wie auch der einzelnen Individuen darin. Verhaltensänderungen und Verhältnisse sind unlösbar verknüpft, dort greift der Empowerment- Ansatz auf den verschiedenen Ebenen (vom Individuum bis zur politischen bzw. sozialen Veränderung). Eine Lösung ist der Aufbau von Netzwerken sowie die Förderung der Gesundheits- und Kommunikation Kompetenz individuell sowie an den Schnittstellen, weil dort die meisten Fehler und Komplikationen vorwiegend in der Kommunikation passieren. Kommunikation bedeutet Teilen, mitteilen, teilnehmen lassen.
Die Kommunikation ist – wie auch Erkenntnisse des Projektes bestätigen – abhängig davon, was ich darunter verstehe. Wir haben „individuelle Wirklichkeiten“, die wir im Dialog- in der Kommunikation abgleichen müssten. Dazu gehört auch eine minimale Einigkeit über die Definition wesentlicher Begriffe wie z.B. Empowerment oder auch Gesundheit.

Unsere Gesundheitsdefinition lautet:

Gesund ist nicht derjenige, der keine Beschwerden, Probleme oder Krankheiten hat, sondern der, welcher mit den unerwarteten Überraschungen des Lebens flexibel und angemessen umgehen kann.
Nossrat Peseschkian 1933 - 2010

Das heisst: wir müssen lernen in interprofessionellen Teams im regelmässigen Austausch mit den Patientinnen und Angehörigen zu arbeiten (shared decision making, partizipativer Ansatz) sowie eine strukturierte Kooperation und Kommunikation entwickeln, damit genügend Freiheiten bleiben für eine zwischenmenschliche Begegnung. Es sind Modelle gefragt, welche die Komplexität reduzieren und gleichzeitig die Patienten- und Medikamentensicherheit erhöhen, womit mittelfristig auch die Kosten besser stabilisiert werden könnten.
Das PGV-Projekt **„koordinierter Patientenpfad**“ will die komplexe Steuerung in der Grundversorgung mittels Kommunikation und Koordination an den Schnittstellen

verbessern, dies mit Hilfe, der von einem Patienten gestalteten, weiterentwickelten Checkliste, die im Verlauf des Projekts zum **xundheitskompass** (xk) weiterentwickelt wurde sowie mit der Einführung eines bereits validierten Kommunikationstools (TeamSTEPPS).
In der Hausarztpraxis haben **Pflegefachfrauen** mit jahrelanger Erfahrung in der Grundversorgung mit Hilfe des Projektes neue Arbeitsschwerpunkte gefunden, womit sie besonders in der Betreuung von Menschen mit chronischen Krankheiten das Praxisangebot und die Qualität erweitern konnten. Sie haben neben den Hausärztinnen des xk verteilen helfen sowie erste Beratungen des xundheits-kompass durchgeführt. Gewisse Themen sind vermehrt vertieft worden wie etwa die Patientenverfügung, das Helfernetz, die Medikamentenlisten, aber auch andere Ebenen des «care plannings». Damit förderten sie nicht nur die Gesundheitskompetenz der Patient:innen sondern auch der Praxis als Organisation. Dabei wurde uns allen erstmals etwas klar, was wir so noch nie formuliert gelesen hatten: Die Grundversorgung denkt und arbeitet **prozessorientiert**: wir begleiten die Patientinnen auf ihrem (Leidens-) Weg durch Krankheit zu Gesundheit oder Leben mit der Krankheit bis hin zum Sterben. Im **Spital** besteht dagegen ein **Projekt-Denken**. Jemand kommt mit einem akuten Problem (Projekt), das gelöst/geheilt werden soll, nicht selten wird dabei der Prozess «gestört» - oft hin zum Guten, manchmal auch zum Schlechteren, nicht zuletzt wegen den verschiedenen Kommunikationspannen an den Schnittstellen. In der Arbeitsgruppe «think tank» wurden neue Versorgungs- und Finanzierungsmodelle diskutiert. Hier waren neben Patienten, Profis, 2 Krankenversicherungsvertreter (Visana, KPT) auch Spezialisten von Versorgungsmodellen dabei (medsolution, comparis). Nach verschiedenen Vorgesprächen sowie einer ersten Sitzung kamen wir gemeinsam zum Schluss, dass es einen **Kulturwandel zu echter Kooperation** braucht – ohne diesen würden alle neuen Finanzierungsmodelle am Konkurrenzdenken und den Ängsten, Gewinn und Macht zu verlieren, scheitern. Wegen der Pandemie wurde das Projekt nach ersten ermutigenden Ergebnissen jäh gebremst. Das Spital musste als Partnerin Pause machen und schloss sich erst gegen Ende wieder an. In dieser Zeit verliessen auch die zwei wesentlichen Schlüsselpersonen das Partnerspital. Dies zeigte eine der **wesentlichen Stolpersteine** (vielleicht im Gesundheitswesen ganz allgemein): Wenn Schlüsselpersonen eines Projektes (oder einer Organisation, eines stakeholders) aus verschiedenen Gründen ihren Arbeitgeber wechseln (oder in Pension gehen), dann braucht dies sehr viele neue Ressourcen. In den geforderten Netzwerkstrukturen müssten persönlich und informell gewachsene Zusammenarbeiten in formale Kooperationsprozesse festgelegt werden, damit personelle Wechsel einfacher und mit weniger «Wissensverlust» aufgefangen werden. Damit konnten wir auch zeigen, dass sich ein Projekt entlang den gegebenen Umständen und der sich ständig verändernden Umwelt anpassen kann (und muss), es erhält dadurch einen Prozesshaften Charakter.
Im Sommer **2021** legten wir neue Schwerpunkte in **Schulungen der Kommunikation** an den Schnittstellen. Unsere Recherche hatte nämlich ergeben, dass 30% aller Fehler und Komplikationen im Gesundheitswesen durch Kommunikationsfehler an den Schnittstellen verursacht werden. Hier ist ein riesengrosses, bisher kaum genutztes Potential begraben. Zur Verbesserung dieser «Schnittstellen-Kommunikation» existieren bereits validierte Arbeitsinstrumente. Wir entschieden uns für www.teamstepps.de aus den USA. Ein weiteres «Geschenk» der jahrelang gelebten Vernetzungsarbeit rund um dialog-gesundheit erfuhren wir in der Kooperation mit dem **Netzwerk-Gesundheit Schweiz** und ihrem Gründer Roger Altmann. Gemeinsam entwickelten wir den Einsatz von Peers auch in der Grundversorgung, wir nannten sie «**Gesundheitslotsen**» - als Betroffene konnten sie die interessierten Patientinnen auf verschiedenen Ebenen sehr gut beraten. Sie unterstützten uns in der Verbreitung des xk sowie in dessen Handhabung. Die Rückmeldungen sowohl von den

beteiligten Patientinnen wie von den Profis in der Praxis waren überdurchschnittlich gut und ermutigend, so dass wir dringlich an einer weiteren Finanzierung arbeiten werden. Hier könnte ein Modell für eine «neue Private-Public Partnership» entstehen bzw. eine vertiefte Zusammenarbeit von Gemein- und Gesundheitswesen im Sinne von «sorgenden Gemeinden» (caring communities).

Zusammenfassend haben wir folgende wesentlichen Erkenntnisse aus dem Projekt gezogen. Sie ermutigen uns auf diesem Weg weiterzugehen:

1. Die Etablierung eines koordinierten Patientenpfades und der Aufbau eines interprofessionellen und partizipativen Netzwerks ist grundsätzlich umsetzbar. Der neue Ansatz, der nebst der Etablierung von Instrumenten und Kommunikationsmitteln auch einen grundlegenden Kulturwandel erfordert, ist bei den Netzwerkpartnern, den involvierten Gesundheitsfachpersonen und den Patient:innen auf eine hohe Akzeptanz gestossen.
2. Das Potential des «koordinierten Patientenpfads», einen Beitrag zur verbesserten Kommunikation an den Nahtstellen in der Gesundheitsversorgung und zu einer Verbesserung der Patienten- und Medikamentensicherheit zu leisten, hat sich in der Praxis gezeigt, auch wenn im Rahmen des Pilotprojekts keine empirischen Nachweise erbracht werden konnten.
3. Das Gesundheitswesen, besonders die stark gefährdete Grundversorgung, braucht einen Kulturwandel «Kooperation statt Konkurrenz»
4. Die Partizipation der Betroffenen (Patientinnen/ Angehörige) ist eine wesentliche Grundlage dazu (Dialog auf Augenhöhe, Bericht der SAMW)
5. Der Patientenpfad wird etabliert und gestärkt (Empowerment) durch eine «koordinierte und koordinierende Kommunikation», damit die Schnittstellen zu Nahtstellen mit entsprechenden Kompetenzen (systemische Kommunikation) und Arbeitsinstrumenten (z.B. www.teamstepps.de) werden
6. Zusätzliche Ressourcen sind notwendig, wie der Einsatz von «Gesundheitslotsen» www.netzwerk-gesundheit.ch, Pflegefachfrauen (APN) oder Freiwillige (https://thecarehub.ro/en/home/, www.weplus.care/de-ch,)- und digital vernetzt..
7. Dabei sind Krisen, auch Konsultationen bei Spezialisten oder Spitalaufenthalte wie Projekte als «Meilen – oder Stolpersteine» im Prozessdenken «Patientenpfad» (Weg der Patient:innen) zu sehen und zu gestalten
8. So muss die Grundversorgung als Ganzes präventiv neu gedacht werden, in interprofessionellen Netzwerken, mit Gesundheitslotsen, partizipativ und mit Einbezug von Gemeinwesen sowie Sozialwesen. www.nachbarschaftshilfe.ch; www.caringcommunities.ch,
9. Neue Organisationsformen können dies unterstützen (z.B. Kollegiale Führung, Holacracy).

Interprofessionell, partizipativ, entwicklungsorientiert, kooperativ

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage

Die veränderte Demographie, Zunahme der Polymorbidität, knappere Ressourcen aber auch die Zunahme der Stakeholder erschweren die Kommunikation an verschiedensten Schnittstellen des Gesundheitswesens, besonders auch zwischen ambulantem und stationärem Setting, und erhöhen damit das Risiko von

- fehlerhaften Entscheiden (Diagnostik/Therapie) bei geplanten Spitalein - und Austritten, speziell auch bei Notfällen, sie führen zu
- unnötigen Wiedereintritten sowie
- Medikations- und Behandlungsfehlern und
- Doppelspurigkeit

Die eingeschränkte Partizipation von vulnerablen, oft alleinstehenden, polymorbiden und weniger gesundheitskompetenten Patient:innen wirkt zusätzlich erschwerend. All das erhöht die Komplexität, steigert die Fehlerquellen und gefährdet die Patientensicherheit, was sicherlich mitverantwortlich für die zunehmende Kostensteigerung in der Schweizer Gesundheitsversorgung ist.
Ein präventiver Lösungsansatz für die praktische Gesundheitsversorgung ist die Entwicklung eines «**koordinierter Patientenpfad ambulant-stationär-ambulant**» sowie dessen Implementation und Weiterentwicklung, interprofessionell und partizipativ. Über das Produkt Patientenpfad (Output) soll v.a. auch Wirkung (Outcome) auf das Verhalten und die Einstellung (Kultur) der Zielgruppen (Gesundheitsfachleute und Patient:innen) erzeugt werden. Längerfristige Wirkungen auf die Gesellschaft (Impact) sind zu erwarten – im Sinne eines Prozesses mit verschiedenen Verhaltensänderungen auf Ebene Profi wie auch Patient:in und Angehörigen.[1] Es wird Jahre brauchen, bis sich die Wirkung entfaltet, sofern die Arbeiten am «Patientenpfad» weitergeführt werden können. Möglicherweise führen diese verschiedenen Verhaltensänderungen an der Basis (bottom up) auch zu einer Veränderung der Verhältnisse in eine echt kooperative Grundversorgung).
Der Fokus der präventiven Massnahmen im Projekt liegt in einer gemeinsamen Definition und Verständnis des Patientenpfades mit entsprechenden Hilfsmitteln mit einer verbesserten Kommunikation an den Schnittstellen, so dass sich eine partizipative Koordination mit geteilter Verantwortung sowie steigendem gegenseitigem Vertrauen entwickeln kann, welche sowohl die Medikamenten- wie die Patientensicherheit verbessern soll. Im Projekt beteiligt sich ein Akutspital der Region (Tiefenauspital) in Zusammenarbeit mit ambulanten Partner-Organisationen sowie Patient:innen. Eine von Patienten entwickelte Checkliste, später xundheits-kompass (xk) genannt, soll die Kommunikation und Koordination an den Schnittstellen ambulant-stationär-ambulant zusätzlich unterstützen. Ein wichtiger Pfeiler ist auch der Aufbau von permanenten Schulungen der verschiedenen Beteiligten (Laien und Profis) individuell und in verschiedenen Gruppen. Bei den Patient:innen liegt der Fokus auf die Partizipation multimorbider Menschen (entsprechend der NCD-Strategie), indem sie bewusst als Teil des interprofessionellen Teams gesehen werden. Dabei werden sie durch den xundheits-kompass im Sinne einer individuellen Checkliste unterstützt.
Wir postulieren, dass das Projekt auch einen sinnstiftenden (und notwendigen) Kulturwandel anstossen kann, wo Kooperation vor der Konkurrenz steht, das Patient:innenwohl vor den Partikularinteressen, damit gemeinsam für eine «Gesundheit aller» gearbeitet werden wird,

[1] Vgl. dazu das Wirkungsmodell des Projekts im Anhang.

auch als gemeinsam lernende Organisation. Dies kann Modell werden für andere interprofessionelle Netzwerke im Gesundheitswesen.

1.2 Gegenstand und Zweck der Evaluation

Die Evaluation hat zwei Ebenen.
Einerseits soll das Projekt als Ganzes anhand des Wirkungsmodells evaluiert werden. Welche Ziele, Massnahmen und Meilensteine haben sich bewährt, was waren Erfolgsfaktoren und wo sind die Stolpersteine. Was haben wir dabei gelernt. Dies ist die **Projektebene**.
Hier geht es auch darum die verschiedenen Formen der «Mitarbeit» aufzuzeigen (Input): finanzierte Arbeit (Projektleitung), geschenkte Zeit der Arbeitgeber (SPITEX, Apotheke, Praxis) aber auch eindeutige Freiwilligenarbeit.
Andererseits haben wir aus früheren Projekten die Erfahrung gemacht, dass jeweils viel passiert, meist Unvorhergesehenes innerhalb des Projektes selbst, aber auch im Umfeld. Beides kann die Projektidee «stören». Wie gehen wir mit diesen «Störungen», die in der Systemtheorie immer Vorrang haben sollten, in der Praxis um, damit sie eine (positive) Entwicklung begünstigen und nicht behindern. Das wäre dann die **Prozessebene**.
Diese beiden Ebenen führen idealerweise zu einer nachhaltig integrierten Versorgung: ein (flexibles, adaptives) Netzwerk, das gemeinsam lernt. Auf diesen Erkenntnissen werden wir – als einzelne Organisationen, aber auch als «interprofessionelles Grundversorger-Netzwerk» weitere Schritte planen, um das Gelernte ein- und umzusetzen, i. S. e. eines permanenten Qualitätssicherungsprozesses. Die Evaluation des Pilotprojektes leistet dazu einen Beitrag.

1.3 Evaluationsfragen

Die Evaluation des Pilotprojektes fokussiert auf folgende Fragestellungen:

Ebene Umsetzung

- Wie kam das Projekt insgesamt voran?
- welche Faktoren förderten oder behinderten die Umsetzung des Projekts?
- Wie wurde auf Hindernisse reagiert bzw. welche Lösungen wurden gefunden?

Ebene Output

- Welche Leistungen wurden im Projekt erbracht?
- Welche Schulungen wurden durchgeführt?
- Welche Produkte und Hilfsmittel konnten erarbeitet werden?
- Auf welche Akzeptanz bei den Involvierten Personen stiessen die Leistungen, Schulungen und Produkte des Projekts?
- Welche/ wie viele Multiplikator:innen (Profis) und Patient:innen (Laien) wurden erreicht?

Ebene Outcome

- Inwiefern konnte die angestrebte partizipative Koordination (interprofessionell, inter-institutionell und zwischen Profis und Laien) (weiter-)entwickelt werden?
- Welche Veränderungen in Bezug auf Wissen, Einstellung und Verhalten der Fachpersonen (Profis) konnten festgestellt werden?
- Welche Hinweise darauf gibt es, dass die partizipative Koordination und das geteilte Verständnis des Patientenpfads positive Auswirkungen auf die Versorgung für und mit den Patient:innen hat?

1.4 Erhebungsmethoden, Datengrundlage

Die Selbstevaluation basiert hauptsächlich auf den Projektmonitoring-Daten, Arbeitsprotokollen sowie auf gesammelten Rückmeldungen vonseiten der am Projekt mitwirkenden Patient:innen und Gesundheitsfachpersonen.[2]

- Ein erster Teil der Daten ist quantitativ, was in verschiedenen Listen und Tabellen im WIKI festgehalten wurde.
    - Wie viele Patient:innen haben einen xk erhalten?
    - Welche machen im Projekt mit?
    - Wie viele Betroffene nehmen an den Arbeitsgruppen teil?
    - Wer nimmt an den anschliessenden Diskussionen, Beratungen teil? In der Gruppe oder individuell?
- Ein zweiter Teil ist qualitativ – narrativ; dazu wurden ad hoc semistrukturierte Interviews geführt, aber auch in freien Texten (im Sinne eines persönlichen Feedbacks):
    - Mündliche und schriftliche Rückmeldungen der Mitwirkenden zum Projekt
- Ein dritter Teil ist auf Ebene der Prozesse, innerhalb der Projektes, aber auch mit den Partner-Organisationen.
    - Dies sind Resultate der Dialoge in den Arbeitsgruppen (Protokolle) aber auch der Gespräche zwischen und innerhalb der Projektleitung sowie dem Austausch zwischen Moderation der AG und der Projektleitung

[2] Entgegen dem ursprünglichen Evaluationskonzept konnten wegen dem Ausfall der Co-Leitung des Projekts nicht alle vorgesehenen Befragungen der Patient:innen und keine Befragungen des Praxispersonals durchgeführt werden.

2. Projektdurchführung, realisierte Inputs, Outputs und Hinweise auf Outcomes

2.1 Projektumsetzung/Datensammlung in der ersten Phase des Projektes(2020 bis Corona März 2021)

Einerseits fanden verschiedene **Sitzungen von Arbeitsgruppen** statt (*AG Patientenpfad konkret* sowie *AG think tank*). Hier ging es darum, die Massnahmen und Meilensteine zu konkretisieren. Dies wurde in den Protokollen auf WIKI festgehalten. Hierzu gibt es auch zusammenfassende Berichte der wesentlichen Partner:innen.

- In einem kleineren nicht wissenschaftlichen Pilotprojekt wurde vor Jahren gezeigt, dass von 50 Spitalrezepten (nach dem Austritt), die von der lokalen Apotheke geprüft worden waren, mehr als 20% Fehler aufwiesen und die in 10% zu erheblichen Interaktionen oder Komplikationen hätten führen können.
- Dies führte dazu, dass wir gemeinsam an der Medikamentensicherheit arbeiteten,
- Gleichzeitig wurden Wege gesucht, die Kommunikation an der Schnittstelle zwischen den verschiedenen Profis, aber auch zwischen den Betroffenen (Patient:innen) und den Profis zu verbessern (s. unten) in diesem Zusammenhang wurde die **Checkliste in xundheits-kompass** umgetauft.

Andererseits begannen wir **mit der Checkliste/ dem xundheits-kompass** zu arbeiten. Daraus ergeben sich folgende **quantitativen Angaben**:

- Anzahl Patient:innen bzw. Checklisten, die abgegeben wurden. Initial unterschieden wir in Patient:innengruppen, die im Projekt aktiv mitwirkten und solchen, die «nur» den xk erhielten. Mit der Zeit wurde klar, dass auch die, welche nicht mitmachen wollten, im Alltag mit dem xk arbeiten würden.
- Anzahl Beratungen mit und zum xk.
- Rückmeldungen zum xk (und dem Projekt) mit qualitativen Rückmeldungen in Gesprächen und Feedbackgruppen (keine strukturierten Fragebogen)

2.2 Projektumsetzung/Datensammlung in der zweiten Phase des Projektes (nach Corona ab Herbst 2021 – bis Ende 2022)

Notgedrungen fokussierten wir uns auf das ambulante Netzwerk, weil das Spital – coronabedingt – zu wenig Ressourcen für das Projekt hatte.

- Im interprofessionellen Netzwerk entdeckten wir das Kommunikationstool TeamSTEPPS, ein validiertes Instrument für Hochrisiko-Professionen, das sowohl die Patientensicherheit wie die Teamzufriedenheit fördert
- Wir entwickelten Schulungen im TeamSTEPPS, welche zuerst als «Expertenschulung» durchgeführt wurde. Diese Experten sollten später in ihren Organisationen, die Teams schulen.
- Einzelteile von TeamSTEPPS v.a. das SBAR (siehe weiter unten) wurde in der Praxis angewandt, in erster Linie am Telefon (Triage), aber auch in der internen Weitergaben von Informationen bzw. Fragen bei Stellvertretungen.
- Gegen Ende des Projektes wurde der Peeransatz (Gesundheitslotsen) zusätzlich als Ressource erkannt und eingesetzt (dank dem Netzwerk Gesundheit Schweiz).
- Durch die ungeplante und langdauernde, krankheitsbedingte Abwesenheit der Co-Projektleiterin konnte ab Frühjahr 2022 leider ein Teil der geplanten Fragebogen (quantitative wie qualitative Auswertung) nicht mehr gestaltet, verteilt und ausgewertet werden.
- Es war dies vielleicht auch schon ein Hinweis, auf die schwindenden Ressourcen im System, nicht nur Corona geschuldet, aber dadurch katalysiert, dass die

Arbeitsbelastung (workload) an vielen Orten ein gesundes Mass übersteigt. Folge davon sind viele Wechsel von Mitarbeiterinnen wie auch ein zunehmender Fachkräftemangel.

2.3 Kennzahlen und Fakten zu den realisierten Inputs und zur Projektumsetzung

- Innerhalb des Projektes wurden 2 Arbeitsgruppen gebildet, beide interprofessionell und partizipativ zusammengesetzt.
- In der AG «**Patientenpfad konkret**» waren vertreten. 1- 2 SPITEX Vertreterinnen (private UND öffentliche SPITEX), 2 Apotheken (Zollikofen), 2 Patient:innen, Chefin Soziale Arbeit Spital Tiefenau, Projektleitung Patientenpfad, Moderatorin (Pflegefachfrau, freischaffend).
    - Die Patientinnen arbeiteten freiwillig. Die Organisationen stellten ihre Mitarbeiterinnen während der Arbeitszeit zur Verfügung (= Drittmittel im Projekt).
    - Moderation und Projektleitung wurden durch das Projekt finanziert
- In der **AG «think tank**» waren vertreten: 2 Krankenversicherer, 1 Fachmann managed care, Comparis, 2 Patientinnen, 1 Hausarzt. Sie haben entweder freiwillig mitgewirkt oder wurden von ihren Organisationen entsandt.
- Moderation und Leitung der AGs wurden aus dem Budget des Pilotprojekts bezahlt, teilweise wurde auch hier Freiwilligenarbeit geleistet.
- Innerhalb der Praxis wurden 2 erfahrene **Pflegefachfrauen** eingesetzt, um die Implementierung der Checkliste, (später xundheitskompass) vorwärtszutreiben sowie die Rekrutierung und Schulung der Patientinnen und Angehörigen zu unterstützen.
    - Sie wurden zu Beginn über das Projekt finanziert im Sinne einer Anschubfinanzierung, in der Folge ergaben sich angesichts des «Gewinns» reguläre Anstellungen
- In der zweiten Hälfte des Projektes wurden sie von **Peers** aus dem Netzwerk Gesundheit Schweiz unter der Leitung von Roger Altmann abgelöst. Wir nannten sie im Projekt in der Folge Gesundheitslotsen
- **Arbeitsinstrumente** wurden geschaffen (xundheitskompass, TeamSTEPPS in Deutsch)
- Die Lizenz TeamSTEPPS (www.teamstepps.de) wurde vom Verein xunds-grauholz aus den USA erworben und in Kooperation mit Horst Poimann (Würzburg) übersetzt. **TeamSTEPPS® 2.0** wurde speziell für Fachleute des Gesundheitswesens entwickelt und bietet einen evidenzbasierten Rahmen zur Optimierung der Teamleistung in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Das Tool führt evident u.a. zu
    a. Verbesserung der Patienten- und Mitarbeitersicherheit
    b. Verbesserung der Kommunikations- und Teamwork-Fähigkeiten der Profis
    c. ist wissenschaftlich fundiert, mehr als 20 Jahren Forschung und Lehren aus der Anwendung von Teamarbeitsprinzipien
    d. von der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) und dem Department for Defense in den Vereinigten Staaten von Amerika entwickelt.
- Ein Patientenflyer (**TeamUP**) wurde entworfen und teilweise eingesetzt: hier ist der Patient ein Teil des interprofessionell (partizipativen) Teams, er hat «Rechte und Pflichten», die Verantwortung für (s)ein Problem, Krankheit bzw. Gesundheit wird gemeinsam getragen.
    - Dabei ist der Patient der «*Experte seines Krankseins und gesund werden*»,
    - die Profis die *«Experten der Krankheiten»* (Pathologie, Diagnose, Therapie, Guidelines etc.)

- Das bestehende Arbeits-**WIK**I wurde eingesetzt, als **digitale Austauschplattform**, auf die alle Projektmitwirkenden Zugang hatten, um sich über den Verlauf zu informieren, aber auch um Protokolle zu schreiben
- Die dritte, geplante Arbeitsgruppe «**Patientenpfad digital**» wurde nie aktiviert. Dafür konnte dank dem PGV-Projekt innerhalb des Vereins xunds-grauholz die Corona-bedingt ruhende **AG e-health** reaktiviert werden, was als adaptiver Prozess gesehen wird. Sie hat sich in der zweiten Hälfte 2022 sehr aktiv um digitale Hilfsmittel in der Patienten-Begleitung («digitales Helfernetz») engagiert, aber auch Wege gesucht, das ePD in der Gemeinde aktiv unter die Leute zu bringen (Beginn Frühling 2023).
- Im Rahmen des durch das PGV-Projekt angestossenen und weiter geförderten **networking** konnten in der Gemeinde (unter dem Motto caring communities) die verschiedenen **Freiwilligen Organisationen** besser vernetzt werden (Kirchen, Zollikofe Mitenang, Jugendarbeit, CAFE MONDIAL, Chummerzhilf, Karibu). Hier zeigt sich auch eine wegweisende Vernetzung von Gesundheits- und Gemeinwesen (auch bereits als mögliche Lösung gegen den zunehmenden Fachkräftemangel).

2.4 Outputs, deren Akzeptanz bei den Patient:innen und Multiplikator:innen sowie Hinweise auf Outcomes

Wegen der konsequenten Umsetzung des partizipativen und interprofessionellen Ansatzes macht es keinen Sinn zwischen Multiplikator:innen (=Gesundheitsprofis) und Zielgruppen (=Patient:innen) zu unterscheiden. Jede(r), ob Patient:in oder Profi, ist Expert:in sowie Botschafter:in und Empfänger:in zugleich.

Outputs und Akzeptanz: Herbst 2020 – März 2021 (vor Corona)

Das Praxisteam Salutomed hat auf Anregung der „AG Patientenpfad konkret“ ab Herbst 2020 die Checkliste/den „**xundheits-kompass**“ an möglichst viele Patient:innen (während der Sprechstunde) verteilt.

- In der Beobachtungsphase (Oktober 2020 – April 2021) wurden 157 Patient:innen, die einen xg erhalten hatten, befragt.
- 40 waren interessiert am Projekt und wollten aktiv mitarbeiten.
- Die übrigen (d.h. 117 Personen) machten in irgendeiner Form mit, ihnen wurde ein xk abgegeben;
- alle wurden nach einem Jahr persönlich angefragt, wie sie den xk erlebten.
    - 75% davon fanden den xk hilfreich.
    - 25% meinten, der xk brauche Verbesserungen, damit sie ihn benutzen würden.
    - 9 Personen machten konkrete Verbesserungsvorschläge.
    - 7 Personen wünschten sich auch eine digitale Version.
- Es fanden 91 Erstberatungen statt:
    - Bei fast 10% fanden Folgetermine statt
    - Besonders geschätzt wurden die Unterstützung bei der Patientenverfügung, aber auch an Informationen zur Reanimation sowie die Arbeit am xk selber.
    - 25 Personen (d.h. 27%) erlebten die Beratung als sehr hilfreich.
    - Viele wünschten sich regelmässige Gruppenveranstaltungen (in der Art einer Selbsthilfegruppe- einer Peergruppe), um gemeinsam an Fragen und Themen weiterzuarbeiten.

Outputs und Akzeptanz: Herbst 2021 – Ende 2022 (nach Corona).

- Zwei Schulungen der TeamSTEPPS Experten haben stattgefunden. Dabei wurden „Expertinnen“ ausgebildet, welche in den verschiedenen Stakeholder Teams, das Wissen und die Kompetenz zur Verbesserung der Teamleistung weitergeben könnten.
- Ein Teil von TeamSTEPPS, das **SBAR**, wurde in der Praxis eingeführt (Telefontriage), aktuell werden 75% der Telefone so dokumentiert:
    - **S** = Symptoms (was sind für Symptome vorhanden, Beschreibung)
    - **B** = Background (was ist der klinische Hintergrund, was ist der Kontext?)
    - **A** = Assessment (Bewertung: worin besteht meiner Meinung nach das Problem?)
    - **R** = Recommandations/Request: Empfehlung/Forderung – was würde ich tun, um die Situation zu verbessern)
- Generell erleben die Mitarbeiterinnen der Praxis, dass sie so konkreter nachfragen, womit die Telefontriage erleichtert wird. Es gibt weniger Rückfragen, Doppelspurigkeiten nehmen ab.
- Die **Peer-Beratung** wurde eingeführt (Gesundheitslotsen)
- Es fanden drei Anlässe statt, die von 11 Personen besucht wurden. Sie dienten einem Feedback, wie die Menschen den Einsatz der Peers erlebten, was war hilfreich, was war anders als bei den Profis etc. Hier wurde für das Weiterführen des Projektes plädiert. Gründe dafür waren:
    - Austausch zwischen den Betroffenen
    - Unterstützung in der Lösungsfindung
    - Entlastung von pflegenden Angehörigen
    - Die Patient:innen wären auch bereit dafür zu bezahlen (40-60.-), vor allem bei geüngend grossem Leidensdruck.
- Zusätzlich fanden mit 16 Patient:innen Einzelgespräche statt, bei 7 davon einmalig, bei den anderen mehrmals, maximal 9 Gespräche. Die Rückmeldungen waren äusserst positiv.
    - Diese Einzelgespräche entsprachen einem (neu) entdeckten Bedürfnis, dass Betroffene in der Handlungeebene oft andere Kompetenzen aufweisen als die Profis (welche ja meist keine persönlichen Erfahrungen mit verschiedenen chronischen Krankheiten haben).
    - Diese Gespräche zeigten einen möglichen Mehrgewinn der Gesundheitslotsen (vergleichbar mit dem EVIVO Projekt von Careum)

Die Gespräche mit der Peer haben mir mehr gebracht als die bisherigen Psychotherapien
Patient, Praxis Salutomed

- Die ursprünglich vorgesehenen praxisinternen Schulungen wurden auf ein Minimum beschränkt (nur ein Teilaspekt des TeamSTEPPS, nämlich die SBAR Schulung, was sich sehr bewährt hat), auch auf die interprofessionellen Schulungen musste verzichtet werden. Anstelle davon haben die wichtigsten Mitwirkenden in den Arbeitsgruppen sowie Peer-Vertreterinnen ihren Bericht verfasst (im Anhang).

2.5 Hinweise auf Outcomes in der Gesundheitspraxis und den Partnerorganisationen

- für eine «partizipative Koordination» im Patientenpfad konnten zwei neue Instrumente implementiert werden, welche zukünftig genutzt werden:

- **xundheits-kompass**, wo die Patient:innen den Lead haben, Teil des Teams werden und an ihrem «care planning» weiterarbeiten; gleichzeitig ist das Helferteam festgelegt sowie wesentliche Informationen vorhanden (PV, Mediplan etc.).
- **TeamSTEPPS** mit besonders SBAR, womit die Informationsübermittelung an den Schnittstellen strukturiert und mit geteilter Mit-Verantwortung verbessert werden kann und soll.
- Die Zusammenarbeit mit dem Spital musste aus verschiedenen Gründen zurückgestellt werden (Corona, Wechsel der Schlüsselpersonen)

- Das Bewusstsein über die Wichtigkeit und Fehleranfälligkeit wie mögliche Lösungen konnte innerhalb der Profis gestärkt werden.
  - Es besteht eine grosse Motivation mit und an diesen Instrumenten weiter mitzuarbeiten (xK, TeamSTEPPS, Qualitätszirkel Interprofessionalität QZ IP).
  - Die Mitarbeiter:innen der Praxis, besonders Pflegefachpersonen haben den xk an die erste Stelle ihrer Alltagsarbeit gesetzt.
  - Die Verbreitung und Vertiefung innerhalb der anderen beteiligten Organisationen muss weiter gefördert werden. Die Führungsebene steht 100% dahinter. Die informelle Ebene muss im Rahmen einer «formalen Netzwerkentwicklung» noch operationalisiert werden. jeweiligen Leitung
- Der Patientenpfad ist wesentlicher Bestandteil unserer Qualitätsbestrebungen (Struktur- und Prozessqualität).
    - Wir sind daran das im Rahmen des Projektes gestaltete «Pfadblatt» zu implementieren, um individuell konkrete Verbesserungen zu finden (auch im Sinne eines CIRS).

3. Zusammenfassung der Ergebnisse der Evaluation

3.1 Ebene Umsetzung

Bis zum Ausbruch von Corona wurde intensiv auf zwei Ebenen gearbeitet und dort erste Erfolge erzielt

- Gründung von Arbeitsgruppen immer interprofessionell und partizipativ:
    - Arbeitsgruppe Patientenpfad konkret und Arbeitsgruppe think tank
- Entwicklung und Verteilung sowie Schulungen des xundheits-kompass.

Nach Corona Fokus auf Schulung von TeamSTEPPS (besonders SBAR intern)

- Begleitung der Patient:innen mit dem xk.
- Einsatz und Evaluation Unterstützung von Peers (Gesundheitslotsen).

Der Ausfall der Co Projektleitung fiel schwerer ins Gewicht als Corona und zeigt auch die Abhängigkeit von solchen Projekten von «Leadership»

- Das Ressourcenproblem (Fachkräftemangel) wurde auch im Projekt, durch Corona (aber wohl nicht nur) schneller offensichtlich als bisher vermutet

Förderlich war, dass sich ein Team (Organisation) bereits vorher interprofessionell und partizipativ bewegt hatte (Salutomed), hier konnten die «Störungen» einfach aufgefangen werden (SBAR, Peer), gleichzeitig «gingen des anderen Stakeholders etwas verloren»

3.2 Ebene Output und Akzeptanz

Der **xundheitskompass** wurde adaptiert (neuer Name statt «Checkliste») und an über 100 Patient:innen verteilt.

- Die Handhabung des xk wurde individuell geschult, besonders der Teil «Patientenverfügung» und Vorsorgeauftrag, mit vielen Fragen rund um die Reanimation.
- immer mehr wird der xg als mögliches «Arbeitsinstrument» zur «care planning» gesehen.
- Für die Profis ist er hilfreich, wesentliche Informationen sofort greifbar zu haben (Netzwerk, Stand von PV, Vorsorgeauftrag, Rea- Diskussion etc.)

Das **TeamSTEPPS** wurde als Kommunikationstool an Schnittstellen sowie in interprofessionellen Teams auf Deutsch übersetzt und implementiert

- Im Alltag wird in der Praxis mit dem SBAR gearbeitet.

Sowohl xk wie das SBAR werden im Prozess «Patientenpfad» bei uns wesentliche Stützen der Betreuung von Menschen mit chronischer Krankheit sein und bleiben.

- Die Instrumente werden zukünftig im Austausch im ambulanten Netz weiterverbreitet werden.
- Die allermeisten Profis, die mit SBAR arbeiten, sowie die Patient:innen, welche den xk benutzen werden zu aktiven Multiplikatoren

Die **Akzeptanz seitens der Patient:innen** auf den xk, die Erstberatungsgespräche und die Peer-Beratung (Gesundheitslotsen) war sehr hoch und die Rückmeldungen grösstenteils positiv. Die Bereitschaft partizipativ mitzuwirken ist in vielen Fällen hoch.

3.3 Ebene Outcome

Der koordinierte Patientenpfad konnte im Projekt-Team mit den Leitungen der verschiedenen stakeholders (SPITEX; Apotheke, Hausarzt) definiert sowie die Wichtigkeit der Schnittstellen - Kommunikation verständlich gemacht werden:

- Patient als Teammitglied mit dem xk, der ihm hilft, ein Teil seiner Aufgaben zu erkennen und umzusetzen (Netzwerk, care planning etc.);
- der Profi als Multiplikator, damit weniger Kommunikationspannen an den Schnittstellen passieren.

Erste Schritte im **Kulturwandel**

- wo Kooperation (nicht die Konkurrenz) im Mittelpunkt steht,
- Die Fachpersonen sind sich der Wichtigkeit der «strukturierten» Kommunikation an den Schnittstellen bewusster geworden.
- Die Patient:innen erkennen ihre Wichtigkeit als Teil des Teams, auch neuer Möglichkeiten der Kommunikation und der persönlichen Planung (xk).
- Neue Ressourcen (Peer, Gesundheitslotsen) sind eingesetzt worden, hier lohnt es sich neue Wege zu suchen, angesichts des rasch zunehmenden Fachkräftemangels.
- Das Vertrauen in das TeamSTEPPS ist gelegt, teilweise ist es implementiert (SBAR)
- Die Patient:innen werden als Teil des Teams wahrgenommen
- Die Möglichkeit der Peer (Gesundheitslotsen) erkannt und als Bedürfnis festgehalten
- Das ambulante Netz erlebt sich – allerdings erst von top-down her – im praktischen Alltag vermehrt als lernende Organisation

Was **noch nicht geschehen** ist:

- die konsequente Implementierung und Weiterentwicklung dieser Instrumente (xk, SBAR etc.), innerhalb der verschiedenen Organisationen (ausser in der Salutomed als Basis des Projektes).

4. Interpretation

Je komplexer ein System, desto störungsanfälliger wird es und desto schwieriger wird deren Steuerung. Diese hohe «**Störungsanfälligkeit der Systeme**» offenbarte sich auf allen Ebenen, was eine achtsame Adaptation des/der Prozesse(s) notwendig macht/e. Diese musste dann auch sorgfältig kommuniziert werden. Das ist uns im Projekt deutlich vor Augen geführt worden. Auf der **Makroebene** war das sicher Corona sowie die sich bereits andeutenden Schwierigkeiten der Inselgruppe (Tiefenauspital) mit Wechsel von Schlüsselpersonen, aber auch der sich abzeichnende Fachkräftemangel, auch auf der **Mesoebene** mit wechselnden bzw. fehlenden Ressourcen in den verschiedenen Stakeholder Organisationen, um unterhalb der Führungsebene aktiver mitzuwirken. Eine Schwierigkeit ist dabei, das übergeordnete Ziel (konkreter Patientenpfad, Kommunikation an den Schnittstellen, Mitwirkung von Profis und Betroffenen) nicht aus den Augen zu verlieren, gleichzeitig auf der **Mikroebene** (Individuen) die notwendigen Adaptionen zu implementieren (Anpassung der Sprache, Schulung der Profis und Betroffenen). Dies ist ein zeitintensiver Prozess, wenn er nachhaltig werden soll. Hierbei hat uns die Vorarbeit und kommunale Zusammenarbeit im ambulanten Helfernetz sehr geholfen. Wir betreiben seit mehreren Jahren einen «**interprofessionellen Qualitätszirkel**» (QZ IP Zollikofen). Gleichzeitig haben wir über Jahre grosse Erfahrungen in der Partizipation von Betroffenen (Forum dialog-gesundheit, Patientenforum Salutomed). Zusätzlich versuchten wir dazu eine digitale Plattform zu schaffen. Das «**Patientenpfad WIKI**», wo alle Beteiligten, ob Betroffene oder Profis Zugang hatten, einerseits um sich zu informieren, andererseits um auch selbst etwas zu dokumentieren (Protokolle etc.). Dazu gehörte auch die Anpassung sprachlicher Elemente wie «xundheits-kompass» (statt Checkliste) oder «Gesundheitslotsen» (statt Peer), damit die **Verstehbarkeit** vereinfacht wurde. Dies erleichterte die Zusammenarbeit in einem «neuen Netzwerk Patientenpfad konkret».

Eine wesentliche Erkenntnis war die **Häufigkeit von Kommunikationsfehlern** an den Schnittstellen (ca. 30%) und damit verbunden, ein sehr grosses Verbesserungspotential. Hier wurden Lösungen gefunden, wie wir die Fehlerquellen vermindern könnten. Einerseits mit einem Arbeitsinstrument für alle, dem xk. Hier wird das «Helfernetz» sowie das persönliche Umfeld abgebildet sowie wesentliche Merkmale wie Medikamentenblatt, Patientenverfügung, aber auch nächste wichtige Schritte und Termine bzw. persönliche Präferenzen im Sinne eines «**care planning**» - also die Zeit vor dem bekannten «end of life care planning» der palliative care. Andererseits mit einem (bereits validierten) Instrument (**TeamSTEPPS**), wo sowohl die Teamperformance an eben diesen Schnittstellen ebenso verbessert wird wie die «Patientensicherheit». Hier half uns die Haltung (neugierig) nach bereits bestehenden Lösungen zu suchen (anstatt «das Rad neu zu erfinden»), aber auch die Erfahrung, dass Menschen und Organisationen im persönlichen Dialog oft wesentlich dialogbereiter sind, als dies oft angenommen (u/o ungefiltert weitererzählt wird). Diese Prozesse brauchen Zeit, Geduld und Gelassenheit, auf die Resultate zu warten bzw. diese im Dialog zu fördern (return on investment oder wie eine Mitwirkende jeweils meint «es wird werden») also «Qualitäten», die in der heutigen Zeit ein rares Gut geworden sind, weil alles immer schneller und auch gewinnoptimiert geschehen muss (Zeit ist Geld). Zum von uns propagierten «**Kulturwandel**» gehört neben dem Wandel von «**Kooperation vor Konkurrenz**» eben auch eine neue Balance zwischen «Geld und Geist».

Im oft hektischen Praxisalltag, wo stets ein flexibler Einsatz der knappen Ressourcen (Fachkräftemangel) gefragt ist, damit die unerwarteten Störungen (Notfälle, Ausfälle von Mitarbeiter:innen, neue Verordnungen z.B. in der Corona-Epidemie, Lieferengpässe Medikamente etc.), fehlt die oben beschriebenen Qualität ebenso, so dass neue Lösungen

geschaffen werden müssen. Dies war bei uns im Projekt zuerst die Anstellung von **Pflegefachfrauen**, welche sich auf die Begleitung im Patientenpfad fokussierten. Sie konnten sich mehr Zeit nehmen, mit den Betroffenen die verschiedenen Fragen und Prozesse durchzuarbeiten. Später kamen die «**Gesundheitslotsen**» dazu. Hier bestätigte sich die Erkenntnis, dass Betroffene in Zusammenarbeit mit Betroffenen oft mehr «in die Handlung kommen» als bei der Begleitung mit Profis, wo es zu oft bei zwar mehr Wissen kommt, aber nicht unbedingt zu den notwendigen Verhaltensänderungen kommt.
Hier wird die **Finanzierung der koordinierten Kommunikation** als für uns wesentlichen Support bei der Implementierung, Weiterentwicklung sowie Nachhaltigkeit des «Patientenpfades» eine wesentliche Frage bzw. Forderung sein. Nur so sind **geeignete Netzwerke** möglich, um die komplexen Systeme besser zu steuern, und besonders an den Schnittstellen die Fehlerquellen und Risiken zu reduzieren. Dazu wurden im Projekt auch wesentliche «**Produkte**» gestalten bzw. gefunden: xundheitskompass und TeamSTEPPS. Durch das Projekt ermutigt werden wir in der Praxis, aber auch im ambulanten Netzwerk (QZ IP Zollikofen) damit weiterarbeiten. Neu möchten wir das bereits angedachte «Patientenlaufblatt» einsetzen, um bessere Erkenntnisse zu haben, welche Schnittstellen und Momente des «Übergangs» ambulant – stationär besonders sensibel sind.
Und **last but not least**: uns ist klar geworden, dass zwischen Spital und ambulanten Netz ein entscheidender Denk- Unterschied besteht, welcher auch die Handlungen wegweisend beeinflusst. In der ambulanten Grundversorgung begleiten wir die Patient:innen in und mit ihrem Umfeld auf ihre Weg «von der Wiege bis zur Bahre» - es ist also ein Prozessdenken, mit Krisen, die als Lern- und Entwicklungsprozesse gesehen werden können, also oft auch «salutogen» (lösungs- Ressourcen- und Sinnorientiert). Im Spital kommt der Patientin mit einem akuten Problem, das wie ein Projekt gesehen wird. Es wir aktuell so gut wie möglich gelöst. Dabei fehlt unbeabsichtigt das Prozessdenken, es wird im besten Fall unterstützt und optimiert. In der oben beschriebenen «komplexen Störanfälligkeit» kann er den Prozess aber auch immer wieder ernsthaft gefährden (iatrogene Komplikationen im Spital, neue Kommunikationsfehler an den Schnittstellen)

5. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Schlussfolgerungen direkt aus der Projektevaluation

Die Ergebnisse der Projektdurchführung und der Evaluation auf Basis des Projektmonitorings haben gezeigt, dass die Etablierung eines Patientenpfades und der Aufbau eines interprofessionellen und partizipativen Netzwerks grundsätzlich umsetzbar ist. Der neue Ansatz, der nebst der Etablierung von Instrumenten und Kommunikationsmitteln auch einen grundlegenden Kulturwandel erfordert, ist bei den Netzwerkpartnern, den involvierten Gesundheitsfachpersonen und den Patient:innen auf ein gutes Echo gestossen. Die neuen interprofessionellen und partizipativen Vorgehensweisen konnten in der Salutomed-Praxis erprobt und etabliert werden. Das Potential des «koordinierten Patientenpfads», einen Beitrag zur verbesserten Kommunikation an den Nahtstellen in der Gesundheitsversorgung und zu einer Verbesserung der Patienten- und Medikamentensicherheit zu leisten, hat sich in der Praxis gezeigt, auch wenn im Rahmen des Pilotprojekts keine empirischen Nachweise erbracht werden konnten.

Wir empfehlen anderen in der medizinischen Grundversorgung tätigen Akteuren, den Ansatz des «koordinierten Patientenpfads» – in einer auf die konkrete Situation angepassten Art und Weise – zu übernehmen, weiterzuentwickeln und dessen Wirkungen zu evaluieren. Die dafür notwendigen Ressourcen sollten kantonale Gesundheitsbehörden und Stiftungen wie Gesundheitsförderung Schweiz zur Verfügung stellen, um den Ansatz voranzubringen.

Übergreifende Erkenntnisse und Empfehlungen aufgrund der Erfahrungen im Projekt

Das Projekt hat uns gelehrt und auch überzeugt, dass eine wirkliche Steuerung des komplexen Gesundheitswesens, zur Reduktion von Fehlerquellen besonders an den Schnittstellen mit entsprechend verlangsamter Kostensteigerung nur über einen wirklich **gelebtes interprofessionelles und partizipatives Netzwerk** (als lernende Organisation, Prozess- und Lösungsorientiert) , wo im Alltag permanent die Störungen beachtet und an «adaptierten Lösungen» gearbeitet wird in eben diesem «Netzwerk entlang des Patientenpfades. Dieses Netzwerk muss – gemeinsam mit den Betroffenen (Partizipation) zuerst **definiert** werden und für die wesentlichen Themen (Schnittstellen, Kommunikation, Patienten- Medikamentensicherheit etc.) sensibilisiert werden. Dies ist ein permanenter «**Lehr- und Lernprozess**» der Gesundheitskompetenz sowohl individuell wie innerhalb der Organisationen (lernende Organisation). Dieser **Kulturwandel,** wo Kooperation vor Konkurrenz steht, Vertrauen vor Angst und Misstrauen. braucht (neue) **Finanzierungs- und Versorgungsmodelle** wie z.B. Gesundheitsregionen, aber auch angepasste Aus- und Weiterbildungen. Diese «**Steuerung in Netzwerken**» ist Teil der Prävention im Gesundheitswesen» und damit auch eine wesentliche Ebene des «**Qualitätsprozesses**» (z.B. mit EQUAM oder QualiCCare etc.) und braucht auch eine bessere Vernetzung und Unterstützung (Empowerment!) auch auf der Makro-Ebene, also zwischen Gesundheits- und Gemeinwesen (Freiwilligenarbeit, Finanzierung vulnerabler Menschen) bzw. Sozial- und Gesundheitswesen (weil z.B. 50% der Sozialbezüger chronisch krank sind und den Patientenpfad oft benutzen). Dazu gehört auch das Bildungswesen, wo im Lehrplan 21 Grundlagen der individuellen Gesundheitskompetenz gelegt werden müsste.
Dies führt zu den folgenden Forderungen an und für die verschiedenen Beteiligten:

Politik

- Die Grundversorgung muss als Ganzes – als lernende Organisation und als gesundheitsförderndes System - neu gesehen und gedacht werden.
- Dies beginnt in der Aus- und Weiterbildung mit z.B. dem Bachelor «Gesundheitsversorgung», von nach Abschluss bereits ein Grossteil der Absolventen bereits in der Grundversorgung mitarbeiten könnte (Fachkräftemangel)
- Die Balance zwischen Geld und Geist muss in Richtung «Geist» - also «sinnstiftende und beziehungsorientierte Medizin verschoben (und honoriert) werden. Das «Heilen ist auch eine Kunst» nicht nur ein Wirtschaftszweig und eine Industrie.
- Die Partizipation der Betroffenen muss auf allen Ebenen gefordert und gefördert werden, dies führt auch zu einer höheren Gewichtung der «Gesundheitskompetenz im Bildungswesen» (Vernetzung Gesundheits- und Bildungswesen)
- Gemein- und Gesundheitswesen – sowie Sozialwesen müssen kommunal und regional zusammen-wachsen.
    - Neue Finanzierungsmodelle wie z.B. das bedingungslose Grundeinkommen sowie die Neuorientierung der Versicherungssysteme (es geht so viel Geld verloren, im Umherschieben der Betroffenen zwischen verschiedenen «Versicherungen und sozialen Institutionen») sollen zumindest diskutiert werden. - wobei es auch hier an der Schnittstellenarbeit mangelt.
    - Integration sozialer Arbeit in die Grundversorgung
    - Modell der Gesundheitslotsen (als Praxisinterne «Care-Managerinnen») in Kooperation mit MPK u/o Pflegefachleuten
- Die Integration muss umfassender gefördert werden, nicht nur auf Stufe der Schule, sondern in der Gesellschaft als Ganzes (z.B. durch den Grundlohn bezahlte sinnstiftende Freiwilligen-Arbeit in neuen Netzwerk-strukturen) aber auch Mitwirkung der regionalen Arbeitgeber (in der Re-Integration nach Langzeit AUF)

Profis

- Das Bewusstsein, wie wesentlich eine «sichere Kommunikation» ist, muss gefördert sowie entsprechende Weiterbildungsmassnahmen sowie Instrumente müssen geschaffen werden.
- Dazu muss der Aufbau von Netzwerkstrukturen gefördert werden, dies auch über die Berufsgruppen- Grenzen hinaus (interprofessionelle Netzwerke).
- Regionale Spitexorganisationen oder Praxisnetzwerke (wie mediX) sind erste Teil-Schritte zu regionalen Netzwerkstrukturen auf verschiedenen Ebenen wie
    - Sorgende Gemeinden (caring communities)
    - Interprofessionelle Netzwerke (Qualitätszirkel)
    - Themenspezifische Netzwerke (Palliative care, Demenz, Diabetes etc.)
    - Freiwilligen-Netzwerke (zum Auffangen des Fachkräfte- Mangels)
- Den Betroffenen eine Stimme geben (soziales Engagement)
    - Lobbyieren mit Patientenorganisationen, Patientensicherheit, lokalen Patientenforen und Angehörigen Gruppen
    - Sie als Teil des Teams integrieren und motivieren (TeamUP)
- Fördern der Peer-Arbeit (Gesundheitslotsen) mit entsprechenden Finanzierungsmodellen (Gemein – Gesundheitswesen, private-public-partnership)

Betroffene (Patient:innen und Angehörige)

- Empowerment vom Individuum bis zur sozialen -politischen Veränderung (Laverack)
- Partizipation an Netzwerken (s. oben) in Aus- und Weiterbildung
- Engagement in der Freiwilligen-Arbeit (sorgende Gemeinden, caring communities)
- Nicht nur Patientenverfügungen schreiben, sondern die Gesundheit als «eigenen Weg» verstehen lernen, mit einem «life-care-planning» (als Vorstufe zum End-of life care planning der palliative care).
- Jeden Arzt- Spezialisten- Therapeut:innen- Besuch, aber auch Spitalaufenthalt sowie neue Krankheit als «Stolperstein – und Sprosse» des Weges sehen mit Entwicklungspotential zu mehr «Heilung» auch wenn Gesundheit nicht mehr ganz möglich sein wird.

Krankenversicherer

- Mitwirkung im Kulturwandel vom «Polizisten» (im System), der nicht nur an den Bussen der schwarzen Schafe verdient («Wirtschaftlichkeit») sondern an JEDEM Bürger, ob gesund oder krank, zu einem «Freund und Helfer» in der «Wirksamkeit und Zweckmässigkeit» des Gesundheitssystems.
- Vorreiter von «smarter Medicine»
- Mitarbeit an neuen Finanzierungs- und Versorgungsmodellen mit mehr als dem Experimentier-Artikel.
- Anschubfinanzierung neuer Modelle (analog PGV-Projekte, Gesundes Kinzigtal). Aber auch Drittmittel für andere «interprofessionelle Initiativen»
- Mitwirken im Bachelor für Grundversorgung mit Know how und Finanzen
- Aktive Kooperation bei der Digitalisierung (und Datenschutz) des Gesundheitswesens

6. Literaturverzeichnis

1. Evidenzbasierte Kommunikation im Gesundheitswesen; Horst Poimann, Huttenscher Verlag 507; ISBN 978-3-930823-05-5
2. Die ärztliche Konsultation- systemisch-lösungsorientiert; Bruno Kissling, Peter Ryser, Vandenhoeck & Ruprecht ISBN 978-3-525-40394-5
3. Gesundheitsförderung und Empowerment; Glenn Laverack, ISBN 978-3-929798-43-2
4. Reinventing Organizations; Frederic Laloux; Vahlen, ISBN 978-3-8006-4913-6
5. Gesundes Kinzigtal, https://www.gesundes-kinzigtal.de
6. TeamSTEPPS, https://www.teamstepps.de

Weitere Bücher, die uns begleiten und beeinflussen bei unserer Arbeit

1. Warum wir kooperieren; Michael Tomasello, edition unseld ISBN 978-3-518-26036-4
2. Die Gesundheitsgesellschaft; Ilona Kickbusch, ISBN 3.929798-36-0
3. Ziele der Medizin; Allert, Schattauer, ISBN 3-7945-2123-4
4. Die Gesundheitsfalle; Klaus Dörner, Econ, ISBN 3 - 430-12241-4
5. Werte die Medizin; Giovanni Maio, Kösel, ISBN 978-3-466-34688-2
6. Reise zur Gelassenheit; Eckhard Schiffer, ISBN 978 -3 – 956321-104-8
7. Verbunden – gesunden; Theo Petzold, ISBN 978-3-9812012-0-8

Anhang

A Weitere Ergebnisse und Erkenntnisse aus dem Projektzeitraum

Projekt - Ebene

Instrumente - Schulungen

Der **E-Mediplan** (als Nebenprojekt KPT- mediX) wurde als Teil der verbesserten Medikamentensicherheit im Rahmen des „Patientenpfades“ in der Praxis implementiert; es ist ein weiteres „zufälliges Geschenk“, das während dem Projekt dazu kam (Prozess-Ebene).

- Erfahrungen der letzten Jahre zeigten, dass es viel Aufwand bedarf, damit die Patient:innen „ihren“ Medikamentenplanmitnehmen und damit arbeiten.

Beim **xk** wird das ähnlich, das Gesamtpaket scheint attraktiver zu werden.

- Wir vergleichen dieses Paket mit dem „*Schwangerschaftsköferli*“, welcher ab ca. Mitte Schwangerschaft bereit ist, „für alle Fälle“, etwas Vergleichbares werden wir mit dem xk und dem Medikamentenplan aufbauen.
- Es sind dies auch Vorarbeiten zum ePD

Das **TeamSTEPPS** wurde aus den USA importiert.

- Der Verein xunds-grauholz hat die Lizenz dazu.
- Das Produkt wurde auf Deutsch übersetzt und ist „open source“ für alle frei verfügbar (www.teamstepps.de).
- Gemeinsam mit zwei Klinikgruppen führen wir Gespräche, ob nicht Schulungen sinnvoll und möglich wären.

Digitale Instrumente sind evaluiert worden:

- hier besonders eine App zur besseren Koordination der Angehörigen (we+ care; www.proaidants.ch)
- zuletzt auch ein europäisches Pilotprojekt (the care hub) zur Koordination eingesetzter Freiwilliger.
- Das **ePD** soll im wiedereröffneten CAFE MONDIAL (auch ein Projekt des Vereins xunds-grauholz) in der Bevölkerung geschult werden (ab Sommer 2023)

es zeigte sich, wie treibend und wichtig,
die Kraft der „Betroffenen“ und ihre Bedürfnisse und ihre Ideen sind
und wie schwerfällig sich Stakeholder (in ihren Silos)
und Gesundheitswesen (als System) insgesamt bewegen (können)
Susanne Peter

Individuum (Zitate kursiv)

Die **Patient:innen**

- *der xk, meine medizinische ID, ist die Frucht dieses gemeinsamen Prozesses*
- besonders mit begleitender Beratung. Viele von ihnen würden sich in der Weiterentwicklung engagieren (Partizipation)

Den **Hausärztinnen**

- fehlt innerhalb der bereits knapp bemessenen Sprechstunde oft die Zeit, sie sind dem xk gegenüber positiv eingestellt. Gleichzeitig wurde offensichtlich, wie begrenzt die Ressourcen bereits heute sind, auch in einer Praxis wie Salutomed, wo bewusst Räume für solche Projekte wie Empowerment, Partizipation sowie Prävention geschaffen werden.In wie weit andere Hausärzt:innen hier einen Effort machen (können), wird zunehmend zweifelhaft.

Pflegefachfrauen haben hier wertvolle Arbeit geleistet,

- die Finanzierung wird ein grosses Thema sein/werden.
- Sichtbar, wie wertvoll bereits in der Institution ein interprofessioneller Ansatz ist
- Ein QZ IP (Qualitätszirkel Interprofessionalität) der vor dem Projekt bestand und seine Arbeit nach dem Projekt wieder aufnehmen wird, kann hier gemeinsame Lösungswege erarbeiten.

Das Wissen und Verantwortung der Patient:innen wurde bei denjenigen, die aktiv an den Anlässen teilgenommen haben, spürbar erweitert
Claudia Walther, Spitex ReBeN

Peers – Gesundheitslotsen

- Dieser Ansatz wurde durch das Projekt neu auch im somatischen Bereich implementiert und sehr geschätzt, besonders von den Patient:innen,
- auch als Ergänzung der interprofessionellen TeamsFür uns ist es so etwas wie ein **EVIVO 2.0.** wir waren seinerzeit Pilotprojekt-Partner von Careum bei der Einführung von EVIVO (Selbstmanagement Programm für Menschen mit chronischen Krankheiten), dieses sehr von den USA geprägte Programm – in Gruppen – hat sich in der Schweiz leider nie durchsetzen können.
- Vielleicht auch weil „wir" eher individuell begleitet werden wollen.
    - 70% der Probleme bei chronischen Krankheiten wie z.B. Müdigkeit, Schmerzen, Stressmanagement, Polypharmazie, Arbeit etc.) sind identisch, unabhängig von der Krankheit (insbesondere Diabetes, COPD, Herzinsuffizienz, Psychisches Leiden, etc.).
    - Für den Peer-Einsatz (Gesundheitslotsen) ging es meist um die obigen Themen. Möglicherweise sind Menschen, die ein paar individuelle Beratungen hatten, dann auch bereit in Gruppen weiterzuarbeiten.

Begegnungen mit Patient:innen auf Augenhöhe waren sehr erfreulich und positiv.
Dass die Peer-Arbeit noch gänzlich unbekannt ist, bedarf es im Hinblick auf ihren Mehrwert noch weitere Aufklärung und Information.
Um den Patient:innen ein niederschwelliges Angebot zu ermöglichen, sind Standortwahl und Sichtbarkeit sowie Nähe zu den Fachpersonen von zentraler Bedeutung.

Ich bin mir sicher, dass sich Peers (Gesundheitslotsen) über kurz oder lang zu wertvollen Weggefährten auf dem Patientenpfad entwickeln werden.
Roger Altmann, Netzwerk Gesundheit Schweiz

Schnittstellen und Patientenpfad

- Das **SBAR** aus dem TeamSTEPPS hat die internen Schnittstellen in der Praxis wesentlich besser strukturiert, es gibt spürbar weniger Doppelspurigkeit und Missverständnisse.
- Im **QZ IP** werden wir über das SBAR zwischen den Stakeholder sprechen und hier Schulungen planen.
- Anfang 2022 entwickelten wir ein **persönliches Pfad-Blatt**. Damit sollten die Patient:innen ihren persönlichen Weg im ambulanten (und stationären) Gesundheitsnetzes aufzeigen, mit Kommentaren, wie sie die Schnittstellen wahrgenommen hatte.

- Nicht nur das Partnerspital, sondern auch eine private Spitalgruppe sind interessiert, mehr über TeamSTEPPS zu erfahren, aber auch den xk besser kennen zu lernen
- Hier hat sich gezeigt, dass im Gesundheitswesen die **häufigen Mitarbeiter-Wechsel**, auch in Kaderpositionen solche Projekte stark behindern, dies gilt auch für die Schnittstellen.
- Umso wichtiger sind formalisierte Prozesse, an denen wir weiterarbeiten (s. unten)
- Eine wesentliche Erkenntnis des Projektes – am Patientenpfad und an den Schnittstellen wurde bereits früh von der **AG think tank** postuliert:
    - Ohne **Kulturwandel** werden kaum nachhaltige neue Finanzierungs- und Versorgungsmodelle gefunden bzw. nachhaltig angewandt werden.
    - Das bedeutet es braucht einen Prozess zu mehr Kooperation und Dialog auf Augenhöhe, wo jeden Profis als Spezialist gegenseitiges Vertrauen und eine hohe Autonomie braucht – besonders in der Beziehung zum Patienten als „Spezialist seines Krank seins“

Die **schwindenden Ressourcen** in der **Grundversorgun**g, sowohl der Hausärzt:innen aber auch der Partnerorganisationen sind für uns im Projekt offensichtlich geworden und alarmierend.

- Die meisten Praxen haben einen Patientenstopp, auch unsere Praxis musste das während Corona einführen und bis heute beibehalten.
- So bleiben kaum Zeit und Raum, um an solchen präventiven Projekten zu arbeiten, geschweige denn in einen echten Prozess des Kulturwandels einzusteigen.
- Hier sind wir überzeugt, dass unsere bisherige Arbeit des Dialogs und der Netzwerkarbeit wie im Patientenforum, in den Arbeitsgruppen oder in interprofessionellen QZ eine Lösung sein könnte.

…es zeigte sich aber auch deutlich, wie wenig intrinsische und visionäre Motivation für Veränderung im Gesundheitswesen (noch) vorhanden ist…

Umso erfreulicher ist es, dass der vorgschlagene **Anteil der (freiwilligen) Mitarbiet** im Projekt erreicht wurde.

- So wurde die Teilnahme an den Arbeitsgruppen Treffen zum grössten Teil über die reguläre Arbeitszeit der Mitarbeitenden durch die Projektpartner ermöglicht.
- Einige davon haben auch zusätzlich auch ausserhalb ihrer Arbeitszeiten freiwillig mitgearbeitet.

Die Patient:innen- Sicht war ein genauso wichtiger Teil des Projekts wie diejenigen der übrigen Fachstellen
Sabine Rentsch, Gesundheitslotsin

Prozess - Ebene

Die meisten Krankheiten werden als Krisen erlebt, sie bedeuten für die Betroffenen in erster Linie eine Gefahr für ihr körperliches und seelisches Gleichgewicht. Dies macht oft Angst und bindet Ressourcen, individuell und im System (Arbeit, Familie etc.). Manchmal entstehen daraus Chancen (für eine individuelle Weiterentwicklung), aber nicht so oft. Diese Chancen sind sehr abhängig von den eigenen Ressourcen (Bewältigungsstrategien, Finanzen, Sozialkompetenz etc.) aber auch von den Verhältnissen (soziale Determinanten, welche 50% der Gesundheit ausmachen). Dies gilt ebenso – nur komplexer – für ein System, wie z.B. auch das „System Patientenpfad“.

Diese Ebene ist uns seit Jahren wichtig, weil wir die Erfahrung gemacht haben, z.B. in der **Empowerment-Idee** u.a. bei Laverack, dass dies auch ein Prozess ist, der beim Individuum beginnt, dann über Gruppen von Betroffenen sowie Netzwerken bis hin zur sozialen und politischen Veränderung führen kann (im Idealfall). Eine Verhaltensänderung ist oft nur in passenden Verhältnissen möglich, was sich besonders bei vulnerablen Menschen zeigt. Hier wurde Darwin oft falsch zitiert: nicht unbedingt die Stärksten überleben, sondern, die, welche sich am besten anpassen und adaptieren können. Es braucht eine **„Anpassungskompetenz**“ (Adaptionsfähigkeit)

Diese hängt für uns mit der **Systemisch- Salutogenetischen Denkweise** zusammen und dem Kohärenzgefühl, welches zusammengesetzt ist in

- **Verstehbarkeit**: ich muss verstehen kognitiv und emotional, was (mit mir und um mich herumpassiert- eben z.B. Corona
- **Handhabbarkeit**: ich muss damit umgehen können, dafür brauche ich innere Ressourcen (Resilienz, Copingstrategien) aber auch äussere Ressourcen (private und professionelle Netzwerke)
- **Sinnhaftigkeit**: das Ganze muss für mich irgendeinen Sinn geben, damit ich im Prozess weiterkomme, mich im besten Fall eben auch weiterentwickle.

Wir haben das Projekt immer auch als **lernende Organisation** gesehen, die sich im Verlauf des Projektes adaptiert, aufmerksam auf die Veränderungen im Umfeld, idealerweise vorausschauend, in diesem Fall agierend, oder andernfalls kooperativ zielführend reagierend. Im Kleinen zeigte sich dies in der Anpassung der Namen, wie xundheits-kompass aus der Checkliste oder später Gesundheitslotsen statt Peers, damit die Profis und die Betroffenen die „gleiche- einfache Sprache“ sprechen, um sich gegenseitig zu verstehen und zu verständigen Dies geschah meist in einem partizipativen Prozess, damit die Produkte auch für die Patienten verständlich wurden.

Vor Corona

In der Rekrutierung von Patient:innen zeigte sich ein erstes Mal, wie schwierig es in einer Sprechstunde ist, sich genügend Zeit zu reservieren, um mit den Patient:innen auch über das Projekt bzw. den xk zu sprechen. Diese Erfahrung war nicht neu, sie führt seit Jahren dazu, dass vermehrt medizinische Praxiskoordinatorinnen MPK (spezialisierte MPA) gewisse Beratungen von Menschen mit chronischen Krankheiten übernehmen (Diabetes, COPD, Herzinsuffizienz etc.).

- Wir reagierten auf diese erste Schwierigkeit mit der Suche und Anstellung von zwei **Pflegefachfrauen**, welche 50% ihrer Tätigkeit in der Rekrutierung und Beratung von Patienten für den xk und den Patientenpfad einsetzen konnten. Sie entwickelten auch ein Poster für das Wartezimmer, wo die Möglichkeiten des xk bildhaft aufgezeichnet wurden (s. Anhang).
- Eine zweite „Störung“, welche systemisch betrachtet stets Vorrang haben, bestand in einem unerwarteten **Wechsel der zwei Hauptpartner** im Regionalen Spital (CEO, Leiter Sozialdienst). Es entstand ein Vakuum, welches mindestens 3, sogar 6 Monate anhalten würde.

Während Corona

Nur kurze Zeit später kam Corona und band alle Ressourcen im Spital, so dass nicht nur Wahleingriffe aufgeschoben wurden, sondern auch viele andere Notfälle sowie notwendige diagnostische Untersuchungen zu Gunsten des pandemisch bedingten Massenanfalls

vernachlässigt werden mussten – ein geordneter Patientenpfad hatte keinen Platz mehr. Auch in der Praxis wurde ein Grossteil der Kräfte darauf konzentriert:

- Wir mussten **neue interne COVID Patientenpfade** entwickeln, wie potentiell Covid-19-positive Patient:innen versorgt würden. Baulich hatten wir das Glück von zwei unabhängigen Eingängen, so dass wir die Praxis in einen potenziell kontaminierten und einen „sauberen" Bereich unterteilen konnten. Die Projektarbeit kam wegen der massiven Umtriebe während vieler Monate vollständig zum Stillstand.
- Einzig die Schnittstellen Problematik wurde weiterbearbeitet. In der Literatur fanden wir eine wertvolle Zusammenstellung von Hort Poimann „**Evidenzbasierte Kommunikation**" in der Gesundheitsversorgung (Huttenscher Verlag, 978-3-930823-05-5 ISBN). Er zeigte, dass 30% der Komplikationen wegen fehlender oder falscher Kommunikation an den Schnittstellen passiert und beschrieb eine Anzahl von validierten Tools, um eben diese Kommunikation zu verbessern (teamstepps)

Nach Corona

Trotz allgemeiner Beruhigung blieben wesentliche Ressourcen der Praxis v.a. die Pflege coronabedingt gebunden- in erster Linie für die COVID Impfungen.

- Die Arbeitsgruppensitzungen fanden mit der Zeit per Zoom statt, nahmen aber an Intensität ab
- Wir konzentrierten uns auf die Rekrutierung weiterer Patient:innen für den xk.
- Gleichzeitig versuchten wir die früheren Mitwirkenden Patientinnen wieder zu re-aktivieren und planten im Herbst 2022 wieder „Präsenzveranstaltungen". In dieser Zeit kam auch die Anfrage von Roger Altmann, Initiator des **Netzwerk Gesundheit Schweiz**, das die **Peer-Bewegung**, initial für Menschen mit psychischen Leiden, multiplizieren wollte, besonders auch in Kooperation mit Organisationen der SPITEX sowie Hausarztpraxen.
- Hier wiederholten sich die Beobachtungen, dass die SPITEX eher noch Ressourcen hatte für solche neuen, innovativen Projekte, währenddem es kaum möglich war, andere Hausarztpraxen zu finden.
- In Anlehnung an unsere **EVIVO Erfahrungen**, wo Betroffene mit Betroffenen oft einen nachhaltigeren Prozess gestalten als Profis mit Betroffenen, integrierten wir eigene Peers in den Patientenpfad. Dies ergab neue Ressourcen in der Schulung von Patient:innen, nun auch durch Betroffene, nicht nur durch Profis -
- das Echo war sehr ermutigend und widerspiegelte frühere Studien, wonach Patient:innen, die von Betroffenen begleitet werden, eher „mehr machen (handeln) und weniger wissen", während dem von Profis begleitete Menschen mit chronischen Krankheiten „mehr wissen aber vielleicht etwas weniger in Aktion sind".
- Wir sehen in den Peers oder Gesundheitslotsein in einer Grundversorger-Praxis ein sehr grosses Potential die „Teams" zu erweitern und verstärken – z.B. im Rahmen des TeamUP (s. Anhang).
- In ähnlicher Weise vernetzten wir uns mit weiteren – in der Projektplanung noch nicht gekannten Partnern, die den Prozess bereicherten. Hier sei v.a. „**pro aidants**" genannt, eine App, welche die Koordination der Angehörige von betreuungsbedürftigen Patient:innen erleichtert.
- So wurde auch der „digitale Patientenpfad" (geplante Arbeitsgruppe) auf Umwegen geweckt und ist seit Herbst mit dem Neuaufbau der AG e-health zunehmend aktiv geworden.

es ist zudem dringend notwendig

aus der (oft bürokratisierten) Monoperspektive der einzelnen Institutionen rauszukommen,
den Blick wieder mehr auf die Patient:innen zu lenken zu deren Gunsten
a) die Arbeit eigentlich geleistet wird und
b) in der Arbeit eine grosse Verantwortung für die Qualität und Sicherheit besteht
Susanne Peter, Moderation Patientenpfad konkret, Pflegefachfrau

B Wirkungsmodell

C MB Checkliste Spitalein/-austritt – Unterlagen Patientenpfad (Arbeitspapiere, PPP)

20180430_Eval_Schnittstellenmgt_informedc

2019_02_14_Protokoll_Sitzung PG.pdf

Projekt PatientenpfadSpitaleir

Reifegradmodell revised nach Praxistes

Fragebogen für Projektbeteiligte.docx

Patienten Information Patientenpfad Flyer üt

Merkblatt Spitalein-austritt checkliste.doc

Infoanlass Profis Patientenpfad 2019.pp

2020_08_Prozessablauf_Pilot.pdf

2020_08_Rückmeldeformular_Spitalaustritt.

Patientenpfad GF Schweiz November 2(

Petzold-Goalsetting-Artikel2b.pdf

iPH - Gesprächsinstrument

Projekt Spitalein- und -austritt, Evaluation

INFORMATION FÜR TEILNEHMENDE

Das Projekt zum Spitaleintritt und -austritt befasst sich mit der koordinierten Zusammenarbeit der Gesundheitsinstitutionen und Gesundheitsfachpersonen in der Region Zollikofen. Mit Beteiligung von Patient*innen (Patientenforum Salutomed.AG) wurde eine Checkliste für den Spitaleintritt und -austritt erarbeitet, der einen besseren Informationsfluss und mehr Sicherheit im Umgang mit Medikamenten und Material für alle Beteiligten ermöglichen soll. Die Gesundheitsfachpersonen haben zudem festgehalten, wie sie einander zeitnah und möglichst vollständig informieren, wenn Sie als Patient*in im Spital waren, um Sie als Patient*in mit einer besseren Qualität betreuen zu können.

Folgende Institutionen sind am Projekt beteiligt.

- Unter dem Dach von dem Verein *xunds grauholz* der interdisziplinäre Qualitätszirkel in Zollikofen als Projektauftraggeber*in
- Salutomed.AG, Hausarztpraxis in Zollikofen
- Spitex ReBeNo
- Private Spitex
- Amavita Kreuzapotheke Zollikofen
- Zentralapotheke Zollikofen
- Tiefenauspital / Medizinische Klinik, Casemanagement und Sozialdienst

Die Projektauftraggeber haben die Unternehmen hbs-conulting, vertreten durch Heinz Bolliger – Salzmann und M+O Metry Organisationsberatung, vertreten durch Beatrice Metry mit einer Evaluation des Schnittstellenmanagements in Bezug auf den Spitalein- und -austritte beauftragt. Wenn es zu einem Spitaleintritt kommt, führt entweder Heinz Bolliger-Salzmann oder Beatrice Metry in der Folge ein Interview mit Ihnen durch.

Thematisch geht es im Interview um Ihr Erleben beim Spitalein- und -austritt, insbesondere wie Sie jeweils von wem informiert wurden, ob klar war, wer Ihre Ansprechpersonen sind und ob alle Dokumente zur Hand waren. Mit Ihrer Bereitschaft zu diesem Gespräch leisten Sie einen wesentlichen Teil zur Verbesserung der entsprechenden Abläufe bei einem Ein- oder Austritt ins Spital.

M+O Metry Organisationsberatung| Beatrice Metry
Buchenweg 7 | 4922 Bützberg | Mobile: +41 79 666 54 79
beatrice.metry@mpluso.ch | www.mensch-plus-organisation.ch

hbs-consulting GmbH | Dr. phil. Heinz Bolliger-Salzmann
Buchseeweg 16b | 3098 Köniz | Mobile: +41 79 483 36 16
hbs-consulting@bluewin.ch | www.hbs-consulting.ch

Das Interview dauert zirka 45 Minuten.

Das Gespräch wird digital aufgezeichnet, damit Ihre Aussagen möglichst genau verschriftlicht werden können. Ihre Angaben werden anonym ausgewertet und die Berichterstattung erfolgt in aggregierter Form, so dass Ihre Informationen nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können.

Die im Interview gesammelten Informationen und die Informationen, welche die Gesundheitsfachpersonen unter einander austauschen, werden vertraulich behandelt und unterliegen den Datenschutzbestimmungen.

Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme am Projekt freiwillig, und Sie können Ihre Zustimmung zur Teilnahme jederzeit wieder rückgängig machen, ohne einen Grund dafür anzugeben.

Wenn Sie Fragen zum Projekt oder zu den Interviews haben sollten, können Sie sich gerne mit folgenden Kontaktpersonen in Verbindung setzen.

Projektleitung
Susanne Peter
info@susannepeter.ch
079 552 80 50

Evaluation und Interview
Beatrice Metry
beatrice.metry@mpluso.ch
079 666 54 79

Heinz Bolliger
hbs-consulting@bluewin.ch
079 483 36 16

Wir freuen uns über Ihre Mithilfe und danke Ihnen auch im Namen des Vereins *xunds grauholz* und der Projektgruppe für die Teilnahme.

PROJEKT SPITAL-EIN/AUSTRITT

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich habe die Information für Teilnehmende gelesen und verstanden, worum es im Projekt und im geplanten Interview geht. Ich konnte meine Fragen, falls ich welche hatte stellen. Ich weiss, dass ich die Teilnahme am Projekt (Datenaustausch innerhalb der Gesundheitsfachpersonen) und der Befragung jederzeit ohne Grund und ohne negative Folgen abbrechen kann. Ich weiss, dass die gesammelten Daten absolut vertraulich behandelt werden, und dass sie nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Erklärungen verstanden habe und dass ich mit der Teilnahme am Projekt und der Durchführung des Interviews einverstanden bin. Ich bestätige, dass ich einverstanden bin, am Projekt und am Interview teilzunehmen und dass meine Angaben wie beschrieben verwendet werden dürfen.

Name und Vorname, Adresse und Telefonnummer:

…….

…….

Ort, Datum: ……..

Unterschrift: ……..

Protokoll

Geht an:
Projektgruppenmitglieder

14. Februar 2019

Betreff: Projektgruppensitzung 14. Februar 2019

Anwesend: Claudia Walther, Renate Kraut Egler, Michael Deppeler

Entschuldigt: Monika Oeggerli, Christof Jucker, private Spitex, Nadia Khiri, Leiterin Pflegedirektion, Senevita Bernerrose

Traktanden:

1. Situation Praxis Salutomed
2. Antrag GF Schweiz
3. Nächste Projektschritte
4. Diverses

1. Situation Praxis Salutomed

Verantwortlich Termin

Michael Deppeler informiert über seine persönliche Situation und die Situation in der Praxis.

- Er arbeitet seit September 2019 wieder 50% in der Praxis. Zuvor hat er sich voll um die Betreuung seiner kranken Frau gekümmert.
- Die kritische Situation in der Praxis letzten Herbst ist mit einer neuen Co-Leitung MPA (Angela Gribi und Michelle Calder) stabilisiert.
- Es fehlen für den grossen Patientenstamm zusätzliche Hausärzt*innen, welche längerfristig als Partner*innen in der Praxis arbeiten. Die Suche läuft. Je nach Resultat wird Ende 2019 entschieden, welches die nächsten Schritte sind.
- Aktuell sind genügend MPA`s angestellt, das bezüglich chronic care und Projekte zukünftig wieder Ressourcen genutzt werden können.

2. Antrag GF Schweiz

Der grosse Antrag an die Gesundheitsförderung Schweiz von xunds grauholz wurde letztes Jahr abgelehnt. Es werden nun 3 neue „kleinere Projekte“ eingereicht.

- Gesunde Arbeitswelten: Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz (Hauptantragsteller SWICA)
- Netzwerk psychische Gesundheit (Hauptantragsteller Privatklinik Wyss)

	Verantwortlich	Termin
Fortsetzung 2. Antrag GF Schweiz • Patientenpfad: Spitaleintritt und -austritt (Hauptantragsteller Tiefenauspital)		
Es wird vereinbart, dass der Antrag an die GF Schweiz von der Projektgruppe unterstützt wird. Es wird an Spitex ReBeNo, Amavita und Zentralapotheke ein Dokument versandt, wo der Gewinn / Ziel der drei Institutionen dokumentiert und im Projektantrag integriert werden. Das Dokument wird direkt an Michael Deppeler gesandt. Die Projektgruppenmitglieder gelten als Konsortiumpartner.	C.Walther / R. Kraut / M. Oeggerli	20. Februar 2019
Die Projektskizze und der Projektplan wird mit dem Protokoll versandt. Feedback und Inputs werden gerne bis am 27. Februar 2019 von Michael Deppeler entgegengenommen!	PG Mitglieder an Michael Deppeler	27. Februar 2019
3. Nächste Projektschritte Das aktuelle Projekt wird mit einigen Prozessanpassungen ab 1. Mai 2019 neu gestartet.		
• Die Checklisten werden anhand eines Merkblatt neu von allen Institutionen abgeben (Praxis, Apotheken, Spitex). Das Merkblatt wird anhand des Managementsummarys des Antrags GF Schweiz erstellt.	SP	Mitte April 2019
• Es werden in der Praxis Salutomed Gruppenschulungen zu der Checkliste und dem Projekt (informed consent) durchgeführt. Planung: Mai bis Ende Jahr 2019 alle 3 Wochen 90min. Die Daten werden allen Projektgruppenmitgliedern, welche die Checklisten abgeben mitgeteilt und sie melden die Patient*innen (in Rücksprache natürlich mit ihnen) direkt bei der Praxis Salutomed an.	Praxis Salutomed SP / Praxis Salutomed	1. Mai 2019 1. Mai 2019
• Der Prozess wird entsprechend angepasst und vor allem mit der Praxis Salutomed gut abgesprochen.		
• Die Evaluation wird wie geplant durchgeführt, siehe auch angepasste Prozessbeschreibung.		
• Susanne Peter trifft sich mit Susanne Kündig, Ergotherapie, um diese als weiteres Projektgruppenmitglied persönlich zu informieren.	SP / S. Kündig	Bis Anfangs April 2019
• Es findet Ende April eine Sitzung statt, wo der Prozess nochmals besprochen wird und letzte Information vor dem Start ausgetauscht werden. Siehe Doodle im Mail mit Protokoll.	SP	sofort

Fürs Protokoll: Susanne Peter

Projekt Patientenpfad „Checkliste“ - Spitaleintritt und -Austritt

Ein Projekt der Spital Tiefenau AG in Kooperation mit der Gesundheitsregion xunds-grauholz

Konsortiumparnter: Spitex ReBeNo, private SPITEX, Ergotherapie Zollikofen, Amavitaapotheke und Zentralapotheke Zollikofen, Praxis Salutomed Zollikofen, weitere Hausarztpraxen

Ziel des Projekts (Gewinn für die Konsortiumpartner)

- Der Patientenpfad Spitaleintritt und -Austritt ist im Tiefenau Spital klar definiert
- Der Patientenpfad wird auch im ambulanten Sektor angewendet
- Das Spital Tiefenau ist führend in der regional koordinierten Gesundheitsversorgung
- Die Vernetzung der Gesundheitsprofis der Region ist patientenzentriert und orientiert sich am Patientenpfad „Checkliste“
- Die Bindung der Patienten und ihrer Angehörigen/Betreuenden an das regionale Gesundheitsnetz wird vertieft
- Die Zahl der vermeidbaren Wiedereintritte sowie Komplikationen nimmt ab
- Die Medikamentensicherheit steht im Fokus; kann z.B. mit dem e-Mediplan erhöht werden.
- Die Patientenzufriedenheit nimmt zu
- Die Mitarbeiter profitieren vom „Patientenpfad“.
- Die Ressourcen werden sinnvoll eingesetzt (z.B. weniger Doppelspurigkeit)
- Die tertiäre und quartäre Prävention wird thematisiert und gefördert (End of life care planning, smarter Medicine)
- Eine gemeinsame digitale Informations- Kommunikationsplattform wird entwickelt

Was xunds-grauholz bietet

- Projektleitung
- Schreiben des Antrags an die Gesundheitsförderung Schweiz
- Qualitätszirkel Interprofessionalität in der Region als etablierte Weiterbildungsform fördern
- Patientenschulungen inkl. ambulant koordiniertes Case-Management fördern
- Unterstützung bei der Bindung von ambulanten Anbietern an den Patientenpfad
- Evaluation des Projekts speziell im Hinblick auf Qualität, Kostenoptimierung und Patientenbindung
- Schulungen in ressourcenorientierter Kommunikation

Was **der Konsortiumpartner** bietet

- Unterstützen das Projekt ideell mit ihrem Namen
- Sind Botschafter des Projektes sowie der Vision einer Gesundheitsregion
- Fungieren als Konsortiumpartner gegenüber der Gesundheitsförderung Schweiz
- Unterstützen das Projekt finanziell durch Eigenleistungen (Arbeitszeit und Infrastruktur)

Reifegradmodell für Quartierentwicklung

Im Reifegradmodell für Quartierentwicklung[1] wurden die vielen Aktivitäten, die für eine sozialraumorientierte Vernetzung relevant sind, in 12 Dimensionen zusammengefasst (siehe Abbildung 2). Als Grundlage hierfür diente das Reifegradmodell für integrierte Versorgung des Scirocco-Projekts (https://www.scirocco-project.eu/maturitymodel/).

Zwar enthält Quartiersentwicklung auch Aspekte integrierter Versorgung, sie geht aber in vieler Hinsicht darüber hinaus und umfasst weitere Aspekte, v.a. im Zusammenhang mit sozialer Mobilisierung von Nachbarschaft, welche im für Quartiersentwicklung angepassten Modell berücksichtigt worden sind (siehe Abbildung 1). Die Anpassung der Dimensionen sowie der damit verbundenen Bewertungsskalen erfolgte in Zusammenarbeit von Experten bzw. in laufende Projekte involvierten Stakeholdern im Rahmen des IBH-geförderten Projekts „Technik im Quartier“.

Auf dem Weg zu einer sorgenden Gemeinschaft spielen Mitverantwortung, gemeinsame Entscheidungsfindung, Solidarität und Gegenseitigkeit im Quartier eine entscheidende Rolle. Die Befähigung aller Bürge zur selbständigen und selbstbestimmten Lebensführung im Sozialraum steht dabei im Fokus. Daher sollten auch verstärkt oft benachteiligte Gruppen wie alte Menschen, Migranten oder Kinder durch nachhaltige Quartierentwicklungsprojekte gefördert werden.

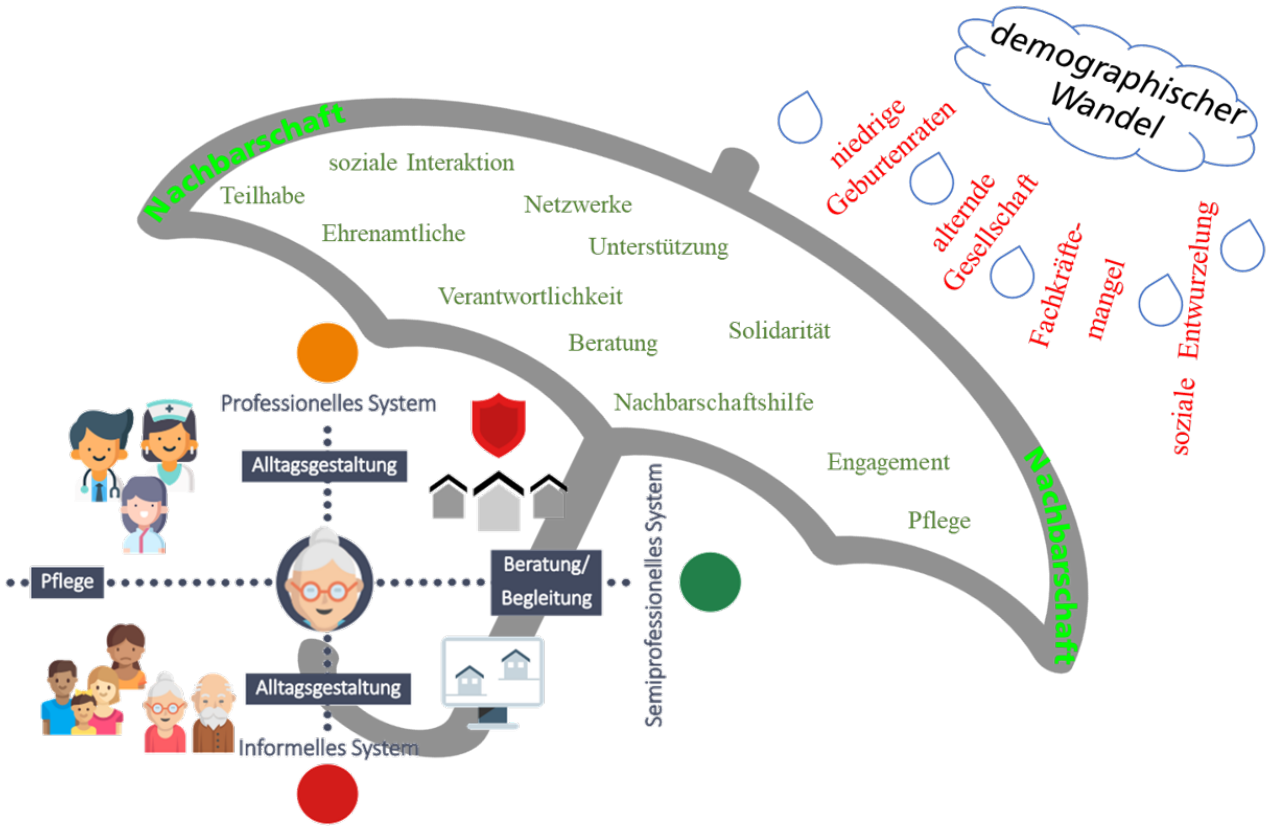


Abbildung 1: Quartiersentwicklung im Zeichen des demographischen Wandels hin zu sorgenden Gemeinschaften

[1] Die Begriffe Quartier, Nachbarschaft, Gemeinwesen und Sozialraum lassen sich meist nicht klar voneinander abgrenzen, weshalb sie im vorliegenden Dokument synonym verwendet werden.

Durch die Betrachtung jeder Dimension, die Beurteilung der Ist-Situation und die Zuordnung eines Reifegradmessers innerhalb jedes Bereichs ermöglicht das Reifegradmodell innerhalb eines Quartiers, ein Radardiagramm zu entwickeln, das Stärken und auch Lücken in der Gemeinwesenarbeit und Quartiersvernetzung aufzeigt.

Der gezielte Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) als Werkzeuge der Gemeinschaftsarbeit kann dabei eine Möglichkeit bieten, soziale Netzwerke besser zu koordinieren und zu festigen sowie Menschen zu integrieren, die aufgrund von Einschränkungen ihrer Mobilität am gesellschaftlichen Leben nicht mehr voll teilhaben können. IT-Tools können auch dazu beitragen, die Betreuung von Menschen mit Unterstützungsbedarf besser zu organisieren, so dass diese so lange wie möglich zuhause leben können. Der generationsübergreifende Einsatz von Technologie hat zudem das Potential, durch das Mobilisieren und Nutzen von vorhandenen sozialen Ressourcen, Lücken in der Gesundheitsversorgung zu schließen.

Abbildung 2: Dimensionen des Reifegradmodells für Quartierentwicklung

Aufgrund der höchst unterschiedlichen Ausprägung von Quartiersentwicklungsprozessen – z.B. von oben, bspw. von Behörden initiiert, vs. von unten von den BürgerInnen selbst angestossen – und den verschiedenen Ebenen (Mikro-, Meso- und Makroebene), auf denen diese Prozesse ablaufen, lässt sich das Reifegradmodell auch unterschiedlich einsetzen.

So kann es als Diskussionsgrundlage, Orientierungshilfe oder Kommunikationstool dienen, wobei die Dimensionen als mögliche Facetten des Entwicklungsprozesses und die Reifestufen als Inspirationsquelle für Massnahmen betrachtet werden können. Daraus folgt, dass diese auch parallel oder auf verschiedenen Ebenen zu unterschiedlichen Zeitpunkten stattfinden können. Oder das Modell wird klassisch als Instrument zur Bewertung, zum Vergleich und zur unterstützenden Begleitung von Initiativen bzw. Projekten eingesetzt, um den Austausch von Erfahrung und guter Praxis zu fördern und das gemeinsame Lernen zu fördern.

Veränderungsbereitschaft für sozialraumorientierte Entwicklung

Allgemeine Beschreibung:

Wenn die Zusammenarbeit in den Quartieren neu konzipiert werden soll mit dem Ziel, die vorhandenen Ressourcen besser zu nutzen und vor allem Menschen mit Unterstützungsbedarf besser in den Sozialraum zu integrieren, erfordert dies Veränderungen auf vielen Ebenen, die Schaffung neuer Rollen, Prozesse und Arbeitspraktiken sowie neuer Systeme zur Unterstützung des Informationsaustauschs und der Kooperation zwischen den verschiedenen Stakeholdern. Dies setzt einen breit abgestützten Willen zu Veränderung voraus sowie einen strategischen Plan und eine Vision dafür, wie das Quartier und die sozialräumliche Zusammenarbeit in Zukunft gestaltet sein soll.

- Schaffung einer überzeugenden Vision mit dem Gefühl der Dringlichkeit und Einbeziehung der Interessengruppen, einschließlich relevanter Stakeholder wie lokale Behörden oder Vereine, der Öffentlichkeit und Presse.
- Akzeptieren, dass der Status Quo die sozialräumliche Entwicklung und Zusammenarbeit nicht begünstigt und sich ändern muss.
- Erkennen der Notwendigkeit, die durch soziale Ungleichheiten oder mangelnde Inklusion vulnerabler Gruppen bedingten Risiken anzugehen.
- Veröffentlichung einer klaren Beschreibung der Themen, der zu treffenden Entscheidungen und das Gestalten der zukünftigen Zusammenarbeit im Quartier sowie die Rekrutierung von Menschen, die bereit sind, sich zu engagieren.
- Schaffung eines Gefühls der Dringlichkeit, um eine nachhaltige Fokussierung zu gewährleisten, und Aufbau einer "Leitkoalition" für den Wandel.

Bewertungsskala

Dimension	Bewertungsskala
Veränderungsbereitschaft für eine sozialraumorientierte Entwicklung	1. Kein Bewusstsein für Veränderungsnotwendigkeit 2. Veränderungsbedarf erkannt 3. Dialog und Konsensbildung im Gange; Plan in Entwicklung 4. Vision oder Plan in die Politik eingebettet; Führungskräfte und Multiplikatoren engagieren sich für die Quartiersentwicklung 5. Vision, Ziele und Vorstellungen für die Gestaltung eines lebendigen Quartiers werden einer breiteren Öffentlichkeit kommuniziert und die relevanten sozialräumlichen Akteure mobilisiert. 6. Breit abgestützter öffentlicher Support und politischer Konsens hinsichtlich der Notwendigkeit von sozialräumlicher Entwicklung; sichtbares Engagement der Stakeholder
Begründung für Stufenwahl	

Regelung von Verantwortlichkeiten und organisatorische Struktur

Allgemeine Beschreibung:

Die Neukonzeption von Quartierstrukturen ist oft mit umfangreichen Veränderungen auf regionaler Ebene verbunden und stellt eine große Herausforderung dar. Es braucht mehrjährige Programme mit effizientem *Change Management*, Finanzierung und Kommunikation sowie die Fähigkeit, neue Arbeitspraktiken zu beeinflussen und (manchmal) zu beauftragen. Dies bedeutet eine zielkonforme Ausrichtung über verschiedene Organisationen und Berufe hinweg und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit. Das Interesse des gesamten Quartiers steht dabei im Vordergrund. Es bedeutet auch, die Einführung technologiegestützter Vernetzungsdienste so zu gestalten, dass sie einfach zu bedienen, zuverlässig, sicher und für alle Bürger gleichermaßen akzeptabel sind.
Die Dimension umfasst folgende Maßnahmen:

- Das Ermöglichen angemessen finanzierter Programme, einschließlich eines starken Programm- und Projektmanagements sowie eines umfassenden Change Managements; Einrichtung von Quartiersmanagement zur Unterstützung des Rollouts; dezentrale Führung, um die Abhängigkeit von einzelnen Führungspersonen zu verringern; ausgezeichnete Kommunikation von Zielen, Fortschritten und Erfolgen.
- Management erfolgreicher sozialer und digitaler Innovationen im Rahmen eines ordnungsgemäß finanzierten, mehrjährigen Transformationsprogramms.
- Die (potenziellen) Risiken, die mit gesundheitlichen und sozialen Ungleichheiten verbunden sind, zu erkennen und anzugehen.
- Gründung von Organisationen mit dem Auftrag, geeignete und nutzerfreundliche digitale Dienste auszuwählen, zu entwickeln und bereitzustellen.

Bewertungsskala

Dimension	Bewertungsskala
Organisatorische Struktur und Regelung von Verantwortlichkeiten	1. Kein Versuch, auf Quartiersvernetzung hinzuarbeiten bzw. umzusteigen. 2. Erkennen der Notwendigkeit für organisatorische und strukturelle Veränderung, aber kein koordiniertes Vorgehen und keine klaren Pläne 3. Bildung von Arbeitsgruppen, Allianzen und anderen informellen Formen der Zusammenarbeit 4. Institutionelle Steuerung auf kommunaler und/oder regionaler Ebene 5. Roadmap für ein Veränderungsprogramm definiert und allgemein akzeptiert 6. Vollständiges, integriertes Programm mit gesicherter Finanzierung und klarer Aufgabenstellung
Begründung für Stufenwahl	

Digitalisierung

Allgemeine Beschreibung

Eine lebendige Nachbarschaft beruht auf Kommunikation, Austausch und Gemeinschaft. Transparenz und eine funktionierende Kommunikation zwischen Bürgern, professionellen Akteuren im Sozialraum und Institutionen sind eine wichtige Grundlage für eine effektive Quartiersarbeit. Digitale Informations- und Kommunikationsangebote können einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Gemeinwesenarbeit und die Interaktion im Quartier zu unterstützen. Sie ermöglichen eine effiziente Zusammenarbeit von Sozialraumakteuren, ermöglichen es, mit Bürgern in Kontakt zu treten und befähigen diese, sich im Sozialraum zu engagieren. Digitale Dienste sollten idealerweise auf bestehenden Angeboten, Strukturen und Netzwerken aufbauen, diese um digitale Interaktionsmöglichkeiten erweitern und miteinander vernetzen.
Wichtige Komponenten hierbei sind:

- Verfügbarkeit grundlegender IT-Infrastruktur im Quartier (u.a. ggf. öffentliches WLAN)
- Verfügbarkeit sicherer und vertrauenswürdiger digitaler Kommunikations- und Vernetzungsangebote auf Sozialraumebene (Informations- und Nachrichtenportal, Veranstaltungskalender, lokale Marktplätze, lokale soziale Netzwerke, etc.)
- Umfassendes Bewusstsein und entsprechende technisch-organisatorische Maßnahmen für den Datenschutz
- Angebote zur Einbindung benachteiligter Gruppen in die digitale Welt (z.B. Bildungsangebote, Internet-Erfahrungsräume, Peer-Support, etc.)
- Nutzung digitaler Kommunikations- und Kollaborationsmöglichkeiten in der Quartiersarbeit

Bewertungsskala:

Dimension	Bewertungsskala
Digitalisierung	1. Es gibt keine digitalen Angebote zur Unterstützung der Gemeinwesenarbeit oder sozialen Interaktion im Quartier 2. Digitale Angebote werden in einigen Bereichen eingesetzt, sind aber auf einzelne Institutionen (Vereine, Einrichtungen, ...) oder Dienstleistungen beschränkt. 3. Es gibt eine Strategie und/oder Pilotprojekte zur Umsetzung institutionsübergreifender IT-Dienste (z.B. einheitliche ID) 4. IT-Dienste zur Unterstützung eines aktiven Gemeinwesens sind verfügbar und können auf Basis einer einheitlichen Infrastruktur von allen Akteuren im Quartier genutzt werden 5. Lokale Angebote sind verfügbar, die auch benachteiligten und technikdistanzierten Menschen bei der Nutzung digitaler Dienste unterstützen 6. Umfassende Nutzung lokaler digitaler Angebote und Dienste durch Bürger und andere Sozialraumakteure
Begründung für Stufenwahl	

Finanzierung

Allgemeine Beschreibung:

Eine erfolgreiche und nachhaltige Sozialraumentwicklung erfordert Erstinvestitionen für die Quartiersentwicklung auf organisatorischer als auch technischer Ebene sowie eine kontinuierliche finanzielle Unterstützung, bis die neuen Strukturen und Dienste voll funktionsfähig sind. Die Sicherstellung der Finanzierung der Anfangs- und der laufenden Kosten ist eine wesentliche Maßnahme, die das gesamte Spektrum möglicher Finanzierungsquellen von kommunalen, regionalen und nationalen Behörden über Stiftungen, Innovationsfonds bis hin zu öffentlich-privaten Partnerschaften (PPP) und privaten Anbietern umfasst und nutzt.

Im Falle von PPPs übernimmt der private Partner meist die Verantwortung zur effizienten Erstellung der Leistung, während die öffentliche Hand dafür Sorge trägt, dass gemeinwohlorientierte Ziele beachtet werden. Darunter fallen auch verschiedene WHO-Projekte wie z.B. die Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung (GAVI), da die WHO auch durch die Industrie und durch Stiftungen finanziert wird.

Bewertungsskala:

Dimension	Bewertungsskala
Finanzierung	1. Keine besonderen Fördermittel zugeteilt oder verfügbar 2. Fragmentierte Innovationsförderung, meist für Piloten 3. Regionale, nationale oder europäische Förderung (z.B. IBH) oder öffentlich-rechtliche Partnerschaften zur Erprobung und Verbreitung 4. Innovationsförderung durch Wettbewerbe oder Zuschüsse für einzelne Leistungserbringer 5. Kommunale, regionale und (selten auch) nationale Förderung für den Ausbau und den laufenden Betrieb 6. Sicheres Mehrjahresbudget, das allen Stakeholdern zugänglich ist, um die weitere Entwicklung der Dienstleistungen zu ermöglichen.
Begründung für Stufenwahl	

Vereinheitlichung und Vereinfachung

Allgemeine Beschreibung:

Trotz der großen Diversität und Bandbreite sozialraumorientierter Initiativen und Projekte weisen diese gewisse Gemeinsamkeiten auf, die sich in Form von Leitlinien oder Vorgehensmodellen abbilden lassen. Diese ermöglichen es, bisherige Erfahrungen festzuhalten und weiterzugeben, um das Rad nicht immer neu zu erfinden. Ferner erleichtern sie den Austausch zwischen den verschiedenen Projekten und fördern somit das Lernen voneinander. Sie sind vor allem auch hilfreich für neue Quartiersprojekte, deren Aufbau und Entwicklung sich damit beschleunigen lassen.

In der Praxis kann dies bedeuten, dass versucht wird, das Vorgehen zu vereinheitlichen und sich darauf zu einigen, welche technischen Systeme zur Unterstützung der Sozialraumentwicklung in einer Region oder einem Land verwendet werden um die Beschaffung zu vereinfachen.

Bewertungsskala:

Dimension	Bewertungsskala
Standardisierung und Vereinfachung	1. Keine Standards oder Vorgehensmodelle vorhanden oder geplant, welche die Sozialraumentwicklung unterstützen. 2. Diskussion über die Notwendigkeit von Leitlinien oder Vorgehensmodellen zur Unterstützung der Sozialraumentwicklung inklusive deren technische Unterstützung eingeleitet. 3. Eine organisatorische und technische Infrastruktur zur Unterstützung der Sozialraumentwicklung ist zusammen mit Handlungsempfehlungen bzw. Leitlinien vereinbart 4. Eine gewisse Koordination von Aktivitäten und Austausch von Erfahrungen auf regionaler Ebene findet statt. 5. Leitlinien und Vorgehensmodelle auf regionaler oder nationaler Ebene vorhanden; Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch und Erfassen von Lessons Learned auf regionaler oder nationaler Ebene. 6. In der Praxis bewährte Handlungsempfehlungen bzgl. organisatorischer Aspekte, die allgemein zugänglich sind; regelmäßiger und systematischer Erfahrungsaustausch zwischen den Projekten zwecks Vergleich und um voneinander zu lernen.
Begründung für Stufenwahl	

Überwinden von Barrieren

Allgemeine Beschreibung:

Selbst mit politischer Unterstützung, finanzierten Programmen und einer guten IT-Infrastruktur können viele Faktoren die Quartiersentwicklung immer noch erschweren, indem sie den Wandel verzögern oder einschränken. Dazu gehören mangelnde soziale Mobilisierung, das Fehlen von Multiplikatoren, ungenügende Unterstützung relevanter politischer und sozialer Einrichtungen, Widerstand gegen den Wandel von Bürgern oder wichtigen Stakeholdern, kulturelle Barrieren für den Einsatz von Technologien, ungünstige finanzielle Anreize sowie rechtliche Fragen der Datenverwaltung. Diese Faktoren müssen frühzeitig erkannt und ein Plan für ihre Vermeidung entwickelt werden, um ihre Auswirkungen zu minimieren.

- Maßnahmen zur Beseitigung von Hindernissen: organisatorische, finanzielle, rechtliche und fachliche Maßnahmen unter Berücksichtigung der Notwendigkeit, das Risiko gesundheitlicher und sozialer Ungleichheiten zu verringern.
- Schaffung neuer Organisationen oder Kooperationen zur Förderung der institutionsübergreifenden Zusammenarbeit ("normative Integration").
- Schaffung von Anreizen zur Unterstützung von Veränderungen in Bezug auf organisatorische Prozesse und Verhalten (klare Mehrwerte durch Teilnahme)
- Aus- und Weiterbildung zur Verbesserung des Verständnisses für und Akzeptanz von sozialen Innovationen und technologieorientierter Kommunikation, um die Bereitstellung und Verbreitung von Lösungen zu beschleunigen.

Bewertungsskala:

Dimension	Bewertungsskala
Überwinden von Barrieren	1. Kein Bewusstsein bzw. mangelnde Sensibilisierung hinsichtlich möglicher Barrieren; Projekte aufgrund von Barrieren verzögert oder abgebrochen. 2. Bewusstsein ist vorhanden, aber kein systematisches Vorgehen, um mit diesen umzugehen. 3. Einigkeit im Hinblick auf Strategien für den Umgang und das Überwinden von Barrieren 4. Anwendung der vereinbarten Strategien auf Gemeindeebene 5. Best Practices für den Umgang mit Barrieren entwickelt und häufig eingesetzt 6. Nachhaltige Etablierung und Verankerung von Projekten & Programmen; Barrieren kein Thema mehr für die Quartiersentwicklung
Begründung für Stufenwahl	

Gemeinwesenorientierung und Einbindung benachteiligter Gruppen

Allgemeine Beschreibung:

Quartiersentwicklung kann zum Nutzen jener Bürger entwickelt werden, die von den bestehenden Versorgungssystemen nicht oder nicht ausreichend profitieren, z.B. weil sie nicht so mobil sind oder sprachliche Probleme haben. Quartiersprojekte können diesen Nutzenden auch helfen, ihren Alltags-, Gesundheits- und Pflegebedarf besser zu decken. Dies ist eine Möglichkeit den heutigen Anforderungen zu begegnen. Ein Public Health-Ansatz[2] in der Quartiersentwicklung nutzt Methoden, um zu verstehen, woher das zukünftige Gesundheitsrisiko (und damit die Nachfrage) kommt. Sie bietet Möglichkeiten, künftige Entwicklungen zu erkennen, so dass die Bürger ihre Gesundheit länger aufrechterhalten können und auch mit zunehmendem Alter länger im häuslichen Umfeld (eigenständig oder mit Unterstützung) leben können.

- Verständnis und Vorhersage der Nachfrage; Erfüllung der Bedürfnisse und Bewältigung gesundheitlicher und sozialer Ungleichheiten.
- Ergreifen von Maßnahmen, um Bürgern auf der Grundlage der Nutzerpräferenzen den Aufbau von angemessenen und bequemen Hilfenetzen zu ermöglichen.
- Vorhersage des zukünftigen Bedarfs und Ergreifen von Maßnahmen zur Verringerung des Unterstützungsbedarfs durch technologiegestützte Maßnahmen im Bereich der Quartiersarbeit.

Bewertungsskala:

Dimension	Bewertungsskala
Gemeinwesen-orientierung und Einbindung benachteiligter Gruppen	1. Gesundheitliche Aspekte der Bevölkerung werden bei der Quartiersentwicklung nicht berücksichtigt. 2. Bevölkerungsweite Risikofaktoren werden berücksichtigt, aber Umsetzung nicht gestartet. 3. Eine Abschätzung der Risiken für die Bevölkerung wird in bestimmten Projekten experimentell angewendet. 4. Sozioökonomische und andere Risiken wie z.B. Alter oder Migrationshintergrund, welche dazu führen können, dass bestimmte Personen an der sozialräumlichen Vernetzung nicht teilhaben können, sind erkannt. 5. Risiken, die eine Benachteiligung und Nicht-Teilhabe an der Quartiersvernetzung zur Folge haben können, sind berücksichtigt, jedoch noch nicht systematisch. 6. Die Berücksichtigung der Risiken hinsichtlich einer möglichen Benachteiligung bei der Quartiersentwicklung erfolgt systematisch und vollständig für die gesamte Bevölkerung.
Begründung für Stufenwahl	

[2] Public Health schafft Voraussetzungen in Gesellschaft und Umwelt, welche für die Bevölkerung eine möglichst gute Gesundheit erreichen und diese erhalten will.

Bürgerbefähigung & -partizipation

Allgemeine Beschreibung:

Die Gesundheits- und Sozialfürsorgesysteme stehen unter zunehmendem Druck, auf Anforderungen zu reagieren, die unter geeigneten Bedingungen von den Bürgern selbst bewältigt werden könnten. Zahlreiche Studien und Erkenntnisse aus der Praxis deuten darauf hin, dass viele Menschen bereit wären, mehr zu tun, um sich an der Mitgestaltung ihres Umfeldes, Quartiers und den Lebensbedingungen zu beteiligen.

Dazu sollten der Bevölkerung einfach nutzbare Hilfsmittel zur Verfügung stehen, die ihr Engagement in der Quartiersentwicklung fördern, z.B. technische Lösungen, um soziale Kontakte zu knüpfen oder zu pflegen und niederschwellige Hilfe von Nachbarn/Bekannten anzufordern oder anzubieten. Dabei sollte auch dem Risiko von Gesundheits- und sozialen Ungleichheiten Rechnung getragen werden.

Bewertungsskala:

Dimension	Bewertungsskala
Bürgerbefähigung und -partizipation	1. Kein systematischer Plan für Bürgerbefähigung vorhanden 2. Es gibt Bemühungen für mehr Partizipation der Bürger und zur Implementierung von Bürgerbefähigung. Bürger sind jedoch nicht an Entscheidungsprozessen beteiligt und beteiligen sich nicht an der Quartiersentwicklung. 3. Bürgerbefähigung ist als wichtiger Teil der Quartiersentwicklung anerkannt. Maßnahmen zur Unterstützung der Befähigung der Bürger sind vorhanden. Bürger werden vor allem beratend in Quartiersentwicklung einbezogen. 4. Bürger wirken bei Quartiersentwicklungsprojekten mit (mehr als beratend, aber nicht gleichberechtigt). 5. Die Bürger arbeiten gleichberechtigt in der Quartiersentwicklung mit. Es gibt Maßnahmen, die die Zusammenarbeit unterstützen und die Beteiligten motivieren. 6. Die Bürger initiieren und steuern maßgeblich Entscheidungsprozesse in Bezug auf die Quartiersarbeit.
Begründung für Stufenwahl	

Evaluation- und Bewertungsmethoden

Allgemeine Beschreibung:

Mit der Einführung neuer Kommunikationsmöglichkeiten und Dienstleistungen zur Unterstützung der Sozialraumentwicklung besteht ein klarer Bedarf, sicherzustellen, dass die Veränderungen die gewünschten Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Menschen in den Quartieren sowie auf den Zugang zu den quartiersspezifischen Angeboten und Aktivitäten haben.

Dies unterstützt das Konzept der evidenzbasierten Investition, bei dem die Auswirkungen jeder Veränderung bewertet werden, um die Kosten für die Ausweitung sozialraumorientierter Entwicklungen auf regionaler oder nationaler Ebene zu rechtfertigen. Festlegung von Basislinien (Kosten, Qualität, Zugang usw.) im Vorfeld der Einführung neuer Dienste.

Systematische Messung der Auswirkungen neuer Dienste und Wege mit geeigneten Methoden (z.B. Beobachtungsstudien, inkrementelle Verbesserung). Generierung von Beweisen, die zu einer schnelleren Übernahme bewährter Verfahren führen.

Bewertungsskala:

Dimension	Bewertungsskala
Evaluation und Bewertungsmethoden	1. Keine routinemäßige Auswertung bzw. Evaluierung von Quartiersprojekten 2. Verschiedene Methoden für eine Evaluierung bekannt, aber nicht als Teil eines systematischen Ansatzes. 3. Einigung auf einen systematischen Ansatz für die Evaluierung 4. Einige Projekte, Initiativen und Dienstleistungen werden im Rahmen eines systematischen Ansatzes evaluiert. 5. Die meisten Initiativen werden systematisch evaluiert; publizierte Ergebnisse 6. Ein systematischer Ansatz für formative und begleitende Evaluierung existiert; die Evaluierungsergebnisse werden analysiert, miteinander verglichen, um evtl. Schwächen oder Gaps einzelner Projekte oder Programme zu erkennen und den Erfahrungsaustausch zu fördern.
Begründung für Stufenwahl	

Grad der Vernetzung (Integrationsgrad)

Allgemeine Beschreibung:

Ein Gemeinwesen umfasst verschiedenste Akteure aus unterschiedlichen Sektoren wie Zivilgesellschaft, Gesundheits- und Sozialwesen. Obwohl sich notwendigerweise Berührungspunkte innerhalb dieser Sektoren und zwischen Akteuren ergeben, kann sich der Grad von Vernetzung zwischen den Akteuren im Quartier stark unterscheiden.
Je verbindlicher und formalisierter die Zusammenarbeit und der Austausch zwischen den Akteuren ist, und je mehr Akteure aus verschiedenen Sektoren daran teilhaben, desto größer ist der Grad der Vernetzung. Ein Fernziel sollte eine enge und systematische Zusammenarbeit und Austausch zwischen allen Akteuren im Quartier mit dem Ziel einer umfassenden gemeindeorientierten Zusammenarbeit der Bevölkerung sein.

- Vernetzung auf der Makro- (politisch, strukturell), Meso- (Organisationen, Verbände) und Mikro-Ebene (alltägliche Arbeit).
- Sektorenübergreifende Vernetzung zwischen Akteuren aus Zivilgesellschaft, Gesundheits- und Sozialwesen.
- Enge Formalisierte Zusammenarbeit und Austausch innerhalb der Sektoren und über die Sektoren hinaus, um eine umfassende gemeindeorientierte Versorgung der Bevölkerung zu ermöglichen.

Bewertungsskala:

Dimension	Bewertungsskala
Vernetzungsgrad	1. Keine Zusammenarbeit und Austausch der einzelnen Akteure im Quartier 2. Teilweise, punktuelle Zusammenarbeit und Austausch der einzelnen Akteure im Quartier auf der Basis persönlicher Kontakte 3. Zusammenarbeit und Austausch innerhalb einzelner Sektoren wie Sozialwesen, Gesundheitswesen, Zivilgesellschaft (Quartiervereine, Freiwilligenarbeit, Bürgerinitiativen etc.) 4. Unverbindliche Zusammenarbeit und Austausch zwischen Akteuren aus verschiedenen Sektoren (z.B. regelmäßige Vernetzungstreffen, Austausch) 5. Formalisierte Zusammenarbeit und Austausch zwischen Akteuren aus verschiedenen Sektoren 6. Enge, formalisierte Zusammenarbeit und Austausch zwischen allen Akteuren im Quartier
Begründung für Stufenwahl	

Innovationsmanagement

Allgemeine Beschreibung:

Viele der besten Ideen kommen wahrscheinlich von Fachpersonen oder engagierten Quartiersbewohnenden, die verstehen, wo Verbesserungen an bestehenden Prozessen vorgenommen werden können. Diese Innovationen müssen erkannt, bewertet und, wenn möglich, ausgeweitet werden, um einen Nutzen im gesamten System zu erzielen. Gleichzeitig sind Hochschulen und Unternehmen des privaten Sektors zunehmend bereit, an sozialräumlichen Innovationen mitzuwirken und Initiativen zu unterstützen, um neue Technologien zu entwickeln, Prozessverbesserungen einzuführen und zu testen und neue Dienstleistungen anzubieten, die den Bedürfnissen der BürgerInnen entsprechen.

Es ist auch wichtig, außerhalb des Systems auf andere Regionen und Länder zu schauen, die mit ähnlichen Herausforderungen konfrontiert sind, um aus ihren Erfahrungen zu lernen. Insgesamt bedeutet dies, den Innovationsprozess so zu steuern, dass die besten Ergebnisse für die Versorgungssysteme erzielt werden, und sicherzustellen, dass gute Ideen gefördert und belohnt werden.

- Bewährte Ideen schneller umsetzen.
- Eine Atmosphäre der Innovation von oben nach unten ermöglichen, mit der Sammlung und Verbreitung von Best Practices.
- Lernen aus dem System heraus, aber auch von anderen Regionen, um den Ideenraum zu erweitern und den Wandel zu beschleunigen.
- Einbezug regionaler Gesundheits- und Sozialbehörden, Hochschulen und Privatunternehmen sowie anderer Akteure in den Innovationsprozess
- Einsatz innovativer Beschaffungsansätze (z.B. durch öffentlich-private Partnerschaften, geteiltes Risiko, ergebnisabhängige Zahlung)
- Bilden von regionalen, aber auch grenzüberschreitenden Partnerschaften (z.B. IBH, Europäischer Fonds für regionale Entwicklung, Europäischer Sozialfonds und andere).

Bewertungsskala:

Dimension	Bewertungsskala
Innovations-management	1. Kein Plan für Innovationsmanagement 2. Isolierte Innovationen in der gesamten Region/Land, aber mit eingeschränkter Sichtbarkeit 3. Innovationen werden erfasst und als Good Practice veröffentlicht. 4. Innovation wird auf der Ebene der Regionen/Länder gesteuert und gefördert 5. Formalisierter Innovationsmanagementprozess etabliert 6. Umfassende offene Innovation kombiniert mit der Unterstützung der Beschaffung und der Verbreitung bewährter Verfahren.
Begründung für Stufenwahl	

Kompetenzaufbau

Allgemeine Beschreibung:

Kompetenz- oder Kapazitätsaufbau (engl. Capacity Building) ist der Prozess, bei dem Einzelpersonen und Organisationen die Fähigkeiten und Kenntnisse erwerben, verbessern und erhalten, die sie benötigen, um ihre Aufgaben kompetent zu erfüllen. Im Zuge der Transformation eines Sozialraums oder Gemeinwesens müssen viele neue Rollen geschaffen und neue Fähigkeiten entwickelt werden. Diese reichen von technologischem Know-how über Projektmanagement bis hin zu erfolgreichem Veränderungsmanagement (engl. Change Management).

Sozialraumorientierte Projekte müssen zu "lernenden Systemen" werden, die ständig bestrebt sind, Qualität, Kosten und Zugang zu verbessern. Sie müssen ihre Kapazitäten ausbauen, um anpassungsfähiger und widerstandsfähiger zu werden. Da sich die Anforderungen ständig ändern, müssen Fähigkeiten, Talente und Erfahrungen erhalten bleiben. Das bedeutet, dass das Wissen erfasst und genutzt wird, um die nächsten Projekte zu verbessern, was zu mehr Produktivität und mehr Erfolg führt.

Bewertungsskala:

Dimension	Bewertungsskala
Kompetenzaufbau	1. Der Aufbau von Kompetenzen bzw. Fähigkeiten wird in sozialräumlichen Projekten bzw. Entwicklungen nicht berücksichtigt. 2. Es gibt einige Ansätze für den Aufbau von Fähigkeiten für sozialraumorientierte Projekte. 3. Die Zusammenarbeit beim Kompetenzaufbau für die Sozialraumentwicklung wächst in der gesamten Region. 4. Systematisches Lernen über den Aufbau sozialraumorientierter Strukturen ist weit verbreitet; das Wissen wird geteilt 5. Die Fähigkeiten bleiben erhalten und die Fluktuation erfahrener Mitarbeiter ist geringer. 6. Es gibt ein personenzentriertes lernendes System von Quartiersprojekten, das Reflexion und kontinuierliche Verbesserung beinhaltet.
Begründung für Stufenwahl	

Patientenpfad ambulant-stationär-ambulant: Fragebogen für Projektbeteiligte

Datum _____

Ich bin Mitglied in folgenden Arbeitsgruppen

	AG Konzept Patientenpfad allgemein		AG Think Tank Finanzierungsmodelle
	AG Konzept Patientenpfad konkret		Projektleitung
	AG Schulungen		QZ Interprofessionell Zollikofen

Ich vertrete folgende Interessengruppe im Projekt (bitte nur 1 ankreuzen)

	Alters- und Pflegeheim		Angehörige		Apotheke
	Behörde		Beratung		Bildungseinrichtung
	Forschung		Gesundheitsmanagement		Grundversorger
	Krankenkassen		Patient:innen		Politik
	Qualitätszirkel		Spital		Spitex
	Stiftung		Therapie		Verband/Verein
	xunds-grauholz		Andere		

Fragen zum Prozess

1. Wir kommen mit dem Produkt "Patientenpfad" gut voran

Weiss nicht	Ich stimme nicht zu						Ich stimme zu
0	1	2	3	4	5	6	7

2. Die Patient:innen tragen sichtbar zum Prozess bei

Weiss nicht	Ich stimme nicht zu						Ich stimme zu
0	1	2	3	4	5	6	7

3. Ich finde den Prozess respektvoll und ausgewogen zwischen den Professionen

Weiss nicht	Ich stimme nicht zu						Ich stimme zu
0	1	2	3	4	5	6	7

4. Die Rollenbeschreibungen kommen voran

Weiss nicht	Ich stimme nicht zu						Ich stimme zu
0	1	2	3	4	5	6	7

5. Mir ist klar, was wir hier erarbeiten

Weiss nicht	Ich stimme nicht zu						Ich stimme zu
0	1	2	3	4	5	6	7

Fragen zum Outcome

1. Der Input von Patient:innen ist sichtbar im Produkt

Weiss nicht	Ich stimme nicht zu						Ich stimme zu
0	1	2	3	4	5	6	7

2. Der Patientenpfad hilft mir, Systemzusammenhänge zu verstehen

Weiss nicht	Ich stimme nicht zu						Ich stimme zu
0	1	2	3	4	5	6	7

3. Der Patientenpfad fördert den Dialog auf Augenhöhe

Weiss nicht	Ich stimme nicht zu						Ich stimme zu
0	1	2	3	4	5	6	7

4. Der Patientenpfad hilft mir, meine Gesundheitskompetenz zu fördern

Weiss nicht	Ich stimme nicht zu						Ich stimme zu
0	1	2	3	4	5	6	7

Variante für Patient:innen

5. Der Patientenpfad hilft mir, dass ich in der aktuellen Behandlung meine Sichtweise einbringen kann

Weiss nicht	Ich stimme nicht zu						Ich stimme zu
0	1	2	3	4	5	6	7

6. Der Patientenpfad hilft mir, dass ich in der aktuellen Behandlung meine individuellen Stärken aktivieren kann.

Weiss nicht	Ich stimme nicht zu						Ich stimme zu
0	1	2	3	4	5	6	7

Variante für alle anderen

5. Der Patientenpfad hilft mir, in der aktuellen Behandlung die Sichtweise der Patient:innen zu integrieren

Weiss nicht	Ich stimme nicht zu						Ich stimme zu
0	1	2	3	4	5	6	7

6. Der Patientenpfad hilft mir, in der aktuellen Behandlung die individuellen Stärken der Patient:innen zu aktivieren

Weiss nicht	Ich stimme nicht zu						Ich stimme zu
0	1	2	3	4	5	6	7

Herzlichen Dank für's Ausfüllen des Fragebogens!

Freiheit bedeutet, dass man nicht unbedingt alles so machen muss wie andere Menschen.
Astrid Lindgren

Das Gesundheitswesen ist komplex geworden. Viele Studien zeigen, dass ein Grossteil der Komplikationen und Kosten an den Übergängen zwischen den Profis und den Patienten, auch zwischen Spital und dem ambulanten Bereich passieren. Es ist unser Ziel, die Kommunikation unter den involvierten Fachpersonen zu verbessern, so dass Sie als Patient*in mit ihren persönlichen Vorstellungen ernst genommen werden.

Dank der jahrelangen Mitwirkung von Patienten*innen und Angehörigen haben wir nicht nur viel lernen dürfen, sondern sind immer wieder gemeinsam mit Ihnen daran, Lösungen zu entwickeln. Basierend auf der Idee eines Patienten von Salutomed ist der **Xundheits.Kompass** entstanden. Es ist ein Leitfaden für die zu treffenden Vorbereitungen und Entscheide als Patient vor und nach einem Spitalaufenthalt.

Unter der Federführung des Vereins xunds-grauholz und in Zusammenarbeit mit dem Spital Tiefenau, der Spitex und den Apotheken in Zollikofen führen wir seit September 2020 das Projekt Patientenpfad ambulant-stationär-ambulant durch. Mit der Verwendung des Xhundeits.Kompasses können Sie dabei aktiv mitwirken und mit Ihren Rückmeldungen zu einer erfolgreichen Umsetzung beitragen. Das Projekt läuft bis Ende 2022 und wird von der Gesundheitsförderung Schweiz finanziell unterstützt.

In dieser Zeit erlauben wir uns, Sie bei Gelegenheit darauf anzusprechen, ob sie beim Projekt mitmachen möchten. In einem persönlichen Gespräch erhalten Sie dann weiterführende Informationen dazu. Die zuständigen Pflegefachfrauen unterstützen Sie gerne beim Ausfüllen des Dokumentes. Zudem besteht neu ein praxisinternes Beratungsangebot zu Themen wie:

- Patientenverfügung, Vorsorgeauftrage
- Lebensverlängernde Massnahmen, Organspenden
- Palliative Medizin – sinnvolle Behandlung am Lebensende
- Umgang mit chronischen Krankheiten, was hilft mir, was tut mir nicht gut

Wir sind überzeugt, dass dieses Projekt sehr viel betragen wird, die Qualität der Zusammenarbeit zu fördern und mehr Sicherheit zu erreichen.

Wir hoffen, bei Ihnen und ihren Angehörigen, Ihr Interesse geweckt zu haben. Wenn Sie aktiv mitmachen oder mehr Informationen möchten, dann teilen Sie uns dies bitte mit.

Wir freuen uns auf Sie!

Das Team Salutomed.care:
M. Deppeler, L. Bumann, R. Fankhauser, E. Gasser, S. Villars, Th. Vogel

Auskunft und Anmeldung: Praxis Salutomed, Zollikofen, 031 911 20 60

Merkblatt Checkliste Spitalein- austritt

Grundlagen

Das BAG hat in der **Strategie Gesundheit 2020** u.a. das Ziel, die Betreuung der chronisch kranken Menschen besser zu koordinieren. Dabei ist die Interprofessionalität ebenso wichtig wie das Selbstmanagement im Wissen, dass 10% der Patienten rund 70% der Gesundheitskosten verursachen.

Patientenforum findet 4x / Jahr in der Praxis statt und wäre eigentlich eine der Qualitätsanforderungen von mediX, wird aber kaum je geführt. Wegen den guten Erfahrungen rund um www.dialog-gesundheit.ch haben wir das Forum vor Jahren auch für die Praxis initiiert. Susanne Peter moderiert und protokolliert die Anlässe. Vor einigen Jahren hat ein Teilnehmer die Idee gehabt, dass es sehr hilfreich wäre, wenn wir eine **„Checkliste" für den Spitalein- und Austritt** hätten, weil doch immer wieder viel vergessen ginge. Mit der Checkliste könnten sich die Patienten und Angehörige besser vorbereiten und gleichzeitig sowohl Spital und Spezialisten, aber auch die Grundversorgung (SPITEX, Hausärzte, Apotheke) unterstützen.

Der **interprofessionelle Qualitätszirkel** Zollikofen (IPZ) hat sich entschieden, neben der Wundversorgung sowie palliative care (Notfallblatt) den koordinierten Spitalein- und Autritt als erstes grosses Thema zu nehmen. Das Projekt wird unterstützt von der KPT und Amavita Kreuz- Apotheke

In der **EQUAM Zertifizierung 2018** haben wir die Module „chronic care" sowie Medikamentensicherheit (Modul C) gewählt. Die Schwerpunkte sind sehr gut mit dem Projekt Spitalein- und austritt vereinbar. Wir möchten hier die Synergien nutzen

Ziele

Qualitätsverbesserung betreffend

1. Medikamenten Sicherheit
2. Spitalein- und Austritt
3. Betreuung der chronisch kranken Menschen

Ab 1.1.2018 erhalten **folgende Patientengruppen eine Checkliste**

1. > 75jährig
2. mehr als 3 chronische Krankheiten
3. mehr als 5 Medikamente

Die **Checkliste** wird selbständig oder mit Hilfe der MPA ausgefüllt, wenn nötig im Sprechzimmer besprochen

Die MPA führen eine Liste mit allen Patienten, die eine Checkliste erhalten haben.

Vorgehen

1. Die Hausärzte/ MPA markieren am Vortag die entsprechenden Patienten gemäss Flowchart EQUAM Modul C
2. Die MPA geben den Patienten die Checkliste mit Begleitbrief ab
3. Sie beantworten erste Fragen
4. Ev. Termin in der Sprechstunde „chronic care“
5. In der KG wird unter „Risiko“ eine Rubrik erstellt „EQUAM C“
6. Die Patienten können die Checkliste auch beim HA besprechen
7. Die MPA führt eine Liste
   - Wer die Checkliste erhalten hat
   - Wer eine MPA Beratung wollte
   - Wer in der Sprechstunde war
8. Die Evaluation erfolgt nach einem Jahr

Besonders

Das Projekt Checkliste hat einige Parallelen und Synergien mit dem Medikamenten-Sicherheitsprojekt (EQUAM) und dem Chronic care Projekt (EQUAM).
Wichtig ist, dass die verschiedenen Projekte sich gegenseitig unterstützen. In der ersten Phase wird es Mehrarbeit geben, die sich mittelfristig auszahlen wird.

xunds grauholz
miteinander - füreinander

Info-Anlass zum Projekt

Koordinierter Patientenpfad ambulant-stationär-ambulant
Checkliste Spitaleintritt und –Austritt

PGV II Projekt GF Schweiz

Michael Deppeler & Regine Fankhauser, Projektleitung
Susanne Peter, Moderation Patientenforum
www.xunds-grauholz.ch

Das Projekt wird unterstützt von

Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)

xunds grauholz
miteinander - füreinander

Nichtübertragbare Krankheiten, psychische Krankheiten und Sucht verursachen viel Leid und hohe Kosten. Ein gesunder Lebensstil und die Kenntnisse darüber können solche Krankheiten vermindern oder gar dafür sorgen, dass sie gar nicht erst auftreten. Um Patientinnen und Patienten zu erreichen, sollen künftig präventive Angebote in die gesamte Versorgungskette integriert werden.

Quelle:https://gesundheitsfoerderung.ch

Übergang ambulant-stationär-ambulant ist komplex

xunds grauholz
miteinander - füreinander

Patienten und Angehörige

- schwierig, Überblick zu behalten
- fehlende oder wechselnde Ansprechpartner
- Kommunikation schwierig

Gesundheitsprofis

- "Silo-Denken"
- mangelhafte Information
- Kommunikation unterschätzt

Risiken

- Viele verschiedene Schnitt- Nahtstellen
- fehlerhafte Entscheide und unnötige Wiedereintritte
- Medikations- und Behandlungsfehler
- Doppelspurigkeiten

Ziele des Projekts – Vision

xunds grauholz
miteinander - füreinander

Der Patientenpfad ist ein erster Meilenstein der Vision xunds-grauholz

Schwerpunkte:

- Patientenorientierter partizipativer Behandlungspfad
- Interprofessionelle ressourcenorientierte Kommunikation- und Informationskultur
- Strukturierter Informationsaustausch (auch digital)
- Verbesserung der Patienten- und Medikamentensicherheit
- Lebenslange Prävention (Live Care Planning)
- Neue Versorgungs- und Finanzierungsmodelle

Zeitplan

xunds grauholz
miteinander - füreinander

01.01.2020	Projektstart
01.09.2020	Patientenpfad ist definiert
	Beginn der Schulungen
	Patienten arbeiten mit Checkliste
01.04.2021	Zwischenevaluation
	Anpassungen Patientenpfad
	Weiterführung der Schulungen
	Patienten arbeiten mit verbesserter Checkliste
31.12.2021	Abschluss Datenerhebung
31.03.2022	Schlussbericht
	Projektende

Wie kann ich als Profi beitragen?

xunds grauholz
miteinander - füreinander

- Checkliste Spitaleintritt- und austritt unterstützen und verteilen
- Patienten und KollegInnen zur Mitarbeit motivieren
- Ein Interview geben (Ihre Meinung zählt!)
- Bei einer Schulung mitmachen
- Mitwirken in einer Arbeitsgruppe
- Bekannte und Freunde auf das Projekt aufmerksam machen

xunds grauholz
miteinander - füreinander

Gemeinsam für eine Gesundheit aller

Hier wollen wir leben, lernen, arbeiten, spielen und lieben.

xunds-grauholz

- unterstützt eine beziehungsorientierte, partizipative, interprofessionelle und kostenbewusste Gesundheitsversorgung
- legt den Fokus auf Prävention und Nachhaltigkeit
- fördert eine Kultur von Fürsorge und Selbstsorge mit hoher Lebensqualität und sorgsamem Umgang mit individuellen, regionalen und natürlichen Ressourcen

Hier dürfen wir würdevoll sterben.

Wir, du & ich sind xunds-grauholz – Charta

xunds grauholz
miteinander - füreinander

Wir alle,
Du & ich,
setzen uns ein
für ein Leben in Verantwortung & Würde.
Wir alle,
Menschen & Institutionen der Region Grauholz,
ermöglichen gemeinsam
eine selbstbestimmte & bezahlbare Gesundheitsversorgung.
Wir alle
fördern ein Gesundheitswesen
mit Selbstverantwortung & Mitbestimmung.
Wir alle
sind Teil der Natur &
vertrauen auf unsere gemeinsame schöpferische Kraft.

DANKE

xunds grauholz
miteinander - füreinander

Ich glaube daran, dass das größte Geschenk,
das ich von jemandem empfangen kann, ist,
gesehen, gehört, verstanden & berührt zu werden.
Das größte Geschenk, das ich geben kann, ist,
den anderen zu sehen, zu hören, zu verstehen & zu berühren.
Wenn dies geschieht, entsteht Kontakt & Heilung

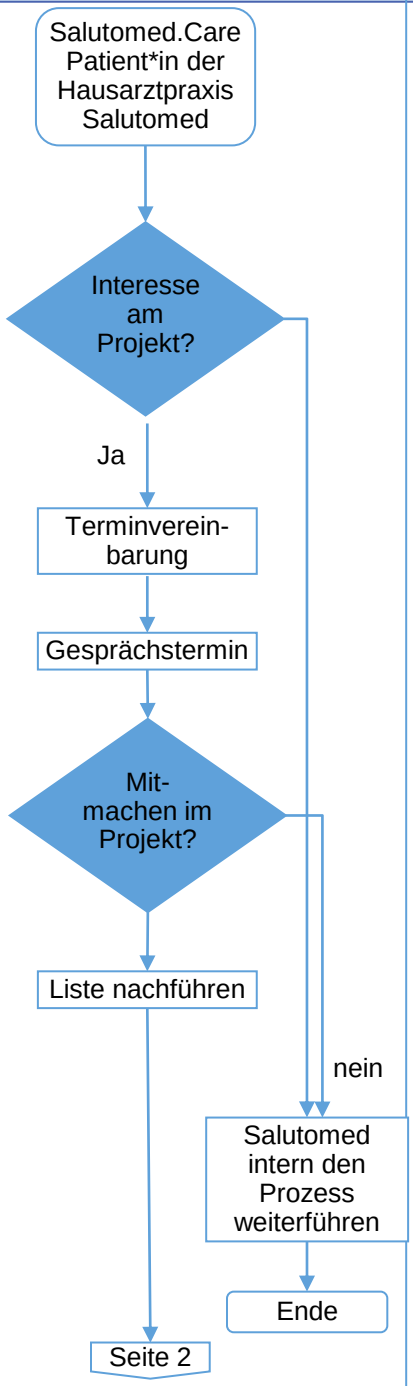
Virginia Satir

Projektpartner

Tiefenauspital, Inselgruppe
Salutomed - Praxis für integrative Medizin
Amavita Kreuz Apotheke Zollikofen
Zentral Apotheke
Hoststar
Hallo Welt! GmbH
Visana
KPT
Spitex ReBeNo
Private Spitex Kanton Bern
Susanne Peter Beratung
Ergotherapie Zollikofen
Peter Gnehm, Kardiologe
johtin GmbH
Partner M – Management GmbH

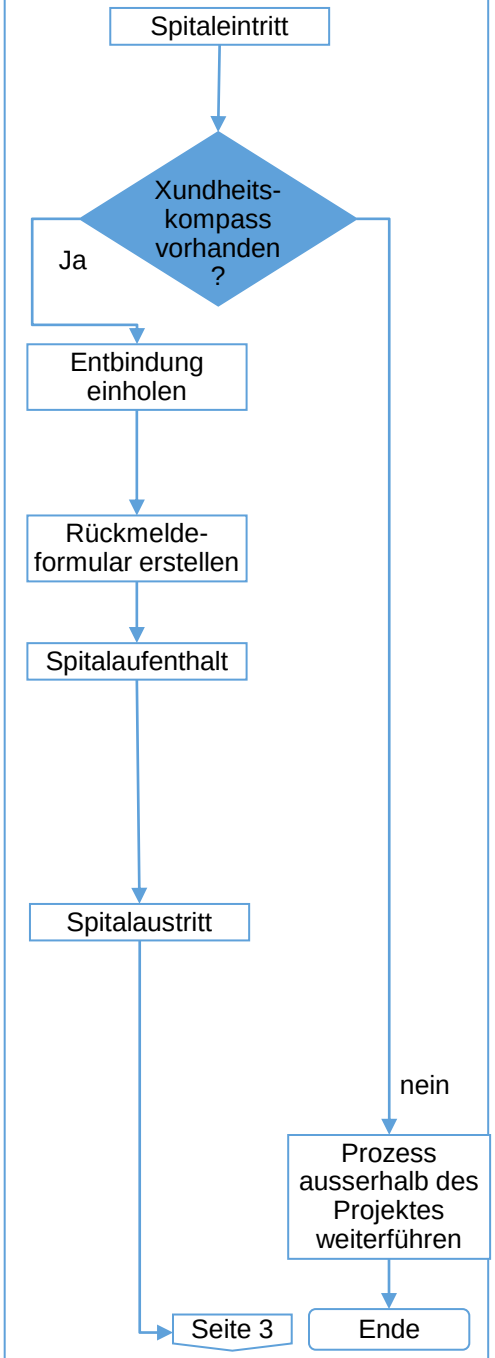
Das Projekt wird unterstützt von

Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

>Input / <Output		Merkpunkte	Werkzeuge	Verantwortung
		• Hausärzte besprechen anhand Leitfaden mit Patient*innen mit 5 Medikamenten den Inhalt und die Projektteilnahme • Bei Interesse: Mit Auftrag Überweisung an Pflegefachpersonen • Pflegefachperson nimmt mit Patient*in telefonisch Kontakt auf • Beratungsgespräch einerseits zu Xundheitskompass • Die Einverständniserklärung wird wenn möglich direkt beim Beratungsgespräch unterzeichnet • Der Namen von im Projekt beteiligten Patient*innen wird auf einer internen Übersichtsliste aufgeführt	• Leitfaden Rekrutierung • Xundheitskompass • Leitfaden Beratungsgespräch • Einverständniserklärung	Hausärzt*innen Pflegefach-person Pflegefach-person Pflegefach-person

Teilprojekt «Patientenpfad konkret«

Prozessablauf für Pilotphase

>Input / <Output		Merkpunkte	Werkzeuge	Verantwortung
Seite 1		• Bei Eintritten via Notfall scannen die Pflegenden alle Eintrittsunterlagen und legen diese im KISIM ab • Bei erstem Besuch der Patient*innen wird nach der Xundheitskompass gefragt • Die Zustimmung wird mündlich nochmals abgefragt und im KISIM eingetragen • Das Rückmeldeformular wird erstellt und mit Informationen abgefüllt • Während des Spitalaufenthaltes werden die verschiedenen Punkte aus der Prozessbeschreibung beachtet und durchgeführt • Mailing von Rückmelde-formular an die Pflegenden der Praxis Salutomed • Die Pflegende schicken es an die erwähnten Stellen (Apotheke, Spitex) weiter, bzw. sind für das Administrieren dieser verantwortlich. • Aufforderung der Patient*innen zeitnah und mit allen Medikamenten (auch freiverkäuflichen / «alten« und der Mediliste in die Apotheke zu gehen	• Ev. Unterlagen bereits im KISIM • Eintrag in KISIM • Rückmeldeformular • Prozessbeschreibung November 2017 • Rückmeldeformular • Prozessbeschreibung November 2017	Pflegende NF CM CM CM CM / Alle CM Pflege-fach-personen

Teilprojekt «Patientenpfad konkret«

Prozessablauf für Pilotphase

Mailverteiler:
- Spitex ReBeNo: claudia.walther@rebeno.ch; vera.loebach@rebeno.ch
- Amavita Kreuzapotheke Zollikofen: danny@kazag.ch ama280@amavita.ch
- Zentralapotheke Zollikofen: zentralapotheke@pharmexpert.ch
- Praxis Salutomed: e.gasser@salutomed.ch t.vogel@salutomed.ch
- CM Spital Tiefenau: christof.jucker@spitaltiefenau.ch / michaela.chassot@spitaltiefenau.ch

>Input / <Output		Merkpunkte	Werkzeuge	Verantwortung
Seite 2	Patient*in in Apotheke	Bei Gespräch mit Patient*in in Apotheke zu folgenden Punkten Notizen auf dem Rückmeldeformular machen: • Was hat geändert, was konnte weggelassen werden bzw. war doppelt «verordnet», wann waren Rücksprachen notwendig und zu was?	• Rückmeldeformular	Pharma-assistentin und Apotheker*in
	Mailing von ergänztem Rückmelde-formular	• An die Pflegenden der Praxis Salutomed	• Rückmeldeformular	Apotheker*In
	Patient*in bei der Spitex	Bei Gespräch mit Patient*in und intern zu folgenden Punkten Notizen auf dem Rückmeldeformular machen: • Was hat bei dem Austritt problemlos funktioniert, was war schwierig, wann waren Rückfragen notwendig und zu was?	• Rückmeldeformular	Pflegende Spitex
	Mailing von ergänztem Rückmelde-formular	An die Pflegenden der Praxis Salutomed	• Rückmeldeformular	Pflegende Spitex, Stützpunkt-leitung
	Patient*in beim Hausarzt	Bei der Nachkontrolle mit Patient*in und intern zu folgenden Punkten Notizen auf dem Rückmeldeformular machen: • Was hat bei dem Austritt problemlos funktioniert, was war schwierig, wann waren Rückfragen notwendig und zu was?		Pflegende / Hausärzt*in
	Seite 4			

Teilprojekt «Patientenpfad konkret«

Prozessablauf für Pilotphase

>Input / <Output		Merkpunkte	Werkzeuge	Verantwortung
Seite 3		• Das Rückmeldeformular wird, wenn vollständig, in der Hausarzt KG der Patient*innen elektronisch abgelegt • Patient*innen werden in verschiedenen Phasen (vor-während, nach Spitalaufenthalt) mit einem standardisierten Fragebogen befragt	• Rückmeldformular • KG • Standardisierter Fragebogen	Pflegefach-person PL

Teilprojekt «Patientenpfad konkret«

Prozessablauf für Pilotphase

Rückmeldungsformular für Patienten mit Xundheitskompass

Patient/in: *Initialen/Geburtsdatum einfügen*

	Ja	Nein	Bemerkungen/Rückmeldungen vom jeweiligen Anbieter
Xundheitskompass im KIS Spital Tiefenau erfasst?			
Spitex ReBeNo Stützpunkt Zollikofen	*	*	
Amavita Kreuz-Apotheke	*	*	
Zentralapotheke	*	*	
Praxis Salutomed	x		

christof.jucker@spitaltiefenau.ch (Leiter Sozialdienst, Spital Tiefenau bis Ende November 2020) michaela.chassot@spitaltiefenau.ch (Stv. Leiterin Sozialdienst, Spital Tiefenau)
claudia.walther@rebeno.ch (Stützpunktleitung Zollikofen, Spitex ReBeNo) und vera.loebach@rebeno.ch (Stellvertretung Stützpunktleitung Zollikofen, Spitex ReBeNo)
danny@kazag.ch (Daniel Berger, Amavita Kreuz-Apotheke) und ama280@amavita.ch
zentralapotheke@pharmexpert.ch (Renate Kraut, Zentral-Apotheke)
e.gasser@salutomed.ch (Edith Gasser, Pflegefachperson, Praxis Salutomed, ab 1.10.2020) t.vogel@salutomed.ch (Theres Vogel, Pflegefachperson, Praxis Salutomed)

* Ist diese Organisation involviert? Wird durch Organisation selbst nach Erhalt des Rückmeldeformulars gekennzeichnet.

Ziele finden und vereinbaren in der Allgemeinarztpraxis

Goalsetting als integriertes Angebot für Patientinnen[1] mit chronischen Erkrankungen

Theodor Dierk Petzold

Zusammenfassung

Zielvereinbarungen werden in vielen gesellschaftlichen Bereichen angewendet, um die Motivation zum Handeln besonders in der Zusammenarbeit zu klären und zu bestärken. In der Allgemeinmedizin liegt hierin noch eine ungenutzte Ressource zur Kooperation zum Zwecke eines gesunden Lebens, die sowohl bei der Behandlung von Menschen mit langwierigen, chronischen Erkrankungen als auch zur Prävention solcher wirksam ist.

Das neu entwickelte SalKom-Goalsetting für die Arztpraxis beruht auf positiven Erfahrungen aus dem Ärztenetz „Gesundes Kinzigtal“ und neueren Erkenntnissen aus der Neuropsychotherapie und Kooperationsforschung. Es sollen dabei attraktive und machbare Ziele gefunden werden, die besonders den übergeordneten motivationalen Kohärenzmodus anregen. In dieser, vom Streben nach Stimmigkeit, Sinn und Wohlbefinden geprägten Motivation kann gesunde Entwicklung am ehesten gelingen. Aus dieser Motivation heraus kann der Patient und womöglich auch der Arzt aus dem Stressmodus herausfinden und eine gesunde Lebensweise praktizieren. Durch gemeinsame Ziele wird ein Gelingen der Kooperation von Arzt und Patient wahrscheinlicher. Die Ziele sollen bedeutsam, attraktiv und eine Annäherung machbar sein.

Dabei wird als standardisierte Intervention zur Zielfindung ein zweiseitiger Fragebogen angewendet und ein therapeutisches Gespräch geführt, das mit einer Zielvereinbarung abgeschlossen wird. Die Fragen auf der Vorderseite des Fragebogens regen die Selbstwahrnehmung des Patienten an. Auf der Rückseite kann die Zielvereinbarung sowie ein Fortschritt fixiert werden.

Abstract

Goal agreements are used in many areas of society to clarify and reinforce motivation to act, especially in cooperation. In family medicine, this is still an untapped resource for cooperation for the purpose of healthy living, which is effective both in the treatment of people with long-term, chronic diseases and in the prevention of such.

The newly developed SalKom-Goalsetting for the medical practice is based on positive experiences from the physician network "Gesundes Kinzigtal" and recent findings from neuropsychotherapy and cooperation research. Attractive and feasible goals are to be found, which especially stimulate the superior motivational coherence mode. In this motivation, characterized by the striving for coherence,

[1] Um den Geschlechtern in der Sprache halbwegs gerecht zu werden, ohne den Schreib- und Lesefluss zu sehr zu verkomplizieren, verwende ich im Weiteren im Singular entsprechend der bislang üblichen Schreibweise die männliche Form, es sei denn, es handelt sich explizit um eine Frau, und im Plural immer die weibliche Form, es sei denn, es handelt sich ausschließlich um Männer.

meaning and well-being, healthy development is most likely to succeed. From this motivation, the patient and possibly also the physician can find their way out of the stress mode and practice a healthy lifestyle. Shared goals make it more likely that the cooperation between doctor and patient will succeed. The goals should be meaningful, attractive, and an approach feasible.

In this process, a two-page questionnaire is used as a standardized intervention for goal-setting, and a therapeutic interview is given, which is concluded with a goal agreement. The questions on the front of the questionnaire stimulate the patient's self-awareness. On the back side the goal agreement as well as a progress can be fixed.

Keywords: goal agreement, SalKom-Goalsetting, chronic diseases, salutogenesis, attractor

Einleitung

Als ich auf dem DEGAM-Kongress 2019 in Erlangen den Hauptvortrag des Internisten und Sozialmediziners David Klemperer hörte, in dem er „goal-setting“ in der Arztpraxis als wichtiges einzuführendes Instrument bezeichnete, habe ich mich daran erinnert, dass ich zehn Jahre zuvor mit Kolleginnen im Ärztenetz zur Integrierten Versorgung (IV) „Gesundes Kinzigtal“ eine Fortbildung zum Thema *Zielvereinbarungen* durchgeführt hatte. Die Kolleginnen im Kinzigtal haben es in ihrer Art und Weise kreativ umgesetzt. Fünf Jahre nach dieser Fortbildung wurde von Achim Siegel von der Freiburger Uni die GeKIM-Studie zur Evaluation der integrierten Versorgung im Gesunden Kinzigtal vorgestellt [1, 2]. Dabei war der auffallendste, statistisch hoch signifikante Effekt, dass 45% der Patientinnen, die Ziele mit ihrem Arzt vereinbart hatten, angaben, jetzt gesünder zu leben. Im Unterschied zu 19,7% der Patientinnen, die keine Zielvereinbarung getroffen hatten. Die indirekte Erinnerung durch Prof. Klemperer an diese kleine Erfolgsgeschichte im Kinzigtal motivierte mich, ein möglichst standardisiertes Instrument zum Goalsetting zu entwickeln, das in der Breite und nachhaltig anwendbar ist.

Hypothese und Begründung

Die Hypothese und gleichzeitig Begründung für die Anwendung dieses krankheitsunspezifischen Goalsettings ist, dass es zu einer signifikanten Verbesserung von chronischen Krankheitsverläufen von Patientinnen kommt [1]. Weiter ist anzunehmen, dass es selbst bei nicht langwierig erkrankten Patientinnen durch eine Wende in der Lebensorientierung hin zu positiven Gesundheitszielen zur Prävention von chronischen Verläufen beiträgt [3]. Zusätzlich soll es auch zum Wohlbefinden wie zur Stressminderung der Ärztinnen und ihrer Mitarbeiterinnen führen, da diese womöglich mehr Freude und Zufriedenheit bei der Arbeit finden und auch für sich selbst die stressreduzierende Lebensorientierung anwenden können.

Theoretischer und wissenschaftlicher Hintergrund

Drei basale Erkenntnisse bilden die Grundlage für das SalKom-Goalsetting:

1. Gesunde Entwicklung (auch Gesundung) ist ein zielorientierter Prozess in Richtung Gesundheit und Kohärenz (gesunde Selbstregulation).

2. Motivationssysteme sorgen für die physische Ausführung der Zielorientierung, für ihre Modulation und Anpassung an die jeweiligen Umweltbeziehungen.
3. Motivationssysteme werden durch bedeutsame Informationen kommunikativ angeregt.

Gesunde Entwicklung – ein zielgerichteter Prozess

Eigentlich ist diese Feststellung über Gesundungsvorgänge trivial, wie die Beobachtung schon einer Wundheilung erkennen lässt. So liegt doch in dieser Trivialität eine Sprengkraft des traditionellen naturwissenschaftlichen Denkens, das jede Wirkung ausschließlich aus vorhergehenden, materiell ursächlichen Ereignissen ableiten will. Die Wirksamkeit einer nicht auf materielle Wechselbeziehungen reduzierbaren Zielinformation war in diesem Denken nicht vorgesehen. Erst durch die Kybernetik („Regelgrößen“) und Chaos- und Komplexitätsforschung („Attraktoren“, „Ordner“) kommt ein derartiges Denken in Natur- wie Lebenswissenschaften zur Anwendung. Mit dem Begriff *Attraktor* wird auch die Beziehung der *Zielinformation* zur physischen Dynamik bezeichnet: Sie zieht diese an, sie ist attraktiv für diese und ordnet sie [4, 5]. So gesehen ist bei der Wundheilung die *heile Haut* eine *Zielformation*, ein Attraktor für den Heilungsprozess. Allgemein ist für Gesundungsprozesse die Gesamtfunktionalität des Organismus die Zielinformation [6]. Diese können wir zusammenfassend als *Kohärenz* verstehen. Das Streben nach Kohärenz wurde von Grawe als „oberstes Regulationsprinzip“ [7] im psychischen Geschehen beschrieben. Hirnforscher sehen es ebenso in der Dynamik und Funktion des Gehirns [8, 9]. Antonovsky [10] sieht in einem „sense of coherence SOC“, einem Kohärenzgefühl, den Kern der Salutogenese. Der Gesamtorganismus reguliert sich in Richtung seines Attraktors Kohärenz in drei Phasen: durch Wahrnehmen von Inkohärenzen, durch Aktivität in Richtung Kohärenz und durch Reflexion und Lernen aus den Erfahrungen [6, 11].

Drei Motivationssysteme modulieren die Zielinformationen für die jeweilige Situation

Schon Locke und Latham [12], die Begründer der Goal-setting-Theorie, gehen von einer Selbstregulation des Menschen aus und einer subjektiven Motivation, die diese auf ihre jeweilige Umgebung einstellt. Inzwischen können wir heute unter Einbeziehung der Komplexitäts- und Hirnforschung die Selbstregulation und die Motivationssysteme präziser beschreiben. Damit können wir das Goal-setting noch klarer begründen und als differenziertere Intervention gestalten.

Schon Einzeller kennen drei grundsätzlich zu unterscheidende Bewegungsrichtungen: ein Annähern an eine Nahrungs-, Licht- oder Wärmequelle; ein Abwenden (von) einer Bedrohung und einen Ruhezustand in einer kohärenten Umgebung. Zu welcher dieser drei Bewegungsrichtungen ein Organismus sich entscheidet, hängt von seiner Wahrnehmung und Bewertung seiner Umgebung ab: Erkennt er etwas Nahrhaftes, nähert er sich an, bewertet er in seiner Umgebung etwas als bedrohlich, wendet er sich oder dieses ab, und wenn weder das eine noch das andere gegeben ist, ruht er und/oder vermehrt sich.

Die Möglichkeiten von Lebewesen, in diesen drei Bewegungsrichtungen aktiv zu werden, haben sich im Laufe der Evolution immer weiter entwickelt bis hin zu den durch drei Motivationssysteme sehr komplex geregelten Handlungsmöglichkeiten

des Menschen. Dabei können aber immer noch die Aktivitäten eines Menschen einer dieser Richtungskategorien zugeordnet werden.[2]

Diese Motivationssysteme werden eingeschaltet als Folge einer Wahrnehmung und Bewertung einer Situation. Sie veranlassen uns zu bestimmten neural und hormonell gesteuerten Verhaltensweisen, Gefühlen und Gedanken, die der jeweiligen Situation angemessen erscheinen.

In Bezug auf die Entstehung von vielen chronischen Erkrankungen spielt das Abwendungssystem mit einem Zentrum in der Amygdala eine große Rolle [7, 13]. Es veranlasst Gefühle wie Angst, Ekel und Ohnmacht und eine Erhöhung des Sympathikotonus, vermehrte Kortisolausschüttung, eine verstärkte Muskelspannung bis hin zu chronischen Entzündungserscheinungen durch erhöhte Genaktivität u.a. in der sog. Conserved Transcriptional Response to Adversity (CTRA) [14]. Dadurch ist es ein wichtiger Faktor für die Pathogenese verschiedener chronischer Erkrankungen, wie kardio-vaskuläre Erkrankungen, viele Krebsarten, Demenz u.a. [13, 14, 15].

Demgegenüber spielt das lustvolle Annäherungssystem mit einem Zentrum im Nucl. Accumbens, dem sog. inneren Belohnungssystem, die Hauptrolle bei der Entstehung von Suchtverhalten [7].

Unter anderem in der Suchtforschung ist man [7, 16] auf die Existenz des dritten Motivationssystems gestoßen. Der Suchtkranke weiß, dass die Droge ihm schadet und möchte ggf. auch ohne Droge leben, aber diese scheinbar vorhandene Motivation hat keine Auswirkung auf sein Handeln: Er greift wieder zur Droge. Insofern ist bei ihm dieses System außer Funktion gesetzt. Es wird im Englischen „Liking“ genannt im Unterschied zur Motivation im Dopamin gesteuerten Annäherungsmodus, die als “Wanting“ bezeichnet wird. Mit „Liking“ soll ausgedrückt werden, dass diese Motivation nicht nur dem inneren Belohnungssystem folgt, sondern dem *Wohlergehen des gesamten Organismus*. Weil es die Kohärenz des Gesamtorganismus zum Ziel hat, erscheint die Bezeichnung „Kohärenzsystem“ und

[2] In der wissenschaftlichen Literatur werden diese Motivationssysteme unterschiedlich bezeichnet [10].

„Kohärenzmotivation“ angebracht. Es hat ein Zentrum im Präfrontalen Cortex PFC, wo Sinnstreben, Fairness und Selbstreflexion repräsentiert sind. Im Kohärenzmodus können wir auch Gelassenheit finden.

Motivationssysteme können kommunikativ angeregt werden

Wann und wie ein Motivationssystem aktiviert wird, hängt von der *Qualität* der wahrgenommenen Information ab. Wird diese als attraktiv, bedrohlich oder stimmig (auch indifferent, neutral) bewertet? Dies sind die drei großen Bewertungskategorien, nach denen unser Gehirn und wohl der ganze Mensch ständig sucht. In diese Kategorien lassen sich viele auch differenziertere Wahrnehmungen zuordnen, die letztlich für die intendierte Richtung der Aktivitäten maßgeblich sind. Diese Qualitäten von Informationen aus der Umgebung prägen das Fühlen, Denken, Verhalten und den Stoffwechsel bis hin zu den Genaktivitäten [13, 14, 15]. Da der Mensch ein zutiefst soziales Wesen ist, spielen die Informationen, die von bedeutsamen Mitmenschen kommuniziert werden, eine besonders wichtige Rolle für das Einschalten eines Motivationssystems. Dazu gehören für Patientinnen auch ihre Ärztinnen.

Die Sprache erscheint der impliziten Regulation (wie den Instinkten) in manchen Belangen übergeordnet. So können wir sowohl durch Präsenz in der kooperativen Beziehung (z.B. durch Zuhören, fürsorglichen Körperkontakt) als auch durch Worte, wie Fragen oder Vor- und Ratschläge, die Aktivitäten unserer Patientinnen in gewissem Rahmen beeinflussen. Dabei werden – bisher meist unbewusst – Motivationssysteme angeregt.

Was wir zur gesunden Entwicklung brauchen, ist mehr Aktivität im Kohärenzmodus. Mehr Sinnhaftigkeit, Fairness, Vertrauen, Gelassenheit, Selbstreflexion und Sensibilität für Stimmigkeit im Inneren und Äußeren – auch mit der Natur bis hin zur Biosphäre [15]. Interessanterweise werden gerade wieder die Heilwirkungen von Bewegung in der Natur sowie von Musik und Kreativität erforscht. Das alles regt den Kohärenzmodus an bzw. ist nur in diesem möglich.

In der ärztlichen Sprechstunde können wir das Kohärenzsystem ganz allgemein anregen, indem wir unserem Patienten als autonomen Kooperationspartner Vertrauen schenken, ihm zuhören, auf ihn eingehen, mit seiner Intentionalität in Resonanz gehen, gemeinsam seine Ziele finden und zur Erreichung dieser mit ihm kooperieren [11, 17, 18, 19]. Auch wohlwollend annehmende Reflexion und Humor regen den Kohärenzmodus an.

Derart in seiner Autonomie gestärkt, kann der Patient im Kohärenzmodus sich leichter selbst reflektieren und seine anderen Motivationen angemessen regulieren oder auch kontrollieren (z.B. Affektkontrolle, Suchtprävention und -therapie). Im Kohärenzmodus können Menschen tief entspannen, den Stoffwechsel und die Aktivität der CTRA in einen gesunden Bereich allostatisch regulieren.

Die Interventionen des SalKom-Goalsetting

Beim SalKom-Goalsetting werden mit dem Patienten Informationen kommuniziert, die das Kohärenzsystem anregen und das Annäherungs- und Abwendungssystem integrieren. Dem dienen

1. Ein Fragebogen zur Gesundheitsförderung (auf der Vorderseite Fragen zur Anregung der Selbstwahrnehmung)
2. Ein Therapeutisches Gespräch (zur Klärung der Ziele, Annäherungsaktivitäten, Fortschritts-Evaluation, Rollen in der Kooperation)
3. Eine Zielvereinbarung (Fragebogenrückseite)
4. Ein Fortschrittsgespräch (Reflexion der Zielannäherung u. ggf. neue Ziele)

Arbeit mit dem Fragebogen zur Gesundheitsförderung

Die Fragen auf der Vorderseite zielen ab auf eine Anregung der Selbstwahrnehmung der Bedürfnisse, Wünsche, Anliegen und Ziele: z.B. „Was tut Ihnen nachhaltig gut? Und was tut Ihnen nicht gut?“, sowie auf Ressourcen zur Zielerreichung.

Indem wir von ärztlicher Seite her diese Fragen an Patientinnen stellen, erteilen wir ihnen eine Bedeutsamkeit. Indem wir den Antworten der Patientinnen Gehör und Beachtung schenken, stärken wir weiter ihre Autonomie in der Kooperation.

Durch die Bedeutsamkeit schenkende Kommunikation werden Ich-Zustände (Bedürfnisse, Anliegen, Wünsche als Kind und/oder Erwachsener) im Patienten aktiviert, deren Unterdrückung oder Nicht-Beachtung in ihrer Sozialisation ein pathogener Faktor war (weil diese Nichtbeachtung zum Gefühl von „nicht-erwünscht-sein, nicht-dazugehören“ in Bezug auf die Ich-Anteile geführt hat). So hat diese einfache Intervention im Rahmen der therapeutischen Arzt-Patient-Beziehung schon eine psychodynamisch heilsame Wirkung [11].

Therapeutisches Gespräch

Der Patient wird vorab gefragt, ob er eine Zielvereinbarung mit dem Arzt besprechen möchte.

Es geht in diesem Gespräch darum, ein Ziel oder mehrere zu finden, die vom Patienten kommen und vom Arzt geteilt werden können. Der Arzt zeigt seine positive Empathie für die womöglich sinnhaften Anliegen und Ziele des Patienten – sofern er wirklich in positiver Resonanz damit ist. Mit dem Finden einer gemeinsamen Intentionalität kann die Kooperation zum Gelingen kommen [11,17, 18, 19]. Die Ziele sollen *bedeutsam, attraktiv und machbar* sein. Eine Annäherung an das Ziel soll *wahrnehmbar* sein. Beim Formulieren des Zieles muss darauf geachtet werden, dass dies positiv geschieht, dass es also nicht heißen soll „Schmerzfreiheit“ im Sinne „Ich möchte frei *von* Schmerzen sein.“. Der Patient soll beschreiben, was er tun und/oder wie er sich fühlen möchte, wenn er keine Schmerzen hat: „wohlfühlen“, „frei und leicht bewegen können“ bzw. „tief schlafen können“. Das wäre dann eine Beschreibung dessen, *zu* was er sich frei fühlen möchte und nicht mehr *von* was.

In dem Gespräch sollen weiter die Schritte geklärt werden, die der Patient (Eigenaktivität) und der Arzt (Behandlung, Kontrollen...) zur Zielannäherung unternehmen wollen und woran der Patient ein Erreichen und Annähern an sein Ziel wahrnehmen kann. Die Ergebnisse dieses Gesprächs werden auf der Rückseite des Fragebogens schriftlich fixiert.

Zu guter Letzt bestimmt der Patient einen Zeitraum, in dem er sein Ziel erreichen oder zumindest deutlich spürbare Fortschritte machen will. Wenn der Arzt diesen für angemessen und realistisch hält, wird ein Fortschrittsgespräch terminiert.

Das Fortschrittsgespräch

Im Fortschrittsgespräch werden die Erfahrungen des Patienten im verabredeten Zeitraum reflektiert – ganz allgemein sowie auch konkret bei seinem Bemühen zur Zielannäherung. Wie ging es ihm in dieser Zeit? Gab es besondere Erlebnisse? Welche positiven und negativen Erfahrungen hat er gemacht? Was ist ihm gelungen, was eher nicht? Was will und kann er daraus lernen? Bleibt das Ziel bestehen oder wird es verändert? Hat er heute ein neues Ziel?

Wie kann das SalKom-Goalsetting in der Allgemeinpraxis implementiert werden?

Für die Implementierung in die Praxis braucht es in erster Linie eine Offenheit des Arztes, den Fokus in seinem Denken auf das Krankheitsgeschehen hintenanzustellen und den Fokus auf den ganzen Menschen in seiner gesunden Entwicklung, in seinem Streben nach Gesundung, zu richten. Eine solche Umorientierung der Einstellung des Therapeuten auf attraktive Gesundheitsziele hat schon erhebliche Auswirkungen auf die Gesundungsaussichten von Patientinnen, wie schon LeShan in den 1960er Jahren aus der Psychoonkologie berichtete [20].

Gelegentlich kommt die Frage, ob das nicht zu zeitaufwändig sei. In einer gut organisierten Allgemeinpraxis kann man womöglich ein bestimmtes Sprechstundenzeitfenster für Patientinnen mit sog. chronischen Erkrankungen einrichten, wo für jeden Patienten 15 Minuten eingeplant werden, die zur psychosomatischen Grundversorgung gehören. So können die Gespräche aus dem Druck eines vollen Wartezimmers rausgeholt werden.

Je mehr die beschriebene Neuorientierung auf gesunde Entwicklung zur Gewohnheit geworden ist, um so geringer wird der Zeitaufwand insgesamt im Durchschnitt, weil der Patient sich besser in seinem tiefen Anliegen verstanden fühlt und aktiver kooperiert.

Literatur

1. Höhl, R (2014) Therapiebooster Zielvereinbarung. In: Ärzte Zeitung 27.8.2014 S.11.

2. Siegel, A (2014) Zufriedenheit von Patienten, Versicherten und Ärzten mit der IVGK. Beitrag zum WS auf DEGAM-Kongress 2014 in Hamburg. (s.a.: Siegel, A (2018) GeKim-Studie. In: ZEFQ Vol. 130 (2018) S.35-41.)

3. Petzold TD, Bahrs O (2020). Beiträge der Salutogenese zu Forschung, Theorie und Professionsentwicklung im Gesundheitswesen. In: Jungbauer-Gans M; Kriwy P (2016-18) Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien VS; S. 89-115

4. Hansch D u. H Haken (2016) Synergetik in Hirnforschung, Psychologie und Psychotherapie. In: Petzer T u. Steiner S (Hrsg.): Synergie. Paderborn: Wilhelm Fink, S. 365–388.

5. Scott J (2013), Complexities of the Consultation. In: Sturmberg J P, Martin C M (Hrg.), Hand-book of Systems and Complexity in Health. New York: Springer, S. 257–277.

6. Petzold TD (2022) Schöpferisch kommunizieren – Aufbruch in eine neue Dimension des Denkens. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung; 2. Auflg.

7. Grawe K (2004) Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

8. Panksepp J, Moskal J (2008) Dopamine and Seeking: Subcortical »Reward« Systems and Appetetive Urges. In: Elliot AJ (Ed.) (2008) Handbook of approach and avoidance motivation. New York: Psychology Press; P 67–88.97.

9. Fuchs T (2010) Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart: Kohlhammer.

10. Antonovsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Tübingen: dgvt.

11. Petzold TD (2021) Drei entscheidende Fragen – Salutogene Kommunikation zur gesunden Entwicklung. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.

12. Locke E a. G Latham (2002) Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation. In: American Psychologist: Vol. 57, No. 9, 705–717 DOI: 10.1037//0003-066X.57.9.705.

13. Schubert C (2015) Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.

14. Fredrickson, B.L. et Cole, S. (2015) Psychological Well-Being and the Human Conserved Transcriptional. PLoS One. Doi: 10.1371/journal.pone.0121839.

15. Bauer, J. (2021) Das empathische Gen. Freiburg: Herder.

16. Elliot AJ (Ed.) (2008) Handbook of approach and avoidance motivation. New York: Psychology Press.

17. Tomasello M, Hamann K (2012) Kooperation bei Kleinkindern. https://www.mpg.de/4658054/Kooperation_bei_Kleinkindern. (Abruf 10.02.2016)

18. Tomasello M (2010) Warum wir kooperieren. Berlin: Suhrkamp.

19. Petzold TD (2015) Für eine gute Arzt-Patient-Kooperation ist die gemeinsame Intentionalität entscheidend. Zeitschrift für Allgemeinmedizin Z.Allg.Med.10: 6–10.

20. LeShan L, Büntig W (2010), Die Melodie des eigenen Lebens finden. Interview auf DVD. Müllheim: Auditorium.

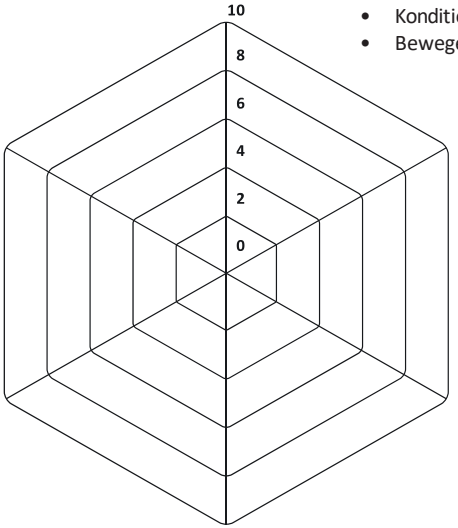
MEINE POSITIVE GESUNDHEIT

KÖRPERLICHE FUNKTION

- Sich gesund fühlen
- Fitsein
- Keine Beschwerden oder Schmerzen
- Schlafen
- Essen
- Sexualität
- Kondition
- Bewegen

DAS TÄGLICHE LEBEN

- Für sich selbst sorgen
- Seine Grenzen kennen
- Wissen über Gesundheit
- Mit Zeit umgehen
- Mit Geld umgehen
- Arbeiten können
- Um Hilfe bitten können



MENTALES WOHLGEFÜHL

- Erinnerungsvermögen
- Konzentrationsfähigkeit
- Kommunikationsfähigkeit
- Fröhlich sein
- Sich selbst akzeptieren
- Umgang mit Veränderungen
- Gefühl von Kontrolle

DAS SOZIALE LEBEN

- Soziale Kontakte
- Ernstgenommen werden
- Gemeinsam schöne Sachen machen
- Unterstützung durch andere
- Dazugehören
- Sinnvolle Tätigkeiten
- Interesse an der Gesellschaft

SINNGEBUNG

- Sinnvoll leben
- Lebenslust
- Ideale erreichen wollen
- Vertrauen haben
- Akzeptieren
- Dankbarkeit
- Weiterlernen

LEBENSQUALITÄT

- Geniessen
- Glücklich sein
- Sich wohlfühlen
- Leben in Balance
- Sich sicher fühlen
- Intimität
- Wohnsituation
- Genug Geld haben

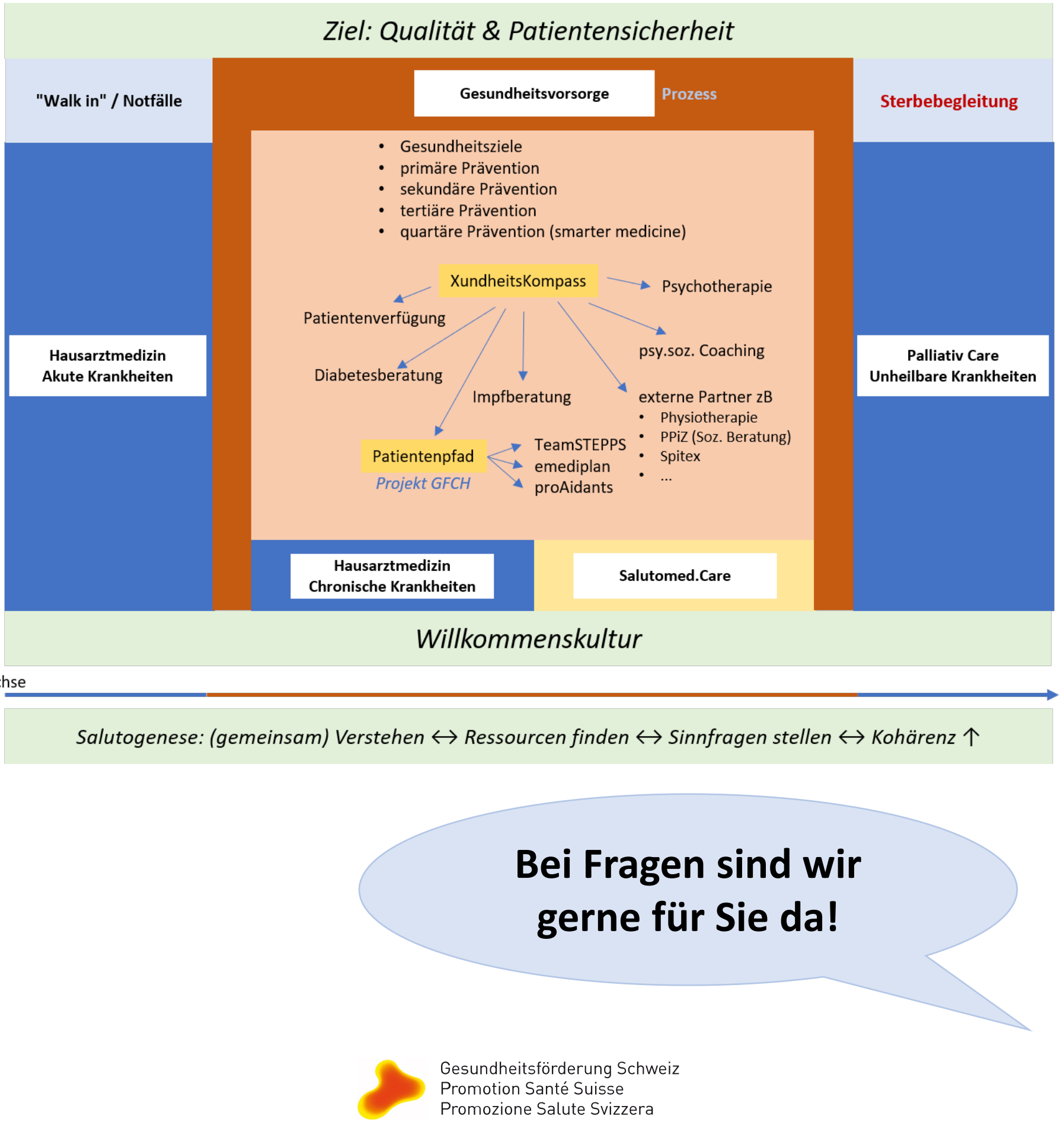
Mir fehlt etwas was mir wichtig ist:.....

Die Quelle: Institute for Positive Health (iPH) | Gesprächsinstrument Version: 2.0 Konzept

xunds grauholz
miteinander - füreinander

SALUTOMED
INTEGRATIVE MEDIZIN

Haben Sie Ihren XundheitsKompass dabei?



Bei Fragen sind wir gerne für Sie da!

Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

D «Haben Sie ihren Gesundheitspass dabei» (Poster WZ)

Plakat Wartezimmer XundheitsKompass V2

Konzept STMCare Angebot Idiolektik.doc

20201020 Einladung Infoanlass.docx

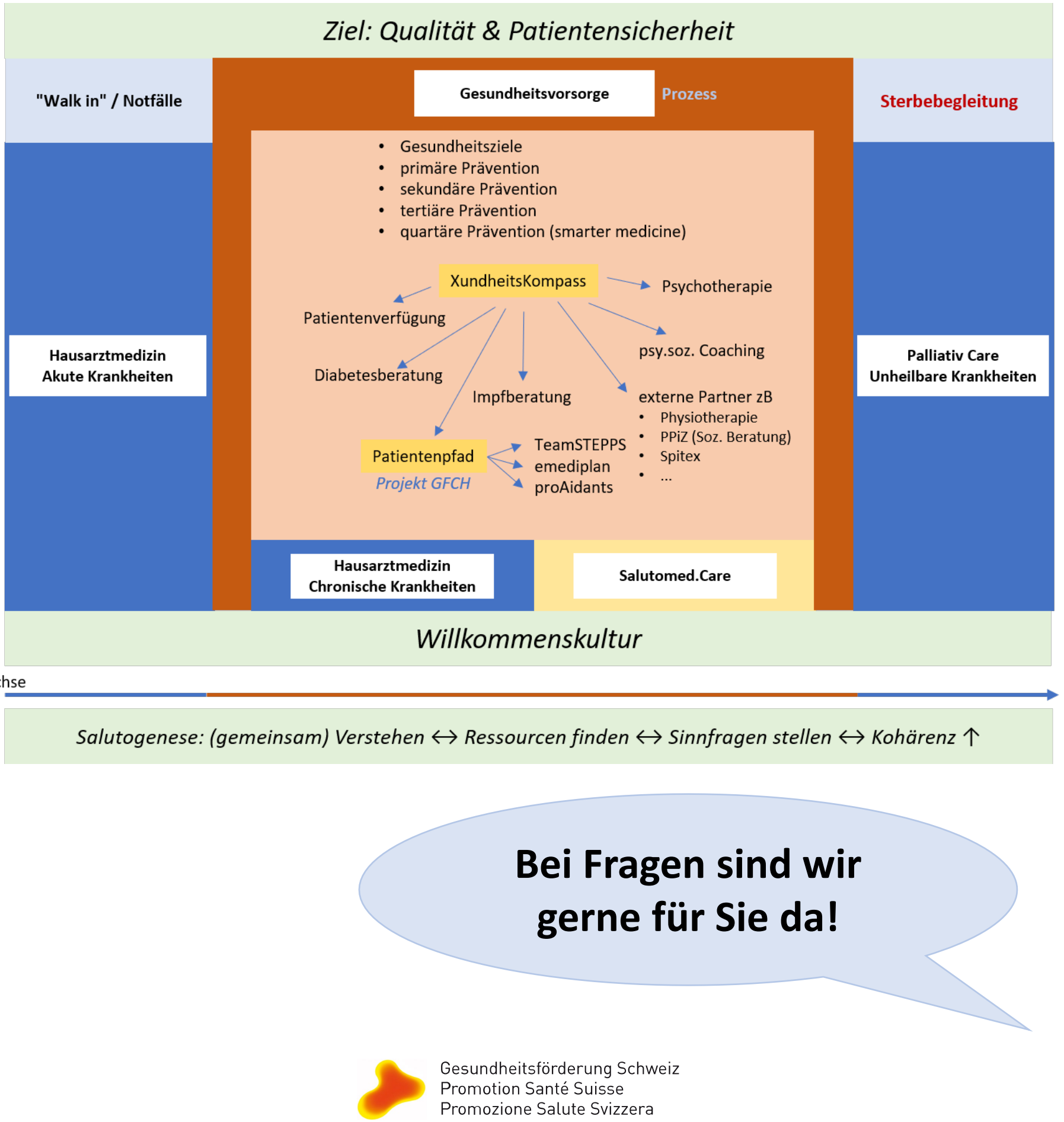
warum brauchen wir den xk definitiv.docx

Salutomed_Care.pdf

xunds grauholz
miteinander - füreinander

SALUTOMED
INTEGRATIVE MEDIZIN

Haben Sie Ihren XundheitsKompass dabei?



Bei Fragen sind wir gerne für Sie da!

Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Psychosoziales Coaching mit idiolektischen Gesprächen
"Alltagsgespräche zu Lebensfragen"

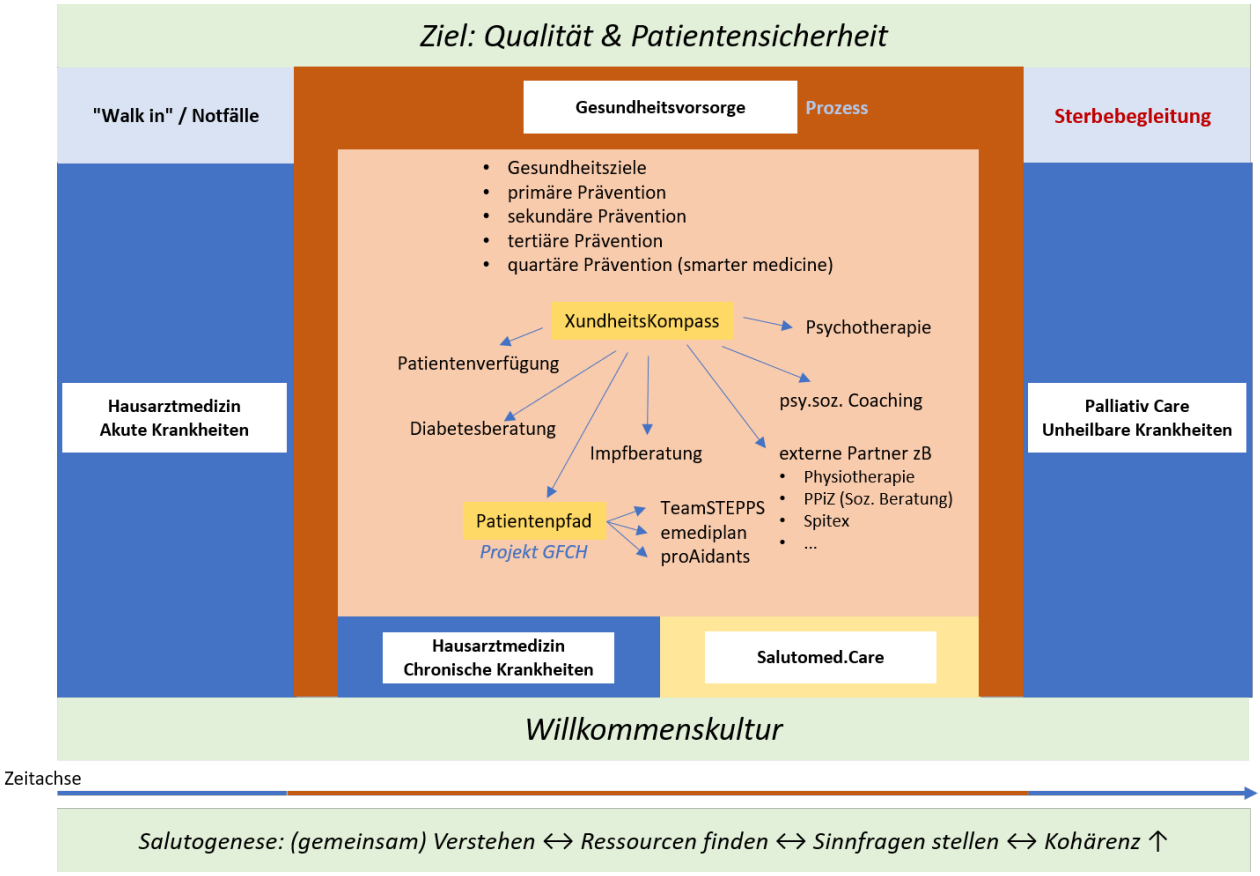
1 Verortung des Angebots innerhalb Salutomed

Das psychosoziale Coaching mit idiolektischen Gesprächen ist ein Angebot von Salutomed.Care.

Salutomed.Care unterstützt und begleitet Patientinnen und Patienten und deren Angehörige in ihrem Prozess im Umgang mit (schwierigen) gesundheitlichen Situationen und beim Definieren von persönlichen Gesundheitszielen (life care planning). Vorbild für Salutomed.Care ist die Palliative Care speziell das Prinzip des "end of life care planning". Salutomed.Care fokussiert auf salutogenetische Aspekte und fördert damit den Kohärenzsinn:

- Verstehbarkeit
  Fähigkeit, die Situation auf ihre Ursachen hin analysieren. "Ich will verstehen, was los ist."
- Handhabbarkeit
  Wissen um die eigenen Ressourcen. "Ich schaue, was ich brauche, was ich schon habe oder was ich noch entwickeln kann und wer mich dabei unterstützen kann."
- Sinnhaftigkeit
  Aufgaben im Leben haben einen Sinn. "Was macht Sinn für mich?"

Die Leistungen von Salutomed.Care werden durch nicht-ärztliche Fachpersonen im Auftrag und unter Aufsicht des jeweiligen Hausarztes/der jeweiligen Hausärztin erbracht.



2 Beschreibung des Angebots

2.1 Idiolektik

Idiolektik (idio=eigen und lexus=Sprache) ist eine Gesprächsführungsmethode, die sich konsequent an der Eigensprache des Gegenübers orientiert. Die Eigensprache eines Menschen ist seine individuelle Art, sich verbal und non-verbal mitzuteilen. In idiolektischen Gesprächen wird die Einzigartigkeit der Gesprächspartnerin/des Gesprächspartners gewürdigt und davon ausgegangen, dass jeder Mensch der wichtigste Experte für seine eigene Lebenssituation ist. Idiolektische Gespräche schaffen den erforderlichen Raum, um eigene Möglichkeiten, Ressourcen und Lösungen zu erkunden.

Idiolektik zeichnet sich durch einige (Frage-)Techniken und die Haltung der fragenden Person aus:

- Zieloffenheit
- Achtsamkeit und Sorgfalt
- Wertschätzung und Respekt
- Zugewandtheit und Interesse
- Anerkennung der inneren Weisheit
- Methodischer Immoralismus *"Es ist, wie es ist, ohne Wenn und Aber."*

2.2 Setting

Die Gespräche werden in der Regel als Einzelgespräche angeboten. Situativ kann eine Begleitperson dabei sein. Für Erstgespräche sollten 45 - 60 Minuten, für Folgegespräche 30 - 45 Minuten eingerechnet werden. Idiolektische Gespräche können jedoch auch als Kurz-Gespräche von ein paar Minuten Wirkung zeigen. Üblicherweise wird zu Beginn eines Gesprächs der zeitliche Rahmen bekannt gegeben.

Beim idiolektischen Gespräch wird eine frontale Sitzordnung vermieden. Dies lässt dem Gesprächspartner mehr Raum und fördert eine konstruktive Annäherungsbereitschaft. Die Gespräche können in einem beliebigen freien Zimmer in der Praxis, im K2 oder an der Bernstrasse stattfinden. Alternativ können die Gespräche auch draussen, beim Spazierengehen oder im Rahmen eines Hausbesuches erfolgen. Auf die nötige Diskretion (geschützter Rahmen) ist in jedem Fall zu achten.

2.3 Grenzen

Das *psychosoziale Coaching mit idiolektischen Gesprächen* unterstützt und begleitet die primären medizinisch-therapeutischen Massnahmen. Im Rahmen dieser Gespräche werden jedoch weder Diagnosen gestellt noch therapeutische Massnahmen durchgeführt oder angeordnet.

2.4 Zielgruppe

Das *psychosoziale Coaching mit idiolektischen Gesprächen* ist sehr gut geeignet für Patienten oder deren Angehörigen, die über ihre persönliche Gesundheitssituation reflektieren, Ressourcen erkunden und nach Lösungen suchen möchten. Zurzeit werden die Gespräche nur auf Deutsch angeboten.

2.5 Auftrag und Fragestellungen

Im Rahmen von Salutomed.Care könnten u.a. folgende Fragestellungen interessant sein:

- Umgang mit chronischen Krankheiten (coping)
- Einhalten von Therapie-Massnahmen / konstruktiver Umgang mit Widerständen (compliance)
- festgefahrene Prozesse, Sackgassen (Prozessbegleitung)

Da die Gespräche völlig zieloffen gestaltet werden, kann es vorkommen, dass andere Themen oder Fragestellungen auftauchen als diejenigen, für die das Coaching-Gespräch ursprünglich vereinbart wurde. Nach

dem Prinzip, dass *Störungen Vorrang haben*, folgt auch in diesen Fällen die gesprächsführende Person stets den Themen des Gesprächspartners.

3 Umsetzung des Angebots

3.1 Pilot

Im Rahmen ihrer Weiterbildung muss Regine Fankhauser mindestens 20 supervidierte[1] Einzelgespräche durchführen. Diese obligatorischen und allenfalls weitere Gespräche bilden den Pilot des Angebots. Der Pilot startet im September 2021 und dauert bis Ende Jahr.

Aufgrund der Erfahrungen in der Pilotphase soll herausgefunden werden, ob das Angebot des *psychosozialen Coachings mit idiolektischen Gesprächen* innerhalb Salutomed einem Bedürfnis entspricht.

Die Rekrutierung von Patienten geschieht über die Hausärzte/innen. Diese weisen geeignete Patienten auf das neue Angebot hin und motivieren sie, einen entsprechenden Termin beim Empfang abzumachen. Die Erst-Termine werden von den MPA vergeben. Allfällige Folgetermine werden in der Regel im Anschluss an ein Gespräch abgemacht.

Während der Pilotphase werden pro Woche maximal 5 Gespräche angeboten (Ressourcen von RF).

3.2 Evaluation

Nach jedem Gespräch können die Gesprächspartner einen kurzen Feedback-Fragebogen ausfüllen (s. Anhang). Ausserdem werden die involvierten Team-Mitglieder befragt, ob sie das Angebot als hilfreich betrachten.

Je nach Resultat der Evaluation wird

- der Pilot mit angepasstem Setting verlängert
- das Angebot in den Normalbetrieb überführt
- das Angebot nicht weitergeführt

3.3 Normalbetrieb

Das Angebot ist fixer Bestandteil der Angebotspalette von Salutomed.Care. Der zeitliche Rahmen (z.B. Anzahl Gespräche pro Woche, zeitliche Dauer der Gespräche) wird aufgrund der Erfahrungen aus der Pilotphase festgelegt.

3.4 Finanzierung

Prinzipiell handelt es sich beim *psychosozialen Coaching mit idiolektischen Gesprächen* um eine Aufgabe, welche von einem Arzt oder einer Ärztin an eine nichtärztliche Fachperson übertragen werden kann. Laut Gutachten von Prof. Kieser[2] können solche Leistungen abgerechnet werden, wie wenn sie der Arzt/die Ärztin selber durchgeführt hätte.

Da wir mit diesem Angebot Neuland betreten, könnten wir in der Pilotphase die Erstgespräche kostenfrei für die Patientinnen und Patienten anbieten.

[1] Marianne Kleiner, Dozentin GIG und co-Leiterin der Graduiertenausbildung, wird die Supervision durchführen
[2] Kieser U. (2018): Gutachten erstattet dem Kantonsspital Winterthur zu Fragen der krankenversicherungsrechtlichen Entschädigung für nichtärztliches Personal.

4 Personelles

4.1 Erforderliche Fachkompetenzen

Die Standards für die Ausbildungen in Idiolektik werden durch die *Gesellschaft für Idiolektik und Gesprächsführung* (https://idiolektik.de) festgelegt. Die Gesellschaft ist auch für die Akkreditierung der Dozenten, das Ausstellen von Zertifikaten und die Einhaltung von Qualitätsstandards zuständig. Das Curriculum sieht zurzeit folgendermassen aus:

- optional: Modulweiterbildungen (3-5 WE[3])
- Basisausbildung (82 WE)
- Graduiertenausbildung (60 WE plus 20h Einzelgespräche)
- Gruppenleitung (22 WE)

Um Idiolektik als Hauptmethode im beruflichen Kontext professionell einsetzen zu können, empfiehlt die GIG, nebst der Basisausbildung auch die Graduiertenausbildung zu absolvieren.

Die Methode kann problemlos mit anderen Gesprächsmethoden oder Kreativ-Techniken kombiniert werden. Natürlich unter der Voraussetzung, dass die Fachperson über die nötigen Fachkompetenzen dieser Methoden und Techniken verfügt.

4.2 Regine Fankhauser

Meine Motivation

Weil mich schon von klein auf alles Lebendige faszinierte und mich immer wieder in respektvolles Staunen versetzte, hatte ich zunächst Biologie studiert. Ich liebte es, als Verhaltensforscherin und Ökologin draussen unterwegs zu sein, Tiere zu beobachten und das Zusammenspiel der verschiedenen Lebewesen in einem Ökosystem zu ergründen.

Diese Faszination und ein ebenso respektvolles Staunen empfinde ich auch, wenn ich in einem idiolektischen Gespräch mich von meinem Gesprächspartner im Gespräch quasi an die Hand nehmen und durch seine höchst individuelle Lebenswelt führen lasse.

Ich bin der festen Überzeugung, dass in jedem Menschen viele Ressourcen vorhanden sind und dass durch eine zieloffene Begleitung, der Zugang zu diesen erleichtert werden kann.

Wenn es mir durch meine Arbeit zum Beispiel gelingt, Menschen zu befähigen, besser oder leichter mit einer schwierigen Situation umgehen zu können, dann empfinde ich dies als wunderbares Geschenk.

Ausbildungen

- Biologiestudium (Uni Bern, lic. phil II; ETHZ, Dr. sc. nat.)
- DAS Bewegungsbasierte Altersarbeit (BFH, Diploma of advanced studies)
- CAS Kommunikation und individuelle Prozessbegleitung (BFH, Certificate of advanced studies)
- Basisausbildung idiolektische Gesprächsführung (GIG, Basiszertifikat)
- Graduiertenausbildung idiolektische Gesprächsführung (GIG, Idiolektische Beratung Grad. IG; in Ausbildung, Abschluss Sommer 2022)

[3] Eine Weiterbildungseinheit (WE) entspricht 4 Lektionen à 45 Minuten (= 3 Zeitstunden)

5 Anhang

5.1 Feedback-Formular

Session Rating Scale[4]

Name: _____ Alter: _____ Gespräch Nr.: _____

Bitte bewerten Sie das heutige Gespräch, indem Sie auf der Linie ankreuzen, inwieweit eine der Beschreibungen zutrifft.

Beziehungsebene

Ich fühlte mich *nicht* gehört, verstanden und respektiert.	|----------|	Ich fühlte mich gehört, verstanden und respektiert.

Ziele und Themen

Wir haben *nicht* daran gearbeitet und darüber geredet, woran ich arbeiten und worüber ich reden wollte.	|----------|	Wir haben daran gearbeitet und darüber geredet, woran ich arbeiten und worüber ich reden wollte.

Herangehensweise oder Methode

Die Herangehensweise passt *nicht* gut für mich.	|----------|	Die Herangehensweise passt gut für mich.

Insgesamt

Im heutigen Gespräch hat etwas gefehlt.	|----------|	Insgesamt gesehen war das heutige Gespräch für mich angemessen.

[4] Adaptiert nach Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson (2002), Center for Clinical Excellence

Zollikofen, 20.10.21

Patienten-Anlass "Xundheits.Kompass und koordinierter Patientenpfad"

Liebe Patientin, lieber Patient

eine bessere Koordination und Kommunikation unter den Gesundheitsfachpersonen in der Region ist eines unserer grossen Anliegen. Wir sind der Überzeugung, dass es zusätzlich eine echte Mitwirkung der Patienten und deren Angehörigen braucht.

Diese Mitwirkung versuchen wir über den Xundheits.Kompass und den koordinierten Patientenpfad zu stärken. Im Verlauf, des letzten Jahres haben Sie den Xundheits.Kompass ausgefüllt und/oder an einem Beratungsgespräch zum Thema teilgenommen.

Sehr gerne laden wir Sie zu einem Informations- und Austauschtreffen ein. Hier erfahren Sie, wo wir diesbezüglich aktuell stehen und wie es weiter gehen soll. Ausserdem erhalten Sie Gelegenheit, sich mit anderen Patientinnen und Patienten auszutauschen und bekommen weitere Hinweise, wie sie selber einen aktiven Part innerhalb Ihres Gesundheitsteams übernehmen können.

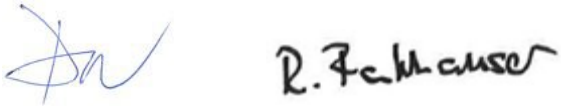
Damit es zeitlich möglichst Vielen passt, bieten wir das Treffen an drei Tagen zu unterschiedlichen Zeiten an:

Montag	01.11.21	15:00-17:00
Mittwoch	03.11.21	18:00-20:00
Donnerstag	12.11.21	09:00-11:00

Ort Seminarraum Salutomed
Kirchlindachstrasse 2
3052 Zollikofen
1. Stock, Eingang Logopädie

Moderation Sabine Rentsch, Mitglied AG Patientenpfad konkret
Regine Fankhauser, co-Projektleitung

Wir freuen uns, wenn Sie sich mit beiliegendem Anmeldetalon (per Post, Email oder persönlich beim Empfang in der Praxis) anmelden.



Michael Deppeler & Regine Fankhauser

co-Leitung Projekt koordinierter Patientenpfad

ANMELDUNG

Ich nehme am Patienten-Anlass "Xundheits.Kompass und koordinierter Patientenpfad" teil.

Name: _____

Adresse: _____

Bitte passendes Datum ankreuzen.

Montag	01.11.21	15:00-17:00	□
Mittwoch	03.11.21	18:00-20:00	□
Donnerstag	12.11.21	09:00-11:00	□

Ort Seminarraum Salutomed
Kirchlindachstrasse 2
3052 Zollikofen
1. Stock, Eingang Logopädie

Moderation Sabine Rentsch, Mitglied AG Patientenpfad konkret
Regine Fankhauser, co-Projektleitung

Anmeldung per Post, per Email an r.fankhauser@salutomed.ch oder persönlich am Empfang.

Wir freuen uns auf Sie!

warum brauchen wir einen **XundheitsKompass**….
….und andere Werkzeuge

Nach über 25 Jahren Erfahrung in der Hausarztpraxis wächst die Erkenntnis,
dass unser Gesundheitswesen zwar immer noch sehr gut ist,
aber auch immer grösser, unübersichtlicher und komplexer geworden ist –
und wohl darum auch teurer, denn….

- es gibt mehr Krankheiten und Diagnosen
- es gibt mehr verschiedene Therapien, nicht nur Medikamente
- es gibt mehr Spezialistinnen, nicht nur Ärztinnen sondern
- es gibt auch mehr und verschiedene Therapeutinnen- auch komplementär

darum

- gibt es auch immer mehr sogenannte Schnittstellen,
- also Verbindungen von Spezialisten- Therapeutinnen, Spitex, Spitälern und zwischen den Hausärztinnen in einer Praxis.
- wo Informationen fliessen oder eben auch nicht – oder doppelt.

...und mit der Teilzeit-Arbeit hat das noch zugenommen
es wird **immer schwieriger «nur» eine Ansprechperson zu haben**.

Dies **gilt besonders dann, wenn Menschen chronisch krank sind** oder gar mehrere chronische Krankheiten haben.
darum
haben wir – auch in Zusammenarbeit mit Betroffenen und Patientinnen sowie Angehörigen folgende «Hilfsmittel» - Werkzeuge mitentwickelt

1. **XundheitsKompass**
   a. Es ist eine Checkliste, die ein Patient entwickelt hat, weil er seine krebskranke Frau ins Spital begleiten musste, und immer etwas fehlte
   b. Der XundheitsKompass ist eine Grundlage, um hier Vorarbeit zu leisten, damit weniger vergessen geht, damit alle Informationen beieinanderbleiben.
   c. Der XundheitsKompass fördert das «Selbst-Management» (also auch die Autonomie) und die «Gesundheitskompetenz»
   d. damit Sie sich im Gesundheitsdschungel besser orientieren können
   e. damit können sie sich auf verschiedene Fragen vorbereiten, die im Spital gestellt werden wie z.B. Patientenverfügung, Vorsorgeauftrag, Reanimation,
2. **TeamUP**
   a. Hier geht es um einen Perspektivenwechsel, Wechsel der Sichtweise
   b. Der Patient wird Teil des Teams – als **Partner im Dialog auf Augenhöhe**
   c. …und ist/wird **Experte seiner Krankheit**,
   d. die Profis sind die Experten der Krankheiten
   e. Gemeinsam kümmern sie sich um die Probleme, die Fragen, die Themen, die im Zentrum stehen, die Autonomie wird weiter gefördert
3. **Peer Begleitung**
   a. Viele Studien zeigen, dass Patienten, Betroffene mehr handeln, auch ihr Verhalten verändern, wenn sie von Patienten und selber Betroffenen begleitet werden bei all den Fragen zu ihren Krankheiten.
   b. Ca. **70% der Themen sind ähnlich**, unabhängig welche Krankheit ich habe, sei es Diabetes, Herzkrankheit, Rheuma, Krebs oder psychische Krankheiten
   c. Es geht um Themen wie «Medikamentensicherheit» oder «Müdigkeit» oder «Schmerzen» oder «Autonomie» oder «Schlafprobleme» etc.

AG Salutomed.Care

Jana, Michael, Rebekka B., Regine, Theres, Thomas L.

letztes Treffen: 26.04. nächstes Treffen: 08.06.

Jahresziele 2022

→ Schnittstellen zu Nahtstellen zur Förderung der Patientensicherheit

- Projekt Patientenpfad
- Xundheits.Kompass
- TeamUP
- interne Rollen + Aufgaben definiert + bekannt
- interprofessionelle Zusammenarbeit

→ Prozess bei Menschen mit chron. Krankheiten

- definiert + bekannt
- Auftragsklärung
- Einsatz von stand. Trägebögen
- Peer Begleitung

neuland

E TeamSTEPPS (pdf)

PocketGuide-TeamSTEPPS-deutsch.pdf

Programm Master Trainer Kurs TeamSTE

Pocket Guide

TeamSTEPPS® 2.0

Teamstrategien und Instrumente zur Erhöhung der Leistung und Patientensicherheit

Lizenzierte Übertragung in die deutsche Sprache

Entwickelt für das Patientensicherheitsprogramm des Verteidigungsministeriums in Zusammenarbeit mit der Agentur für Forschung und Qualität im Gesundheitswesen
TeamSTEPPS® 2.0 Pocket Guide

Huttenscher Verlag 507
1. Auflage 2020
Übersetzung Andrea Reith (MBA), Dr. Horst Poimann
Redaktion Dr. Regine Fankhauser, Stefan Hergenröder

Satz Elstersatz, Wildflecken
Druck docupoint GmbH, Barleben

Deutsche Ausgabe erhältlich bei
Huttenscher Verlag 507
Traubengasse 15 · 97072 Würzburg
www.huttenscherverlag507.de
ISBN 978-3-930823-08-6

fünf nullsieben

Inhalt

- Vorwort 5

TeamSTEPPS®2.0

- Rahmenbedingungen und Kompetenzen 7
- Schlüsselprinzipien 9

Teamstruktur

- Multidisziplinäres Team-System für die Patientenversorgung 12

Kommunikation

- SBAR 14
- Call-Out (Ausruf) 15
- Check-Back (Rückmeldung, -fragen) 16
- Handoff (Übergabe) 17
- Ich übertrage die Verantwortung 18

Führung

- Effektive Teamleiter 20
- Team-Aktivitäten 21
- Briefing Checkliste 22
- Nachbesprechungs-Checkliste (Debriefing) 23

Situationsüberwachung

- Prozess der Situationsüberwachung 26
- STEP 27
- Cross-Monitoring 29
- I'M SAFE-Checkliste 30

Gegenseitige Unterstützung

- Task assistance (Hilfeleistung im Arbeitsalltag) 32
- Rückmeldung (Feedback) 33
- Interessenvertretung und Durchsetzung 34
- Two-Challenge Rule (Sich mindestens zweimal zu Wort melden) 35
- CUS 36
- DESC-Skript 37

Instrumente zur Beobachtung der Teamleistung 38

Hindernisse, Instrumente und Strategien sowie Ergebnisse 39

Kontaktinformationen 40

Vorwort

TeamSTEPPS® beruht auf mehr als 20-jähriger Forschung über Teamarbeit, Teamtraining und kulturelle Veränderungen in Organisationen mit Blick auf Ergebnisse der Behandlung, der Patientensicherheit und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Es ist darauf ausgerichtet, die Rollen und die Verantwortlichkeiten im Team zu klären, den Gebrauch von Information und Ressourcen sowie den Einsatz von Personal zu optimieren, um für die Patienten das beste klinische Ergebnis zu erzielen. TeamSTEPPS® wurde vom Department for Defense und Agency for Healthcare Research and Quality in den Vereinigten Staaten von Amerika entwickelt. Es wird weltweit eingesetzt und unzählige wissenschaftliche Arbeiten belegen seinen Erfolg. Sein Schwerpunkt liegt unzweifelhaft in kommunikativen Bausteinen, die mit relativ wenig Aufwand von Stunden etabliert und sofort im klinischen Alltag angewendet werden können.

Wir freuen uns außerordentlich hier die erste lizenzierte Übertragung ins Deutsche für eine interessierte Öffentlichkeit vorzustellen und hoffen auf eine rasche und weite Verbreitung überall im deutschsprachigen Gesundheitswesen, in Deutschland, Österreich und in der Schweiz.

Würzburg und Bern, 20. 2. 2020
R. Fankhauser, H. Poimann, A. Reith

TeamSTEPPS® 2.0

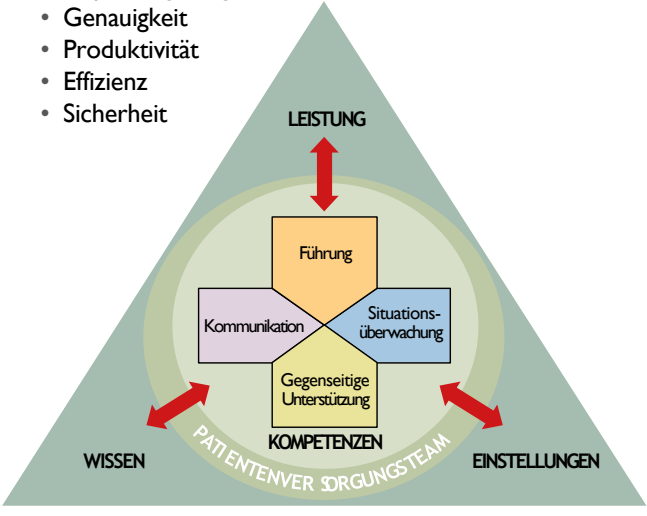
Rahmenbedingungen und Kompetenzen

Drei Ergebnisse bei der Anwendung der Teamkompetenzen:

Wissen
- Gemeinsames mentales Modell

Einstellung/ Haltung
- Gegenseitiges Vertrauen
- Team-Orientierung

Leistung
- Anpassungsfähigkeit
- Genauigkeit
- Produktivität
- Effizienz
- Sicherheit



TeamSTEPPS hat fünf Schlüsselprinzipien. Es basiert auf einer Teamstruktur und vier lehr- und lernfähigen Fertigkeiten: Kommunikation, Führung, Situationsüberwachung und gegenseitige Unterstützung. Die Pfeile stellen ein dynamisches Wechselspiel zwischen den vier Fertigkeiten und den teambezogenen Ergebnissen dar. Die Interaktion zwischen den Ergebnissen und den Fertigkeiten ist die Grundlage eines Teams, das nach einer sicheren, qualitativ hochwertigen Behandlung und einer Unterstützung der Qualitätsverbesserung strebt. Die vier Fertigkeiten werden in der Abbildung von der Teamstruktur des Patiententeams umgeben, das nicht nur den Patienten und die direkten Behandler repräsentiert, sondern auch diejenigen, die eine unterstützende Rolle innerhalb des Gesundheitssystems spielen.

… TeamSTEPPS ist ein evidenzbasierter Rahmen zur Optimierung der Teamleistung in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung.

Schlüsselprinzipien

Struktur des Teams

Identifizierung der Komponenten eines Multidisziplinären Teams, die effektiv zusammenwirken müssen, um die Patientensicherheit zu gewährleisten

Kommunikation

Strukturierter Prozess, in dem Informationen klar und genau zwischen den Teammitgliedern ausgetauscht werden

Führung

Fähigkeit, die Aktivitäten der Teammitglieder zu maximieren, indem sichergestellt wird, dass die Handlungsabläufe des Teams verstanden werden, neue Informationen mitgeteilt werden und die Teammitglieder über die notwendigen Ressourcen verfügen

Überwachung der Situation

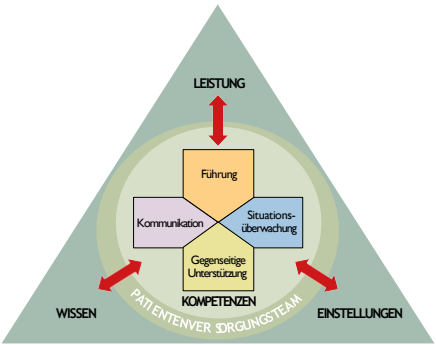
Prozess des aktiven Abtastens und Bewertens von Situationselementen in der medizinischen Behandlung, um Informationen oder Verständnis zu erhalten oder das Bewusstsein zur Unterstützung der Teamarbeit aufrechtzuerhalten

Gegenseitige Unterstützung

Fertigkeit, die Bedürfnisse der Teammitglieder durch genaue Kenntnis ihrer Verantwortlichkeiten und ihres Arbeitspensums zu antizipieren und zu unterstützen

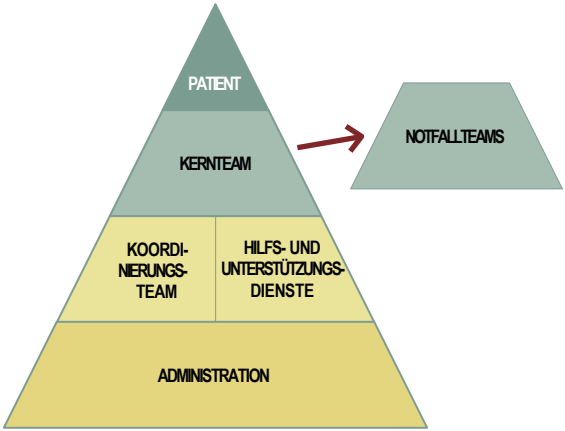
TeamSTEPPS® 2.0

Teamstruktur



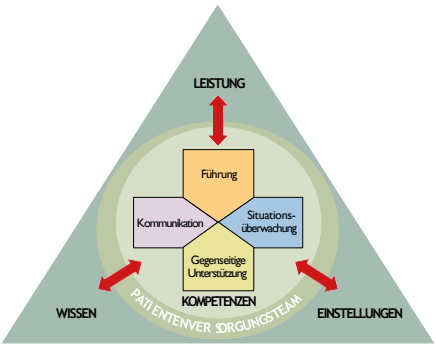
Multidisziplinäres Team-System für die Patientenversorgung

Sichere und effiziente Gesundheitsversorgung umfasst die koordinierten Tätigkeiten eines Multi- und interdisziplinären Behandlungsteams.



TeamSTEPPS® 2.0

Kommunikation



SBAR

Eine Technik zur Übermittlung kritischer Informationen, die sofortige Aufmerksamkeit und Maßnahmen bezüglich des Zustands eines Patienten erfordern

Situation – Was ist mit dem Patienten los?
„Ich rufe wegen Frau Joseph in Zimmer 251 an. Ihr Hauptproblem ist eine neu aufgetretene Atemnot."

Background (Hintergrund) – Was ist der klinische Hintergrund oder Kontext?
„Die Patientin ist eine 62-jährige Frau, erster postoperativer Tag nach einem abdominellen Eingriff. In der Vorgeschichte gibt es keine Herz- oder Lungenerkrankungen."

Assessment (Bewertung) – Worin besteht meiner Meinung nach das Problem?
„Die Atemgeräusche sind auf der rechten Seite vermindert, sie hat dabei Schmerzen. Ein Pneumothorax sollte ausgeschlossen werden."

Recommendation and Request (Empfehlung und Forderung) – Was würde ich tun, um die Situation zu verbessern?
„Ich bin der Meinung, dass die Patientin sofort untersucht werden sollte. Können Sie jetzt bitte in Zimmer 251 kommen?"

Call-Out (Ausruf)

Strategie zur Kommunikation wichtiger oder kritischer Informationen

- Informiert alle Teammitglieder gleichzeitig (in Notfallsituationen)
- Hilft den Teammitgliedern, die nächsten Schritte vorauszusehen
- Es ist wichtig, die Verantwortung auf eine bestimmte Person zu übertragen, die für die Durchführung der Aufgabe verantwortlich ist.

Beispiel eines gerade eingelieferten Traumapatienten

Leitender Arzt: *„Status der Atemwege?"*

Assistenzarzt: *„Atemwege frei"*

Leitender Arzt: *„Atemgeräusche?"*

Assistenzarzt: *„Atemgeräusche rechts vermindert"*

Assistenzarzt: *„Blutdruck?"*

Krankenschwester: *„Blutdruck ist 96/62"*

Check-Back
(Rückmeldung, -fragen)

Verwendung eines geschlossen Kommunikationskreislaufes, um sicherzustellen, dass vom Sender übermittelte Informationen vom Empfänger so wie beabsichtigt verstanden werden

Die Schritte umfassen Folgendes:

1. Absender macht eine Mitteilung
2. Der Empfänger nimmt die Nachricht an und gibt eine Rückmeldung
3. Der Absender überprüft die Rückmeldung, um sicherzustellen, dass die Nachricht genau empfangen wurde.

Beispiel

Arzt: *„Geben Sie 25 mg Benadryl intravenös als Bolus."*

Krankenschwester: *„25 mg Benadryl intravenös als Bolus."*

Arzt: *„Das ist richtig, 25 mg Benadryl intravenös als Bolus."*

Handoff (Übergabe)

Handoff heißt Weitergabe von Informationen (zusammen mit der Übertragung der Verantwortung) während der verschiedenen Übergaben über den gesamten Behandlungszeitraum hinweg.

Sie beinhaltet die Möglichkeit, Fragen zu stellen, Sachverhalte zu klären und zu bestätigen.

Beispiele für Übergabe in der Gesundheitsversorgung sind:

- Schichtwechsel
- Übertragung von Verantwortung und Übergabe zwischen Pflegepersonal, Krankenschwestern/ -pflegern, Arzthelfern/ Ärzten
- Patiententransfer innerhalb des Krankenhauses und zur Weiterbehandlung außerhalb.

Ich übertrage die Verantwortung

Strategie zur Verbesserung des Informationsaustauschs bei Übergaben in der Gesundheitsversorgung

"I PASS THE BATON"

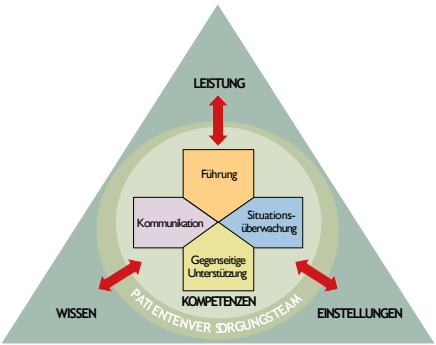
I	**Introduction** (Einführung)	Stellen Sie sich und Ihre Rolle/Aufgabe vor (einschließlich Patient)
P	**Patient** (Patient)	Name, Identifizierungsmerkmale, Alter, Geschlecht, Ort
A	**Assessement** (Bewertung)	Präsentieren Sie die Hauptbeschwerde, Vitalzeichen, Symptome und Diagnosen
S	**Situation** (Situation)	Aktueller Status/Umstände, einschl. Code-Status, Grad der (Un-)Sicherheit, kürzliche Änderungen und Reaktion auf d. Behandlung
S	**Safety Concerns** (Sicherheitsthemen)	Kritische Laborwerte/Berichte, sozioökonomische Faktoren, Allergien und Warnungen (Stürze, Isolation usw.)

THE

B	**Background** (Hintergrund)	Komorbiditäten, frühere Episoden, aktuelle Medikamente und Familiengeschichte
A	**Actions** (Aktionen)	Erklären Sie, welche Maßnahmen ergriffen wurden oder erforderlich sind. Geben Sie eine Begründung an.
T	**Timing** (Zeitplan)	Dringlichkeitsstufe und explizite Zeitplanung und Priorisierung der Maßnahmen
O	**Ownership** (Verantwortlichkeit)	Identifizieren Sie, wer verantwortlich ist (Person/Team), einschließlich Patienten/Familienmitglieder
N	**Next** (Nächste Schritte)	Was wird als nächstes passieren? Erwartete Veränderungen? Wie sieht der Plan aus? Gibt es Notfallpläne?

TeamSTEPPS® 2.0

Führung



Effektive Teamleiter

Verantwortliche und effektive Teamleiter:

- organisieren das Team,
- identifizieren und formulieren klare Ziele (d. h. Planung),
- weisen Aufgaben und Verantwortlichkeiten zu,
- überwachen die Planung, passen sie an und kommunizieren Änderungen,
- überprüfen die Leistung des Teams und geben bei Bedarf Feedback,
- verwalten Ressourcen und weisen sie zu,
- erleichtern den Informationsaustausch,
- ermutigen die Teammitglieder, sich gegenseitig zu unterstützen,
- erleichtern die Konfliktlösung in einer lernenden Arbeitsumgebung
- und gestalten effektive Teamarbeit.

Team-Aktivitäten

Die Planung mit anderen teilen

- **Kurze Beratung** (Briefing) – Kurze Sitzung vor Beginn, um die Ablaufplanung und den Teameinsatz zu besprechen, Rollen und Verantwortlichkeiten zuzuweisen, Erwartungen und Arbeitsklima anzusprechen, Ergebnisse und wahrscheinliche Eventualitäten zu antizipieren

Überwachung und Anpassung der Planung

- **Köpfe zusammenstecken, „Kriegsrat halten"** (Huddle) – Ad-hoc-Sitzung zur Wiederherstellung des Situationsbewusstseins, zur Verstärkung bereits bestehender Pläne und zur Beurteilung der Notwendigkeit einer Anpassung des Plans

Überprüfung der Leistung des Teams

- **Nachbesprechung** (Debriefing) – Abschließender informeller Informationsaustausch zur Verbesserung der Teamleistung und -effektivität durch Festhalten des Gelernten und Verstärkung positiver Verhaltensweisen

Briefing Checkliste

Während des Briefings sollte sich das Team mit den folgenden Fragen befassen:

- [ ] Wer ist heute im Team?
- [ ] Verstehen alle Mitglieder die Ziele und stimmen sie zu?
- [ ] Sind die Rollen und Verantwortlichkeiten bekannt?
- [ ] Wie sieht unser Behandlungsplan aus?
- [ ] Welche Mitarbeiter und beteiligte Berufsgruppen sind während der gesamten Schicht anwesend?
- [ ] Wie wird die Arbeitsbelastung unter den Teammitgliedern verteilt?
- [ ] Welche Ressourcen stehen zur Verfügung?

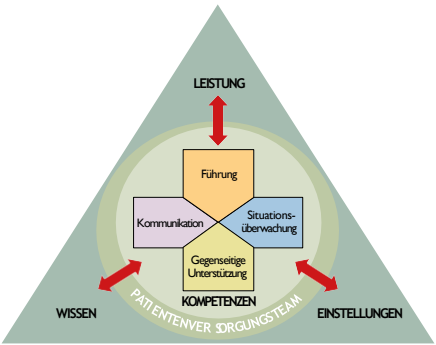
Nachbesprechungs-Checkliste (Debriefing)

Das Team sollte sich bei einer Nachbesprechung mit den folgenden Fragen befassen:

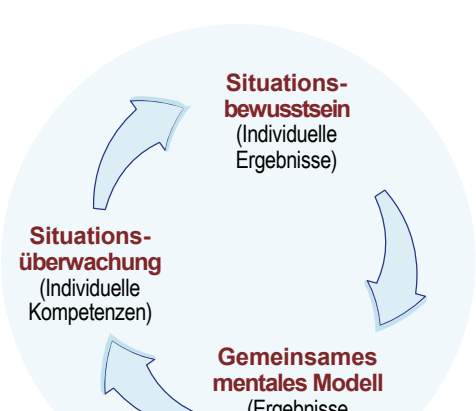
- [ ] Was sollte verbessert werden?
- [ ] War die Kommunikation klar?
- [ ] Waren die Rollen und Verantwortlichkeiten bekannt?
- [ ] Wurde das Situationsbewusstsein aufrechterhalten?
- [ ] War die Arbeitsbelastung gerecht verteilt?
- [ ] Wurde Unterstützung für die Aufgabe angefordert oder angeboten?
- [ ] Welche Fehler wurden gemacht?
- [ ] Welche Fehler wurden vermieden?
- [ ] Waren Ressourcen verfügbar?
- [ ] Was ist gut gelaufen?

TeamSTEPPS® 2.0

Situations-überwachung



Prozess der Situationsüberwachung



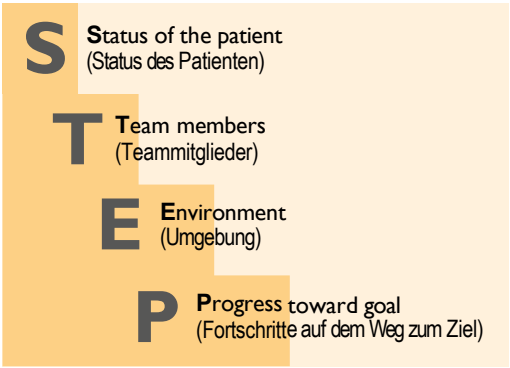
Situationsüberwachung ist der Prozess des kontinuierlichen Scannens und Bewertens einer Situation, um ein Verständnis dafür zu gewinnen und aufrechtzuerhalten, was um Sie herum geschieht.

Situationsbewusstsein ist der Zustand„zu wissen, was um Sie herum passiert".

Ein **gemeinsames mentales Modell** ergibt sich daraus, dass jedes Teammitglied das Situationsbewusstsein aufrechterhält und sicherstellt, dass alle Teammitglieder die gleiche Vorstellung von der Versorgungssituation eines Patienten haben.

STEP

Bausteine der Situationsüberwachung



STEP – Instrumente die Helfen, die Behandlungs-situationen zu erfassen.

Status des Patienten
- Krankengeschichte des Patienten
- Vitalzeichen
- Medikamentenplan
- Körperliche Untersuchung
- Behandlungsplan
- Psychosoziale Fragen

Team-Mitglieder
- Müdigkeit
- Arbeitsbelastung
- Durchführung der Aufgabe
- Fertigkeiten
- Stress

Environment (Umgebung)
- Angaben/ Informationen zur Einrichtung
- Angaben/ Informationen zu Verwaltung
- Personalwesen
- Triage Einsatz und Wirkung
- Ausrüstung

Progress (Fortschritte auf dem Weg zum Ziel)
- Status der Patienten des Teams?
- Festgelegte Ziele des Teams?
- Aufgaben/Aktionen des Teams?
- Ist der Behandlungsplan noch angemessen?

Cross-Monitoring

Eine Strategie zur Schadens-/Fehlerreduzierung, die Folgendes beinhaltet:

- einen Blick auf die Aktionen anderer Teammitglieder zu werfen,
- ein Sicherheitsnetzes innerhalb der Mannschaft bereitzustellen,
- sicherzustellen, dass Fehler oder versehentliche Fehler schnell und leicht erkannt werden,
- sich gegenseitig„den Rücken freizuhalten“.

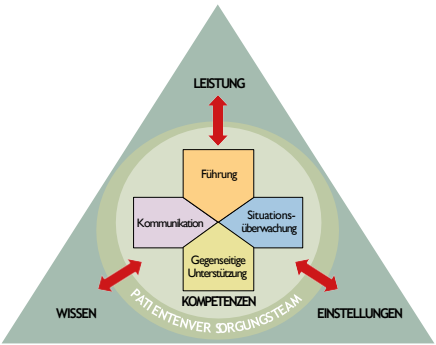
I'M SAFE-Checkliste

Jedes Teammitglied ist für die Feststellung seines persönlichen Sicherheitsstatus selbst verantwortlich.

- I **Illness** (Krankheit)
- M **Medication** (Medikamente)
- S **Stress** (Belastung)
- A **Alcohol and Drugs** (Alkohol und Drogen)
- F **Fatigue** (Ermüdung)
- E **Eating and Elimination** (Essen und Ausscheidung)

TeamSTEPPS® 2.0

Gegenseitige Unterstützung



Task assistance
(Hilfeleistung im Arbeitsalltag)

Anderen bei der Bewältigung von Aufgaben zu helfen, trägt zur Teambildung bei. Zu den wichtigsten Strategien gehören:

- Die Teammitglieder schützen sich gegenseitig vor Arbeitsüberlastung.
- Effektive Teams stellen alle Bitten um Hilfe und Unterstützungsangebote in den Kontext der Patientensicherheit.
- Die Teammitglieder fördern ein Klima, in dem erwartet wird, dass Hilfe aktiv **gesucht** und **angeboten** wird.

Rückmeldung
(Feedback)

Informationen, die den Teammitgliedern zum Zweck der Verbesserung der Teamleistung zur Verfügung gestellt werden.
Das Feedback sollte folgendermaßen gegeben werden:

- **rechtzeitig** – kurz nach dem Auftreten des gerade gezeigten Verhaltens,
- **respektvoll** – konzentriert sich auf Verhaltensweisen, nicht auf persönliche Eigenschaften,
- **spezifisch** – bezieht sich auf eine bestimmte Aufgabe oder ein Verhalten, das bestärkt werden soll oder eine Korrektur erfordert,
- **auf Verbesserung ausgerichtet** – gibt Hinweise für zukünftige Verbesserungen,
- **rücksichtsvoll** – berücksichtigt die Gefühle eines Teammitglieds und spricht kritische Gesichtspunkte mit Fairness und Respekt an.

Immer nachfragen: ist das Feedback angekommen und verstanden worden.

Interessenvertretung und Durchsetzung

Fürsprache für den Patienten

Wird eingesetzt, wenn die Standpunkte von Teammitgliedern nicht mit denen des Entscheidungsträgers übereinstimmen

Korrekturmaßnahmen in einer **standhaften, festen** und **respektvollen** Weise durchsetzen

- Gewinnen Sie die Aufmerksamkeit der anderen Teammitglieder
- Benennen Sie das Anliegen
- Beschreiben Sie das Problem (real oder wahrgenommen)
- Bieten Sie eine Lösung an
- Einigen Sie sich auf die nächsten Schritte

Two-Challenge Rule
(Sich mindestens zweimal zu Wort melden)

Befähigt alle Teammitglieder, einen Ablauf zu „stoppen“, wenn sie eine wesentliche Sicherheitsverletzung wahrnehmen oder entdecken und eine erste deutliche Aussage ignoriert wird:

- Es liegt in Ihrer Verantwortung, mindestens **zwei Mal** Ihre Besorgnis zu äußern, um sicherzustellen, dass sie gehört wurde
- Das angesprochene Teammitglied muss bestätigen, dass die Äußerung der Besorgnis von ihm gehört wurde
- Wenn das Sicherheitsproblem weiterhin nicht beachtet wird:
  - Ergreifen Sie gegebenenfalls weitere Schritte
  - Beziehen Sie Vorgesetzte unter Einhaltung der hierarchischen Gegebenheiten ein

CUS

Durchsetzungsfähige Aussagen

I am	**C**	ONCERNED
I am	**U**	NCOMFORTABLE
This is a	**S**	AFETY ISSUE!

"Stop the line"

Ich bin beunruhigt über …
Ich fühle mich unwohl mit …
Dies ist ein Sicherheitsproblem!

„Stoppen Sie den betroffenen Ablauf/ Prozess"

DESC-Skript

Ein konstruktiver Ansatz für den Umgang und die Lösung von Konflikten

(Describe) Beschreiben Sie die spezifische Situation oder das spezielle Verhalten; konkrete Daten bereitstellen

(Express) Ausdrücken, was die Situation bei Ihnen auslöst/was Ihre Bedenken sind

(Suggest) Andere Alternativen vorschlagen und Einigung suchen

(Consequences) Die Konsequenzen und ihre Auswirkungen auf festgelegte Teamziele sollten benannt und Einigung angestrebt werden

Instrumente zur Beobachtung der Teamleistung

Struktur des Teams

- Stellt die Zusammensetzung des Teams fest
- Bestimmt Rollen und Verantwortlichkeiten der Teammitglieder
- Nimmt die Teammitglieder in die Verantwortung
- Schließt Patienten und Familien als Teil des Teams ein

Kommunikation

- Bietet kurze, klare, spezifische und rechtzeitige Mitteilungen
- Sucht Informationen aus allen verfügbaren Quellen
- Verwendet Rückfragen, um die übermittelten Informationen zu überprüfen
- Verwendet SBAR, Call-Outs, Check-Backs und Übergabe-Techniken, um effektiv mit den Teammitgliedern zu kommunizieren

Führung

- Identifiziert die Ziele und Visionen des Teams
- Sorgt für effiziente Nutzung von Ressourcen zur Teamleistungsmaximierung
- Sichert den Ausgleich der Arbeitsbelastung innerhalb des Teams
- Delegiert gegebenenfalls Aufgaben oder Aufträge
- Leitet Team-Meetings (Briefing, Huddle und Debriefing)
- Bietet Rollenmodelle für das Verhalten bei der Teamarbeit

Überwachung der Situation

- Überwacht die Situation
- Überwacht den Zustand des Patienten
- Überwacht Teammitglieder zur Sicherheit und Fehlerverhinderung
- Überwacht die Umwelt auf Sicherheit und Verfügbarkeit von Ressourcen
- Überwacht die Fortschritte auf dem Weg zum Ziel und identifiziert Veränderungen, die den Behandlungsplan beeinflussen können
- Fördert die Kommunikation für ein gemeinsames mentales Modell

Gegenseitige Unterstützung

- Bietet aufgabenbezogene Unterstützung und Hilfe
- Bietet den Teammitgliedern rechtzeitiges und konstruktives Feedback
- Wirkt als Fürsprecher für den Patienten mit durchsetzungsstarken Äußerungen, Two-Challenge Rule oder CUS
- Verwendet die Two Challenge Rule oder das DESC-Skript zur Konfliktlösung

Hindernisse, Instrumente und Strategien sowie Ergebnisse

Barrieren

- Wechselnde Gruppenzugehörigkeit der Mitarbeiter
- Zeitmangel
- Mangel an Informationsaustausch
- Hierarchiedenken
- Abwehrhaltung
- Konventionelles Denken
- Selbstzufriedenheit
- Unterschiedliche Kommunikationsstile
- Konflikt
- Mangel an Koordination und Schritthalten mit Kollegen
- Ablenkungen
- Müdigkeit
- Arbeitsbelastung
- Fehlinterpretation von Hinweisen
- Fehlende Rollenklarheit

Instrumente und Strategien

- SBAR
- Ausrufen, zurufen (Call-out)
- Rückfrage (Feedback)
- Übergabeschema (Handoff)
- Kurzbesprechung (Briefing)
- Ad hoc Zusammenkünfte (Huddle)
- Nachbesprechung (Debriefing)
- STEP (Behandlungsablauf)
- I'M SAFE (Persönliche Faktoren des Leistungsvermögens)
- Unterstützung bei Aufgaben
- Feedback
- Two-Challenge Rule
- CUS
- DESCSkript

Ergebnisse

- Gemeinsames mentales Modell
- Anpassungsfähigkeit
- Teamorientierung
- Gegenseitiges Vertrauen
- Teamleistung
- Patientensicherheit

Kontaktinformationen

Um mehr über TeamSTEPPS® zu erfahren:
US-Amerikanische Website der Agentur für Forschung und Qualität im Gesundheitswesen (AHRQ): http://teamstepps.ahrq.gov/

Website des Patientensicherheitsprogramms des Verteidigungsministeriums der USA: http://www.health.mil/dodpatientsafety/

Kontakte in Deutschland:
Offizelle deutsche Homepage:
http://www.TeamSTEPPS.de

poimann@neurochirurgie.com

Kontakt in der Schweiz:
fankhauser@johtin.ch

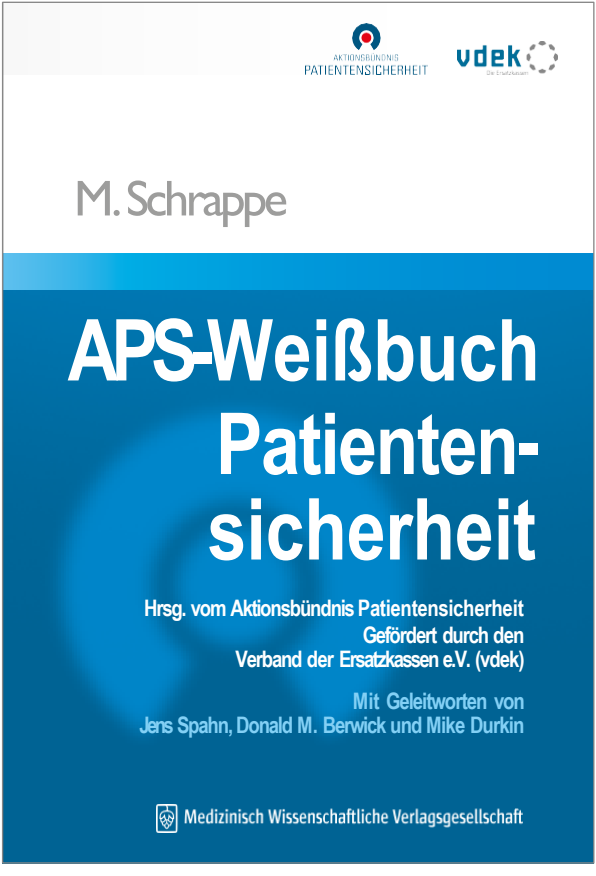
Kontakt in Österreich:
marc@godlewicz.com
patricia.grein@tauernklinik.at

Anzeige

Bestellen Sie bei

Huttenscher Verlag 507 | Traubengasse 15
97072 Würzburg
www.huttenscherverlag507.de

Anzeige



Kostenloser Download unter:
https://www.aps-ev.de/aps-weissbuch/

Master Trainer Kurs TeamSTEPPS (für Steuergruppe DACH)

Salutomed, Kirchlindachstrasse 2, 3052 Zollikofen

Samstag, 25. September 2021 08:30-17:30

Zeiten	TeamSTEPPS Basismodule	
08:30 – 09:00	Ankommen und Begrüssung; Infos zum Kurs	RF/AC
09:00 – 09:55	Modul 1 - Einführung	AC
09:55 – 10:10	*Pause*	
10:10 – 10:50	Modul 2 - Organisation und Teamstruktur	RF
10:50 – 11:00	*Pause*	
11:00 – 12:00	Modul 3 - Kommunikation	AC
12:00 – 13:15	*Mittagspause*	
13:15 – 14:10	Modul 4 - Führung	RF
14:10 – 14:20	*Pause*	
14:20 – 15:15	Modul 5 - Situationsüberwachung	AC
15:15 – 15:25	*Pause*	
15:25 – 16:20	Modul 6 - Gegenseitige Unterstützung	RF
16:20 – 16:30	*Pause*	
16:30 – 17:15	Modul 7 - Zusammenfassung Basismodule	AC
17:15 – 17:30	Abschluss des Tages	RF

Sonntag, 26. September 2021 08:30-13:05

Zeiten	TeamSTEPPS Trainermodule	
08:30 – 09:00	Ankommen und Begrüssung	AC
09:00 – 09:50	Modul 8 - Change Management	RF
09:50 – 10:00	*Pause*	
10:00 – 10:50	Modul 9 - Coaching	AC
10:50 – 11:00	*Pause*	
11:00 – 11:50	Modul 10 - Evaluation	RF
11:50 – 12:00	*Pause*	
12:00 – 12:50	Modul 11 - Planung der Umsetzung	AC
12:50 – 13:05	Abschluss der Veranstaltung	RF/AC

Referenten: Regine Fankhauser & Andreas Cincera

F TeamUP (pdf)

IntWB SENS TeamUP PosHealth.pptx

TeamUP V202201.pdf

SENS-Modell

Xundheits.Kompass

Positive Health

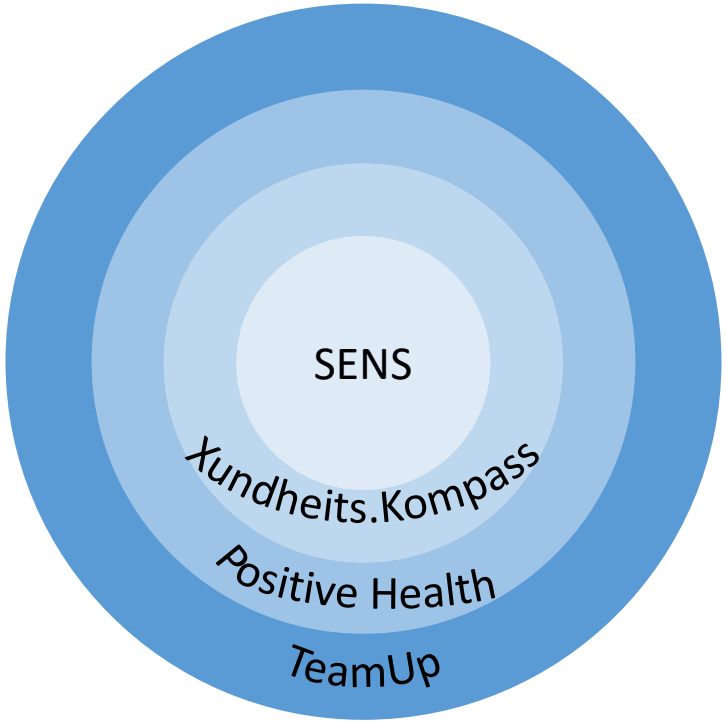
TeamUp

17.02.2022

Michael Deppeler & Regine Fankhauser

Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Tools



SENS

Xundheits.Kompass

Positive Health

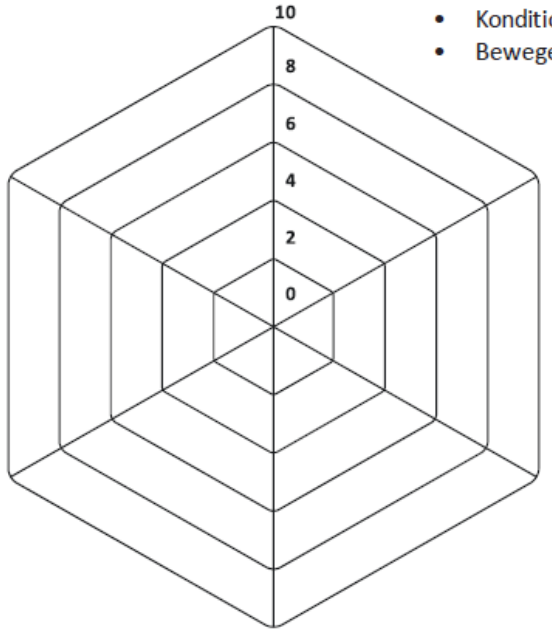
MEINE POSITIVE GESUNDHEIT

KÖRPERLICHE FUNKTION

- Sich gesund fühlen
- Fitsein
- Keine Beschwerden oder Schmerzen
- Schlafen
- Essen
- Sexualität
- Kondition
- Bewegen

DAS TÄGLICHE LEBEN

- Für sich selbst sorgen
- Seine Grenzen kennen
- Wissen über Gesundheit
- Mit Zeit umgehen
- Mit Geld umgehen
- Arbeiten können
- Um Hilfe bitten können



MENTALES WOHLGEFÜHL

- Erinnerungsvermögen
- Konzentrationsfähigkeit
- Kommunikationsfähigkeit
- Fröhlich sein
- Sich selbst akzeptieren
- Umgang mit Veränderungen
- Gefühl von Kontrolle

DAS SOZIALE LEBEN

- Soziale Kontakte
- Ernstgenommen werden
- Gemeinsam schöne Sachen machen
- Unterstützung durch andere
- Dazugehören
- Sinnvolle Tätigkeiten
- Interesse an der Gesellschaft

SINNGEBUNG

- Sinnvoll leben
- Lebenslust
- Ideale erreichen wollen
- Vertrauen haben
- Akzeptieren
- Dankbarkeit
- Weiterlernen

LEBENSQUALITÄT

- Geniessen
- Glücklich sein
- Sich wohlfühlen
- Leben in Balance
- Sich sicher fühlen
- Intimität
- Wohnsituation
- Genug Geld haben

Mir fehlt etwas was mir wichtig ist:.....

Die Quelle: Institute for Positive Health (iPH) | Gesprächsinstrument Version: 2.0 Konzept

T E A M

Ich mache mit!

Ich bin Teil des Teams

Ich bilde ein Team zusammen mit den Mitgliedern meines Gesundheits-Teams und beteilige mich an den Entscheidungen, die mich betreffen.

Meine ersten Schritte...

- Ich erkenne die Bedeutung meiner Rolle in meinem eigenen Gesundheits-Team und entscheide mich dafür, ein aktives Mitglied zu sein.
- Ich lade meine Familie, Freunde oder mir nahe stehende Personen ein, ebenfalls Mitglieder meines Teams zu werden.
- Ich lese diese Broschüre und gehe die TEAM UP Schritte durch, um mich stärker an meiner Gesundheitsversorgung zu beteiligen - jetzt!

Ich bilde mich weiter

Während meiner Behandlung habe ich möglicherweise mit vielen Menschen zu tun - jeder hat seine eigene Rolle.

Ich mache es mir zur Aufgabe, den Überblick zu behalten...

- Ich bitte die Mitglieder meines Pflegeteams, ihre Namen zu nennen und nötigenfalls zu wiederholen sowie mir ihre Rolle zu erklären.
- Ich informiere mich über den Handlungsplan für meine Behandlung.
- Ich betrachte es als ein Drehbuch, das nur für mich erstellt wurde, und ich stelle sicher, dass ich den Handlungsplan und meine Rolle darin verstehe.
- Ich mache mir Notizen.

Ich stelle Fragen

Mit meinen Fragen stelle ich sicher, dass ich alles verstanden habe, was für meine Behandlung wichtig ist und dass ich alle notwendigen Informationen erhalten habe.

Ich sorge dafür, dass ich diese Fragen beantworten kann...

- Kann ich meine *Situation* bzw. den aktuellen Stand meiner Behandlung beschreiben?
- Welche *Hintergrundinformationen* benötige ich, um die Situation zu verstehen?
- Wie ist die *Einschätzung* oder welche Optionen sind zu berücksichtigen?
- Weiss ich, welche *Empfehlungen* mein Team für die nächsten Schritte hat?

Ich kenne meine Medikamente

Um den vollen Nutzen aus meinen Medikamenten zu ziehen, sollte ich verstehen, was jedes Medikament kann, wofür es verschrieben wird und was für Nebenwirkungen möglich sind.

So gehe ich vor...

- Ich gebe dem Pflegeteam eine Liste der Medikamente, die ich einnehme sowie wann und wie ich diese einnehme.
- Ich gebe auch rezeptfreie und pflanzliche Arzneimittel an.
- Ich schreibe mir neu verordnete Medikamente auf und auch, warum ich sie nehmen soll.
- Ich erkundige mich über Wirkungen und allfällige Nebenwirkungen.
- Habe ich Bedenken zu einem Medikament, zögere ich nicht, diese zu äussern.

U P

Ich mache mit!

Ich verstehe Planänderungen

Ich sorge dafür, dass ich genau weiss, wie sich der Handlungsplan geändert hat, warum er geändert wurde und welche Rolle ich jetzt spiele.

Ich spiele eine aktive Rolle...

- Ich höre genau zu, wenn mir mein Gesundheits-Team erklärt, wie und warum der Handlungsplan geändert wurde.
- Ich stelle Fragen über den neuen Handlungsplan und meine Rolle darin.
- Ich wiederhole den neuen Handlungsplan in meinen eigenen Worten, um sicherzugehen, dass ich ihn nicht missverstanden habe.
- Ich lasse mir von meinem Gesundheits-Team bestätigen, dass ich es richtig verstanden habe.

Ich teile meine Ansicht mit

Wenn sich etwas nicht richtig anfühlt, teile ich dies den Mitgliedern meines Gesundheits-Teams mit. Ich bin mir bewusst, dass dies den anderen hilft, mich besser zu behandeln.

Ich halte die anderen auf dem Laufenden...

- Ich teile meinem Gesundheits-Team alle Informationen mit, auch solche, die mir nebensächlich erscheinen.
- Ich äussere meine Bedenken sofort.
- Ich wiederhole mein Anliegen mindestens einmal, wenn ich mich nicht gehört fühle.
  Dabei erwähne ich:
  - Meine Bedenken
  - Warum und was mir Unbehagen bereitet
  - Inwiefern meine Sicherheit gefährdet sein könnte

Meine Checkliste

Ich bin Teil des Teams
- ☐ Ich bin ein aktives Mitglied meines Gesundheits-Teams.
- ☐ Ich lade nahe stehende Personen zur Mitgliedschaft ein.
- ☐ Ich gehe die TEAM UP Schritte.

Ich bilde mich weiter
- ☐ Ich kenne die Namen und die Rollen meiner Teammitglieder.
- ☐ Ich kenne den Handlungsplan und meine Rolle darin.
- ☐ Ich mache mir Notizen.

Ich stelle Fragen
- ☐ Situation: Wie ist der aktuelle Stand?
- ☐ Hintergrund: Welche Informationen brauche ich, um die Situation zu verstehen?
- ☐ Bewertung: Welche Optionen gibt es?
- ☐ Empfehlung: Was sollte getan werden?

Ich kenne meine Medikamente
- ☐ Ich habe eine Liste all meiner Medikamente inkl. Angaben zur Einnahme.
- ☐ Ich weiss, welche Medikamente weshalb verschrieben wurden.
- ☐ Ich kenne die Wirkungen und allfällige Nebenwirkungen.
- ☐ Ich sage, wenn ich Bedenken zu meinen Medikamenten habe.

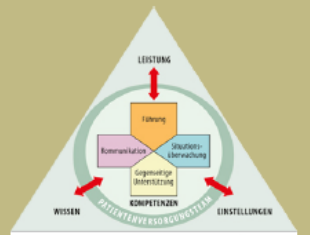
Ich verstehe Planänderungen
- ☐ Ich höre genau zu, wenn der Handlungsplan geändert wird.
- ☐ Ich stelle Fragen.
- ☐ Ich stelle sicher, dass ich alles richtig verstanden habe.

Ich teile meine Ansicht mit
- ☐ Ich teile meine Gefühle mit.
- ☐ Ich äussere meine Bedenken.
- ☐ Ich stelle sicher, dass ich gehört werde.

TEAM UP

aber sicher...

Ich mache mit!



TeamSTEPPS® 2.0

xunds grauholz miteinander - füreinander

Infos: kontakt@xunds-grauholz.ch
www.teamstepps.de
Ins Deutsche übertragene und adaptierte Version: TeamUP 1.0 / Januar 2022
Originalversion: www.ahrq.gov/teamstepps

T E A M

I c h m a c h e m i t !

Ich bin Teil des Teams

Ich bilde ein Team zusammen mit den Mitgliedern meines Gesundheits-Teams und beteilige mich an den Entscheidungen, die mich betreffen.

Meine ersten Schritte...

- Ich erkenne die Bedeutung meiner Rolle in meinem eigenen Gesundheits-Team und entscheide mich dafür, ein aktives Mitglied zu sein.
- Ich lade meine Familie, Freunde oder mir nahe stehende Personen ein, ebenfalls Mitglieder meines Teams zu werden.
- Ich lese diese Broschüre und gehe die TEAM UP Schritte durch, um mich stärker an meiner Gesundheitsversorgung zu beteiligen - jetzt!

Ich bilde mich weiter

Während meiner Behandlung habe ich möglicherweise mit vielen Menschen zu tun - jeder hat seine eigene Rolle.

Ich mache es mir zur Aufgabe, den Überblick zu behalten...

- Ich bitte die Mitglieder meines Pflegeteams, ihre Namen zu nennen und nötigenfalls zu wiederholen sowie mir ihre Rolle zu erklären.
- Ich informiere mich über den Handlungsplan für meine Behandlung.
- Ich betrachte es als ein Drehbuch, das nur für mich erstellt wurde, und ich stelle sicher, dass ich den Handlungsplan und meine Rolle darin verstehe.
- Ich mache mir Notizen.

Ich stelle Fragen

Mit meinen Fragen stelle ich sicher, dass ich alles verstanden habe, was für meine Behandlung wichtig ist und dass ich alle notwendigen Informationen erhalten habe.

Ich sorge dafür, dass ich diese Fragen beantworten kann...

- Kann ich meine *Situation* bzw. den aktuellen Stand meiner Behandlung beschreiben?
- Welche *Hintergrundinformationen* benötige ich, um die Situation zu verstehen?
- Wie ist die *Einschätzung* oder welche Optionen sind zu berücksichtigen?
- Weiss ich, welche *Empfehlungen* mein Team für die nächsten Schritte hat?

Ich kenne meine Medikamente

Um den vollen Nutzen aus meinen Medikamenten zu ziehen, sollte ich verstehen, was jedes Medikament kann, wofür es verschrieben wird und was für Nebenwirkungen möglich sind.

So gehe ich vor...

- Ich gebe dem Pflegeteam eine Liste der Medikamente, die ich einnehme sowie wann und wie ich diese einnehme.
- Ich gebe auch rezeptfreie und pflanzliche Arzneimittel an.
- Ich schreibe mir neu verordnete Medikamente auf und auch, warum ich sie nehmen soll.
- Ich erkundige mich über Wirkungen und allfällige Nebenwirkungen.
- Habe ich Bedenken zu einem Medikament, zögere ich nicht, diese zu äussern.

U P

I c h m a c h e m i t !

Ich verstehe Planänderungen

Ich sorge dafür, dass ich genau weiss, wie sich der Handlungsplan geändert hat, warum er geändert wurde und welche Rolle ich jetzt spiele.

Ich spiele eine aktive Rolle...

- Ich höre genau zu, wenn mir mein Gesundheits-Team erklärt, wie und warum der Handlungsplan geändert wurde.
- Ich stelle Fragen über den neuen Handlungsplan und meine Rolle darin.
- Ich wiederhole den neuen Handlungsplan in meinen eigenen Worten, um sicherzugehen, dass ich ihn nicht missverstanden habe.
- Ich lasse mir von meinem Gesundheits-Team bestätigen, dass ich es richtig verstanden habe.

Ich teile meine Ansicht mit

Wenn sich etwas nicht richtig anfühlt, teile ich dies den Mitgliedern meines Gesundheits-Teams mit. Ich bin mir bewusst, dass dies den anderen hilft, mich besser zu behandeln.

Ich halte die anderen auf dem Laufenden...

- Ich teile meinem Gesundheits-Team alle Informationen mit, auch solche, die mir nebensächlich erscheinen.
- Ich äussere meine Bedenken sofort.
- Ich wiederhole mein Anliegen mindestens einmal, wenn ich mich nicht gehört fühle.
  Dabei erwähne ich:
  - Meine Bedenken
  - Warum und was mir Unbehagen bereitet
  - Inwiefern meine Sicherheit gefährdet sein könnte

Meine Checkliste

Ich bin Teil des Teams
- ☐ Ich bin ein aktives Mitglied meines Gesundheits-Teams.
- ☐ Ich lade nahe stehende Personen zur Mitgliedschaft ein.
- ☐ Ich gehe die TEAM UP Schritte.

Ich bilde mich weiter
- ☐ Ich kenne die Namen und die Rollen meiner Teammitglieder.
- ☐ Ich kenne den Handlungsplan und meine Rolle darin.
- ☐ Ich mache mir Notizen.

Ich stelle Fragen
- ☐ Situation: Wie ist der aktuelle Stand?
- ☐ Hintergrund: Welche Informationen brauche ich, um die Situation zu verstehen?
- ☐ Bewertung: Welche Optionen gibt es?
- ☐ Empfehlung: Was sollte getan werden?

Ich kenne meine Medikamente
- ☐ Ich habe eine Liste all meiner Medikamente inkl. Angaben zur Einnahme.
- ☐ Ich weiss, welche Medikamente weshalb verschrieben wurden.
- ☐ Ich kenne die Wirkungen und allfällige Nebenwirkungen.
- ☐ Ich sage, wenn ich Bedenken zu meinen Medikamenten habe.

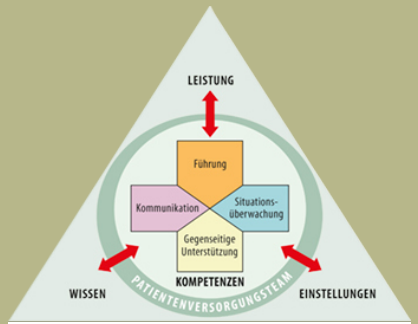
Ich verstehe Planänderungen
- ☐ Ich höre genau zu, wenn der Handlungsplan geändert wird.
- ☐ Ich stelle Fragen.
- ☐ Ich stelle sicher, dass ich alles richtig verstanden habe.

Ich teile meine Ansicht mit
- ☐ Ich teile meine Gefühle mit.
- ☐ Ich äussere meine Bedenken.
- ☐ Ich stelle sicher, dass ich gehört werde.

TEAM UP

aber sicher...

Ich mache mit!



TeamSTEPPS® 2.0

xg xunds grauholz
miteinander - füreinander

Infos: kontakt@xunds-grauholz.ch
www.teamstepps.de
Ins Deutsche übertragene und adaptierte Version: TeamUP 1.0 / Januar 2022
Originalversion: www.ahrq.gov/teamstepps

G Pfad-Blatt

Pfadblatt.Version_4docx.docx

Projekt Koordinierter Patientenpfad ambulant-stationär-ambulant

Persönliches Pfad-Blatt Seite Nr.

Name _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____ _____

Informationen zur Zielsetzung und Anwendung des Pfad- Blattes

Das Pfadblatt ist Teil des Xundheits.Kompass (XK) und dient der Dokumentation, welche medizinischen Fachpersonen und Institutionen (Spital und Spitex) in Ihre gesundheitliche Versorgung involviert sind.

Wir empfehlen Ihnen den XK vorzuweisen:

- Bei jedem Arztbesuch
- Bei Bezug von Medikamenten in Kreuzapotheke (Amavita) und Zentralapotheke in Zollikofen
- Bei einer Betreuung durch die Spitex oder/und
- Bei einer ambulanten oder stationären Behandlung im Spital Tiefenau

Nach Gebrauch des XK bitten wir Sie, dies möglichst zeitnah in nachfolgender Liste einzutragen. Damit wird Ihr Weg im Gesundheitswesen abgebildet. In der Spalte „Bemerkungen“ bitten wir Sie, Ihre Erfahrungen in der Anwendung des Xunheits.Kompass festzuhalten. Diese Angaben sind wichtig zur Erkennung, wie die Kommunikation unter den Fachpersonen funktioniert und - falls nötig - nachhaltig verbessert werden kann. Dies entspricht der Zielsetzung des Projekts.

Bei Unklarheiten nehmen Sie bitte mit Frau Theres Vogel, Pflegefachfrau FH, Salutomed.Care Kontakt auf. Telefon Praxis Salutomed 031 911 20 60 Mailadresse: salutomed.care@hin.ch

Wir danken Ihnen bestens für Ihre wertvolle Mitwirkung.

Kontakt-Dokumentation

Datum	Wo /Wer	Bemerkung

Herzlichen Dank für's Ausfüllen des Pfad-Blattes!

H Rückmeldungen aus Arbeitsgruppen und von Peers

a. Susanne Peter (Moderation AG Patientenpfad konkret)

2023_01_Abschlusssta
tement_Projektkoordi

b. Edith Moser (Patientin)

Patientenpfad Bericht
E. M..pdf

c. Claudia Walther (SPITEX)

Statement Projekt
Patientenpfad konkret

d. Roger Altmann (Netzwerk Gesundheit Schweiz, Peer)

09012023_Anzahl
Patientengespräche_s

20221102_Auswertun
g_Patientenanlass.pdf

Abschlussbericht.doc
x

e. Sabine Rentsch (Patientin, Gesundheitslotsin)

122022_Statement_SR
entsch_Evaluationsber

f. Gabi Kaufmann (Patientin, Gesundheitslotsin)

20230113_Evaluation
Bericht Projek_GK.doc

Arbeitsgruppe: Patientenpfad konkret
Statement zum Abschluss des Projektes
durch die Projektkoordinatorin

Start des Projektes *Was war meine Reaktion als ich für das Projekt angefragt wurde?*

Zur Projektkoordination habe ich ja gesagt, weil ich überzeugt bin, dass es immer Handlungsspielräume gibt, die genutzt werden können, auch wenn die «übergeordneten Bewegungen, Bestrebungen» diese erschweren. Heisst im Kleinen zu beginnen, finde ich hilfreich und sinnvoll. Es ist zudem dringend notwendig aus der (oft bürokratisierten) Monoperspektive der einzelnen Institutionen rauszukommen, den Blick wieder mehr auf die Patient:innen zu lenken, zu deren Gunsten a) die Arbeit eigentlich geleistet wird b) in dieser Arbeitsleistung eine grosse Verantwortung für die Qualität und die Sicherheit besteht. Hoch relevant erscheint mir auch das Nutzen der Expertise der Patient:innen, bzw. auch die Verantwortung, welche sie für sich, ihre Entscheidung und ihr Handeln tragen, zu stärken.

Das Ursprungskickoff für das heutige Projekt war die Idee eines Patienten aus dem Patientenforums der Praxis Salutomed, welcher eine Checkliste für den Spitalein- austritt erstellte (das im Projekt verwendete Nachfolgemodell -> «xundheitskompass»)

Bevor das Projekt mit der Finanzierung der GF Schweiz gestartet wurde, gab es bereits mehrere Projektinitiativen zum Thema Verbesserung des Schnittstellenmanagements mit der Spitex, der Hausarztpraxis, Pflegeheimen, dem Spital und den Apotheken.

Es zeigte sich bereits da, wie treibend und wichtig, die Kraft der «Betroffenen» und ihre Ideen und Bedürfnissen sind und wie schwerfällig sich Stakeholder im Gesundheitswesen insgesamt bewegen (können). Patient:innen und die lokalen Stakeholder, für die Mitarbeit in der Arbeitsgruppe «Patientenpfad konkret» zu gewinnen war kein Problem. Mitarbeitende, welche täglich durch mangelhaftes Schnittstellenmanagement herausgefordert sind, fanden das Projektthema schlüssig und notwendig.

Übergeordnete Unterstützung (von der Führung), zum Beispiel seitens des Spitals oder der Heime zu erhalten, war insofern schwierig, als dass die Personen mit anderen Themen beschäftigt waren und sind, und andere Prioritäten hatten.

Heisst: Der Treiber waren die Mitarbeitenden aus den Institutionen, bzw. die Patient:innen, welche immer wieder Wege ausgelotet haben, um trotz allen Erschwernissen Dranzubleiben.

Erfolgsfaktoren *Was fand ich gut?*

- Regionale Vernetzung: Man / frau kennt sich und arbeitet im Alltag so oder so zusammen
- Der Lead ist in einer Institution (Hausarztpraxis), welche durch die Projektleitung vor Ort, durch Projektgelder und mit ihren Mitarbeitenden dem Projekt Schub gegeben haben
- Prozesshafte Vorgehensweise, welche immer wieder neue Perlen zu Tage geführt haben
- Inhaltlich: Durch «xundheitskompass» und andere Tools, ist hohe Sensibilisierung / Empowerment / Kräftigung in den Institutionen und bei Patient:innen geschehen. Eine qualitative Verbesserung im Schnittstellenmanagement und in der Kompetenz von Patient:innen sich einzubringen, ist gelungen.
- Es gelang auch in der Pandemie, mit GF Schweiz gut im Kontakt zu bleiben und die Projektziele anzupassen.

Stolpersteine *Was habe ich vermisst?*

- Es bestand bei gewissen Stakeholdern zum Ursprungsziel wenig bis keine (Führungs-) Verbindlichkeit, die Umsetzung hängt an einzelnen Personen, bzw. einzelnen Institutionen (nur 1 HA Praxis in der Region macht mit).
- Es zeigt sich einmal mehr deutlich, wie wenig intrinsische und visionäre Motivation für Veränderungen im Gesundheitswesen vorhanden ist. Oder anders formuliert wie viel Energie durch andere Herausforderungen absorbiert ist.
- Teilweise ergab sich inhaltlich ein zu grosses Potpourri an Aktivitäten-> die Arbeitsgruppe wurde zwar eingebunden, konnte aber wenig beisteuern (Inhalte werden bei Salutomed aufgenommen). Heisst die Mitglieder der Arbeitsgruppen kamen treu an die Sitzungen, waren aber in der Zwischenzeit recht abgekoppelt und hatten wenig konkrete Aufgaben.
- Mit anderen Worten: Weniger breit und mehr fokussiert im Inhalt hätte den Mitarbeitenden wahrscheinlich mehr Orientierung gegeben und vielleicht auch die Möglichkeit selber mehr zu *tun*.

Was wünsche ich mir für die Zukunft?

Dass das Erreichte (Inhalte, Schulungen, Erfahrungen, Checklisten, sonstige Tools) weiter bestehen bleiben und sich auch ohne offizielles Projekt weiterentwickeln und verbreiten.

Evaluationsbericht Projekt «Patientenpfad konkret»

Beitrag von Edith Moser

Wir schätzen uns alle glücklich über ein qualitativ ausgebautes Gesundheitswesen in unserem Land, getragen und gelebt von sehr vielen Menschen, Professionals verschiedenster Berufe wie auch von ideell engagierten Laien, für Menschen in guten und weniger guten Tagen. Ein Blick ins Ausland bestätigt uns: unser Gesundheits-wesen ist topp, anders möchten wir es bei uns nicht haben … aber vielleicht effizienter, optimierter und den Kosten Sorge tragender ?!

Der Patientenpfad

Mit diesen Gedanken habe ich mich sehr gerne im Projektteam eingebracht, das sich eine Optimierung in der Zusammenarbeit als Ziel gesetzt hat. Da ging es darum die Informationsflüsse unter den Professionals zu analysieren (wer braucht wann, was, auf welchem Weg?) mit dem Blick auf den Patienten im Zentrum aller Anstrengungen.

Ich war also zunächst neugierig, ob und wie ein ausgewiesenes Optimierungs-Bedürfnis sich zielorientiert befriedigen lassen kann; neugierig auch, zu erfahren, wie ein interdisziplinär zusammengesetztes Projektteam sich auf diesen anspruchsvollen Weg macht. Und gespannt, ob das Resultat denn auch alle Interessen – auch diejenigen des Patienten/der Patientin - einzufangen vermag.

Gut Ding will Weile haben …!

Die Checkliste – meine medizinische ID - ist die Frucht dieses gemeinsamen längeren Weges. Als Patient/Patientin stehe ich im Mittelpunkt mit all meinen relevanten Gesundheitsdaten und -informationen für den geplanten Gesundheitstermin genauso wie für den Notfall. Die Checkliste ist kurz und klar und sie passt sich meinem medizinischen Werdegang an. Die Datenhoheit bleibt bei mir. Wem sie anvertraut wird, wird ermächtigt, schnell und informiert zu handeln.

Das Ziel ist erreicht : Es war eine anregende Reise !

Ausblick

Ich hoffe, dass sich das auf den ersten Blick vielleicht bescheiden wirkende Instrument ‘Checkliste’ rasch etablieren wird. Ich bin sicher, dann wird sich ihr ‘innerer Wert’ auch mit Blick auf die Wirtschaftlichkeit überzeugend entfalten.

Zollikofen, Dezember 2022 /EM

Evaluationsbericht Projekt «Patientenpfad konkret»

Statement von Claudia Walther, SPITEX Region Bern Nord

Wie entstand das Projekt «Patientenpfad konkret»

Ich bin kurz nach dem Beginn am Projekt «Patientenpfad konkret» dazugekommen in meiner Funktion als Stützpunktleiterin Zollikofen, SPITEX Region Bern Nord.

Die Idee für eine Verbesserung bei Spitaleintritt und – austritt von Patienten/Patientinnen wurde in der Arbeitsgruppe «Qualitätszirkel Zollikofen» diskutiert und beschlossen. Teilnehmende der Arbeitsgruppe waren verschiedene Anbieter in der Gemeinde Zollikofen der Pflege, Apotheken, Ergotherapie und Praxis Salutomed mit Herr Dr. Deppeler (Initiator vom Qualitätszirkel Zollikofen). Daraus hat sich das Projekt Patientenpfad entwickelt.

Ziel des Projekts «Patientenpfad konkret»: Wissen und Verantwortung der Patienten/Patientinnen zu stärken und fördern. Definieren eines gemeinsamen Prozesses mit Beteiligten (Spital, Hausarzt, SPITEX, Altersheim, Apotheken uwm.)

Entwicklung vom Projekt

Die Projektleitung wurde von Praxis Salutomed delegiert. Es wurden Ideen erarbeitet wie eine Checkliste für Patienten/Patientinnen die bei einer Spitaleinweisung unterstützende helfen wird. Prozessformulierung für alle beteiligten als Hilfestellung bei Spitaleintritt oder – austritt.

Durch Antragstellung bei Gesundheitsförderung Schweiz die Projektleitung wird neu organisiert. Die Verbreitung der Checkliste wird neu organisiert.

Beizug von beteiligten Patientinnen in der Arbeitsgruppe. Organisation von Patientenanlässe um die Checkliste besser bekannt zu machen.

Nutzen für die tägliche Arbeit bei der SPITEX

Die möglichen «Stolpersteine» bei der interdisplizinären Arbeit werden schneller erkannt und mögliche Fehler können vermieden werden.

Was wurde vermisst

Die Zusammenarbeit mit weiteren Hausärzten von Zollikofen fand leider nicht statt. Die Hausärzte wurden informiert/angefragt leider hat sich niemand bereit erklärt sich am Projekt zu beteiligen.

Zukunftsaussichten

Die Wichtigkeit vom Thema wird bestehen bleiben und muss weiterverfolgt werden. Die Ausdehnung auf weitere Institutionen ist anzustreben.

Die elektronische Vernetzung und Übermittlung von Daten wäre zielführend. Ansätze dazu sind vorhanden, scheitern oft daran, dass sie nicht kompatibel miteinander sind.

Patienten/Patienten werden dadurch, dass die sie auch elektronisch mehr Kenntnisse habe, besser informiert sein, über ihre Diagnosen, Medikamente, Therapien etc.

Wurde das Ziel erreicht?

Das Wissen und Verantwortung der Patienten/Patientinnen wurde bei denjenigen die aktiv an den Patientenanlässen teilgenommen haben erweitert.

Der Prozess wurde formuliert und auch angewendet. Die Zusammenarbeit mit den Beteiligten wurde gestärkt.

Projekt Gesundheitslotsinnen / Peerbegleiterinnen Sabine Rentsch / Gaby Kaufmann in Salutomed AG, Zollikofen
Anzahl Patientenkontakte / Gespräche

Die meisten Kontakte sind auf Anregung der behandelnden Ärzt:innen zustande gekommen. Ein paar Patient:innen sind auf das Projekt auch mittels Flyer oder Website der Salutomed AG aufmerksam geworden.

Anzahl Patient:innen	Anzahl Gespräche pro Patient:in *	Anzahl Gespräche vor Ort	Anzahl Gespräche telefonisch	Anzahl Gespräche gesamt	Bemerkungen
1	9	8	1	9	abgeschlossen
1	4	3	1	4	abgeschlossen
2	3	4	2	6	abgeschlossen
2	2	4	-	4	abgeschlossen
7	1	6	1	7	Abgeschlossen **
Einmalige Abklärungen für Ärzt:innen / sonstige					
1	-	-	-	1	Recherche per Mail und Informationen zurück an Ärztin
2	2	4	-	4	Spontanbesuch / Unverbindliches Interesse am Thema
Total Anzahl Patient:innen				Total Anzahl Gespräche	
16				35	

*inkl. Kennenlern- und Abschlussgespräche; die Kennenlerngespräche dauerten jeweils 20-30 Minuten, die Folgegespräche 45-60 Minuten
** Patient:innen waren jeweils sehr interessiert, es war jedoch oftmals nicht der passende Zeitpunkt für eine Peerbegleitung; die Meisten bekundeten jedoch ihr Interesse, eine Begleitung evtl. zu einem späteren Zeitpunkt in Anspruch zu nehmen.
Laufzeit des Projekts: 1.5.-31.12.2022
Beschäftigungsgrad der Gesundheitslotsinnen 20% (15% sr / 5% gk)

Stand: 09.01.2023 / sr

Aufstellung zu Diskussionsfragen Patienten-Anlass «Xundheits.Kompass und Gesundheitslotsen»
im Oktober 2022

Der Anlass wurde an drei Tagen durchgeführt; 26.10.2022, 28.10.2022 und 31.10.2022. Er wurde insgesamt von 11 Personen besucht, wobei eine davon auf Grund Sprachproblemen / Verständigungsproblemen nach 5 Minuten wieder gegangen ist.

Nach einer kurzen Vorstellung der Gesundheitslotsinnen Gabriela Kaufmann und Sabine Rentsch wurden die drei Angebote Xundheits.Kompass, TeamUp und Gesundheitslotsen vorgestellt und im Projekt «Patientenpfad ambulant – stationär – ambulant» verortet.
In Bezug auf den Xundheits.Kompass war es schön zu sehen, dass die Mehrheit der Teilnehmer*innen den Gesundheitskompass ausgefüllt dabei hatten. Viele der Teilnehmer*innen waren bereits am Patienten-Anlass «Info Xundheits.Kompass und TeamUp» vom letzten Herbst dabei.
Bei der Vorstellung der entsprechenden Angebote wurde demjenigen der «Gesundheitslotsen» besondere Aufmerksamkeit gegeben und auch die anschliessenden Fragen, welche in Gruppen / im Plenum rege diskutiert wurden, bezogen sich auf dieses Angebot. Nachfolgend eine Aufstellung / Auswertung.

Frage	**Aussagen der Teilnehmer*innen**	**Anzahl der Voten**
1. Welche Erwartung haben Sie an eine/-n Gesundheitslotsin	- Austausch mit jemanden der auch Erfahrung mit Krankheit / Handicap hat (auf Augenhöhe) - Faktor Zeit - Zuhören / abladen und deponieren von Problemen - Unterstützung bei Lösungsfindung - Aufbau von Vertrauensverhältnis - Vernetzen - Erreichbarkeit - Sicherheit geben - Ansprechpatner*in - Verständnis für Probleme aus Patientensicht - Entlastung für pflegende Angehörige	5 3 3 3 3 2 2 1 1 1 1

2. Was braucht es, damit Sie das Angebot nutzen würden	- Das Bedürfnis von jemandem zu profitieren der «es» erlebt hat, der Verständnis für die Situation hat - Bei offenen Fragen mögliche Lösungsansätze erhalten - Bei konkreten Fragen die Erfahrung der Gesundheitslotsen nutzen - «Komme selber nicht mehr mit Problem(-en) klar; brauche Hilfe / Unterstützung» - «Ich brauche jemanden zu dem ich ein Vertrauensverhältnis aufbauen kann»	3 2 2 1 1
3. Würden Sie eher ein Einzel- oder ein Gruppenangebot nutzen? Warum?	- *Einzelangebot ja:* Je nach Diagnose / Krankheit / persönlichem Anliegen / Thema / Dringlichkeit lieber Einzelgespräche Es gibt Menschen, die Mühe haben vor anderen zu sprechen - *Gruppenangebot ja:* wenn es um gemeinsame Themen geht / vernetzen / - *Gruppenangebot nein:* aufgrund der Diagnose	9 7 1
4. Wären Sie bereit für ein solches Angebot selbst zu bezahlen? Wenn ja, wieviel? Wenn nein, warum?	- *Ja* (5) Ja, wenn Leidensdruck gross genug wäre (1) Ja, je nach Aufwand (1) Ja, je nach momentaner finanzieller Situation (1) → CHF / h: CHF 40.- (2) CHF 50.- (2) CHF 60.- (2) Die restlichen Befragten haben sich zu der Höhe des Betrags nicht geäussert.	8

	- *Eher Bedenken*: Menschen, die die Unterstützung nötig haben, können es sich oft nicht leisten	4
Weitere Anmerkungen	Auch wenn das Angebot der Gesundheitslotsinnen noch niemand der Teilnehmer*innen in Anspruch genommen hat, wird es mehrheitlich als hilfreich eingeschätzt. Der Xundheits.Kompass wird gebraucht. Der Xundheits.Kompass ist bei Spitalaufenthalt nützlich Es wird gefragt, wann es den Xundheits.Kompass in digitaler Form gibt.	8 7 1 1

Zum Schluss wurde den Teilnehmer*innen durch Gabriela Kaufmann noch die Arbeit mit dem Dankbarkeitstagebuch und die Geschichte mit den Glücksbohnen näher gebracht https://www.zeitblueten.com/news/die-gluecksbohnen/ Im Zusammenhang mit dem Dankbarkeitstagebuch, konnten die Teilnehmer*innen sich aus einem grossen Angebot an (Post-)Karten je eine aussuchen und mit nach Hause nehmen; danke Gaby für die tolle Auswahl an Karten und dass du ein Teil davon verschenkt hast!

2.11.2022 / Sabine Rentsch

Bericht

Testlauf psychosoziale Peer-Arbeit in der Arztpraxis

Projekt Patientenpfad als Kontext

Salutomed hat mit ihrem PGV, dem Patientenpfad, einen potenziellen Ansatz aufgegriffen, um die Gesundheitsversorgung integrativ, partizipativ und personenzentriert und damit State of the Art zu optimieren. Gerade stationär/ambulante Übergänge sind fragile Phasen, sowohl in der Psychiatrie (geprägt von Suizidalität) und Somatik, oder Übergänge in der ambulanten Behandlung, Therapie und Pflege. Mit dem Patientenpfad sollten unter anderem der Informationsfluss, die Qualität und Mitwirkung der Patienten gefördert werden. Instrumentalisiert mit Methoden und Dokumenten (Team STEPPS 2.0, Team UP, Meine Positive Gesundheit, dem Xundheits.Kompass und Fragebogen zum Patientenpfad inklusive Beschreibung) schien mir Anfang 2022 eine sehr gute Grundlage dazu vorhanden zu sein – doch eine quantitative Datenbasis fehlte noch.

Bei der Vorbereitung zum Produktivstart mit den Peers im Praxis-Setting habe ich mit Regine ein Massnahmen-Paket erarbeitet. Dies beinhaltete nebst der Einarbeitung der Peers (welche a priori gegeben waren):

- Schulung Spitex Fachpersonal zum Team STEPPS, der User zum Team Up.
- Qualifikation Peer und Fachpersonal zur Adhärenz Therapie.
- Einführung Xundheits.Kompass via Peers auch bei Spitex Klientel
- Retrospektive Studie zum Patientenpfad mit Peers (Sample ca. 100 Pax)
- Klärung einer nachhaltigen Finanzierungslösung ausserhalb von Tarmed
- Rollout des Patientenpfades und der Peerlösung vom Test auf weitere Praxen

Nach einem geglückten Start gestaltete sich ab Mitte 2022 die Kommunikation mit Regine als SPOC mangels Verfügbarkeit schwierig. Die Massnahmenpunkte blieben auf der Strecke, gute Tools, wie der Xundheits.Kompass, im Schatten und der Einsatz der Peers vor Ort gewann an Eigendynamik.

Projekt INGA – Peers in der Arztpraxis

Das Projekt INGA beabsichtigt den Rollout ambulanter Peer-Begleitung. INGA steht als Akronym für Involvierung von Nutzern (User-Involvement) zur Genesungsbegleitung und dem Austausch von Erfahrungswissen. Im Pilotprojekt sind die Spitex oberes Worblental, AareBielersee und Region Bern Nord (ReBeNo), mit der Psychiatrieabteilung, vertreten. Bei Spitex werden Peers aufsuchend im Home-Treatment eingesetzt, vermehrt mit einer Ausbildung für Pflegehelfende. Ein wichtiger Erfolgsfaktor ist, dass das Fachpersonal Peers aktiv an die Klienten

vermittelt – auch, da der der Peeransatz ausserhalb der Psychiatriewelt weitgehende unbekannt ist. Zudem ist der Betreuung und Supervision der Peers eine hohe Aufmerksamkeit zu schenken. Netzwerk Gesundheit Schweiz bietet dazu eine Komplettlösung inkl. Stressmonitoring und Intervention im Bedarfsfall an. Erfahrungen zeigen, dass Peers aufsuchend im Psychiatriesetting der Spitex einen raschen Nutzen generieren und das Fachpersonal von ihrer Überlast entlasten, sowie zu mehr Zufriedenheit bei den Fachpersonen beitragen. Eine erste Evaluation der Berner Fachhochschule BFH zeigt, 3 von 4 Fälle weisen nach 6 Monaten Peer-Begleitung eine deutlich bessere, selbstbestimmte Lebensqualität auf.

Die Zielpatienten für Peers sind 25+ Jahre, sozial und medizinische komplexe, aber nicht hochkomplexe Fälle (vgl. Akutversorgung). Und bei Salutomed finden sich 50:50 Patienten der Psychiatrie und Somatik. Im Gegensatz zur Psychiatrie Spitex mit ihren Peers für psychische Gesundheit, haben wir von psychosozialer Peer-Arbeit gesprochen, welche dann als Gesundheitslotsen (auf dem Patientenpfad) betitelt wurden. Um das neue Angebote in der Testphase den Fachpersonen (Ärzte, Therapeuten, Verwaltung) näher zu bringen haben wir kurz nach dem Produktivstart Anfang Mai eine Informationsveranstaltung organisiert, die nebst dem Tagesgeschäft von einigen Mitarbeitenden besucht wurde. Zwei Ärzte mit Michael und eine Therapeutin war nebst der Assistenz anwesend – die Nachfrage hielt sich in Grenzen. Bis Ende September 2022 gelang es nicht einen Durchbruch beim Fachpersonal zu erlangen, die Peers gingen im eng getakteten Tagesgeschäft als komplementäre Behandlungsmöglichkeit unter. So wurde aus der Not im Oktober 2022 eine grossartige Idee geboren und in die Praxis gesetzt: die Peers waren fortan per Sprechstunde zu gewissen Zeiten ad-hoc für Patienten zu sprechen. Damit konnte die Frequenz erhöht werden.

Im Oktober 2022 wurde beim Patientenanlass auch eine Befrage durchgeführt. Die Resultate dazu hat Sabine Rentsch separat zusammengetragen (vgl. 20221102 Auswertung Patientenpfad). Die Gesamtzahlt der Gespräche belief sich im Zeitraum auf 35 Gespräche mit 16 Klienten/innen. Einzelne Gespräche fanden per Telefon statt. Der grösste Teil der Gespräche wurde in den letzten 10 Wochen der Testphase durchgeführt. So gesehen könnten man pro Woche allenfalls auf 3 Gespräche kommen, welche mit einem BG von 10 Prozent, statt 20 abgedeckt werden könnte (vgl. 09012023 Anzahl Patientengespräche SR/GK).

Ein kurzer Erfahrungsbericht von Sabine Rentsch:

«Peerarbeit in der Hausarztpraxis - Salutomed als Peer-Tester

Im Mai dieses Jahres begann für meine Kollegin Gabriela Kaufmann und mich eine spannende Reise. Während acht Monaten sind wir als Peerbegleiterinnen, respektive als Gesundheitslotsinnen wie wir bei der Hausarztpraxis Salutomed genannt werden, tätig. In dieser Rolle begleiten wir als Expertinnen mit einer eigenen langjährigen Krankheitserfahrung andere Betroffene auf ihrem Weg.

Anfangs waren wir in einem Gebäude ausserhalb der Praxis untergebracht und hatten nur wenig Kontakt zu den Patientinnen und Patienten. Seit August sind wir nun an zwei festen Halbtagen in den Räumlichkeiten der Praxis integriert. Bereits im Eingangsbereich weist ein Schild auf unsere Anwesenheit hin. Unsere Türe steht immer offen, ausser wenn wir in einem

Gespräch sind. Dies ermöglicht es den Patientinnen und Patienten auch spontan bei uns vorbeizukommen. Die Änderung unseres Standorts hat bewirkt, dass wir nun doch schon ein paar Gespräche mit Patientinnen und Patienten führen konnten. Einige haben sich dazu entschlossen, regelmässig zu uns zu kommen, was mich sehr freut. Bei dieser Art der Begleitung stehen uns nebst unserer eigenen Expertise und Krankheitserfahrung, ein paar einfache Arbeitsinstrumente aus dem Coaching sowie die zwei Arbeitsinstrumente «Xundheits.Kompass» und «TeamUP», welche von Salutomed mitentwickelt wurden, zur Verfügung. Ein weiteres Plus dieser neuen Situation ist auch die Nähe zum Salutomed Team. So haben, sowohl die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wie auch wir ein Gesicht zu den entsprechenden Namen und wenn es die knapp bemessene Zeit zulässt, kann auch mal ein kurzes Gespräch entstehen. Ich bin immer wieder beeindruckt, wie professionell dieses Team mit der hohen Arbeitsbelastung umgeht.

Meine bisherigen Erkenntnisse:

- Die bisherigen Begegnungen mit Patientinnen und Patienten auf Augenhöhe waren aus meiner Sicht positiv und erfreulich.
- Da die Peerarbeit in dieser Form noch gänzlich unbekannt ist, bedarf es im Hinblick auf den Mehrwert für alle Beteiligten weiterer Aufklärung und Information.
- Um den Patientinnen und Patienten ein niederschwelliges Angebot zu ermöglichen, sind Standortwahl und Sichtbarkeit sowie die Nähe zu den medizinischen Fachpersonen von zentraler Bedeutung.

Ich freue mich auf weitere wertvolle Gespräche!» (im Oktober 2022).

Fazit!

Ich bin mir sicher, dass sich Peers über kurz oder lang zu wertvollen Weggefährten auf dem Patientenpfad entwickeln werden. Mit der Testphase bei Salutomed konnten mehrheitlich Verbesserungspotentiale aufgezeigt und dazu gelernt werden. Wichtige, Grundlagenarbeit ist damit für die zukünftige psychosozialer Peer-Arbeit (mit Gesundheitslotsen) geleistet worden – ein grosses Dankeschön an Michael, Regine, Sabine, Gabriela, das gesamte Salutomed Team und die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz!

Bern, 12.01.2023

Netzwerk Gesundheit Schweiz GmbH
Roger Altmann
Spitalgasse 28
3011 Bern

ensa Partner der Schweizerischen Stiftung Pro Mente Sana
NPG Mitglied Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz
Geschäftsstelle Verein VFSPB

mobil 079 342 91 40
phone 031 558 19 19 (unregelmässig bedient)
e-mail roger.altmann@ngch.ch

Evaluationsbericht Projekt «Patientenpfad konkret»

Statement von Sabine Rentsch

Was war meine Reaktion als ich für das Projekt angefragt wurde?
Ich war erfreut, dass ich angefragt wurde und mich als Patientenvertreterin einbringen konnte.

Was habe ich im Verlauf des Projekts erlebt?

Nachdem ich anfänglich an den entsprechenden Sitzungen teilgenommen habe, konnte ich ab November 2021 bis heute mehrere Anlässe zu den Themen «Patientenpfad konkret», «Xundheits.Kompass», «TeamUp» und Peerarbeit co-moderieren. Zudem arbeitete ich mit, die Patient:innen für das Projekt zu begeistern und sie über den Nutzen und die Handhabung des «Xundheits.Kompass» und «TeamUp» zu informieren. Weiter war ich ab Mai 2022 bis Dezember 2022 zu 15% als Gesundheitslotsin tätig.

Was fand ich gut?

Als besonders positiv empfand ich, dass die Patientensicht ein genauso wichtiger Teil des Projekts war wie diejenigen der übrigen Fachstellen. Die wertschätzende Haltung hat jeweils einen offenen Austausch auf Augenhöhe ermöglicht.

Was habe ich vermisst?

Da ich nicht von Anfang an beim Projekt dabei war, hat mir in der ersten Zeit die Gesamtsicht auf das Projekt gefehlt. Dies besserte sich als ich zunehmend in das Projekt involviert wurde und die Zusammenhänge dann eher verstand.

Was wünsche ich mir für die Zukunft?

Ich wünsche mir, dass die erarbeiteten Tools weiterverbreitet, angewandt, gefördert und weiterentwickelt (z.B. digitalisierter Xundheits.Kompass / Kooperation Fachpersonen und Patient:in auf Augenhöhe -> TeamUp) werden.

Ich wünsche mir, dass das Potential des Angebots der Gesundheitslotsen (Peerarbeit) weiter ausgeschöpft und breiter abgestützt wird.

Evaluation Bericht Projekt <<Patientenpfad Konkret>>

Statement von Gaby Kaufmann

Was war meine Reaktion als ich angefragt wurde 5 % als Gesundheitslotsin im Projekt mitzuarbeiten.

Ich habe mich sehr gefreut, weil ich so meiner Vision, die ich durch meine Einschränkungen entwickelt habe, endlich auch umsetzten konnte!

Was fand ich gut!

Ich bin sehr überzeugt, dass es wichtig ist mehr Gesundheitslotsen im Gesundheitssystem einzusetzen.

Mich in diesem Projekt gerade als Gesundheitslotsin einzusetzen, war für mich eine wunderbare Erfahrung. Die Patienten wurden sehr ernst genommen. Es wurde sehr wertschätzend und im offenen Austausch und auf Augenhöhe miteinander kommuniziert.

Weshalb sehe ich die Wichtigkeit als Gesundheitslotsin aktiv zu sein!

Da ich selbst betroffen bin, weiss ich wie wichtig es ist andere Mitmenschen auf ihrem Gesundheitsweg zu unterstützen. Für Betroffene ist es wichtig, in schwierigen Situationen nicht allein zu sein. Bei dieser Begleitung geht es darum für das Gegenüber da zu sein, zuzuhören. Die betroffene Person soll die Möglichkeit erhalten zu erzählen und ich versuche zu erkennen, welches Gefühl mir da gerade entgegenkommt. Die Suche beginnt nach Gemeinsamkeit und baut dadurch auch Vertrauen auf. Ich gebe von mir jedoch nicht zu viel Preis, sondern unterstütze mein Gegenüber darin seinen Weg zu finden wie mit der eigenen Situation umzugehen. Das ist ein Prozess zwischen Einordnen, Beistehen und einfach da sein. Ich bin sehr überzeugt, dass dadurch das Gegenüber wieder lernt, sich wieder mehr als Mensch zu fühlen, und die Krankheiten nicht an erster Stelle steht. Somit auch die Gesundung aktiviert wird!

Was habe ich vermisst?

Ich war in diesem Projekt Patientenpfad nur als Gesundheitslotsin aktiv dabei. Durch die Einführung durch Sabine und Regine war ich aber schnell im Prozess drin. Die erarbeiten Tools daraus wie Team Up und Xindheits.Kompass finde ich sehr brauchbar Hilfsmittel. Diese beiden Dokumente konnte ich auch gut in meine Arbeit mit einbeziehen und sie halfen mir dabei in Beziehung mit meinem jeweiligen Gegenüber zu treten

Was wünsche ich mir in Zukunft:

Ich wünsche mir, dass sich das Potential des Angebots der Gesundheitslotsen weiterentwickelt und dadurch möglichst viele Mitmenschen auf ihrem Gesundheitsweg entsprechend unterstütz werden.

I Bestätigung Netzwerkarbeit SPITEX ReBeNo mit xunds-grauholz

xunds grauholz
miteinander - füreinander

Bestätigung der Zusammenarbeit mit der Spitex ReBeNo in den Netzwerken der Gesundheitsregion xunds-grauholz

Die Spitex ReBeNo engagiert sich als verlässliche Partnerin in diversen Initiativen und Projekten der Gesundheitsregion xunds-grauholz u.a.:

- PGV Projekte *Koordinierter Patientenpfad ambulant-stationär-ambulant*
- Peer-Angebote
- Netzwerk Palliative Care

Ziele der Zusammenarbeit:

Interprofessionalität

speziell präventive Kommunikation an der Schnittstelle, die zu Nahtstellen werden (s. Poimann, 30% der Fehler, Kosten sind Kommunikationsprobleme)

Partizipation

Präventive Mitwirkung der Betroffenen, Patienten, Angehörige in den Arbeitsgruppen; Implementierung des Xundheits.Kompass (Checkliste), als Lehr-Lernmittel für die Patientinnen und Angehörige

Neue Organisationsformen

Um eben diese Ziele zu erreichen, weniger hierarchisch, sondern systemisch; entwicklungsorientiert-ganzheitlich bzw. integral-evolutionär.

Gesundheitskompetenz

sowohl individuell (Betroffene und Profis) wie auch der Gesundheitsorganisationen (Systeme)

Akteure:

- Verein xunds-grauholz
- Tiefenauspital, Inselgruppe
- Praxis Salutomed AG
- Spitex ReBeNo
- Private Spitex Kanton Bern
- Amavita Kreuz Apotheke Zollikofen
- Zentral Apotheke
- Susanne Peter Beratungen
- KPT

u.a.

Erste Ergebnisse:

Ein wesentliches Resultat ist, und dies auf fast allen Ebenen, dass der **Kultur-Wandel im Zentrum** steht (und der auch Zeit braucht), um das alte Denken (hierarchisch, Silo- Denken, ärztezentriert, wenig partizipativ, fragmentiert, projektbezogen – statt Prozesshaft etc.) zu verändern.

Trotz des Ausnahmezustands von Corona sind diverse Themenfelder/Tools erarbeitet worden:

TeamSTEPPS

xunds-grauholz hat von der AHRQ die Lizenz erhalten, TeamSTEPPS in die deutsche Sprache zu übersetzen. Eine internationale Spurgruppe (DACH) hat sich gebildet. Der Pocketguide V1 ist gedruckt. Die Unterrichtsmaterialen für den Master Trainer Kurs sind übersetzt und werden aufgrund der ersten beiden Kurse nun überarbeitet. Weitere Kurse sind in Planung.
Ein offener Austausch mit den welschen Kollegen (v.a. Anthony Staines, CHUV) findet statt.
Die Arbeit der Spurgruppe (Übersetzungen, Besprechungen etc.) wurden als freiwillige Arbeitseinsätze geleistet.

TeamUP Flyer

Der Flyer TeamUP wurde ebenfalls ins Deutsche übertragen (Beitrag Praxis Salutomed). An 3 Patientenanlässen wurde er vorgestellt und ist auf grosse Resonanz gestossen.

xunds grauholz
miteinander - füreinander

Peer Ansatz

An den Patientenanlässen wurde der Wunsch nach Gruppen- und Einzelangeboten mit Peers geäussert. Um diese Angebote möglichst breit vernetzt in der Region aufzubauen, arbeitet die Praxis Salutomed als Konsortium Partner mit dem Netzwerk Gesundheit (Roger Altmann) zusammen. Die Spitex ReBeNo engagiert sich ebenfalls in diesem Bereich.

e-Mediplan

Dank einem Pilotprojekt von MediX Bern und KPT konnte in der Praxis Salutomed der e-Mediplan getestet und erste Erfahrungen damit gesammelt werden. Die Netzwerkpartner sind bestrebt, dieses Tool in der Region zu verbreiten.

Netzwerk Palliative Care Zollikofen

Am 5. Mai 2022 fand auf Initiative der Spitex ReBeNo die Gründungsveranstaltung des Netzwerks Palliative Care Zollikofen statt.

Zollikofen, 18.05.2022

Dr. med. Michael Deppeler
Präsident xunds-grauholz