

<p style="text-align: center;">Koordinierter Patientenpfad <i>Koordinierter Patientenpfad ambulant-stationär-ambulant</i></p>

Schlussbericht Selbstevaluation – 23.11.2023

Autoren

Verein xunds-grauholz, Zollikofen: Roger Altmann, Beat Arnet, 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

Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz, Projekt-Nummer **PGV02.028**



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 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 Wirkungsmodell.....	24

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 (Tiefenauspiital) 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 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-**WIKI** 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, Chummerhilfe, 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

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** = Recommendations/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 geügend 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 Handlungsebene 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.

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 Informationsübermittlung 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. jeweilige 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 CIRIS).

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 Kommunikationsspannen 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**» gestaltet 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 wird 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 Umherschoben 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 Teilschritte 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

A Wirkungsmodell

