

Projekt «Opti-Q Multimorbidität» – Optimierung der Behandlungsqualität von multimorbiden Patient:innen



Schlussbericht 30. Juni 2024

Projektförderung:



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera



pharmaSuisse



Der interprofessionelle non-profit Verein QualiCCare erarbeitet interprofessionell und interdisziplinär Qualitätskriterien und implementiert diese in die Praxis, um eine patientenzentrierte, interprofessionelle und koordinierte Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Menschen zu fördern und zu sichern. <https://qualiccare.ch/>

Impressum

Herausgeber: Verein QualiCCare

Autor:innen: Dr. rer. Astrid Czock, Alisha Khanna, Christian Frei, Anna Fraefel

Steuergruppe:

Christoph Bosshard (FMH), Astrid Czock (QCC), Christian Frei (Swica), Isabelle Hagon-Traub (Diabète Suisse), Denise Hugentobler-Hampaï (pharmaSuisse), Marc Müller (mfe), Isabelle Peytremann Bridevaux (Unisanté), Patrick Staeger (Patient)

Begleitgruppe:

Apothekerschaft: Jens Apel (pharmaSuisse), Samuel Allemann (Unibas) Christina Ruob (Galenicare)
Ärztenschaft (Spezialisten): Christoph Bosshard FMH, Giacomo Gastaldi (SGED / SSED), Maura Prella (SGP / SSP), Andreas Gantenbein (Neurologen) *Hausärzt:innen:* Marc Müller (mfe), Regula Kaufmann (kantonale Hausarztverbände), Michel Wenger (Sanacare), Adrian Göldlin (Sanacare) *MPA/MPK:* Sandra Buri (Centramed), Marie-Paule Fauchère (ARAM) *Pflegefachpersonen:* Cristina Henry (Freiberuflich), Claudia Huber (SBK), Franziska Adam (Spitex Schweiz) *Ligen / Verbände:* Léonie Chinet (Diabetesschweiz), Mario Malgaroli (Organisation Podologie Schweiz), Rachel Miaz (EVS/ASE ErgotherapeutInnen - Verband Schweiz) *Suchthilfe:* Jonas Wenger (Fachverband Sucht), Facia Marta Gamez (Fachverband Sucht) *Psychologen/Psych. Dienste:* Niklaus Stulz (Psych. Dienste Winterthur) *Patienten und Angehörige:* Anne-Marie Bollier (Patientin), Patrick Staeger (Patient), Stéphane Coendoz (Patient), Lisa Bachofen (Angehörige), Susanne Gedamke (SPO) *E-Health:* Jean-Pierre Messerli (Swisscom), Matthias Sonnenschein (HCI Solutions AG) *Industrie:* Marlène Odermatt (Janssen Cilag Schweiz) *Versicherungen:* Christian Frei (Swica) *Wissenschaft:* Isabelle Peytremann Bridevaux (Unisanté)

Laufzeit des Projekts: 01.01.2020 – 30.06.2024

Projektelevaluation im Auftrag der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz: Interface

Korrespondenzadresse: Dr. Astrid Czock, sekretariat@qualiccare.ch, Verein QualiCCare, Rütistrasse 3a, 5400 Baden

Inhaltsverzeichnis

Management Summary.....	6
1. Einleitung.....	7
2. Hintergrund & Projektrational	7
3. Finanzen	9
4. Zielsetzung.....	10
4.1 Zielgruppe	11
5. Ethik.....	11
6. Vorgehen / Umsetzung	12
6.1 Selbstmanagement-Förderungsangebote.....	14
6.1.1 Angeschriebene Stakeholder	14
6.1.2 Datenanalyse.....	14
6.1.3 Publierte Selbstmanagement-Förderungsangebote	16
6.2 Rekrutierung der Fachpersonen.....	17
6.3 Feldanalyse	21
6.4 Pilot.....	23
7. Evaluation.....	25
7.1 Ergebnisse Fachpersonen	25
7.1.1 Demographische Ergebnisse und Charakteristika.....	26
7.1.2 Motivation Projektteilnahme	28
7.1.3 Interprofessionellen Zusammenarbeit und Koordination/Kommunikation.....	28
7.1.4 SwissIPE Fortbildung für die Interprofessionelle Zusammenarbeit und Rollen/Schnittstellen	30
7.1.5 Guidelines zur Multimorbidität.....	31
7.1.6 Tools	33
7.1.7 Patient als Partner.....	37
7.1.8 Selbstmanagement-Förderungsangebote	39
7.1.9 Chancengleichheit	40
7.1.10 Aufwand und Entschädigung für interprofessionelle Versorgung.....	41
7.1.11 Abschliessende Beurteilung	41
7.1.12 Qualitative Rückmeldungen	42
7.2 Ergebnisse Patient:innen	44
7.2.1 Charakteristika	44
7.2.2 Kontakt mit dem/der Hausarzt:ärztin	47
7.2.3 Kontakt zum Praxispersonal, zum Apothekenteam und zur Spitex.....	48

7.2.4	Wahrnehmung interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen den betreuenden Fachpersonen	50
7.2.5	Aufklärung von Selbstmanagement-Förderungsangebote (SMFA)	51
7.2.6	Gesundheitskompetenz	52
7.2.7	Tools	53
7.2.8	E-Health Applikationen und digitale Hilfsmittel	55
7.2.9	Schlussbeurteilung	56
8.	Lessons Learned	57
9.	Lösungsansätze und Ausblick	60
10.	Referenzen	62
11.	Anhang.....	63
11.1	Teilnehmende Institutionen	63

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Ausschnitt Praxisempfehlungen zur Multimorbidität, übersetzt aus dem Französischen [4]</i>	<i>9</i>
<i>Abbildung 2: Ausschnitt des Wirkungsmodells Opti-Q Multimorbidität</i>	<i>10</i>
<i>Abbildung 3: Prisma-Diagramm der Literatursuche.....</i>	<i>12</i>
<i>Abbildung 4: Flussdiagramm der Datenbereinigung.....</i>	<i>16</i>
<i>Abbildung 5: POST-Fragebogen Frage 4</i>	<i>29</i>
<i>Abbildung 6: POST-Fragebogen Frage 11 nach Sprachregion aufgeteilt</i>	<i>31</i>
<i>Abbildung 7: POST-Fragebogen Frage 11 nach Beruf aufgeteilt.....</i>	<i>31</i>
<i>Abbildung 8: PRE-Fragebogen Frage 31.....</i>	<i>32</i>
<i>Abbildung 9: PRE-Fragebogen Frage 32.....</i>	<i>32</i>
<i>Abbildung 10: POST-Fragebogen Frage 16</i>	<i>33</i>
<i>Abbildung 11: POST-Fragebogen Frage 17</i>	<i>33</i>
<i>Abbildung 12: POST-Fragebogen Frage 19</i>	<i>33</i>
<i>Abbildung 13: POST-Fragebogen Frage 21</i>	<i>34</i>
<i>Abbildung 14: POST-Fragebogen Frage 22</i>	<i>34</i>
<i>Abbildung 15: POST-Fragebogen Frage 23</i>	<i>35</i>
<i>Abbildung 16: POST-Fragebogen Frage 28</i>	<i>36</i>
<i>Abbildung 17: POST-Fragebogen Frage 47</i>	<i>37</i>
<i>Abbildung 18: POST-Fragebogen Frage 52</i>	<i>37</i>
<i>Abbildung 19: PRE-Fragebogen Frage 35.....</i>	<i>38</i>
<i>Abbildung 20: PRE-Fragebogen Frage 35 nach Beruf aufgeteilt.....</i>	<i>38</i>
<i>Abbildung 21: PRE-Fragebogen Frage 37.....</i>	<i>38</i>
<i>Abbildung 22: POST-Fragebogen Frage 41</i>	<i>38</i>
<i>Abbildung 23: PRE-Fragebogen Frage 40.....</i>	<i>39</i>
<i>Abbildung 24: POST-Fragebogen Frage 24</i>	<i>39</i>
<i>Abbildung 25: PRE-Fragebogen Frage 41.....</i>	<i>39</i>
<i>Abbildung 26: POST-Fragebogen Frage 40</i>	<i>39</i>
<i>Abbildung 27: PRE-Fragebogen Frage 38.....</i>	<i>40</i>
<i>Abbildung 28: POST-Fragebogen Frage 42</i>	<i>40</i>
<i>Abbildung 29: POST-Fragebogen Frage 15</i>	<i>40</i>
<i>Abbildung 30: POST-Fragebogen Frage 54</i>	<i>41</i>
<i>Abbildung 31: POST-Fragebogen Frage 55</i>	<i>41</i>
<i>Abbildung 32: POST-Fragebogen Frage 57</i>	<i>41</i>
<i>Abbildung 33: PRE-Fragebogen Frage 14.....</i>	<i>48</i>
<i>Abbildung 34: POST-Fragebogen Frage 9</i>	<i>48</i>
<i>Abbildung 35: PRE-Fragebogen Frage 13.....</i>	<i>48</i>

Abbildung 36: POST-Fragebogen Frage 8	48
Abbildung 37: PRE-Fragebogen Frage 19 a).....	49
Abbildung 38: POST-Fragebogen Frage 11 a)	49
Abbildung 39: PRE-Fragebogen Frage 31.....	49
Abbildung 40: PRE-Fragebogen Frage 20 a).....	49
Abbildung 41: POST-Fragebogen Frage 12	50
Abbildung 42: POST-Fragebogen Frage 12 b)	50
Abbildung 43: PRE-Fragebogen Frage 21 a).....	50
Abbildung 44: POST-Fragebogen Frage 13 a)	50
Abbildung 45: PRE-Fragebogen Frage 25.....	51
Abbildung 46: PRE-Fragebogen Frage 26.....	51
Abbildung 47: POST-Fragebogen Frage 15	51
Abbildung 48: PRE-Fragebogen Frage 32.....	52
Abbildung 49: POST-Fragebogen Frage 19	52
Abbildung 50: PRE-Fragebogen Frage 28.....	52
Abbildung 51: PRE-Fragebogen Frage 35.....	52
Abbildung 52: POST-Fragebogen Frage 16	53
Abbildung 53: POST-Fragebogen Frage 17	53
Abbildung 54: POST-Fragebogen Frage 23	54
Abbildung 55: POST-Fragebogen Frage 25	54
Abbildung 56: POST-Fragebogen Frage 34	54
Abbildung 57: POST-Fragebogen Frage 38	54
Abbildung 58: POST-Fragebogen Frage 40	55
Abbildung 59: POST-Fragebogen Frage 42	55
Abbildung 60: PRE-Fragebogen Frage 35 b).....	55
Abbildung 61: PRE-Fragebogen Frage 35 a).....	55
Abbildung 62: PRE-Fragebogen Frage 26.....	56
Abbildung 63: POST-Fragebogen Frage 36 a)	56
Abbildung 64: POST-Fragebogen Frage 43	56

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Charakteristika Fachpersonen	26
Tabelle 2: Offene Schlussfrage	42
Tabelle 3: Gesamt Charakteristika Patient:innen.....	45
Tabelle 4: Frage 44 POST-Fragebogen	56

Management Summary

In der Schweiz sind 20 bis 30 % der Bevölkerung multimorbid, dies bedeutet, sie haben zwei oder mehr chronische Erkrankungen. Während ca. 11% der 50-Jährigen zwei oder mehr chronische Krankheiten haben, sind es unter den über 80-jährigen schon über 30%, wobei auch die durchschnittliche Anzahl chronischer Krankheiten mit dem Alter steigt. [1–3] Die häufig hohen Komplexität der Betreuung von Personen mit mehreren chronischen Krankheiten ist eine Herausforderung für alle Involvierten und kann zu Über-, Unter- oder Fehlversorgung der Patient:innen führen.

Im Projekt Opti-Q Multimorbidität sollen die im Kanton Waadt interprofessionell erarbeiteten Praxisempfehlungen Multimorbidität, in der Praxis getestet werden.[4] Die Praxisempfehlungen sind generisch verfasst und es braucht für die Implementierung in die Praxis entsprechende Anwendungshilfen. Da keine passende, existierende Tools weder in der Literatur noch in der Praxis gefunden wurden, hat das Projektteam zusammen mit der interprofessionellen Begleitgruppe aus Expert:innen, Praktiker:innen, Patient:innen und Angehörige folgende Anwendungshilfen erarbeitet: einen Versorgungspass in Broschürenform, der immer in den Händen der Patient:innen ist, ein ganzheitliches Gesundheits-Assessment und eine Medikationscheckliste, welche beide als beschreibbare PDFs vorliegen. Für die Fachpersonen wurde zusätzlich eine elektronisch suchbare Liste mit Selbstmanagement-Förderungsangeboten erstellt.

Im 12-monatigen Piloten wurden die Tools ab anfangs 2023 von 13 regionale Kernteams (Arztpraxen und Apotheken, Spitex oder allein) in drei Sprachregionen der Schweiz und in 9 Kantonen getestet. Der Versorgungspass wurde anschliessend in einer Fokusgruppe von Patient:innen angepasst. Die qualitative Evaluation des Projekts seitens QualiCCare wurde mittels PRE- und POST Fragebögen durchgeführt. Die Externe Evaluation erfolgte durch die von GFCH mandatierte Agentur Interface mittels Dokumentenstudium, Fallbeobachtungen und Interviews mit Pilotteilnehmern und relevanten Stakeholder-Vertreter:innen.

Die schriftliche Befragung zeigte, dass die Mehrheit der Fachpersonen die Opti-Q Praxisempfehlungen zur Multimorbidität positiv für den Praxisalltag erlebte. Ebenso wurden die Anwendungshilfen als mehrheitlich nützlich empfunden. Insgesamt sagten 75% der 24 Fachpersonen, dass das Opti-Q Pilotprojekt einen positiven Einfluss auf die Versorgung von multimorbiden Menschen hat.

Die Anwendungshilfen wurden auch von den Patient:innen mehrheitlich positiv und als nützlich wahrgenommen. Die Hälfte der 22 Patient:innen gaben als Schlussfazit im POST-Fragebogen an, dass das Opti-Q Pilotprojekt einen positiven Einfluss auf ihre Versorgung gehabt hätte.

Die positiven Rückmeldungen der Fachpersonen und Patient:innen zeigen den Nutzen der entwickelten Anwendungshilfen und deren Implementierung in die Praxis. Idealerweise sollte man die Tools in elektronischer Form verfügbar machen und zur Verbesserung der Versorgungsqualität und -effizienz beitragen, indem die Tools in der Praxis breiter nutzbar werden.

1. Einleitung

Opti-Q Multimorbidität (Opti-Q) des Vereins QualiCCare (QCC) ist ein Multistakeholder-Projekt, welches die Verbesserung der Versorgungsqualität von Personen mit mehreren chronischen Erkrankungen in der Grundversorgung zum Ziel hat. Dazu sollen die im Kanton Waadt wissenschaftlich im ADAPTE Prozess erarbeiteten Empfehlungen zu Behandlung der Multimorbidität[4] in der Praxis getestet werden. Dank der finanziellen Unterstützung von Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) sowie der Unterstützung der Mitgliedorganisationen von QualiCCare, konnte das Projekt realisiert werden. Das Projekt endet Ende Juni 2024. Dieser Schlussbericht beschreibt das Projekt, den Prozess und die Ergebnisse sowie die Herausforderungen, Chancen und Erfahrungen (Lessons Learned) und endet in einer Konklusion mit Empfehlungen für zukünftige Projekte.

Die eigens für das Projekt zusammengestellte, breitabgestützte Begleitgruppe aus Fachexpert:innen, Praktiker:innen sowie Patient:innen und Angehörige ist inhaltlich und fachlich für die Projektentwicklung und -begleitung zuständig, während die Steuergruppe mehrheitlich aus Vorstandsmitgliedern des Vereins QualiCCare besteht und strategisch entscheidungsbefugt ist. Die Steuer- und Begleitgruppen unterzeichneten zu Projektstart eine Vereinbarung, welche Rechte und Pflichten sowie eine eventuelle Honorarzählung regelt und ein Pflichtenheft einschliesst.

Für die Begleitung des Projekts wurde die Agentur Interface Politikstudien, Forschung und Beratung von GFCH mit der externen Evaluation des Projekts mandatiert. Hierzu dienen neben dem Schlussbericht von QCC sowie einem engen Austausch mit den Projektteams von QCC und GFCH, Fallbeobachtungen und Interviews von Pilotteilnehmer:innen und relevanten Stakeholdern. Der Evaluationsbericht von interface wird im Anschluss an die Einreichung des Schlussberichts seitens QCC erstellt, in einem Workshop mit GFCH und QCC validiert und Ende 2024 oder anfangs 2025 als finale Version vorgelegt.

2. Hintergrund & Projektrational

Die verbesserten Lebensbedingungen und der medizinische Fortschritt führen zu einer steigenden Lebenserwartung und gleichzeitig einem wachsenden Anteil älterer Menschen. Als Folge steigt auch die Häufigkeit von chronischen Erkrankungen in der Bevölkerung [3]. Aktuell sind in der Schweiz 2,2 Millionen Menschen von nichtübertragbaren Erkrankungen (NCD) betroffen [5]. Bei der älteren Bevölkerung steigt zudem die Zunahme an Multimorbidität. Eine Studie des schweizerischen Gesundheitsobservatorium zeigt auf, dass etwa 11% der 50-Jährigen zwei oder mehr chronische Krankheiten haben, während die Zahl bei den über 80-Jährigen bereits 44% beträgt [1,3].

Die Multimorbidität stellt zahlreiche Herausforderungen für Betroffene und Fachpersonen dar, was sich konsequenterweise auch auf das Gesundheitssystem und die Gesellschaft auswirkt. Multimorbide Patient:innen haben vermehrt Funktionseinschränkungen, häufig einen

progressiven Verlauf der Erkrankungen und infolgedessen einen steigenden Verlust an Autonomie und Lebensqualität. Des Weiteren besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Multimorbidität und dem erhöhten Risiko für Krankenhausaufenthalte, steigenden Behandlungskosten und einer Zunahme der Polypharmazie [6]. Für die involvierten Fachpersonen stellt die Komorbidität eine Herausforderung zwischen den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin und den gegebenen Rahmenbedingungen sowie der Anpassung dieser Medizin an den individuellen Patient:innen dar. Die meisten Guidelines gehen vor allem von einer Einzelerkrankung-Perspektive aus. Bei multimorbiden Patient:innen besteht daher die Gefahr von sogenannten Disease-Disease Interactions. Aufgrund der isolierten Betrachtung der Einzelkrankheiten steigt das Risiko von Medikamenteninteraktionen, da die Therapien selten die Komorbidität in Betracht ziehen [7].

Auf internationaler Ebene bestehen bereits nationale Guidelines bzw. Empfehlungen für die Betreuung multimorbider Patient:innen, so haben die American Geriatrics Society (AGS) in den USA, das National Institute for Health and Care Excellence (NICE) in Grossbritannien und die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) solche herausgegeben [7], an welche sich die Schweiz orientieren kann.

Da bei der Behandlung von multimorbiden Patient:innen oft mehrere ärztliche und nicht-ärztliche Grundversorger:innen, Spezialistinnen und Spezialisten sowie weitere Fachpersonen involviert sein können, besteht aufgrund fehlender Austauschgefässe in der Schweiz eine hohe Gefahr des Informationsverlustes.

Letztens, stellen auch die bestehenden Rahmenbedingungen im Schweizer Gesundheitssystem eine Herausforderung dar, da sie wenig auf eine gut koordinierte interprofessionelle Zusammenarbeit ausgerichtet sind. So fehlt auch eine breit akzeptierte, allen zugängliche, elektronische Krankengeschichte und obwohl beim aktuell bestehendem Fachkräftemangel eine interprofessionelle Zusammenarbeit opportun wäre, hindern die fehlenden Vergütungsmöglichkeiten und Fehlanreize die Gesundheitsfachpersonen daran [2].

Vor diesen Herausforderungen stehen vor allem die Grundversorger:innen, so dass der Verband Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe) von QualiCCare forderte, sich weg von einzelnen Krankheiten und hin zu krankheitsübergreifenden Qualitätsverbesserungsmassnahmen zu wenden. So kam es, dass der Verein ab 2018 den Fokus auf die Problematik der Multimorbidität legte. Da noch keine nationalen Praxisempfehlungen zur Behandlung mehrfach chronisch erkrankter Patient:innen für die Schweiz existierten, beauftragte der Kanton Waadt, welcher Mitglied des Vereins QualiCCare ist, das Institut für Sozial- und Präventivmedizin Lausanne (IUSMP, heute unisanté) die Zusammenstellung einer interprofessionellen Arbeitsgruppe und der Erarbeitung ebensolcher Empfehlungen gemäss dem im Rahmen des kantonalen Diabetesprogramms üblichen ADAPTE Prozesses [8]. So entstanden auf der Grundlage der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) [9] und des National Institute of Health and Care Excellence (NICE) [10] Guidelines zur Multimorbidität die «Recommandations pour la pratique clinique (RPC) Multimorbidité» [4], welche anschliessend von QualiCCare ins

Deutsche übersetzt wurden. Sie beschreiben das optimale Vorgehen zur Versorgung multimorbider Patient:innen in sechs Schritten (Abb. 1) und richten sich an alle Fachpersonen, welche Personen mit mehreren chronischen Krankheiten behandeln.

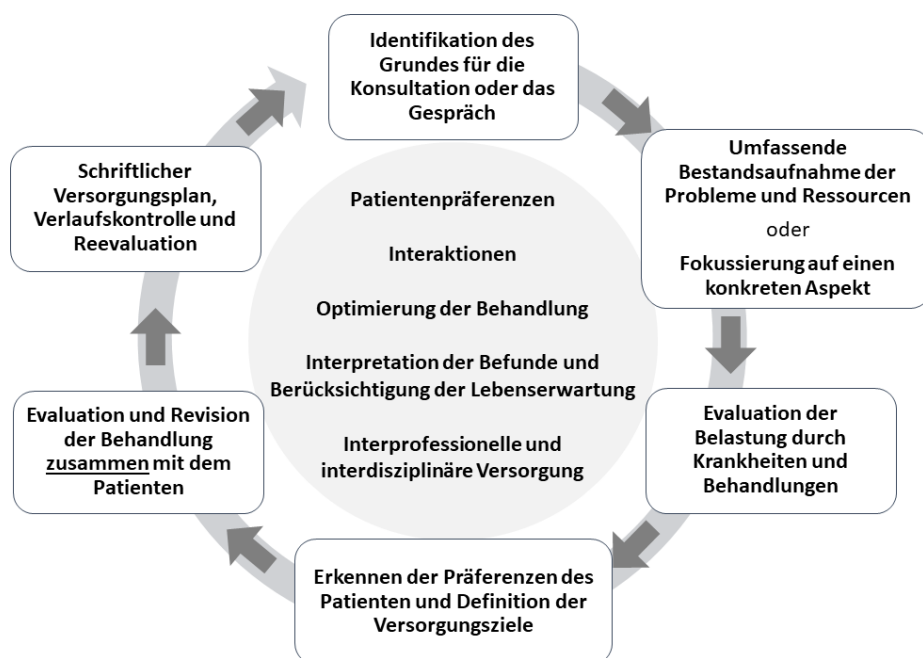


Abbildung 1: Ausschnitt Praxisempfehlungen zur Multimorbidität, übersetzt aus dem Französischen [4]

Wie die zugrundeliegenden Guidelines fokussieren auch die RPC Multimorbidité (in der Folge kurz: RPC) auf die Patientenzentriertheit im Sinne einer Partnerschaft auf Augenhöhe mit den Patient:innen sowie der interprofessionellen Zusammenarbeit aller involvierten Akteure. Die Qualitätskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine und Interne Medizin (SGAIM) unter J. Brühwiler empfahlen schon 2017 das Prinzip des «shared decision making» als wichtige Grundlage in der Begleitung multimorbider Patient:innen [11].

3. Finanzen

Das Projekt wurde von einem breiten Konsortium, welches in der Begleitgruppe widergespiegelt ist, sowie allen Mitgliedsorganisationen von QualiCCare getragen. Finanziert wurde es im Rahmen der Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz während der Jahre 2020 bis 2024, mit insgesamt CHF 1'300 000.- (von ursprünglich gesprochenen 2 Mio.), den Mitgliedorganisationen des Vereins QualiCCare im Rahmen ihrer Mitgliederbeiträgen sowie von mehreren Mitgliedorganisationen des Vereins QCC, namentlich die FMH, pharmaSuisse, den Krankenversicherungen Swica und Concordia, Mediservice und Novo Nordisk, welche die praktische Umsetzung in Form eines 12-monatigen Piloten durch Zusatzfinanzierungen mitfinanzierten, um die vollständige Durchführung des Projekts auch nach dem Finanzierungsstopp seitens GFCH vor der praktischen Umsetzung, sicherzustellen.

4. Zielsetzung

Das Ziel des Projekts Opti-Q Multimorbidität (= **Optimierte Versorgungsqualität** von multimorbiden Patient:innen) war es, die wissenschaftlich entwickelten (theoretischen) Praxisempfehlungen Multimorbidität auf deren Anwendbarkeit, Akzeptanz in der Grundversorgung zu testen und ihren Mehrwert zu evaluieren. Das dafür erstellte Wirkungsmodell (Abb.2) zeigt die Ziele und die zu erwartenden Wirkungen auf Ebene der Multiplikatoren (Outcome I) sowie auf Ebene der Patient:innen (Outcome II) auf.

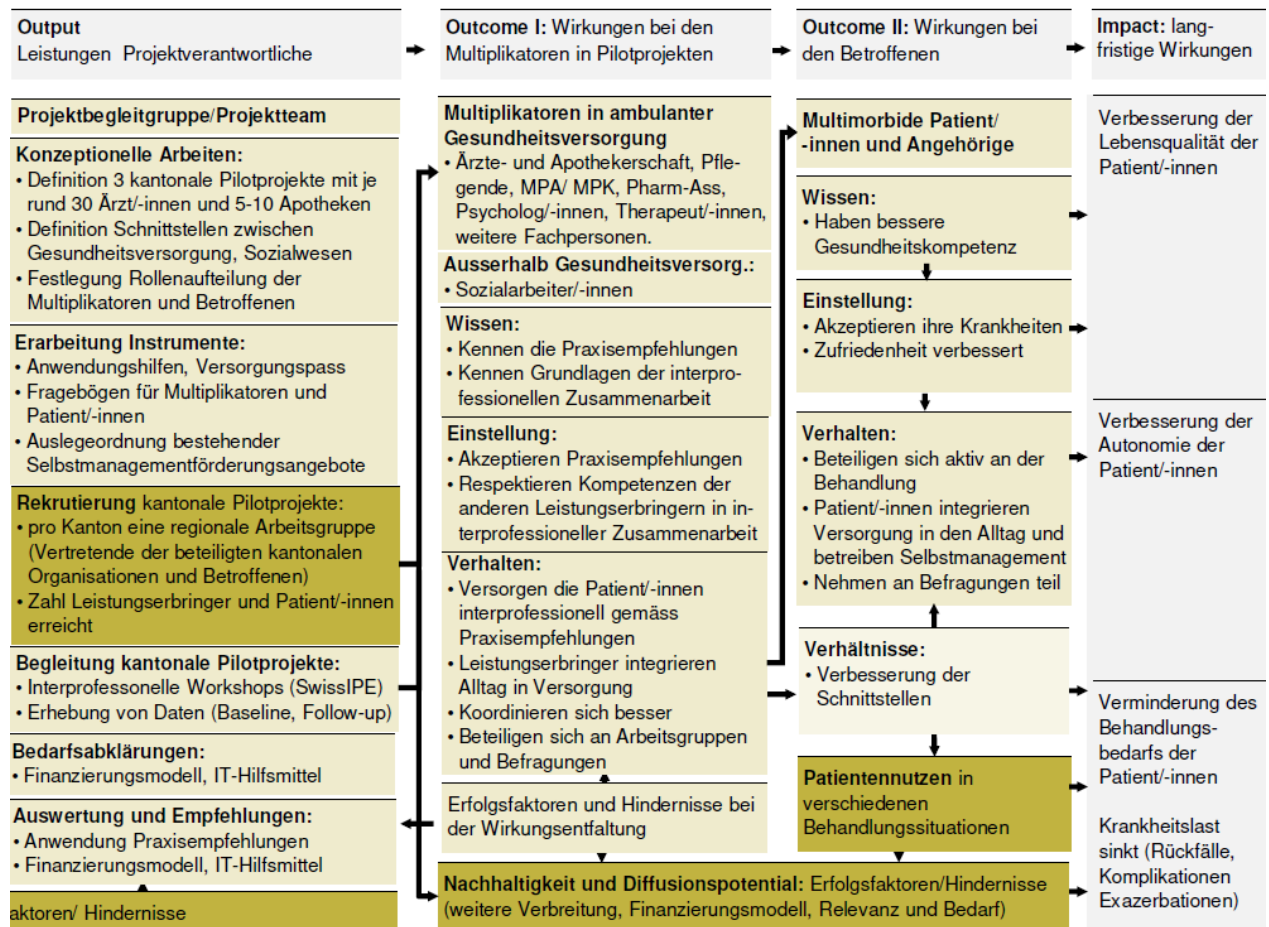


Abbildung 2: Ausschnitt des Wirkungsmodells Opti-Q Multimorbidität

Für das Projekt Opti-Q sollten die Praxisempfehlungen in zwei Sprachregionen implementiert werden, wobei aufgrund der Diversität ihrer Rahmenbedingungen (selbstdispensierende Ärzteschaft, Rezeptpflicht- und Mischkanton) die Kantone Zürich, Waadt und Bern gewählt wurden. Die Gesundheitsdirektionen der Kantone Zürich und Waadt sind zudem Mitglieder im Verein QualiCCare, so dass deren ideelle Unterstützung und die Kongruenz mit den kantonalen Gesundheitsstrategien sichergestellt waren. Zusätzlich erstellte die GD Zürich auch ein Unterstützungsschreiben, welches mit dem Finanzierungsantrag an GFCH eingereicht wurde.

Die Zielerreichung wird im Wirkungsmodell (Abb. 2) folgendermassen beschrieben: Für die Implementierung werden die Multiplikatoren, d.h. die Fachpersonen, in den entsprechenden

Regionen rekrutiert, welche ihrerseits Betroffenen, d.h. multimorbide Patient:innen für die Projektteilnahme rekrutieren. Die Fachpersonen werden in interprofessioneller Zusammenarbeit geschult und nutzen die RCP mit den, im Rahmen des Projekts Opti-Q erarbeiteten Anwendungshilfen, während 12 Monaten, bei der Behandlung ihrer multimorbiden Patient:innen an. Gemäss dem erstellten Wirkungsmodell ging man davon aus, dass eine verbesserte Kenntnis und Akzeptanz der Multiplikatoren ihr Verhalten in der Versorgung ändern würde, was wiederum Wissen, Akzeptanz und Verhalten seitens Patient:innen beeinflusst. Auf der Ebene Nachhaltigkeit und Diffusionspotenzial bieten Hinweise zu Erfolgsfaktoren und Hindernissen wichtige Grundlagen. Zusätzlich sollten die Projektergebnisse für die Formulierung von Empfehlungen zu IT-Hilfsmittel und Finanzierung beitragen. Als Impact wurden die Verbesserung der Lebensqualität und Autonomie der Patient:innen definiert, was als Konsequenz weniger Behandlungsbedarf und eine tiefere Krankheitslast nach sich zieht.

4.1 Zielgruppe

Zusammen mit Begleit- und Steuergruppe wurde beschlossen, ein Kernteam bestehend aus Hausärzt:innen, medizinischen Praxisassistent:innen (MPA) / medizinischen Praxiskoordinator:innen (MPK) oder Advanced Practice Nurse (APN) sowie Offizinapotheker:innen oder Spitex-Pflegefachpersonen zu definieren. Dieser Beschluss entstand, da die genannten Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen den meisten Kontakt mit multimorbiden Patient:innen und daher eine bedeutende Koordinationsrolle haben. Weitere Fachpersonen im Gesundheits- und/oder Sozialwesen, welche in der Versorgung der mehrfach chronisch erkrankten Menschen involviert sind, werden individuell je nach Bedarf durch das Kernteam rekrutiert.

Gemäss dem von GFCH bewilligten Projektantrag sollten 100 Ärzt:innen und ca. 3'000 Patient:innen rekrutiert werden. Die anvisierte Patient:innenzahl beruhte auf Erfahrungen mit Pilotprojekten im Bereich Diabetes und sollte die Möglichkeit geben, die von den RPC profitierende Zielgruppe zu schärfen. Die Vertreter der Hausärztschaft meldeten anekdotisch, dass ca. 5% ihres Patientenkollektivs eine derart komplexe Behandlung haben, dass sie von einer strukturierten, interprofessionellen Versorgung profitieren würden. Die einzuschliessenden Patient:innen sollten mindestens 18 Jahre alt sein und zwei oder mehr chronische Krankheiten aus den Diagnosegruppen nicht-übertragbare Krankheiten, psychische Erkrankungen und Suchterkrankungen haben. Ausschlusskriterien waren Urteilsunfähigkeit, unzureichende Sprachkompetenz, geschätzte Lebenserwartung < 12 Monate, Patient:innen mit bösartigen Neubildungen mit akutem Verlauf und Bewohner:innen von Langzeitinstitutionen.

5. Ethik

Für das Projekt Opti-Q wurde eine Zuständigkeitsabklärung (BASEC-Nr. 2020-01019) bei der Ethikkommission Zürich gemacht, welche das Projekt als Qualitätsverbesserungs-Projekt klassifizierte, so dass keine Ethikpflicht gemäss HFG bestand.

6. Vorgehen / Umsetzung

Da die RPC eher generalistisch formuliert sind, braucht es für ihre Implementierung in der Grundversorgung, praktische Anwendungshilfen, welche von den rekrutierten Kernteams und Patient:innen in der Praxis genutzt und getestet werden.

Um zu eruieren, welche Praxisempfehlungen und konkrete Anwendungshilfen weltweit existieren, sowie welche Erfahrungen mit ähnlichen Implementierungsansätze beschrieben sind, wurde eine semi-strukturierte Literaturübersicht erstellt. Ziel dieser Literaturübersicht war es, Studien zu finden, welche die Anwendung von Praxisempfehlungen und/oder Anwendungshilfen zur Versorgung von multimorbiden Patientinnen und Patienten untersuchen. Der Fokus sollte dabei besonders auf die Erfolgs- und Misserfolgskriterien bei der Implementierung und Umsetzung dieser Praxisempfehlungen und Anwendungshilfen gelegt werden. Dabei sollten identifizierte Erfolgsfaktoren, unter eventueller Anpassung an Schweizer Gegebenheiten, übernommen sowie beobachtete Misserfolgskriterien vermieden werden.

Zusammengefasst ergab die Literaturübersicht, dass bis 2020 keine Publikation gefunden werden konnte, welche alle im Konzept definierten Kriterien erfüllt. Insbesondere, was die definierten Outcomes angeht, wurde keine den gewünschten Studiendesigns entsprechende Studie gefunden, welche sich an PREMs orientierte.

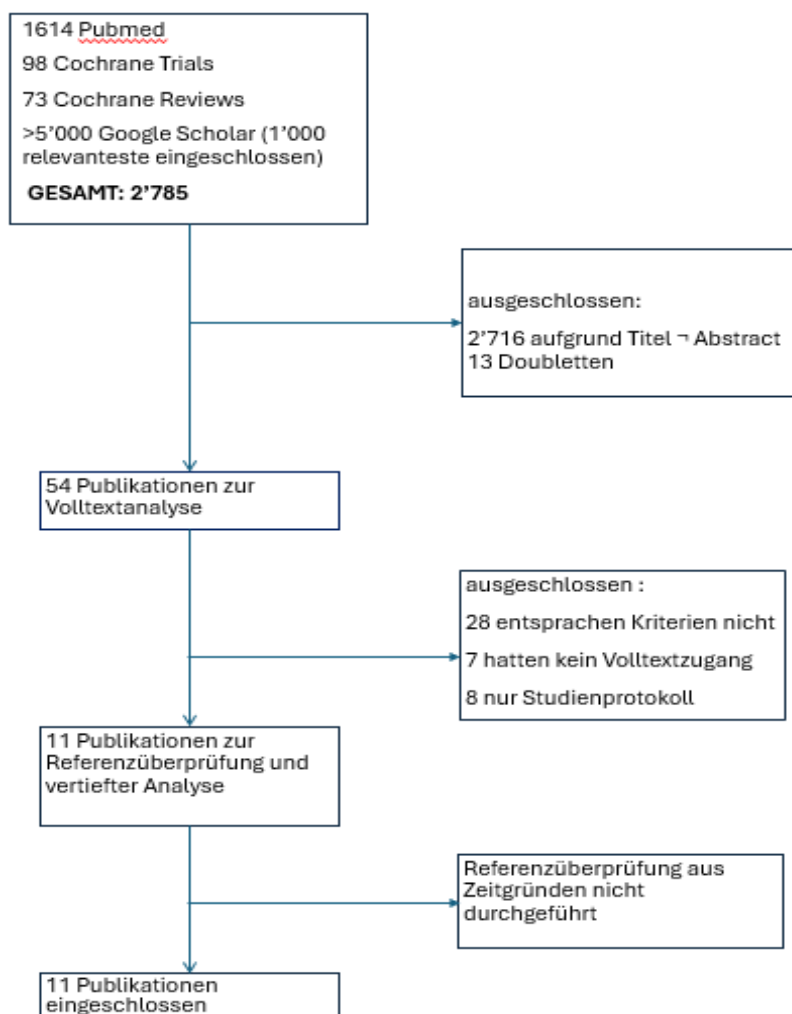


Abbildung 3: Prisma-Diagramm der Literatursuche

Da keine validierten Anwendungshilfen publiziert waren, welche für die Umsetzung der RPC-Multimorbidität verwendet werden konnten, mussten eigene Tools erarbeitet werden.

Die Expertengruppe (u.a. Hausärztinnen, Patient:innen, Apotheker:innen, Spitex, Sucht-Expert:innen, ärztl. Spezialist:innen, MPA) erarbeitete daher folgende Anwendungshilfen, welche auch die sechs von der SGAIM Qualitätskommission bestimmten Qualitätsindikatoren abdecken: Ein Versorgungspass, welcher in Papierform vorliegt und stets in den Händen der Patient:innen ist, ein ganzheitliches Assessment als elektronisch beschreibbares PDF, welches durch eine nicht-ärztliche Fachperson zusammen mit der/m Patient:in ausgefüllt wird, sowie eine Medikationscheckliste als elektronische beschreibbares PDF mit pharmazeutischen Empfehlungen.

Die Anwendungshilfen wurden in einem partizipatorischen Ansatz entwickelt. Dies bedeutet, dass jede Anwendungshilfe mehrere Schritte in mehreren Gremien durchlief. Als erstes wurde der Versorgungspass entwickelt. Dazu gab es nach mehreren bilateralen Sondierungsgesprächen mit den Mitgliedern der Begleitgruppe eine interprofessionelle Fokusgruppe bestehend aus Hausärzt:innen, Apotheker:innen, MPA/MPK, Pflegefachpersonen, und Patient:innen, welche die wichtigsten Themen für einen Versorgungspass zusammenstellten. Anschliessend wurde ein erster Entwurf vom Projektteam erstellt und in der Begleitgruppe diskutiert. Um die einzelnen Themen im Versorgungspass vollständig und aktuell zu haben und gleichzeitig den RPC-Multimorbidität gerecht zu werden, benötigte es weitere Anwendungshilfen. Für das ganzheitliche Assessment wurden mehrere validierte Dokumente, u.a. der MAGIC-Fragebogen als Ausgang genommen und in kleinen themenspezifischen Fokusgruppen weiterentwickelt [12]. Ebenso wurde mit der Medikationscheckliste verfahren, für die einerseits der ehemalige Polymedikationscheck von pharmaSuisse und andererseits der Medikationscheck von pharmawiki Pate standen [13,14]. Auch hier gab es mehrere Fokusgruppensitzungen, bevor der Entwurf in der Begleitgruppe diskutiert und überarbeitet wurde. Das Assessment wurde so ausgelegt, dass eine nicht-ärztliche Fachperson den Fragebogen mit dem/der Patient:in ausfüllen und diejenigen Bereiche kennzeichnen kann, welche eine Abklärung durch den/die Ärzt:in benötigen. Ebenso kann die Medikationscheckliste zum Teil durch eine andere Fachperson ausgefüllt werden und nur der medizinisch-pharmazeutische Teil bedarf der Expertise einer Medizinalperson (Arzt:in/Apotheker:in). Assessment und Medikationscheckliste sind elektronisch beschreibbare PDFs, welche ausgedruckt und / oder elektronisch versendet werden können. Die Anwendungshilfen zur Implementierung der RPC-Multimorbidität bestehen aus den beiden PDF-Dokumenten (Assessment und Medikationscheckliste), dem Versorgungspass in Papierversion als A5-Heft, sowie eine elektronische Liste von Selbstmanagement-Förderungsangeboten mit Suchfunktion.

Um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken, sollten ausserdem alle teilnehmenden Fachpersonen eine SIWF- und FPH-Offizin-akkreditierte Fortbildung zur interprofessionellen Zusammenarbeit und Leadership des Vereins SwissIPE besuchen (Basistag, Follow-Up von 1x1h online und 1x3h vor Ort).

6.1 Selbstmanagement-Förderungsangebote

Für die Teilnehmer:innen des Projekts wurde eine Übersicht zu national verfügbaren Selbstmanagement-Förderungs-Angebote für Menschen mit chronischen Krankheiten (nicht-übertragbare Krankheiten NCD, Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen) erstellt. Diese dient als Unterstützung für die im Projekt teilnehmenden Fachpersonen, um ihre Patient:innen auf passende Selbstmanagement-Förderungsangebote hinzuweisen.

Für die Begriffe Selbstmanagement und Selbstmanagementförderung sowie die Kriterien und Ansätze zu Selbstmanagement-Förderungsangeboten werden nach dem Referenzrahmen des Eidgenössischen Departement des Inneren EDI, 2018 [15] definiert.

Um eine nationale Übersicht zu aktuell verfügbaren Selbstmanagement-Förderungsangeboten (SMFA) zu erhalten, wurde eine erste, semistrukturierte Umfrage in Excel-Format im Frühjahr 2021 an 127 Gesundheitsorganisationen der Schweiz verschickt. Aufgrund der Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) wurde im Rahmen des Forum SELF, welche die Thematik Angehörige aufgriff, die Umfrage hinsichtlich der Fragestellungen angepasst, erweitert und optimiert. So wurde einerseits die benutzerfreundlichere Erhebungsform eines Online-Fragebogens verwendet und andererseits wurden die Fragen auf Angebote für Angehörige erweitert, um in einem, vom Opti-Q unabhängigen, parallelen Mandat eine Zusammenstellung von SMFA für pflegende Angehörige zu erstellen. Die Umfrage wurde im lizenzierten Online-Tool Survey Monkey, in deutscher und französischer Sprache, erstellt. Parallel zur Online-Umfrage erfolgte zusätzlich eine Internetrecherche. Die Durchführung der zweiten Umfrage (inklusive 2 Reminder) und der Internetrecherche erfolgten im Zeitraum von Mitte September bis Ende November 2021.

6.1.1 Angeschriebene Stakeholder

Die Adressliste, welche der Verein QualiCCare für die erste Umfrage im April 2021 erstellt hatte, wurde mit den bestehenden nationalen Übersichten wie der Referenzrahmen «Selbstmanagementförderung bei chronischen Krankheiten und Sucht» (BAG & GELIKO, 2018), dem «Porträt Selbstmanagement-Förderung bei betreuenden Angehörigen» (BAG, 2020), sowie Adressen der GELIKO, der GDK und der Abteilung Prävention von nichtübertragbaren Krankheiten des Bundesamts für Gesundheit (BAG) erweitert. Auf der BAG-Webseite «Modelle guter Praxis von Entlastungsangeboten für betreuende Angehörige» wurden weitere Stakeholder gefunden und angeschrieben, so dass insgesamt 319 Stakeholder den Link zur Umfrage in einem Begleitschreiben auf Deutsch oder Französisch via E-Mail erhielten.

Zusätzlich wurde der Link allen Mitgliedsorganisationen von QualiCCare in einem direkten Mailing zugesendet. Auch weitere Abonnenten des QualiCCare-Newsletters erhielten den Link und konnten ihre Angebote angeben. Schliesslich wurden auch die Teilnehmer:innen des 4. Forum SELF vor Ort gebeten, an der Umfrage mittels QR-Code Flyers teilzunehmen.

6.1.2 Datenanalyse

Lediglich 14 Organisationen haben im ersten Durchlauf im April 2021 an der Umfrage teilgenommen. Insgesamt wurden 79 vollständige Angebote mit der Excel-Tabelle zurückgemeldet. Beim zweiten Durchlauf im September 2021 haben 41 Organisationen die Umfrage ausgefüllt,

16 Organisationen haben zurückgemeldet, dass sie keine Selbstmanagement-Förderungs-Angebote anbieten und acht Organisationen haben entweder zurückgemeldet, dass sie aufgrund mangelnder Ressourcen oder anderen Gründen an der Umfrage nicht teilnehmen können, oder sie haben sich gar nicht mehr gemeldet. Die Angebote wurden in Excel 2016 (Dateiformat xlsx) extrahiert und anschliessend ausgewertet. Insgesamt wurden 73 vollständige Angebote erfasst. Nebst den Angeboten aus der Umfrage wurden 14 weitere Selbstmanagement-Förderungs-Angebote aus der Internetrecherche und den Dokumenten «Porträt Selbstmanagement-Förderung bei betreuenden Angehörigen» (BAG; 2020) [16], «Selbstmanagement-Förderung bei chronischen Krankheiten und Sucht» (BAG & GELIKO, 2018) [15] und «Nachhaltige Finanzierung und Qualität in der Selbstmanagement-Förderung» (BAG, 2020) [17] hinzugefügt.

Die Angebote wurden gemäss den untenstehenden Kriterien des Referenzrahmens «Selbstmanagement-Förderung bei chronischen Krankheiten und Sucht» (BAG & GELIKO, 2018) ausgewählt.

Kriterien der Selbstmanagement-Förderungs-Angebote:

1. Aktive Rolle und Beteiligung der Betroffenen und partnerschaftliches Rollenverständnis zwischen Fachleuten und Betroffenen
2. Die Dimensionen Wissen, Motivation und Kompetenzen werden gefördert
3. Der betroffene Mensch steht im Mittelpunkt, nicht seine Krankheit
4. Kein einmaliges, punktuelltes Angebot

Die Angebote, welche nur für Angehörige sind, wurden entfernt, da diese separat aufgelistet wurden und nicht im Rahmen des Projekt Opti-Q zusammengefasst wurden.

Nach der Datenbereinigung verbleiben noch 38 SMFAs, welche für «Betroffene» und «Betroffene und Angehörige» qualifizierten. Die SMFA für Betroffene sind auf der Projektseite von QualiCCare abrufbar und können nach Krankheitsbildern, Angebotsformat, Zielgruppe und Kantone gefiltert werden. Zusätzlich wurden die gleichen Selbstmanagement-Förderungsangebote auf der Blueprint-Website des BAG publiziert. Die teilnehmenden Fachpersonen im Opti-Q Projekt wurden Mitte 2023 über die Webseite informiert.

Im folgenden Flussdiagramm sind die einzelnen Schritte der Datenbereinigung aufgezeigt.

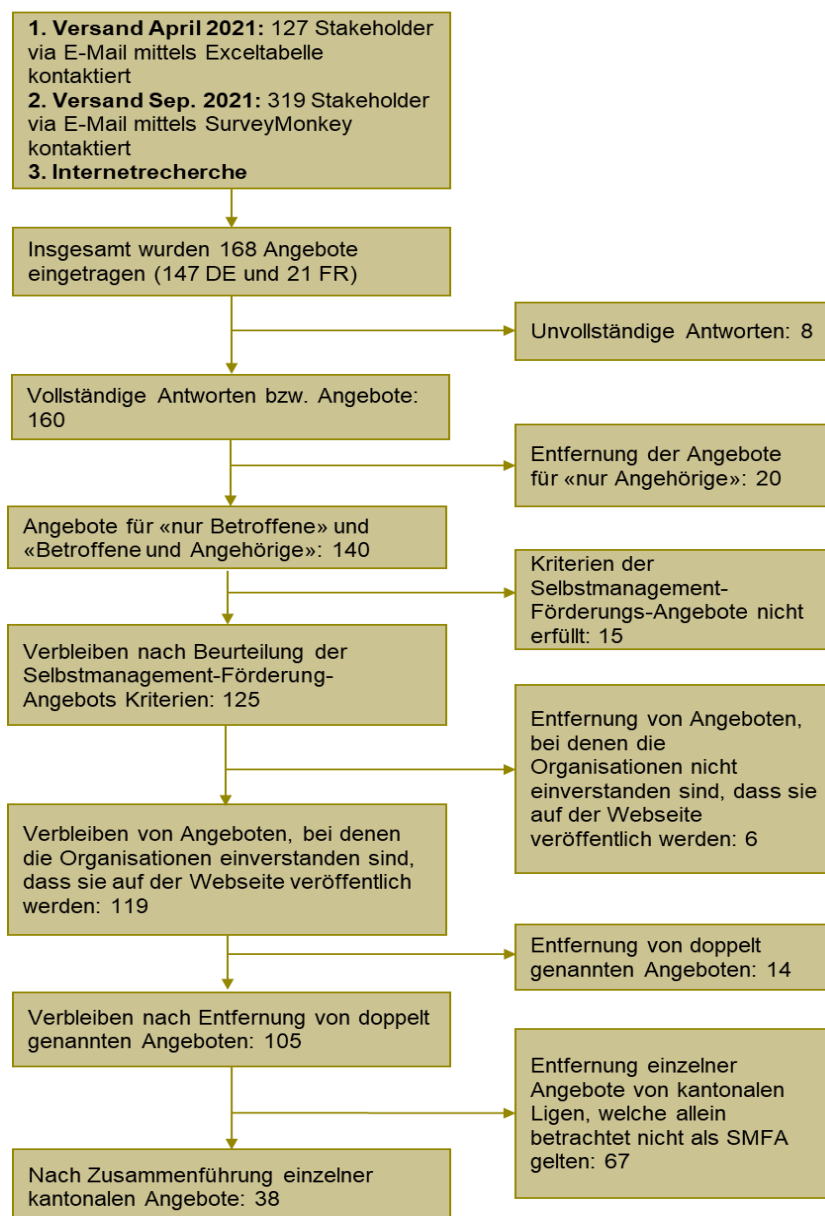


Abbildung 4: Flussdiagramm der Datenbereinigung

6.1.3 Publierte Selbstmanagement-Förderungsangebote

Folgende 38 Angebote wurden auf der Webseite publiziert:

- 1) Angebote für Menschen mit Lungenkrankheiten
- 2) Besser Leben mit COPD
- 3) Angebote im Umgang mit chronischem Leiden der Atemwege
- 4) Lungentreffen - PizolCare
- 5) Lungenkurs KOREKON - PizolCare
- 6) Vortragsreihe Ernährung - PizolCare
- 7) DiabetesEssen - PizolCare
- 8) Diabetestreffen - PizolCare
- 9) Diabeteskurs KOMEKON - PizolCare
- 10) DIAfit Rehabilitation & Langzeitgruppen
- 11) Herzkurs KOHIKON - PizolCare

- 12) Herztreffen - PizolCare
- 13) Care4Cardio – besser leben mit Herzschwäche
- 14) myCare Start - Chronic-Care-Management in der Apotheke
- 15) KSM Somnet Online-Schlaftherapie
- 16) ASSIP - Attempted Suicide Short Intervention Program
- 17) Angebot Peer Weiterbildung EX-IN
- 18) Leitfaden für den Arztbesuch
- 19) Mentales Selbstmanagement - PizolCare
- 20) dialog-gesundheit
- 21) ensa - Erste Hilfe für psychische Gesundheit
- 22) Home Care Therapiebegleitung - der Spezialapotheke Mediservice
- 23) Neurogenes Zittern - aktiviert die Selbstheilung
- 24) Angebote für Diabetes-Betroffene und Nahestehende
- 25) REAS - Regionale Anlaufstellen
- 26) Swiss Diabetes Kids
- 27) Chronic Care Management Programm der Sanacare AG
- 28) Angebote rund um die Rheuma-Thematik
- 29) Evivo
- 30) Femmes- und Männer-Tische
- 31) Selbsthilfe Schweiz
- 32) Angebote für Betroffene von Psoriasis oder Vitiligo
- 33) Angebote im Umgang mit Zöliakie
- 34) WeCanDays für Kinderkrebs Survivors
- 35) Angebote für Krebsbetroffene und Nahestehende
- 36) Kaffee Hakuna Matata
- 37) SafeZone.ch
- 38) NoA-Coach

6.2 Rekrutierung der Fachpersonen

Die Fachpersonen wurden über diverse Kanäle eingeladen, am Projekt teilzunehmen. Die Rekrutierung der Fachpersonen, auch Multiplikatoren genannt, begann Ende 2021, als verschiedenen Stakeholder kontaktiert wurden. Anfang 2022 wurden zahlreiche Gespräche mit potenziellen Projektteilnehmern geführt. Die eigentliche Kommunikationskampagne über den QCC-Newsletter und QCC-LinkedIn-Posts startete im März 2022 in der Deutschschweiz und im April 2022 in der Romandie. Es gab vielversprechende Gespräche mit Verantwortlichen von Ärztenetzwerken und kantonalen und nationalen Fachverbänden sowie mit unabhängigen Praxen und Apotheken. Einige bestätigten ihre Teilnahme mündlich und / oder zeigten starkes Interesse am Projekt. Insbesondere durch die Ärztenetzwerke, sowie durch die Unterstützung der Mitglieder der Begleitgruppe hatte sich QualiCCare eine rege Teilnahme am Projekt erhofft. Neben den direkten Kontakten, die durch das QCC-Netzwerk sowie das Projektteam bestanden, wurde das Projekt bei verschiedenen Veranstaltungen vertreten und vorgestellt. Es wurden Artikel verfasst und diverse Fachverbände sowie kantonale Verbände angeschrieben. Die nachfolgende Liste zeigt einen Überblick aller erbrachten Rekrutierungsmassnahmen.

Kommunikationsmaterial zur Teilnahme am Projekt

- Informationsflyer zum Projekt für Fachpersonen (in drei Sprachen)
- Informationsflyer zum Projekt für Patient:innen (in drei Sprachen)
- Dokument mit detaillierten Informationen zum Projekt und deren Ablauf für Fachpersonen in Deutsch und Französisch
- Kurzes Factsheet für Fachpersonen (in drei Sprachen)
- Aufwand/Ertrag Tabelle für Fachpersonen in Deutsch und Französisch
- Aufgabenpfad für Fachpersonen (Aufgaben der Fachpersonen im Projekt «auf einem Blick») (in drei Sprachen)
- Aufgabenpfad für Patient:innen (= ihre Aufgaben im Projekt «auf einem Blick») (in drei Sprachen)
- Erklärvideo des Projekts für Fachpersonen in Deutsch und Französisch
- Erklärvideo des Projekts für Patient:innen in Deutsch und Französisch
- Poster und Roll-Ups in drei Sprachen für diverse Veranstaltungen und Stände an Veranstaltungen
- Testimonials von zwei Ärzten über ihre Motivation zur Teilnahme am Projekt

Publizierte Artikel

- Schweizerische Ärztezeitung (SAEZ) **16.3.2022**
- pharmaJournal **02/2022** – alle Mitglieder von pharmaSuisse (ca. 7'000)
- H+ Magazin **28.9.2022**
- Primary and Hospital Care (PHC) **2.11.2022**
- Spitex Magazin **12/2022**
- PraxisArena Magazin (SVA) **12/2022** – alle Mitglieder SVA
- Zürcher Ärztezeitung **07/2022** – alle Mitglieder des Ärztesverbands Zürich (ca. 8'000 Ärzte)

E-Mail-Versand

- Direktes E-Mail via dem Aargauischen Ärztesverband an 800 seiner Mitglieder (**19.8.2022**)

Newsletter

- Versand durch QCC-Team: mehrere zielgruppenspezifische Newsletter in Deutsch und Französisch (Hausarztpraxen (33), Apotheker (35), Weitere Fachpersonen (71), Patient:innen (36)) sowie Allgemeiner Newsletter (139) **April 2022**

LinkedIn-Posts

- 28 Posts (D und F) **zwischen März und Oktober 2022** (ca. 5'500 Impressionen)

Podcasts und Webinar

- **16.3.2022**: fmc Projektclub Webinar (Adrian Gödlin, der in der Begleitgruppe von Opti-Q ist, hat das Projekt erwähnt)
- **16.08.2022**: Agfam [Episode 6 Opti-Q Multimorbidität](#)
- **21.3.2022**: Coffee Break (Pharmaceutical Care Network Schweiz) PCN-S– **Online Webinar** – Opti-Q Projektteam

Veranstaltungen / Kongresse vor Ort – mit oder ohne Projektvorstellung durch das Opti-Q Projektteam

- 24.03.2022: [SVA MPK Symposium](#), in Solothurn (GFCH / Franziska Widmer hat Projekt vorgestellt)
- 5.5.2022: Qualitätsveranstaltung der Ärztenetzwerk Deutschschweiz AG in Lenzburg (ca. 30 Teilnehmer – Arzt/MPK/MPA) – Opti-Q Projektteam stellt Projekt vor und Adrian Göldlin erwähnte es zusätzlich in seiner Präsentation
- 16.05.2022: Agfam Kurs «Herausforderung chronisch kranke Patient:innen» online – Projektteam stellt Opti-Q vor
- 01.09.2022: Forum Diabète - [Workshop Opti-Q Projektteam](#)
- 6.9.2022: [GN2025 Vernetzungsanlass](#) - Speeddating Projekt Vorstellung Opti-Q Projektteam
- 15.09.2022: [Plattform Interprofessionalität Summer Academy](#) - SwissIPE stellte Projekt vor
- 05.11.2022: Diabetesschweiz-Konferenz - Geschäftsführer von Diabetesschweiz stellte Opti-Q vor
- 13.11.2022: [pharmActuel Symposium](#) (Referent Sven Streit stellte Opti-Q vor)
- 4.11.2022: Agfam Kurs «Patienten mit Herzkreislauf-Erkrankungen interprofessionell betreuen in der Apotheke» in Olten (Adrian Göldlin stellte Opti-Q vor) (ca. 25 Teilnehmer)

Werbung für Opti-Q an vor-Ort Veranstaltungen (Auflegen von Flyer, Stand, Poster)

- 22-23.09.2022: SGAIM Herbstkongress Davos (Flyers auf dem Tisch von mfe)
- 13.10.2022 : 27e Journée genevoise de diabétologie (Opti-Q Stand – mit Opti-Q Vertreterin)
- 03.11.2022: Symposium Diabésité 2022 (Opti-Q Stand – mit Opti-Q Vertreterin)
- 17.11.2022 : Les Assises de la médecine romande (Opti-Q Stand – mit Opti-Q Vertreterin)
- 17.11.2022: Journée mondiale du diabète Hôpital Lavaux (Flyer in Mappe für alle Teilnehmer)
- 17-18.11.2022: SGED-Kongress (Opti-Q Stand mit 2 Opti-Q Vertreterinnen) (2 Tage, pro Tag 280-300 TN)
- 24.11.2022: Simposio SSED per Medici Generalisti (Opti-Q Stand mit Opti-Q Vertreterin) (ca. 20 Teilnehmer)
- An der 10-jährigen Jubiläumsfeier des Vereins am 3. Juli 2023 in Zürich wurde das Projekt den Anwesenden detailliert vorgestellt und ein Kernteam aus Genf sowie ein Patient aus dem Kanton Waadt präsentierten ihre bisherigen Erfahrungen im Pilotprojekt. Des Weiteren wurden Video-Testimonials von weiteren drei am Pilotprojekt teilnehmenden Fachpersonen aus der West- und aus der Deutschschweiz gezeigt. Die Präsentationen und die Videomontage sind unter [News](#) und «Jubiläumsfeier Juli 2023» auf der Homepage von QualiCCare abrufbar.

Eigene Opti-Q-Webseite in 3 Sprachen (F, D und I) auf der Homepage von QualiCCare

Erwähnung von Opti-Q in Newsletter und/oder Social Media von anderen Organisationen

- GFCH: Newsletter 17.03.2022 und 24.05.2022
- GN2025: Webseite 17.03.2022, Linked-In Post 22.4.2022, Newsletter 07.04.2022, Newsletter 20.05.2022
- SGAIM: Newsletter 12.01.2022
- SVA: Webseite unter News 21.01.2022, Newsletter 03.02.2022
- ARAM: Facebook 13.01.2022, Newsletter 11.05.2022
- Diabetesschweiz: Diab-Up 31.03.2022
- Spitex: Extranet 21.03.2022
- Medinform: Mail an alle Kinderapotheken 17.05.2022
- Réseau Santé Vaudois Haut-Léman: Newsletter 14.04.2022

Vorstellung von Opti-Q bei verschiedenen Organisationen / Verbände / Organisations-internen Gremien

- Réseau Santé Nord Broye 28.01.2022 (online)
- Mfe Vorstandssitzung 17.2.2022 (online)
- Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich 09.03.2022 (vor Ort in Baden)
- OFAC 10.3.2022 (vor Ort, Lausanne)
- Mfv / mfe (Sebastien Jotterand) 10.3.2022 (vor Ort, Lausanne)
- Mediservice 21.3.2022 (online)
- PonteNet 25.03.2022 (online) – mehrmaliger Onlineaustausch zum Projekt
- ARAM 27.04.2022 (online)
- Ensemble Hospitalier de la Côte 11.05.2022 (vor Ort, Morges)
- Agfam 16.05.2022 (vor Ort, Zürich)
- Start-Physio 19.05.2022 (vor Ort, Rennaz)
- Réseau Delta 24.05.2022 (vor Ort, Genf)
- Medbase Wil (online 24.06.2022 und vor Ort Zürich 5.8.2022)
- ChiroSuisse 30.6.2022 (vor Ort, Bern)
- Enzian Health 26.07.2022 (online)
- pharmaValais 2.08.2022 (vor Ort, Martigny)
- Vorstand DiabèteVaud 23.8.2022 (vor Ort, Lausanne)
- fmc 28.09.2022 (online)
- Réseau Santé Vaudois Nord Broye 4.10.2022 (vor Ort, Yverdon)
- FMH Tarifdelegiertentag November 2022 (vor Ort, Biel) – Hans Stöckli
- Amavita Verkaufsleitertreffen 8.11.2022 (vor Ort, Bern)
- Roche Diabetes Care 14.11.2022 (online)
- e-Health Suisse 16.11.2022 (online)
- Pizolcare 09.12.2022 (vor Ort, Sargans)
- Réseau Santé Haut Léman 07.12.2022 (vor Ort, Rennaz)
- Weitere 130 Hausarztpraxen und Apotheken direkt kontaktiert und Projekt vorgestellt
- Diverse Gespräche mit Netzwerkverantwortlichen und deren Betriebsgesellschaft.

pharmaSuisse Qualitätszirkel-Leiter

- Anschreiben 16.11.2022
- Zwei Zoom-Sitzungen, um das Projekt vorzustellen (23.11.2022 und 30.11.2022)

Anschreiben an diverse kantonale Ärzte- und / oder Apothekerverbände und Netzwerke

- AG 02.04.2022
- BE 04.03.2022
- TI 29.09.2022 (nur Apothekerverband)
- VD 02.04.2022
- VS 10.08.2022 (nur Apothekerverband)
- ZG 14.03.2022 (nur Apothekerverband)
- ZH 24.02.2022 und 09.03.2022
- Alle Ärztenetzwerke im Swiss Mednet wurden angeschrieben 01.11.2022

Zusätzlich wurde auf Anregung der Patient:innen der Begleitgruppe erwogen, vermehrt auch über Patientenorganisationen anstatt nur über Fachkräfte zu rekrutieren, da Patient:innen und ihre Angehörigen ebenfalls ihre Fachkräfte zur Teilnahme motivieren könnten. Zu diesem Zweck hatte das Projektteam eine Liste von Patientenorganisationen vorbereitet. Allerdings war die Mehrheit der Gremienmitglieder nicht überzeugt, dass die Patient:innen einen starken Einfluss haben, da es ohne die Motivation der Leistungserbringer für die Patient:innen schwierig sei, ihre Fachpersonen zu mobilisieren, weshalb hier von einem Anschreiben abgesehen wurde.

Trotz der enorm ressourcenintensiven Rekrutierungsversuche gelang es leider nicht, die im Projektantrag anvisierte Zahl von 100 Ärzten von einer Teilnahme am Projekt zu überzeugen. Hierfür sind sicherlich mehrere Faktoren verantwortlich, insbesondere die post-pandemisch unsichere Situation und die massive Belastung der Praxen und Apotheken mit einem sich zuspitzenden Fachkräftemangel. Als weitere Massnahme zur vertieften Untersuchung der Gründe für eine Nicht-Teilnahme, wurde auf Anregung von GFCH eine Feldanalyse durchgeführt.

6.3 Feldanalyse

Aufgrund der Schwierigkeiten, Teilnehmer:innen für das Projekt in der dafür vorgesehenen Zeit zu rekrutieren, wurde im August 2022 eine nicht-repräsentative Feldanalyse zu Erfolgsfaktoren und Hindernissen für eine Teilnahme am Projekt durchgeführt. Die Umfrage wurde an insgesamt 57 Fachpersonen gesendet, welche entweder Interesse am Projekt gezeigt hatten oder auch nur auf das Projekt per Anschreiben aufmerksam gemacht worden waren. Alle diese Personen hatten somit schon vom Projekt Opti-Q gehört. Darunter waren auch Fachpersonen, welche bereits in einem persönlichen Austausch mit dem Projektteam standen, sowie eine Teilnahme zugesagt, abgesagt oder noch nicht geantwortet hatten. Es wurden Ärzte und Ärztinnen, Apotheker:innen sowie MPA/MPK und Pflegefachpersonen (APN) angeschrieben. Die Umfrage wurde nach zwei Wochen, am 12. September 2022 abgeschlossen. Insgesamt haben 19 von 57 Personen den Onlinefragebogen vollständig beantwortet. Die Rücklaufquote

betrug somit 33.3%. Auch wenn die Ergebnisse nicht repräsentativ sind aufgrund der geringen Teilnehmerzahl, zeigen sie doch Tendenzen auf.

Die Thematik des Projekts scheint für die Befragten sehr wichtig zu sein. Mehrheitlich empfanden sie, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit bereits gut funktioniere, jedoch die aktive Beteiligung von Patient:innen in ihrer Behandlung nicht sehr gut sei.

Die Tools, namentlich der Versorgungspass als gemeinsames Kommunikationstool, das ganzheitliche, jährliche Patientenassessment als Standortbestimmung sowie die Medikationscheckliste zur umfassenden Medikationsüberprüfung wurden mehrheitlich als nützlich für die Versorgung von multimorbiden Patient:innen erachtet. Die Befragten befürchteten jedoch einen erhöhten Zeitaufwand und bemerkten, dass Assessment und Medikationscheck durch nicht-ärztliche Fachpersonen nicht abrechenbar seien. Ausserdem wäre eine Implementation ins Primärsystem wünschenswert. Eine elektronische Ablage des Assessments und der Medikationscheckliste ist als PDF möglich, da es als beschreibbares PDF vorliegt und elektronisch erfasst werden kann, aber eine automatische Extraktion (und Befüllen) der Daten aus dem Primärsystem ist nicht möglich.

Die 1.5-tägige interprofessionelle Fortbildung wurde mehrheitlich als zu lang und zu aufwendig empfunden, da eine Teilnahme als Behandlungsteam gewünscht ist und dies aus verschiedenen Gründen oft nicht umsetzbar ist (gemeinsame Terminfindung Praxis-Apotheke, gleichzeitige Abwesenheit der teilnehmenden Praxismitarbeiter:innen, etc.).

Die Aufwandsentschädigung von CHF 50.- wird von der Mehrzahl der Befragten als nicht oder teils/teils angemessen empfunden. Bei genauerer Untersuchung der Antworten, stellte sich heraus, dass dieser Meinung vor allem die nicht-ärztlichen Fachpersonen (Apotheker:innen und MPK/MPA) sind, deren Leistung am Patient:innen nicht verrechenbar ist.

Die Hauptgründe für eine Nicht-Teilnahme seien die fehlenden Ressourcen, die geringe Aufwandsentschädigung, die fehlende Beziehung zu Apotheker:in bzw. Hausärzt:in, und der Versorgungspass in Papierformat.

Aufgrund der Ergebnisse dieser Umfrage wurden für das weitere Vorgehen im Projekt Opti-Q Multimorbidität die Anpassungen a-c durch die Steuergruppe beschlossen. Die Erhöhung der Aufwandsentschädigung (Punkt d) für die Berufsgruppe MPA/MPK und Apotheker:innen war budgetrelevant und konnte daher nicht umgesetzt werden.

- a) Fortbildung: Die Fortbildung ist für Teilnehmer:innen optional, wenn sie bereits eine Aus-, Weiter- oder Fortbildung zur interprofessionellen Zusammenarbeit absolviert haben.
- b) Anwendungshilfen (Assessment und Medikationscheckliste): Die Projektteilnehmer:innen, die bereits eigene, strukturierte Vorlagen für Assessment und Medikationsüberprüfung verwenden, können nach Abgleich und Validierung durch das QCC-Projektteam ihre eigenen Tools verwenden.

- c) Zusammensetzung des Kernteams: Hausarzt:in, MPK/MPA bzw. APN und Apotheker:in oder Spitex, abhängig von den lokalen Begebenheiten. Auch andere Berufsgruppen können beigezogen werden. Die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Hausarzt:in und MPK/MPA allein ist jedoch nicht ausreichend.
- d) Aufwandsentschädigung: Die Aufwandsentschädigung sollte insbesondere für die Berufsgruppe MPA/MPK oder Apotheker:in überdacht werden, da hier keine Tarifposition für die Durchführung des Assessment bzw. Medikationsüberprüfung besteht.

Die Rekrutierung von Fachpersonen und Patient:innen dauerte länger als geplant und erwies sich als ausgesprochen herausfordernd. Insgesamt konnten bis Ende 2022 letztendlich 13 Teams rekrutiert werden.

Da dies nicht der gewünschten Anzahl an Fachpersonen gemäss der Vertragsvereinbarung mit GFCH entsprach, beschloss der Stiftungsrat von GFCH im November 2022, die Projektfinanzierung zu stoppen und den Vertrag aufzulösen. In der Folge wurde Interface beauftragt, die Lessons Learned, wieso es zu dem Finanzierungsstopp kam, zu eruieren. Der Lessons learned Bericht von Interface wurde in einem Workshop mit dem Projektteam von QCC und den zuständigen Projektleiterinnen seitens GFCH im September 2023 validiert und Ende 2023 freigegeben.

Damit die finanziellen und personellen Ressourcen dennoch sinnvoll investiert waren und die rekrutierten Pilotteilnehmer:innen die erarbeiteten Produkte in der Praxis testen können, konnte der Präsident, die relevanten Vorstandsmitglieder und die Projektleitung im Gespräch mit der Vertretung von GFCH vereinbaren, dass QCC noch einen, von einigen QCC-Mitgliedern zusätzlich finanzierten, Piloten mit den 13 rekrutierten Teams durchführt und Interface erst anschliessend das Projekt evaluiert.

6.4 Pilot

Das Pilotprojekt wurde mit 13 Kernteams aus drei Sprachregionen in neun Kantonen durchgeführt.

Zur Unterstützung der unterschiedlich zusammengesetzten Teams gab es eine Fortbildung zur interprofessionellen Zusammenarbeit des Vereins Swiss IPE, bestehend aus einem Basistag, einem einstündigen Online-Follow-up sowie einem weiteren halben Tag vor Ort. Drei Praxen eines Ärztenetzes gaben an, bereits interprofessionell zu arbeiten oder Fortbildungen zu diesem Thema absolviert zu haben und liessen sich von der Fortbildung dispensieren. Eine weitere Praxis wollte nur eine Patientin begleiten und nahm daher auch nicht an der Fortbildung teil.

Alle teilnehmenden Fachpersonen mussten zu Beginn des Piloten einen Online-Fragebogen ausfüllen, um die aktuelle Versorgung von multimorbiden Patient:innen zu eruieren. Anschliessend haben die Fachpersonen Patient:innen rekrutiert, welche den Einschlusskriterien für eine Projektteilnahme entsprachen. Diese sollten gleichzeitig auch von den anderen Fachpersonen im Team, d.h. Apotheke oder Spitex, bzw. Hausarztpraxis, betreut werden.

Die Patient:innen, welche mit einer Teilnahme am Projekt einverstanden waren, erhielten von ihren Fachpersonen ebenfalls einen Fragebogen zu ihrer aktuellen Versorgungssituation, welchen sie entweder online oder auf Papier ausfüllen und in einem vorfrankierten Umschlag an das Opti-Q Projektteam senden sollten. Dazu erhielten sie den Versorgungspass, der während des Pilotprojekts ihr ständiger Begleiter bei jedem Besuch beim Hausarzt, der Spitex, der Apotheke sowie anderen involvierten Fachpersonen sein sollte.

Die Fragebögen wurden mit Interface abgestimmt und in enger Zusammenarbeit erstellt, damit auch die für die Projektevaluation relevanten Fragen inkludiert sind, um die Pilotteilnehmer:innen nicht zusätzlich zu beanspruchen. Da aufgrund der geringen Teilnehmerzahl eine quantitative Evaluation nicht sinnvoll wäre, wurde eine qualitative Evaluation gemacht.

Die Patient:innen wurden über einen Zeitraum von 12 Monaten (teilweise auch kürzer, wenn sie später rekrutiert wurden) unter Nutzung der erarbeiteten Anwendungshilfen gemäss den RPC Multimorbidität behandelt. Nach Abschluss des Pilotprojekts Ende März 2024 erhielten sowohl die Fachpersonen als auch die Patient:innen erneut einen Fragebogen.

Zusätzlich zu den vom Opti-Q Projektteam erarbeiteten und versandten Fragebögen, führte das von GFCH mandatierte Evaluationsinstitut Interface einige Interviews mit einzelnen Fachpersonen, Teams, und Patient:innen sowie einige Fallbeobachtungen mit Einverständnis der betroffenen Teams durch.

Jedes Kernteam unterzeichnete zu Beginn des Piloten eine Vereinbarung, in dem die Verantwortlichkeiten, Rechte und Ziele im Rahmen des Projekts festgelegt waren. Anschliessend führte das Projektteam mit allen Teams je eine 1-2stündige Kick-off Sitzung durch, welche entweder vor Ort oder online stattfand und an der die nötigen operationellen Eckpunkte und Informationen zum Ablauf des Piloten besprochen wurden.

Ziel war die Teilnahme von 10 Teams mit je ca. 10 Patient:innen für den Piloten. Es konnten insgesamt 13 Teams rekrutiert werden. Wie bei den Fachpersonen erwies sich die Rekrutierung der Patient:innen durch erstere als schwierig, weshalb zusätzliche Anreize zur Teilnahme geschaffen wurden. So wurden nach Erhalt der POST-Fragebögen unter allen teilnehmenden Patient:innen fünf Supermarkt-Gutscheine im Wert von je CHF 200.- verlost.

Als Barrieren bei der Rekrutierung sind Personalkündigungen und befristete Stellen seitens der Fachpersonen sowie Arztwechsel der Patient:innen zu nennen. Zudem war es für gewisse Teams mit Apotheken und Hausarztpraxen schwierig, «gemeinsame Patient:innen» zu finden.

Die teilnehmenden Patient:innen erhielten zu Beginn des Piloten den Versorgungspass mit der Erklärung, ihre persönlichen Informationen, Wünsche und Ziele sowie Gesundheitsinfos auszufüllen. Gegebenenfalls konnte eine Fachperson oder Angehörige behilflich sein. Beim ersten Termin sollte das ganzheitliche Assessment bezüglich physischer und psychischer Gesundheit mit einer Fachperson durchgegangen werden, wobei letztere nicht ärztlich sein musste. Ein Arzt/Ärztin sollte anschliessend problematische Punkte aus dem Assessment mit den

Patient:innen besprechen. Eine (weitere) Fachperson sollte die Medikationscheckliste mit den Patient:innen durchgehen und die aktuelle Medikation und Probleme bei der Einnahme aufnehmen. In einem nächsten Schritt sollte der Pass im Verlauf des eigentlichen Piloten zu jedem Arzttermin selbstständig mitgenommen und auf dem aktuellen Stand gehalten werden.

Während des gesamten Projekts wurden die Arztpraxen und Apotheken über verschiedene Kanäle wie Telefon, WhatsApp, Videokonferenzen und direkte Praxisbesuche der Projektleiter:innen kontinuierlich unterstützt. Es fanden «Lessons-Learned» Sitzungen mit den Teams im Rahmen der Follow-ups zur interprofessionellen Fortbildung statt, um Erfahrungen und Feedbacks zu besprechen. Im Juli 2023 wurden ausserdem bilaterale Gespräche mit Hausarztpraxis- und Apothekenteams in den Kantonen Waadt und Zug geführt. Die sechs Fachpersonen gaben zusammengefasst folgende Rückmeldungen:

- Das Pilotprojekt Opti-Q sollte um einen angemessenen Zeitraum verlängert werden
- Die finanzielle Vergütung der Teams für die Rekrutierung sollte sichergestellt werden
- Die interprofessionelle Zusammenarbeit sollte weiter gefördert werden
- Das Pilotprojekt sollte nach der Pilotphase weitergeführt werden
- Das Assessment ist zu zeitintensiv
- Es sollte die rechtlichen (Selbstdispensation) und geografischen Gegebenheiten (Verhalten der Patienten „Land“ versus „Stadt“) besser berücksichtigt werden
- Es wurden Anpassungen im Versorgungspass (z.B. „Kurzübersicht“ der Diagnosen) vorgeschlagen

Die Umsetzungsphase wurde Ende März 2024 abgeschlossen. Anschliessend wurden die vom Projektteam entwickelten und von der Begleitgruppe validierten (Post-)Fragebögen für die Kernteams und die Patient:innen and die Pilotteilnehmer:innen gesendet, welche einerseits separat ausgewertet und andererseits mit den Antworten aus den Basis-Fragebogen verglichen wurden.

7. Evaluation

7.1 Ergebnisse Fachpersonen

Im folgenden Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse der schriftlichen Befragung zusammengefasst. Eine vollständige Übersicht aller Antworten ist im Anhang in Tabellenform einsehbar. Um vergleichbare Verhältnisse darzustellen, werden die Ergebnisse grösstenteils prozentual präsentiert. Trotz der kleinen Stichprobe wurden einige Antworten weiter unterteilt, um zusätzliche Vergleiche zu ermöglichen. Dabei erfolgte eine Unterscheidung nach Sprachregion sowie eine Aufteilung der Berufe in Medizinalpersonen (Fach-/Hausärztinnen und -ärzte, Apotheker) und Gesundheitsfachpersonen (MPA, MPK, Pharmaassistent:innen etc.).

7.1.1 Demographische Ergebnisse und Charakteristika

Anfang 2023 begannen die ersten der 13 regionalen Kernteams (Arztpraxen und Apotheken, Spitex oder allein) in drei Sprachregionen der Schweiz und in 9 Kantonen (St. Gallen, Tessin, Zürich, Aargau, Zug, Bern, Neuchâtel, Waadt und Genf) das Opti-Q Pilotprojekt umzusetzen.

Tabelle 1 zeigt, dass insgesamt 38 Fachpersonen am PRE-Fragebogen teilgenommen haben. Es ist zu beachten, dass die Zahl der beantworteten Baseline- und Schlussfragebögen nicht übereinstimmt, da einige Fachpersonen aus diversen Gründen (Ruhestand, Kündigung, Austritt/keine Rückmeldung der teilnehmenden Patient:innen) aus dem Projekt ausgetreten sind. Es gab jedoch auch Fachpersonen, die trotz mehrmaligen Reminder, den Post-Fragebogen nicht beantwortet haben, obwohl sie noch am Projekt beteiligt waren. So reduzierte sich die Anzahl von ausgefüllten Fragebögen von n = 38 im PRE-Fragebogen auf n = 26 im POST-Fragebogen (Drop-out 31%). Zudem besteht die Möglichkeit, dass die PRE- und POST-Fragebögen zwar von denselben Kernteams, aber nicht von derselben Person innerhalb des Kernteams ausgefüllt worden sind. Dies ist nicht überprüfbar, da die Antworten nicht persönlich zuordenbar sind, denn das Projektteam sieht lediglich die Team-ID und den Beruf der Fachperson.

In beiden Fragebögen haben nahezu gleich viele Medizinalpersonen wie Gesundheitsfachpersonen teilgenommen. Von den Gesundheitsfachpersonen sind ungefähr 30% medizinische Praxisassistent:innen oder Koordinator:innen, ca. 20% Pharmaassistent:innen und 3% Pflegefachpersonen sowie 3% Praktikant:innen. Im Schlussfragebogen ist die Beteiligung der Pharmaassistent:innen auf 8% gefallen. Von den Medizinalpersonen sind ca. 20 % Hausärzt:innen sowie Apotheker:innen und 1 Facharzt/-ärztin und 1 Assistenz-arzt/-ärztin vertreten. Drei Viertel der Fachpersonen sind weiblich und fast mehr als die Hälfte haben schon über 15 Jahre Berufserfahrung. Die Altersgruppe liegt zwischen 23 bis 69 Jahren, wobei die grösste Altersgruppe zwischen 1990 bis 1999 (29%) und die zweitgrösste zwischen 1970 bis 1979 (26%) geboren ist.

Tabelle 1: Charakteristika Fachpersonen

Charakteristika	PRE-Antworten Study Popula- tion n = 38	Post-Antworten Study Popula- tion n = 26
Arbeitsort		
Praxis	22 (58%)	n.a.
Apotheke	15 (39%)	n.a.
Spitex	1 (3%)	n.a.
Organisationsform		
Einzelunternehmen (finanziell eigenständige Praxis, Apotheke)	23 (61%)	n.a.
Gruppe (finanziell eigenständige Praxis, Apotheke, gruppiert)	9 (24%)	n.a.
Kette (zentral verwaltet, Fremdbesitz)	5 (13%)	n.a.
Andere (bitte angeben):	1 (3%)	n.a.
Standort des Arbeitsorts		

Stadt	18 (47%)	n.a.
Agglomeration	4 (11%)	n.a.
Land	16 (42%)	n.a.
Kanton		
Aargau /AG	5 (13%)	n.a.
Genf /GE	3 (8%)	n.a.
Neuenburg /NE	5 (13%)	n.a.
St.Gallen /SG	3 (8%)	n.a.
Tessin /TI	2 (5%)	n.a.
Vaud /VD	10 (26%)	n.a.
Zug /ZG	7 (18%)	n.a.
Zürich /ZH	3 (8%)	n.a.
Sprachregion		
Romandie	18 (47%)	10 (38%)
Tessin	2 (5%)	1 (4%)
Deutschschweiz	18 (47%)	15 (58%)
Jahrgang		
1950-1959	2 (5%)	n.a.
1960-1969	8 (21%)	n.a.
1970-1979	10 (26%)	n.a.
1980-1989	6 (16%)	n.a.
1990-1999	11 (29%)	n.a.
2000	1 (3%)	n.a.
Geschlecht		
Männlich	10 (26%)	n.a.
Weiblich	28 (74%)	n.a.
Beruf		
Hausarzt/Hausärztin	8 (21%)	7 (27%)
Facharzt/Fachärztin	1 (3%)	
Assistenzarzt/Assistenzärztin	1 (3%)	1 (4%)
Apotheker:in	8 (21%)	6 (23%)
Medizinische Praxisassistent:in (MPA)	6 (16%)	3 (12%)
Medizinische Praxiskoordinator:in (MPK)	5 (13%)	5 (19%)
Diplomierte Pflegefachperson/Spitex	1 (3%)	2 (8%)
Pharma Assistent:in	7 (18%)	2 (8%)
Anderer (bitte angeben):	1 (3%)	
Einteilung Medizinalperson & Gesundheitsfachperson		
Medizinalperson	18 (47%)	14 (54%)
Gesundheitsfachperson	20 (53%)	12 (46%)
Berufserfahrung in der ambulanten Versorgung		
< 1 Jahre	2 (5%)	n.a.
1 – 5 Jahre	5 (13%)	n.a.
5 – 10 Jahre	10 (26%)	n.a.
11 – 15 Jahre	1 (3%)	n.a.
> 15 Jahre	20 (53%)	n.a.

7.1.2 Motivation Projektteilnahme

Die Verbesserung der Koordination und Kommunikation zwischen den Fachpersonen in der Versorgung von multimorbiden Patient:innen wird am häufigsten als Motivation zur Teilnahme am Projekt genannt, gefolgt von der allgemeinen Verbesserung der interprofessionellen Versorgung von multimorbiden Patient:innen.

7.1.3 Interprofessionellen Zusammenarbeit und Koordination/Kommunikation

In den PRE-Antworten zeigen die Fachpersonen geteilte Meinungen hinsichtlich der Zufriedenheit in der Koordination zur Versorgung ihrer mehrfach chronisch erkrankten Patient:innen. Während 26 % der Befragten eher zustimmten, dass die Versorgung gut koordiniert ist, stimmten dem 26 % eher nicht zu. 8% stimmten komplett zu, nur 3% stimmten gar nicht zu, und 37% waren «teils/teils» der Meinung, dass die Versorgung ihrer multimorbiden Patient:innen gut koordiniert ist. In den PRE-Antworten beurteilten die Gesundheitsfachpersonen die Koordination etwas besser als die Medizinalpersonen.

Im POST-Fragebogen werden dieselben Fragen nochmals gestellt, dieses Mal jedoch in Betracht auf die Verbesserung aufgrund des Piloten. Die Option «teils/teils» zudem wurde entfernt, sodass entweder eine positive oder negative Antwort gegeben werden musste («weiss nicht» wurde belassen). In Bezug auf eine Verbesserung der Koordination in der Patientenversorgung zeigen die Resultate wiederum geteilte Meinungen, wobei 38% eine (mässige) Verbesserung (15% «stimme zu», 23% «stimme eher zu») sehen und 43% wenig bis gar keine Verbesserung wahrnehmen (35% «stimme eher nicht zu» und 8% «stimme nicht zu»). Bei 19% der Antworten findet sich ein «weiss nicht».

Die Kommunikation unter den verschiedenen Fachpersonen wurde schon im PRE-Fragebogen gut beurteilt: 32% stimmten eher zu, dass die Kommunikation unter den Fachpersonen sehr gut funktioniert und 42% empfanden es «teils/teils» gut. Die Gesundheitsfachpersonen haben dabei im Vergleich zu den Medizinalpersonen die Kommunikation etwas besser beurteilt.

Im POST-Fragebogen wurde konkret die Qualität der Kommunikation zwischen den verschiedenen Fachpersonen des Kernteams (Hausarztpraxis/Apotheke oder Spitex) beurteilt. Hier nahm eine Mehrheit der Fachpersonen eine Verbesserung wahr, wobei berufsübergreifend 15% «stimme zu» und 42% «stimme eher zu» geantwortet wurde. Diese Verbesserung wurde in der Stratifizierung vor allem von den Medizinalpersonen festgestellt (31%).

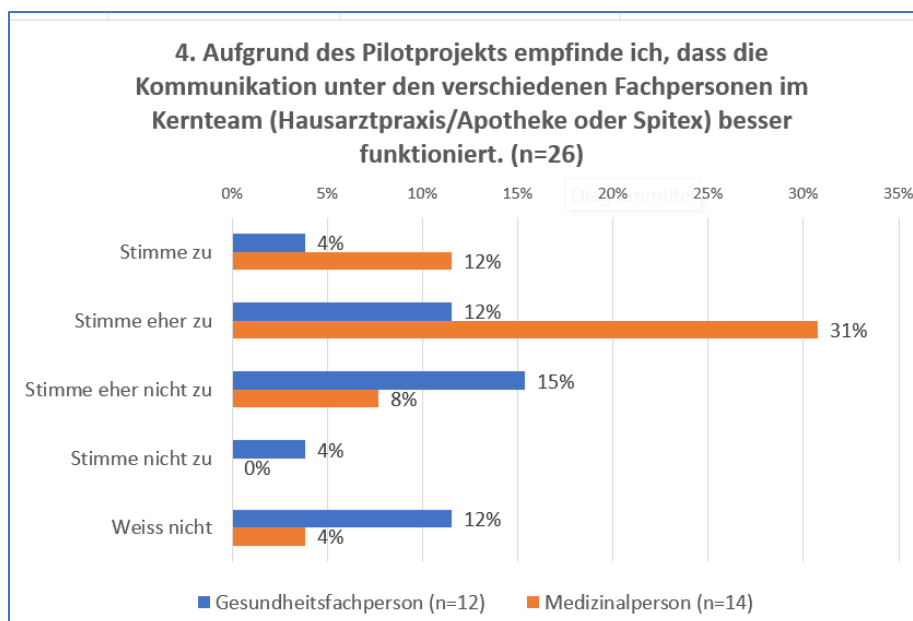


Abbildung 5: POST-Fragebogen Frage 4

Bereits in den Antworten des PRE-Fragebogens zeigten die Teilnehmenden eine hohe Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. 50% bewertet ihre Bereitschaft als «sehr hoch» und 42% als «hoch». Im POST-Fragebogen gab die Mehrheit der Befragten an, dass ihre Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit aufgrund des Pilotprojekts gestiegen sei: 23% stimmen dem «voll zu» und 42% «stimmen eher zu».

Auch die Bereitschaft, mehr fachliche Verantwortung in der Entscheidungsfindung zur Versorgung Ihrer Patient:innen zu übernehmen und abzugeben zeigte sich bereits in den PRE-Antworten überwiegend als hoch. Zudem gab die Mehrheit (32 % stimmen zu und 39 % stimmen eher zu) an, genug Wissen und Erfahrungen zu haben, um mehr fachliche Verantwortung in der Versorgung von multimorbiden Patient:innen übernehmen zu können. Lediglich 18% sagten «teils/teils» und 11 % stimmten dem eher nicht zu. Letzteres wurde nur durch Gesundheitsfachpersonen mit «stimme eher nicht zu» beurteilt.

Im POST-Fragebogen waren die Fachpersonen geteilter Meinung darüber, ob ihre Bereitschaft, mehr fachliche Verantwortung in der Entscheidungsfindung zur Versorgung der Patient:innen zu übernehmen oder abzugeben, aufgrund des Pilotprojekts gestiegen sei. Dennoch gab die Hälfte der Fachpersonen an, aufgrund des Pilotprojekts eher bereit zu sein, sowohl mehr fachliche Verantwortung von anderen Berufsgruppen zu übernehmen (12% stimmen zu, 38% stimmen eher zu) als auch diese an andere Fachpersonen abzugeben (19% stimmen zu, 38% stimmen eher zu).

Fazit interprofessionelle Zusammenarbeit und Koordination/Kommunikation

Insgesamt zeigten die teilnehmenden Fachpersonen bereits vor dem Piloten eine hohe Bereitschaft, interprofessionell zusammenzuarbeiten. Die Zufriedenheit hinsichtlich der Kommunikation und Koordination in der Versorgung ihrer multimorbiden Patient:innen weist jedoch noch Verbesserungspotenzial auf. Das Pilotprojekt scheint einen leicht positiven Effekt auf die

interprofessionelle Zusammenarbeit zu haben, insbesondere hinsichtlich der Kommunikation im Kernteam. Zudem sind mehr Fachpersonen bereit, diese Kooperationsform fortzusetzen oder noch zu verbessern.

7.1.4 SwissIPE Fortbildung für die Interprofessionelle Zusammenarbeit und Rollen/Schnittstellen

Die Antworten im PRE-Fragebogen zur Frage 27 «Im Arbeitsalltag wird die Arbeit anderer Berufsvertreter:innen genügend wertgeschätzt» zeigten eine gemischte Wahrnehmung unter den Befragten. 13% stimmten zu und 18% stimmten eher zu, was insgesamt 31% positive Rückmeldungen ergab. Jedoch waren 37% der Meinung, dass die Wertschätzung teils/teils vorhanden sei, während 21% eher nicht zustimmten und 3% nicht zustimmten. 8% der Teilnehmenden gaben an, dass sie dies nicht beurteilen könnten. Diese Verteilung deutet darauf hin, dass es in der Wertschätzung der Arbeit anderer Berufsgruppen im Arbeitsalltag noch Verbesserungspotenzial gibt. Bei der Stratifizierung nach Beruf zeigt sich, dass nur die Gesundheitsfachpersonen mit 13% auf die Frage mit «stimme voll zu» geantwortet haben.

Im PRE-Fragebogen zeigte sich, dass knapp die Hälfte der Befragten (42%) gut oder zumindest eher gut, über die relevanten Stellen im Sozialwesen informiert seien, während ein Viertel (24%) sich eher nicht gut, bis gar nicht informiert fühlte. Ein bedeutender Anteil (32%) gab an, nur teilweise informiert zu sein. Diese Daten deuten darauf hin, dass es einen Bedarf an weiterführender Information und Schulung gibt, um sicherzustellen, dass alle Fachkräfte im Bedarfsfall die richtigen Stellen kontaktieren könnten. Ebenso gab es Verbesserungspotenzial hinsichtlich der allgemeinen Bekanntheit von Schnittstellen zwischen den Fachpersonen in der Versorgung der multimorbiden Patient:innen. Knapp die Hälfte (42%) der Befragten seien gut (13%) oder zumindest eher gut (29%) über die Schnittstellen zwischen den Fachpersonen in der Versorgung ihrer mehrfach chronisch erkrankten Patient:innen informiert. Ein Fünftel fühlte (21%) sich eher nicht gut bis gar nicht informiert. Ein bedeutender Anteil (34%) fühlte sich nur teilweise informiert.

Schon vor dem Piloten kannten die teilnehmenden Fachpersonen, gemäss PRE-Fragebogen, die Rollen der anderen Fachpersonen in der Versorgung ihrer multimorbiden Patient:innen besser: Über die Hälfte (65%) kannten die Rollen der Fachpersonen (26% stimmten zu und 39% stimmten eher zu); ein Viertel (26%) war sich uneins und gab an, teils zuzustimmen und teils nicht. Lediglich eine kleine Minderheit von 3% stimmte eher nicht oder nicht zu und 3% hatte keine Meinung.

Von den 26 Fachpersonen, die den POST-Fragebogen ausgefüllt haben, nahmen 16 Personen (61%) entweder an allen drei SwissIPE Fortbildungen (Basistag, Follow-Up von 1x1h online und 1x3h vor Ort) teil oder waren an einer bzw. an zwei SwissIPE Fortbildungen anwesend. Zu erwähnen ist, dass an den Basistagen insgesamt 35 Fachpersonen anwesend waren, von denen 17 Medizinalpersonen und 18 Gesundheitsfachpersonen waren. Nicht alle Teilnehmer:innen haben den POST-Fragebogen beantwortet, weshalb die Auswertung vortäuscht, dass etwas mehr Medizinalpersonen (39%) als Gesundheitsfachpersonen (23%) teilgenommen

hätten. Insgesamt wurde die SwissIPE-Fortbildung von den Kursteilnehmer:innen als überwiegend nützlich und sinnvoll empfunden. Gleichzeitig waren sie der Meinung, dass sie das Erlernte in ihrer täglichen Praxis umsetzen können, wobei 44% «stimme eher zu» und 31% «stimme zu» angaben. Bei der berufsspezifischen Auswertung zeigte sich, dass die Medizinalpersonen zu 31% voll zustimmten.

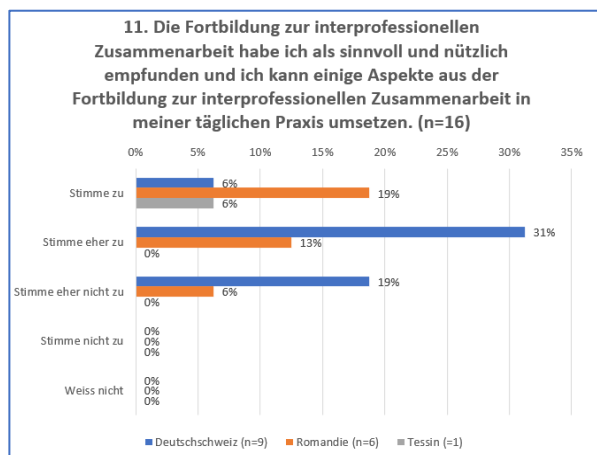


Abbildung 6: POST-Fragebogen Frage 11 nach Sprachregion aufgeteilt

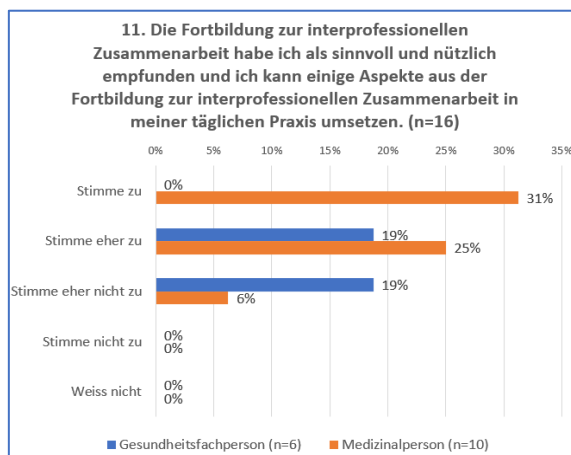


Abbildung 7: POST-Fragebogen Frage 11 nach Beruf aufgeteilt

Zudem waren sich mehr als die Hälfte der Fachpersonen einig, dass die SwissIPE Veranstaltungen dazu beigetragen haben, die Schnittstellen und Rollen innerhalb der am Projekt teilnehmenden Teams zu identifizieren. Ebenso fanden etwa 70% der Teilnehmer:innen, dass an den SwissIPE Veranstaltungen nützliche und notwendige Tools für eine verbesserte Kommunikation innerhalb des Teams vermittelt wurden.

Fazit Rollen, Schnittstellen und SwissIPE Fortbildung zur Interprofessionelle Zusammenarbeit: Insgesamt unterstreichen die Ergebnisse die Bedeutung und den Mehrwert der interprofessionellen Fortbildung von SwissIPE. Sie zeigte einen positiven Effekt auf die Klärung relevanter Schnittstellen, Rollen und Kommunikationstools, was wiederum zu einer effizienteren Zusammenarbeit im Team führen kann und letztlich der Versorgung der Patient:innen zugutekommt.

7.1.5 Guidelines zur Multimorbidität

Zur Frage wie häufig die Fachpersonen mit Leitlinien oder Guidelines zur Multimorbidität arbeiten, wurde im PRE-Fragebogen am häufigsten mit «weiss nicht» (32%) geantwortet. Davon waren 26% Gesundheitsfachpersonen und 5% Medizinalpersonen. 24% gaben an, dass sie nie mit Leitlinien arbeiten, wobei auch hier die Mehrheit der Antworten von Gesundheitsfachpersonen waren. Berufsübergreifend gaben 8% sehr häufig und 11% häufig an, mit Leitlinien oder Guidelines zu arbeiten.

Etwas mehr als die Hälfte schätzten erprobte Leitlinien oder Guidelines für die Versorgung von mehrfach chronisch erkrankten Patient:innen als hilfreich bis sehr hilfreich ein. Andererseits könnten 43 % nicht beurteilen, ob sie erprobte Leitlinien oder Guidelines als hilfreich einschätzen, wobei diese Antwort mit 32% mehrheitlich von den Gesundheitsfachpersonen stammte.

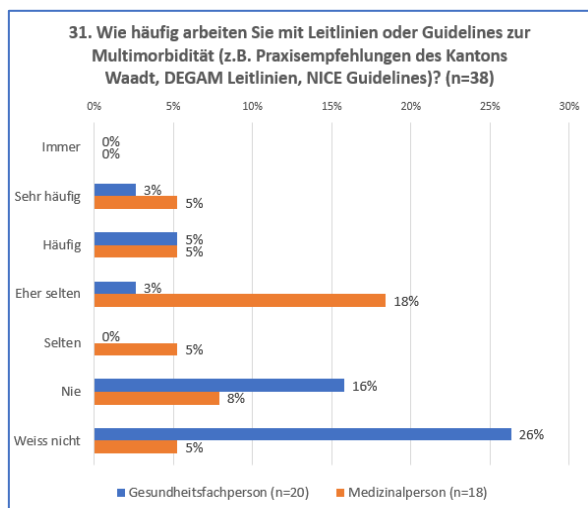


Abbildung 8: PRE-Fragebogen Frage 31

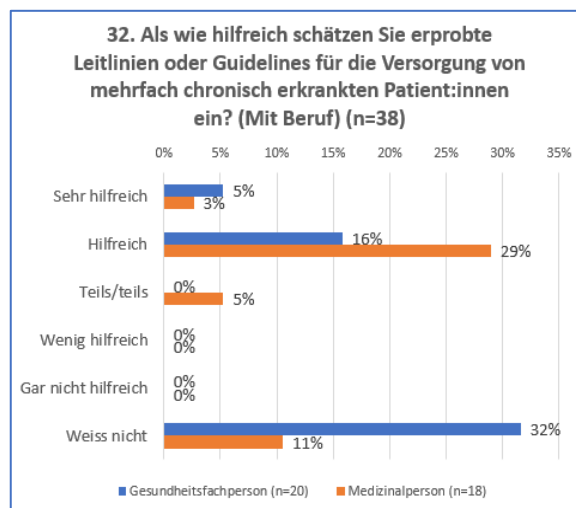


Abbildung 9: PRE-Fragebogen Frage 32

Die Antworten im POST-Fragebogen zeigten ein mehrheitlich positives Erleben der Opti-Q Praxisempfehlungen zur Multimorbidität durch die Fachpersonen: 64% (16 % «stimmten zu und 48 % stimmten eher zu») empfanden die Opti-Q Praxisempfehlungen zur Multimorbidität für die Behandlung ihrer im Pilotprojekt teilnehmenden Patient:innen als sinnvoll und nützlich und konnten diese in ihren Arbeitsalltag integrieren. Zudem gaben 60% an, dass sie diese auch nach Pilotprojektende weiterverwenden würden, wobei 16% «stimme zu» und 44% «stimme eher zu» angaben. Von den 16%, die zustimmten, sind 12% Medizinal- und 4% Gesundheitsfachpersonen und von den 44%, die eher zustimmen, sind 28% Medizinal- und 16% Gesundheitsfachpersonen.

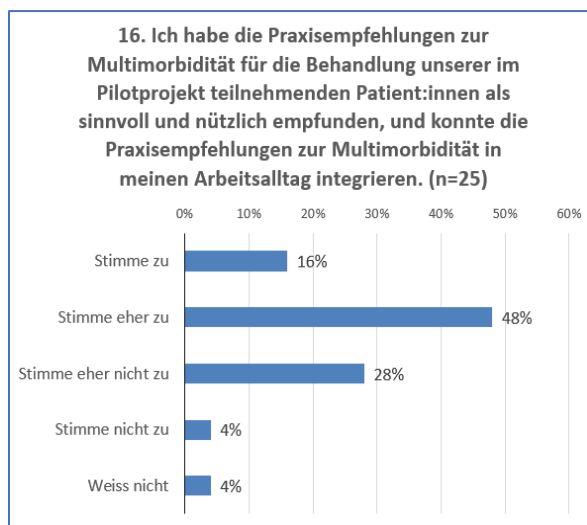


Abbildung 10: POST-Fragebogen Frage 16

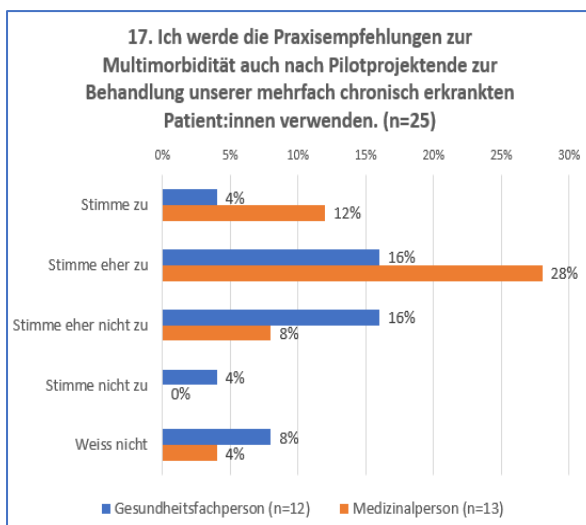


Abbildung 11: POST-Fragebogen Frage 17

Fazit Guidelines zur Multimorbidität

Die Opti-Q Praxisempfehlungen werden mehrheitlich positiv wahrgenommen und konnten in den Arbeitsalltag integriert werden. Auch planen eine Mehrheit der Teilnehmer:innen, diese nach Pilotende weiterzuverwenden.

7.1.6 Tools

Versorgungspass

Ein wesentlicher Bestandteil des Pilotprojekts ist der Versorgungspass, der gemäss dem POST-Fragebogen von 64% (16 Personen) der teilnehmenden Fachpersonen während des Projekts verwendet wurde. Die neun Personen, die den Versorgungspass nicht genutzt haben, begründeten dies vor allem mit dem hohen Zeitaufwand sowie der Erkenntnis, dass ihre Patient:innen den Versorgungspass nicht als relevant empfanden.

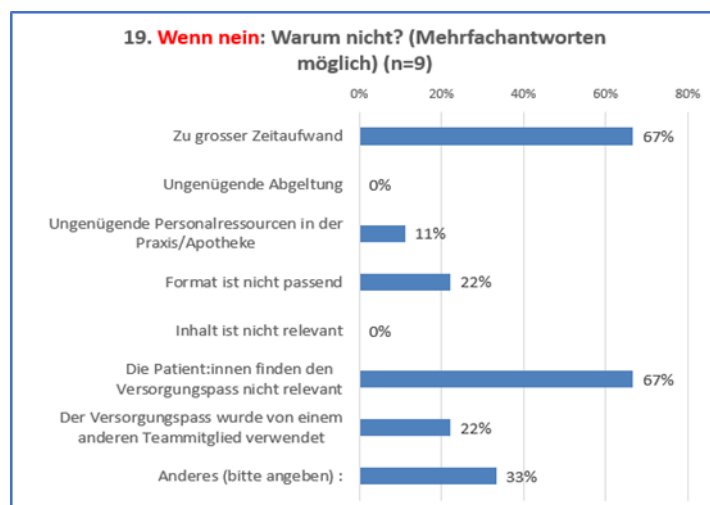


Abbildung 12: POST-Fragebogen Frage 19

Obwohl die Anwendungshäufigkeit des Passes seitens der Fachpersonen eher gering war (63% nur einmalig), waren 63% der Meinung, dass der Versorgungspass eine bessere Behandlungs-koordination und Informationsaustausch zwischen den Fachpersonen ermöglicht (19% «stimmten zu» und 44% «stimmten eher zu»). Auch seine Funktion als Mittel zum Einbezug der Patient:innen in die Versorgung scheint der Pass zu erfüllen, da 81% (25% «stimmten zu» und 56% «stimmten eher zu») der Fachpersonen fanden, dass der Pass einen besseren Informationsaustausch mit den Patient:innen ermöglichte.

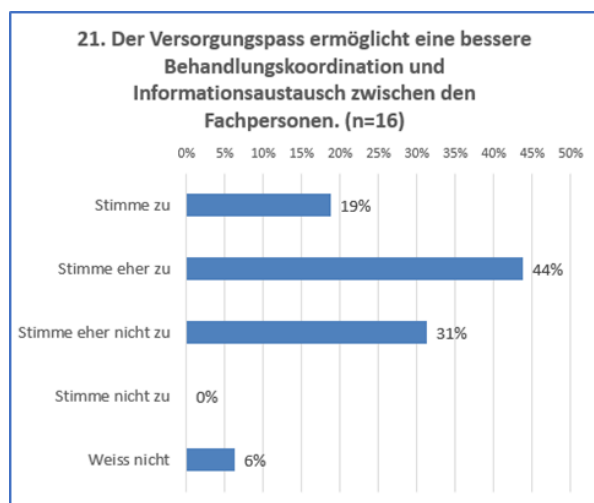


Abbildung 13: POST-Fragebogen Frage 21

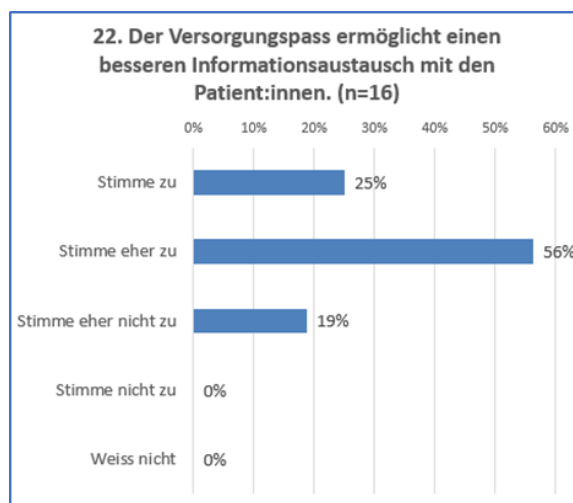


Abbildung 14: POST-Fragebogen Frage 22

Die einzelnen Kapitel im Versorgungspass wurden überwiegend mit nützlich bis sehr nützlich beurteilt. Als Anpassungsvorschläge, bzw. -wünsche wurden am häufigsten eine elektronische Verfügbarkeit des Versorgungspasses (80 %), sowie die Integration zu den bestehende Informationssoftwares (60 %) und eine Reduktion des Passes (40 %) genannt. Aufgrund der kleinen Stichprobe, erscheinen gewisse Prozentzahlen höher, was keineswegs als repräsentativ gewertet werden kann (6% sind lediglich eine Person)

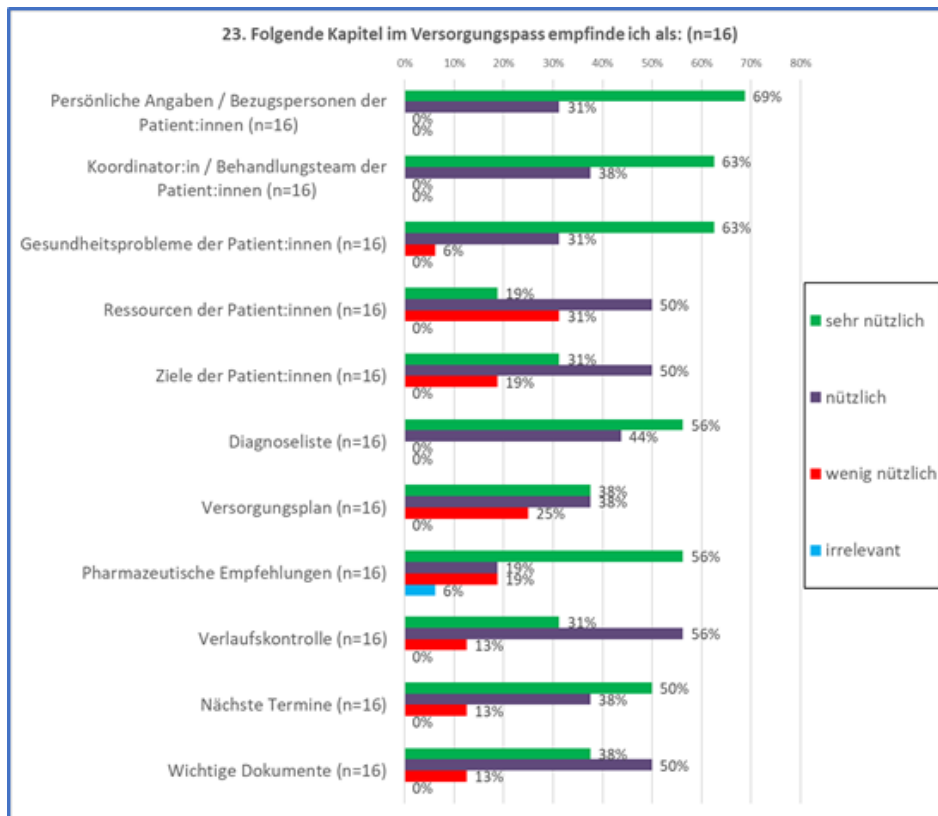


Abbildung 15: POST-Fragebogen Frage 23

Auf die Frage, welche Patient:innen von einem Versorgungspass profitieren würden, wurde am häufigsten die Antwort «Alle mehrfach chronisch erkrankte Patient:innen» von den Fachpersonen gewählt.

Obwohl die Ergebnisse ein eher positives Bild von der Nützlichkeit des Versorgungspasses zeichnen, geben von den 16 Personen, die den Pass nutzten, lediglich 13 % (2 Personen) an, dass sie den Pass nach Abschluss des Projekts definitiv weiterverwenden möchten. Weitere 13 % (2 Personen) würden den Pass unter der Bedingung der genannten Anpassungen weiterhin nutzen. Mit «vielleicht» antworteten 44 %, während 31 % angaben, dass sie ihn nicht weiterverwenden würden.

Die 12 Personen, welche den Pass nach Pilotende vielleicht oder nicht weiterverwenden würden, begründeten dies insbesondere mit dem zu grossen Zeitaufwand (83 %), dem Mangel an Personalressourcen (50%) sowie der unzureichenden Vergütung (33) und dem nicht-passenden Format (33%).

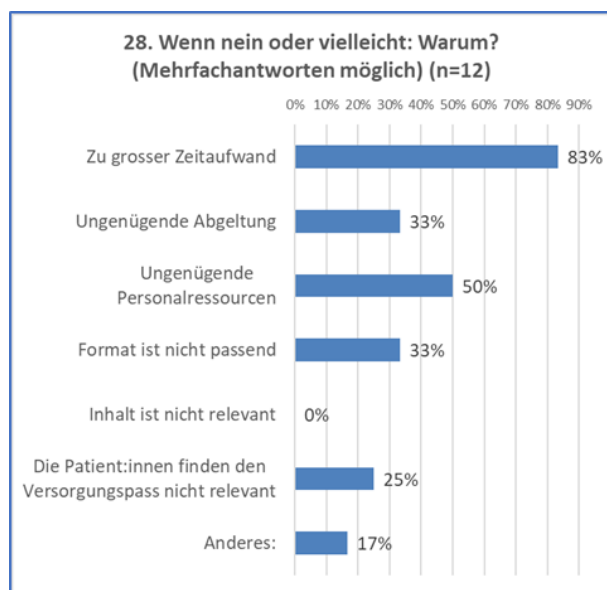


Abbildung 16: POST-Fragebogen Frage 28

Assessment

Das Assessment wurde gemäss den Antworten aus dem Post-Fragebogen von 12 von 24 Personen angewendet. Die 12 Personen, welche das Assessment nicht angewendet haben, nannten als häufigste Gründe: Zu grosser Zeitaufwand (50%), ungenügende Personalressourcen (50%) und das Assessment wurde von einem anderen Teammitglied angewendet (50%).

Neben den Fachpersonen, die das Assessment mit den Patient:innen durchgeführt hatten, beantwortete eine weitere Person die inhaltlichen Fragen zur Beurteilung des Assessments, so dass es hier 13 Antwortende gab. Von allen Antworten waren 85% (23% «stimme zu» und 62% «stimme eher zu») der Meinung, das Assessment ermögliche eine ganzheitlich Anamnese der Patient:innen. Mehr als die Hälfte der Fachpersonen entdeckten dabei bisher nicht bekannte Gesundheitsprobleme (54%). Anpassungsvorschläge kamen von zwei Personen, die Umfang, fehlende elektronische Verfügbarkeit sowie eine inhaltliche Struktur anpassen würden. Eine Fachperson plante, das Assessment in der vorliegenden Form weiter zu nutzen, zwei würden es mit den vorgeschlagenen Anpassungen und fünf würden es «vielleicht» weiternutzen. Die restlichen fünf Fachpersonen gaben an, dass sie nicht planen, es weiterzuverwenden.

Medikationscheckliste

Während der Pilotlaufzeit wendeten 15 von 24 Fachpersonen die Medikationscheckliste selbst an, fünf Personen gaben an, dass ein anderes Teammitglied den Medikationscheck durchgeführt hat. Der hohe Zeitaufwand hinderte drei Personen daran, die Medikationscheckliste anzuwenden. Die Medikationscheckliste empfanden 93% der 15 Fachpersonen, die diese genutzt haben als sinnvollen und nützlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung (33% «stimme zu» und 60% «stimme eher zu»). Auch konnten in 80% der Abklärungen (20% «ja» und 60% «vereinzelt») pharmazeutische Empfehlungen aufgrund der Re-Evaluation mithilfe der Medikationscheckliste formuliert werden.

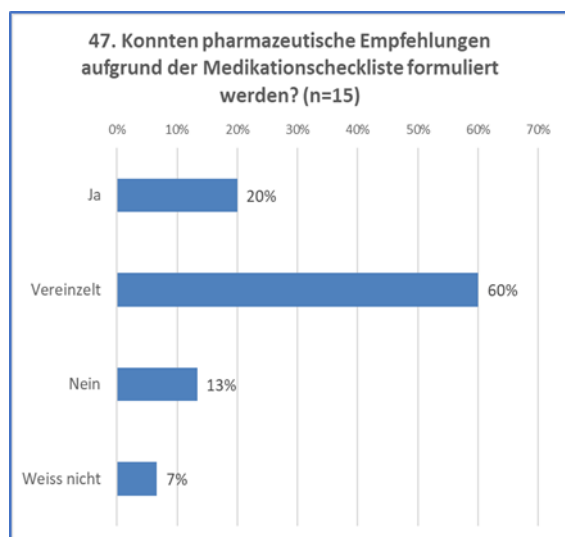


Abbildung 17: POST-Fragebogen Frage 47

Als besonders nützlich empfanden neun der 15 Fachpersonen (60%) den Medikationsabgleich sowie die Fragen zur Therapietreue und zur Anwendung (je 40%).

Wie auch bei den anderen Tools ist die Mehrheit der Fachpersonen unentschlossen, ob sie die Medikationscheckliste nach Abschluss des Projekts weiterverwenden werden. Als grösste Hindernisse für eine Weiterverwendung der Medikationscheckliste wurden «zu grosser Zeitaufwand» (58 %), «unzureichende Vergütung» (50 %) und «fehlenden Personalressourcen» (50 %) genannt.

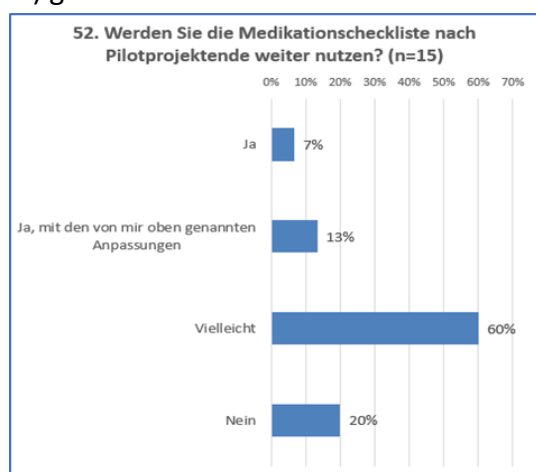


Abbildung 18: POST-Fragebogen Frage 52

7.1.7 Patient als Partner

Vor dem Piloten, gaben 24% der 38 am PRE-Fragebogen teilnehmenden Fachpersonen an, dass sie ihre mehrfach chronisch erkrankten Patient:innen immer in die Entscheidungsfindung zu Therapien und Behandlungen miteinbeziehen. Vor allem die Medizinalpersonen gaben zu 18 % an, dies immer zu tun und 11% sehr häufig. Bei den Gesundheitsfachpersonen verschob sich die Verteilung, so dass etwa ein Viertel (je 13%) angab, dies häufig, sehr häufig oder immer zu tun.

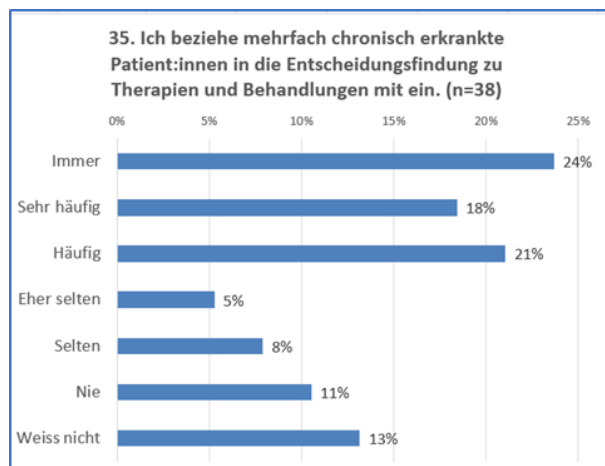


Abbildung 19: PRE-Fragebogen Frage 35

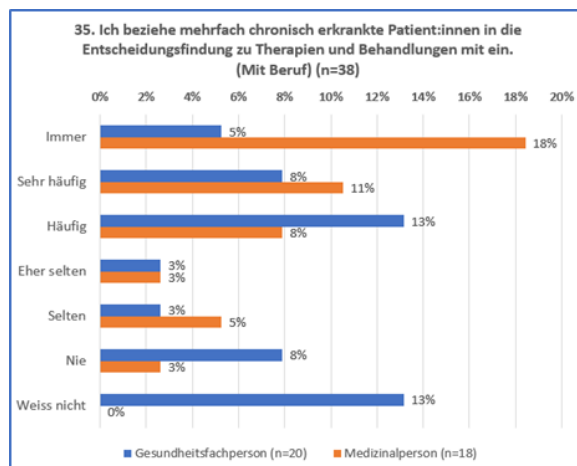


Abbildung 20: PRE-Fragebogen Frage 35 nach Beruf aufgeteilt

Während vor dem Piloten, im PRE-Fragebogen, knapp 40% (15/38) der Fachpersonen die mit den Patient:innen vereinbarten Behandlungsziele «nie» schriftlich festhielten, verschob sich die Graphik des POST-Fragebogens, d.h. nach dem Piloten, zu «häufig» (25% = 6/24 Antworten). Allerdings ist ein direkter Vergleich nicht möglich, da diese eine Frage im POST-Fragebogen aus drei Fragen im PRE-Fragebogen zusammengeführt war.

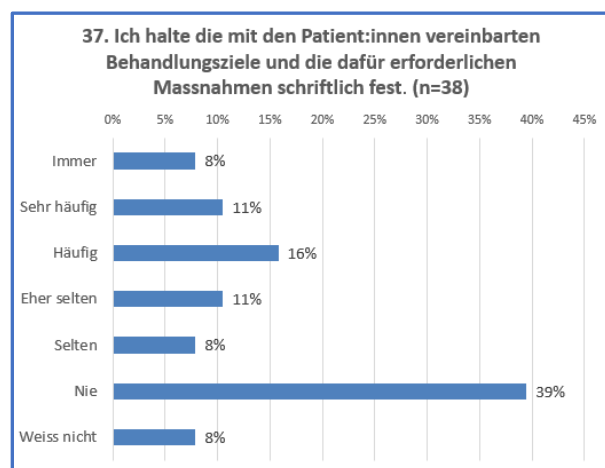


Abbildung 21: PRE-Fragebogen Frage 37



Abbildung 22: POST-Fragebogen Frage 41

Vor dem Piloten wurden Ziele, Bedürfnisse und persönliche Situationen von multimorbiden Patient:innen «eher selten» bis «nie» gefragt, wobei die Antwort «nie» mehrheitlich seitens Gesundheitsfachpersonen kam. Während dem Piloten (POST-Fragebogen) wurden gemäss den Antworten, die Ziele, Bedürfnisse und persönlichen Situationen der teilnehmenden multimorbiden Patient:innen in 53% mit «häufig» (42%), «sehr häufig» (13%) oder «immer» (8%) erfragt.

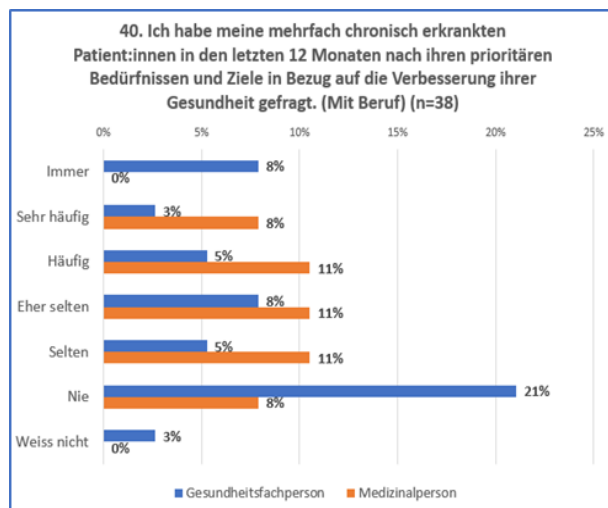


Abbildung 23: PRE-Fragebogen Frage 40



Abbildung 24: POST-Fragebogen Frage 24

Auch die Frage zum Einfluss der Erkrankung auf das Leben allgemein wurde vor dem Piloten eher selten bis nie gestellt, wohingegen während dem Piloten diese Frage von der Mehrheit der Fachpersonen (9/24) häufig gestellt wurde.

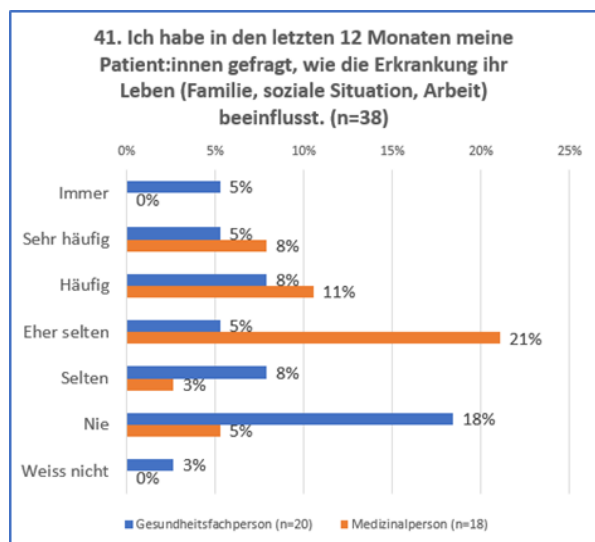


Abbildung 25: PRE-Fragebogen Frage 41

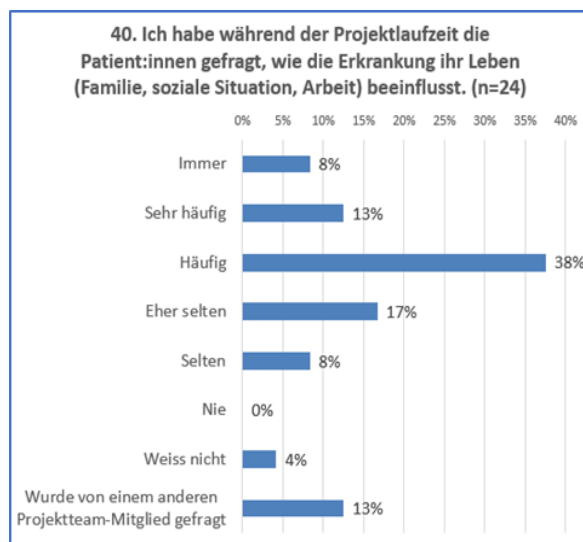


Abbildung 26: POST-Fragebogen Frage 40

7.1.8 Selbstmanagement-Förderungsangebote

Im PRE-Fragebogen zeigte sich, dass die Mehrzahl der 38 Fachpersonen «eher selten» bis «nie» passende Selbstmanagement-Förderungs-Angebote (SMFA) mit ihren multimorbiden Patient:innen besprechen sowie bei Bedarf und Wunsch überweisen. Dabei wurde die Antwort «nie» überwiegend von Gesundheitsfachpersonen angegeben. Im POST-Fragebogen wurde konkret der Grad der Unterstützung der Fachpersonen durch die vom Projektteam angefertigte, elektronisch suchbare Liste von SMFA für die Beratungstätigkeit erfragt.

Dies wurde von der Hälfte der 24 Fachpersonen positiv bewertet, so stimmten 46% der Fachpersonen (11/24) der Aussage «eher zu» und 4% «stimm[t]e zu» (1/24). Ein Viertel der Befragten konnten es nicht beurteilen, während 21% angaben, dass dies von einem anderen

Teammittelglied gemacht wurde. Nur eine von 24 Fachpersonen stimmte der Aussage «stimme eher nicht zu» zu.

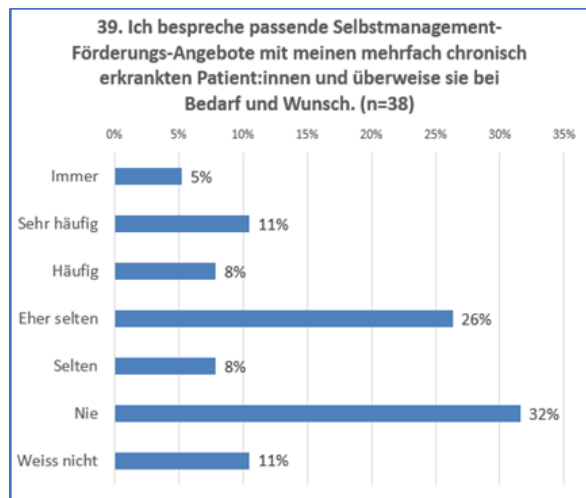


Abbildung 27: PRE-Fragebogen Frage 38

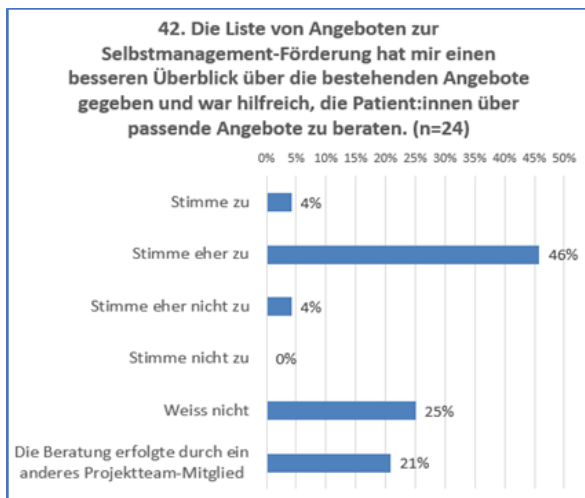


Abbildung 28: POST-Fragebogen Frage 42

7.1.9 Chancengleichheit

Die Chancengleichheit hinsichtlich der Möglichkeit, dass alle multimorbiden Patient:innen, welche die Einschlusskriterien erfüllten, am Projekt teilnehmen hätten können, wurde nach Abschluss des Piloten als mässig wahrgenommen. Dabei stimmten 24% der Befragten (6 von 25) der Aussage «eher zu» und 28% (7 von 25) «teils/teils» zu. Je 16% (4 von 25) stimmten der Aussage «eher nicht» bzw. «gar nicht» zu. Zur Sicherstellung der Chancengleichheit bei der Rekrutierung hätten die Fachpersonen ihre Patient:innen nach einem Zufallsschema rekrutieren sollen, allerdings wurde von einige Fachpersonen zurückgemeldet, dass ein solches Vorgehen einen zusätzlichen Aufwand bedeutet hätte. Ausserdem hatten einige schon für sie als relevant eingeschätzte Patient:innen für die Teilnahme vorselektioniert. Des Weiteren war es für einige Teams Setting-bedingt schwierig, gemeinsame, interessierte Patient:innen zu finden, was die Umsetzung der Rekrutierungsvorgaben zusätzlich erschwerte.

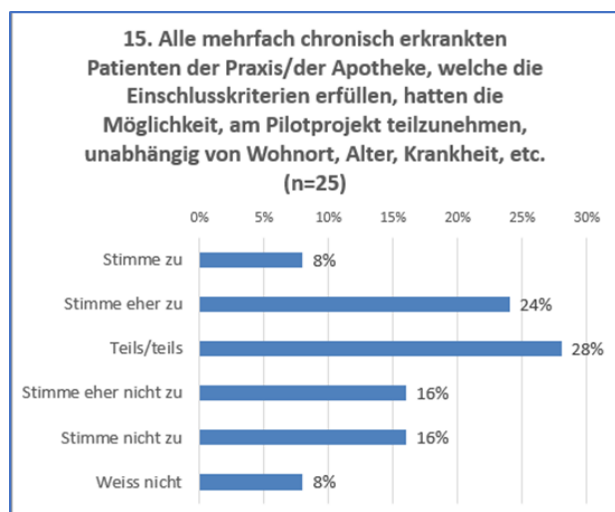


Abbildung 29: POST-Fragebogen Frage 15

7.1.10 Aufwand und Entschädigung für interprofessionelle Versorgung

Die Antworten im POST-Fragebogen bzgl. des zeitlichen Aufwandes variieren stark (wobei die meisten Fachpersonen zwischen max. 1 Stunde pro zwei Wochen bis maximal 1 Stunde pro zwei Monate und Patient:in aufwendeten). Die grosse Diskrepanz ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass einerseits nicht alle Fachpersonen direkt involviert waren, andererseits aber auch die Tools nur selten oder einmalig benutzten. Zudem zeigt sich, dass die Mehrheit (63%) der Fachpersonen die aufgewendete Zeit nicht verrechnen konnten.

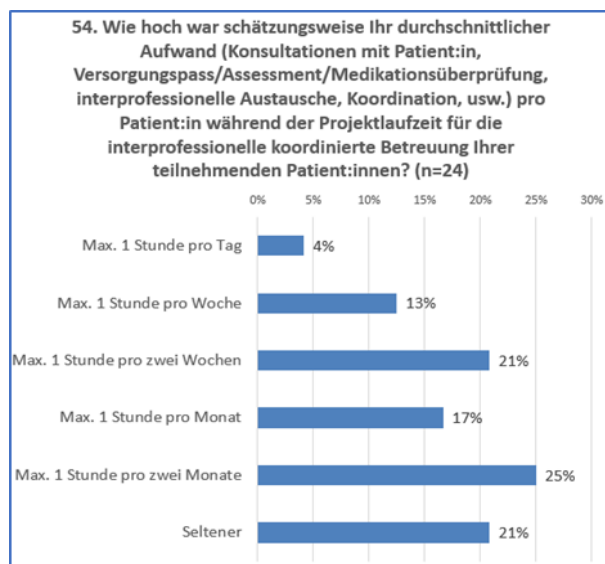


Abbildung 30: POST-Fragebogen Frage 54

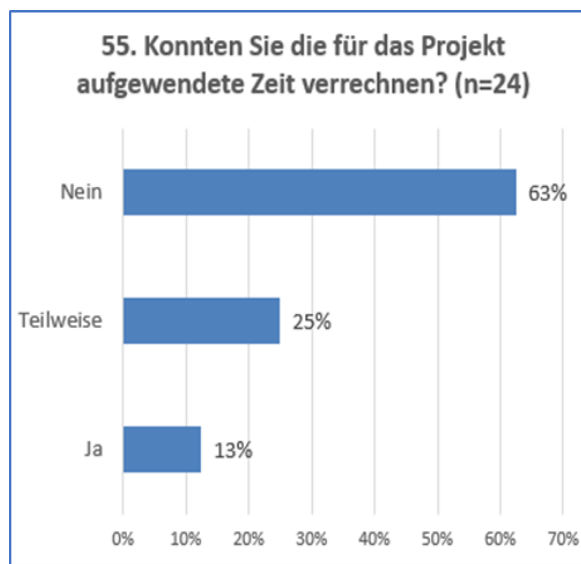


Abbildung 31: POST-Fragebogen Frage 55

7.1.11 Abschliessende Beurteilung

Insgesamt sagten 75% der 24 Fachpersonen (29% «stimme zu» und 46% «stimme eher zu»), dass das Opti-Q Pilotprojekt einen **positiven Einfluss** auf die Versorgung von multimorbiden Menschen hat.

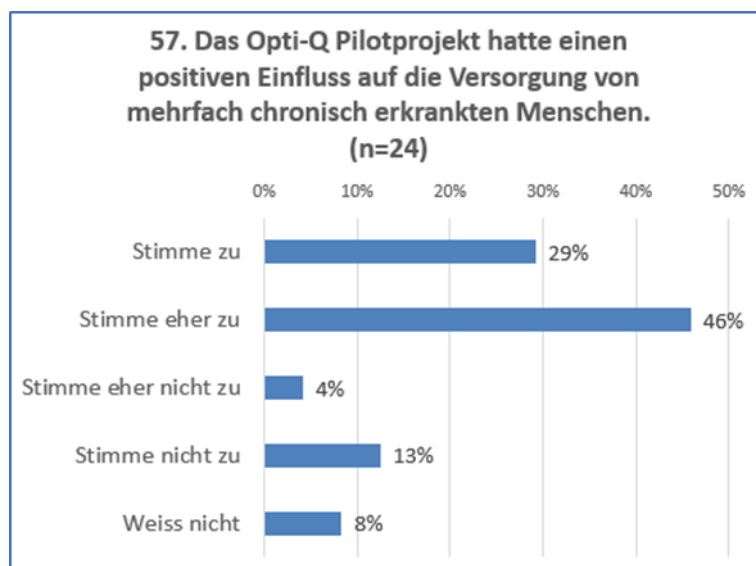


Abbildung 32: POST-Fragebogen Frage 57

7.1.12 Qualitative Rückmeldungen

In der letzten Frage im POST-Fragebogen, konnten die Fachpersonen in 1-2 Sätze allgemein Rückmeldung zum Opti-Q Projekt geben. Die Kommentare fielen je nach Region unterschiedlich aus. Drei «ohne Kommentar» wurden aus dieser Liste entfernt. Es wurden zum Teil Setting-spezifische Herausforderungen erwähnt wie die fehlende Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker in gewissen Regionen der Deutschschweiz oder auch die sprachlichen Barrieren einiger potenzieller gemeinsamer Patient:innen, welche durch das Projekt leider nicht gelöst werden konnten. Die Erwartungen an das Projekt konnten somit auch aufgrund der kurzen Pilotdauer für einige Fachpersonen nicht erfüllt werden. Die Fortbildung zur interprofessionellen Zusammenarbeit wurde geschätzt, doch auch hier konnten die drei Kurseinheiten die Erwartungen auf eine nachhaltige Änderung der Zusammenarbeit in gewissen Regionen nicht erfüllt werden. Der Aufwand und die teilweise fehlende Motivation seitens der Patient:innen wurden von einige Fachpersonen erwähnt, aber gleichzeitig wurde bemerkt, dass die Behandlung strukturierter wurde und einen guten Überblick für alle an der Behandlung Beteiligten erlaubte. Das Papierformat wurde von mehreren als ungeeignetes Format genannt. Allgemein gab es jedoch viele positiven Rückmeldungen. So wurde bemerkt, dass man sich mehr Zeit nahm, die Patient:innen zu hören und ihr Umfeld kennenzulernen, dass man die Schnittstellen und Rollen in der Versorgung der Patient:innen besser kennenlernte.

Tabelle 2: Offene Schlussfrage

58. Bitte geben Sie in 1-2 Sätzen an, was sich für Sie durch das Opti-Q Pilotprojekt verändert hat: (Wenn Sie nichts sagen wollen, schreiben Sie "keine Kommentare".)
<ul style="list-style-type: none"> • mit Opti Q wahrscheinlich strukturierter, aber auch aufwendiger
<ul style="list-style-type: none"> • Finde es ein guter Überblick welche Personen alle für den Klienten zusammenarbeiten. Ein Dokument für wichtige Teile.
<ul style="list-style-type: none"> • Das Projekt an sich finde ich eine sinnvolle Sache. Da es jedoch viel Zeit in Anspruch nimmt und da nicht alle Klienten gewillt sind, mitzumachen bzw. nicht motiviert sind dies weiterzuführen, ist es teilweise schwierig.
<ul style="list-style-type: none"> • Der Workshop der interprofessionellen Zusammenarbeit mit der Arztpraxis war erfolgreich. Hier konnten wir uns austauschen und feststellen, dass wir verschiedene Herausforderungen haben. 2 Kurse reichen jedoch nicht für eine nachhaltige Verbesserung der Zusammenarbeit. Problematisch ist die Selbstdispensation der Ärzte. Apotheken und Ärzte werden so nicht zu einer besseren Zusammenarbeit ermutigt. Ein weiteres Problem stellt die Kommunikation zwischen Arzt und Apotheker dar. Als Apotheker habe ich meist nur ein Rezept, das mir sagt, was der Patient bekommen sollte. Ob es sich um einen Therapieanfang handelt, und welche Diagnose dahinter steht wird nicht kommuniziert. In der SwisIPE-Schulung haben wir die Kommunikation nach "I pass the Baton" von http://www.TeamSTEPPS.de präsentiert bekommen. In der alltäglichen Kommunikation (Rezept)habe ich bloss ".p... the .a..." wenn ich in der Praxis anrufe, habe ich meist bloss die Praxisassistentin, die mir dann ausrichtet: der Arzt möchte es so"... Kurz: Vom Projekt habe ich mir erhofft, dass die Kommunikation erleichtert wird. Mit einem Heft, das der

Patient auf sich trägt, ist keine Kommunikation möglich. Dann frage ich lieber den Patienten selbst. Damit sind wir jedoch wieder beim alten Bild, wo via Patienten kommuniziert wird. Ein weiteres Problem war es, passende Patienten zu finden. Die Patienten, die in der Arztpraxis umsorgt wurden, kamen ihre Medikamente selten in der Apotheke holen, da sie ja schon häufig in der Praxis verkehren und die Medikamente dort beziehen. Die Arztpraxis war weder bereit, Kunden zu einem Mediceck an uns weiterzuleiten oder Kunden aufzunehmen, für welche ich einen Arzt suchte (Patientenstopp). Immerhin, die SwissIPE-Schulung und die Umsetzung des Teams von OptiQ waren hervorragend. Danke an dieser Stelle und bitte entschuldigt, dass ich nicht viel zum Projekt beigetragen habe.

- Kennenlernen der "praktischen Schnittstellen" und deren Problematik zwischen den Teilnehmenden
- Es ist zu aufwändig, wir wollen eine einfach medisprechstunde gestalten
- Wir haben in unserer Praxis bereits ein sehr hohes Mass an interprofessioneller Zusammenarbeit, das fortlaufend weiterentwickelt wird. "Mehr" scheitert an personellen und finanziellen Möglichkeiten.
- Bessere Übersicht, welche Termine bei Spezialisten waren und was gerade aktuell ist.
- Ich finde die Idee, Patienten interprofessionell und umfassend zu begleiten, sehr gut. Das Projekt in seiner Form war für mich nicht umsetzbar, vor allem wegen der sprachlichen Barrieren vieler Patienten (habe viele deutschsprachige Patienten, die wenig italienisch sprechen und entsprechend meist zu deutschsprachigen Ärzten gehen, in der Apotheke, bei der Spitex oder im Spital allerdings grosse Probleme mit der Verständigung haben. Ausserdem ist es hier schwierig, mit der Apotheke für ein solches Projekt zusammenzuarbeiten. Wir tauschen uns aber trotzdem immer wieder über Patienten aus.
- Für uns hat sich nicht viel geändert. Wir hatten Mühe die Patienten zu rekrutieren. Pat. wollten nicht mitmachen, da das ganze Projekt zu zeitaufwändig für sie ist.
- Ça ouvre le champ des possibilités ; j'ai adoré la formation IPE.
- Plus de temps avec le patient donc plus de connaissance des situations médicales et familiales.
- L'idée du projet est pertinente mais je trouve que nous n'avons pas pu nous y consacrer pleinement par manque de temps. Et la formule papier est compliquée à gérer, trop peu de place et les clients ne le rapporte pas systématiquement lors de leur passage à la pharmacie.
- Le projet a montré qu'une communication interdisciplinaire est possible et cela est vraiment positif pour le patient. Cependant le format n'est pas adapté. Et aucune rémunération n'est prévue et personnellement en tant que pharmacien responsable j'ai rémunéré mon assistante afin qu'elle puisse participer au projet.
- Prise de conscience de l'importance de travailler tous ensemble, que chacun à un rôle à jouer.

- Cette prise en charge améliore la qualité et l'économicité, L'interprofessionnalisme est une évidence, reste à pouvoir la facturer.
- Beau projet de communication inter-pro belle implication des patients volontaires et motivés à améliorer leur prise en charge
- J'oubliai trop souvent de m'intéresser aux objectifs de vie des patientes.
- Le projet est une bonne initiative, mais je pense que le cabinet avec lequel nous l'avons fait n'était pas le plus adapté, il faudrait des médecins qui se sentent sur un pied d'égalité avec les autres professionnels de santé.

7.2 Ergebnisse Patient:innen

Wie die Fachpersonen, wurden auch die von den Kernteams rekrutierten, teilnehmenden Patient:innen gebeten, einen PRE- sowie einen POST-Fragebogen zu beantworten. Die Fragebögen konnten, je nach Präferenz der Patient:innen, entweder online oder auf Papier ausgefüllt werden. Um die Anonymität zu wahren, erhielten die Fachpersonen von Interface pro Team eine Team-ID sowie entsprechende Patienten-IDs zugeteilt. Eine Zuordnung zu den Patient:innen ist nur der rekrutierenden Hausarztpraxis oder Apotheke möglich.

Der Schwerpunkt der PRE-Fragen lag auf ihren bisherigen Erfahrungen als Patient:in in der Grundversorgung, insbesondere auf ihrer Wahrnehmung der interprofessionellen Zusammenarbeit mit den betreuenden Fachpersonen in ihrer Versorgung. Nach Abschluss des Piloten, wurden die Teilnehmer:innen erneut aufgefordert, einen Fragebogen auszufüllen, um ihre Erfahrungen als Patient:in während des Opti-Q Pilotprojekts hinsichtlich der Versorgung durch ihre betreuenden Fachpersonen sowie die verschiedenen Tools zu bewerten.

7.2.1 Charakteristika

Insgesamt haben 35 Patient:innen einen PRE-Fragebogen beantwortet. Dabei nahmen mehr Männer (57%) als Frauen (43%) am Piloten teil, wobei die Mehrheit französischsprachig war. Mehr als die Hälfte der Teilnehmer:innen besitzt einen Berufslehraabschluss (54%). Das Alter der teilnehmenden Patient:innen liegt bei 24-87 Jahren, wobei die Teilnehmenden mit Jahrgang 1950 bis 1959 am häufigsten vertreten sind. Im Durchschnitt nehmen die Patient:innen, von denen die Mehrheit ihren Gesundheitszustand als «mässig» eingeschätzt, regelmässig zwischen 3-8 Medikamente ein.

Es ist zu erwähnen, dass nicht alle Patient:innen denselben PRE-Fragebogen beantwortet haben, da vier Teilnehmer:innen aus dem Kanton Neuchâtel eine Vorversion des definitiven Fragebogens ausfüllten. Dies liegt daran, dass die Rekrutierung in der Romandie, insbesondere in Neuchâtel schon zu Beginn des Jahres 2023 begann, als die finalen Rückmeldungen seitens Interface noch nicht erfolgt waren. Zwar stimmten die Fragen in der vorherigen und der finalen Version mehrheitlich wörtlich überein, doch gibt es einige Diskrepanzen in den Fragen, welche separat ausgewertet wurden. Der Einschluss der Antworten auf diese erste Version wurde mit Interface besprochen und als sinnvoll bewertet. Ein weiterer Unterschied in der Vorversion ist, dass nicht nach der Beratung durch eine nicht-ärztliche Fachperson gefragt

wurde, aber zusätzliche Fragen zur Kommunikation in der Arztpraxis gestellt wurden. Die finale Version des PRE-Fragebogens wurde von 31 Patient:innen beantwortet. Als Limitation ist zu erwähnen, dass aufgrund der Möglichkeit, den Patientenfragebogen nicht nur online, sondern auch auf Papier auszufüllen, wurden nicht immer alle Pflichtfragen von den Patient:innen in der Papier-Version beantwortet. In der Onlineversion konnte man die weiteren Fragen nicht beantworten, bevor die Pflichtfragen nicht ausgefüllt waren. Dies ist der Grund für die teilweise unterschiedliche Antwortzahl n.

Wie bei den Fachpersonen sank auch bei den Patient:innen die Anzahl der vollständig beantworteten Fragebögen von 35 im PRE- auf 21 POST-Fragebögen. Basierend auf mündlichen Rückmeldungen der Fachpersonen hat diese Dropout-rate Rückgang diverse Gründe: In einigen Teams traten Schwierigkeiten auf, die rekrutierten Patient:innen innerhalb der vorgesehenen Zeit mit den erforderlichen Instrumenten zu betreuen. Zudem kam es zu externen Umständen wie einem Wechsel des Hausarztes, Einzug in ein Altersheim, Verlust eines Angehörigen oder Fehlen der Kontaktaufnahme seitens einer Patientin. Des Weiteren hat ein Team rückgemeldet, dass Personalmangel und die Kündigung einer Fachperson im Team dazu geführt haben, dass die Tools nicht angewendet werden konnten. Eine Person aus dem Kanton Waadt beantwortete lediglich die ersten sieben demografischen Fragen, so dass insgesamt 22 Personen im Post-Fragebogen in der Charakteristika-Tabelle erscheinen. Vollständig wurde der POST-Fragebogen von neun deutschsprachigen und zwölf französischsprachigen Personen aus sieben Kantonen ausgefüllt. Wieder nahmen mehr Männer (59%) als Frauen (41%) an der Befragung teil, die Mehrheit schätzte ihre Gesundheit wiederum als mässig ein. Im POST-Fragebogen wurde nicht noch einmal nach der Hauptsprache oder dem Bildungslevel gefragt, da davon ausgegangen wurde, dass die Patient:innen, welche den PRE- und POST-Fragebogen beantworteten, die gleichen waren.

Tabelle 3: Gesamt Charakteristika Patient:innen

Gesamt Charakteristika Patient:innen	PRE-Fragebogen	POST-Fragebogen
Variable	Population	Population
	n = 35	n = 22
Hauptsprache		
(Schweizer-)Deutsch	15 (43%)	n.a.
Französisch	19 (54%)	n.a.
Italienisch	1 (3%)	n.a.
Höchster Schulabschluss		
Obligatorische Schule	4 (11%)	n.a.
Berufslehraabschluss	19 (54%)	n.a.
Berufs-/Gymnasiale Maturität	0 (0%)	n.a.
Höhere Berufsbildung	4 (11%)	n.a.
Hochschule (Fachhochschule/Universität)	8 (23%)	n.a.
Anderer Abschluss	0 (0%)	n.a.
Standort des Wohnorts		
Stadt	8 (23%)	n.a.
Agglomeration	1 (3%)	n.a.

Land	26 (74%)	n.a.
Kanton		
Aargau /AG	2 (6%)	1 (5%)
Genf /GE	0 (0%)	2 (9%)
Neuenburg /NE	7 (20%)	6 (27%)
St.Gallen /SG	7 (20%)	2 (9%)
Tessin /TI	1 (3%)	0 (0%)
Vaud /VD	12 (34%)	7 (32%)
Zug /ZG	3 (9%)	2 (9%)
Zürich /ZH	3 (9%)	2 (9%)
Jahrgang		
1930-1939	4 (11%)	3 (14%)
1940-1949	8 (23%)	6 (27%)
1950-1959	13 (37%)	7 (32%)
1960-1969	6 (17%)	3 (14%)
1970-1979	2 (6%)	3 (14%)
1980-1989	1 (3%)	0 (0%)
1990-1999	1 (3%)	0 (0%)
Geschlecht		
Männlich	20 (57%)	13 (59%)
Weiblich	15 (43%)	9 (41%)
Allgemeiner Gesundheitszustand		
Ausgezeichnet	0 (0%)	2 (9%)
Sehr gut	2 (6%)	5 (23%)
Gut	14 (40%)	4 (18%)
Mässig	16 (46%)	11 (50%)
Schlecht	3 (9%)	0 (0%)
Anzahl regelmässig eingenommener Medikamente		
0 – 2 Medikamente	3 (9%)	3 (14%)
3 – 5 Medikamente	13 (37%)	9 (41%)
6 – 8 Medikamente	13 (37%)	3 (14%)
9 – 11 Medikamente	4 (11%)	5 (23%)
12 – 14 Medikamente	2 (6%)	2 (9%)
Anzahl Spitalaufenthalte		
0-1 Aufenthalte	29 (83%)	15 (68%)
2-4 Aufenthalte	5 (14%)	5 (23%)
4+ Aufenthalte	1 (3%)	2 (9%)
Krankheitsbilder		
Diabetes Mellitus (Typ 1 und 2)	14 (40%)	n.a.
Andere Stoffwechselerkrankungen (z.B. Schilddrüse, Leber und Pankreas)	5 (14%)	n.a.
Bluthochdruck (Hypertonie)	19 (54%)	n.a.
Herz-Kreislauf-Krankheiten (z.B. Hirnschlag, Gefäßverkalkung (Arteriosklerose), koronare Herzkrankheit (KHK), Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen oder ein Herzinfarkt)	21 (60%)	n.a.
Chronische Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma, COPD, chronische Bronchitis)	9 (26%)	n.a.

Krebserkrankungen	6 (17%)	n.a.
Depression	4 (11%)	n.a.
Andere psychische Erkrankungen (z.B. Bipolare Erkrankung, Schizophrenie)	0 (0%)	n.a.
Beginnende Demenz/Alzheimer	0 (0%)	n.a.
Andere neurologische Krankheiten (z.B. Multiple Sklerose, Parkinson)	4 (11%)	n.a.
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems oder des Bewegungsapparats (z.B. Arthrose, rheumatoide Arthritis, chronische Rückenschmerzen, Osteoporose)	12 (34%)	n.a.
Urogenitalerkrankungen (z.B. Nieren, Blase, Prostata, Gebärmutter, Eileiter)	9 (26%)	n.a.
Gastrointestinale Erkrankungen (z.B. Darm, Magen)	5 (14%)	n.a.
Suchterkrankungen (z.B. Tabak, Alkohol, Medikamente, andere Substanzen)	5 (14%)	n.a.
Andere (bitte angeben)*:	8 (23%)	n.a.
Ich will dies nicht angeben	0 (0%)	n.a.
Missing	1 (3%)	n.a.

*Andere Krankheiten welche von den Patient:innen genannt wurden:

- Gehhilfe
- Verhornungsstörung
- Schlafapnoe
- pelade universelle
- Cholestérol
- Fatigue chronique
- Insomnies
- Troubles de l'érection

7.2.2 Kontakt mit dem/der Hausarzt:ärztin

Ein wesentlicher Bestandteil der interprofessionellen Betreuung, ist der partnerschaftliche Einbezug der Patienten:innen in ihre Versorgung. Daher wurden die Patient:innen im PRE-Fragebogen unter anderem nach ihrer Wahrnehmung zur Kommunikation und Einbindung in ihre Therapie durch ihren/ihrer Hausarzt:ärztin gefragt. Die teilnehmenden Patient:innen waren bereits vor dem Pilotprojekt sehr zufrieden mit der Kommunikation durch den/die Hausarzt:in. So stimmten 55 % von 31 Patient:innen zu und 35% stimmen eher zu, dass ihnen während des Termins beim/bei der Hausarzt:in alles verständlich erklärt wurde. Diese Einschätzung scheint während dem Piloten zum Teil verbessert worden zu sein, so stimmten doch 10 Personen von 21 (48%) zu, dass sie während der Pilotlaufzeit die Erklärungen ihrer Ärzte einfacher verstanden haben. Jeweils zwei Personen (10%) stimmten dem nicht zu oder antworteten mit «teils/teils».



Abbildung 33: PRE-Fragebogen Frage 14

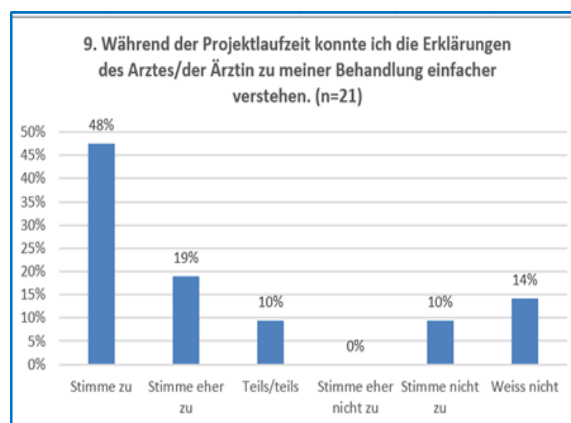


Abbildung 34: POST-Fragebogen Frage 9

Während 45% der Patient:innen (14/31) schon vor dem Piloten zustimmten, dass sie über ihre persönlichen und gesundheitsbezogenen Ziele und Wünsche sowie über ihre Sorgen beim Arztbesuch sprechen konnten, und je sechs Personen dem eher zustimmten oder mit teils/teils antworteten, stimmten 9 der 21 Personen (43%) zu, dass sie während des Piloten einfacher ihre Krankheit oder ihr aktuelles Anliegen beschreiben konnten. Zudem stimmten 38% (8/21) eher zu, eine Person antwortete mit «teils/teils» (5%), eine weitere Person mit «stimme nicht zu» (5%) und zwei Personen haben «weiss nicht» (10%) angegeben

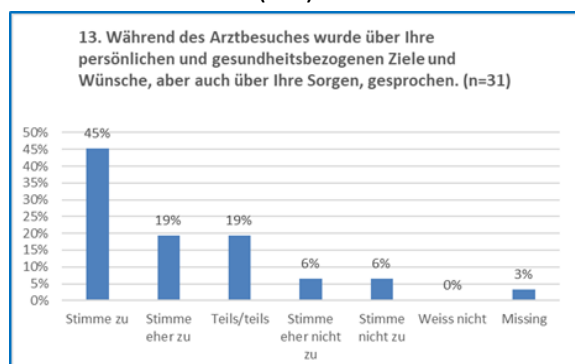


Abbildung 35: PRE-Fragebogen Frage 13

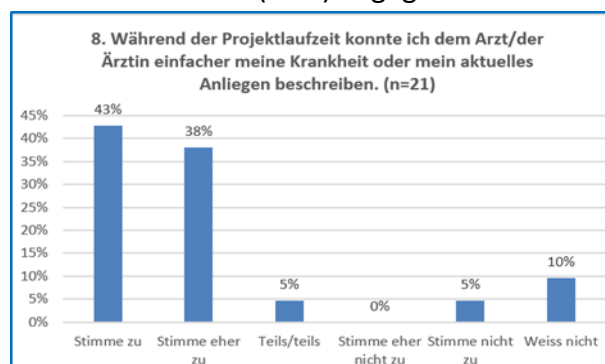


Abbildung 36: POST-Fragebogen Frage 8

7.2.3 Kontakt zum Praxispersonal, zum Apothekenteam und zur Spitex

Neben der Kommunikation mit dem Arzt oder der Ärztin wurden die Patient:innen auch zur Kommunikation mit dem Praxispersonal (MPA und MPK), der Spitex und dem Apothekenteam gefragt.

Gemäss PRE-Fragebogen, wurden 39% der Patient:innen (12/31) vor dem Piloten in der Hausarztpraxis durch eine nicht-ärztliche Fachperson beraten. Diese Patient:innen wurden gefragt, ob die nicht-ärztliche Fachperson (z.B. die medizinische Praxisassistentin) alles verständlich erklärt hätte, was die Patient:innen mehrheitlich positiv beantworteten: 58% (7/12) «stimmten zu» und 33% (4/12) «stimmten eher zu». Im POST-Fragebogen wurde dieselbe Frage erneut gestellt. Dieses Mal antworteten zehn von 21 Patient:innen, dass sie während des Piloten in der Hausarztpraxis durch eine nicht-ärztliche Fachperson beraten wurden. Dieses Mal stimmten 70% (7/10) eher zu und 30% (3/10) stimmten eher zu, dass die nicht-ärztliche Fachperson alles verständlich erklärte.

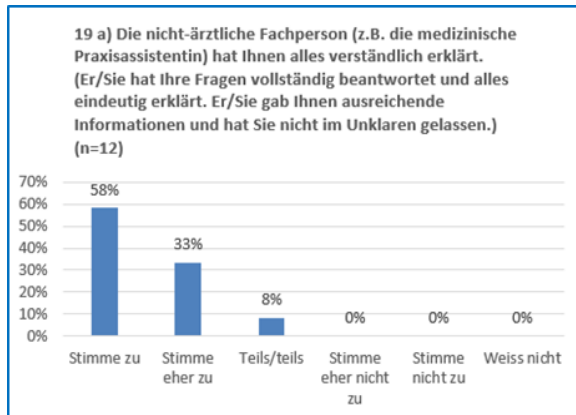


Abbildung 37: PRE-Fragebogen Frage 19 a)

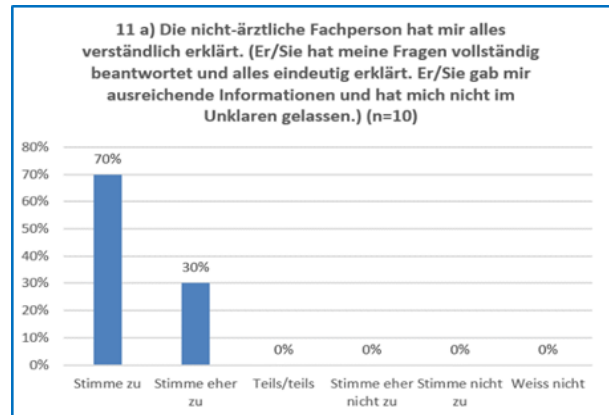


Abbildung 38: POST-Fragebogen Frage 11 a)

Vor dem Piloten hatten 11 von 31 Patient:innen (35%) eine vertiefte Beratung zu ihrer Medikation in der Apotheke. Der Aussage, dass die Fachperson in der Apotheke alle Fragen beantwortete und eindeutig erklärte, stimmten 9 von 11 Personen zu (82%), während 2 von 11 Personen der Aussage eher zustimmten.

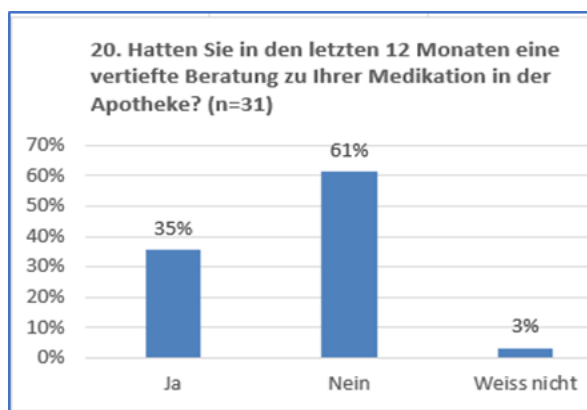


Abbildung 39: PRE-Fragebogen Frage 31

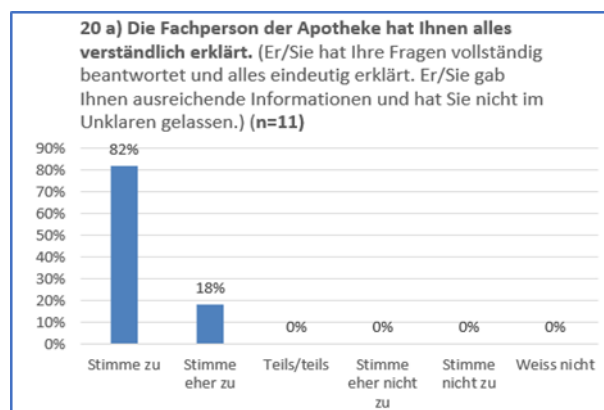


Abbildung 40: PRE-Fragebogen Frage 20 a)

Im POST-Fragebogen wurden dieselben Fragen nochmals gestellt. Diesmal hatten 12 von 21 Personen (57%) eine vertiefte Beratung in der Apotheke. Der Frage bezüglich der verständlichen Erklärung stimmten 67% Personen (8/12) zu und 4 von 12 Personen «stimmten eher zu» (33%).

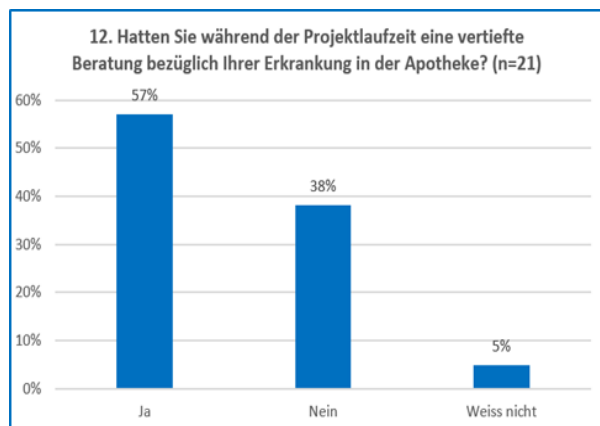


Abbildung 41: POST-Fragebogen Frage 12

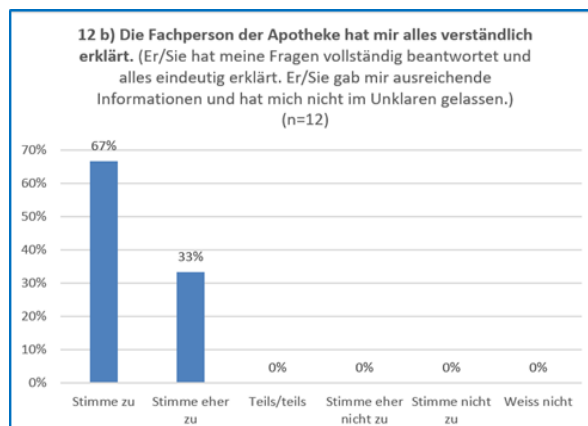


Abbildung 42: POST-Fragebogen Frage 12 b)

Auch der Kontakt zur Spitex wurde erfragt. Ebenfalls 11 von 31 Patient:innen (35%) wurden gemäss PRE-Fragebogen in den 12 Monaten vor dem Piloten durch eine Spitex-Pflegefachperson betreut. 72% der Befragten beurteilt die Kommunikation hinsichtlich der Verständlichkeit positiv (36% «stimme zu» und 36% «stimme eher zu»). Im POST-Fragebogen wurde die Frage erneut gestellt, jedoch wurden während der Pilotlaufzeit nur 4 von 21 Personen (19%) durch eine Spitex betreut. Dabei stimmten drei Personen (75%) der Aussage zur eindeutigen und verständlichen Erklärung zu und eine Person (25%) nicht.



Abbildung 43: PRE-Fragebogen Frage 21 a)

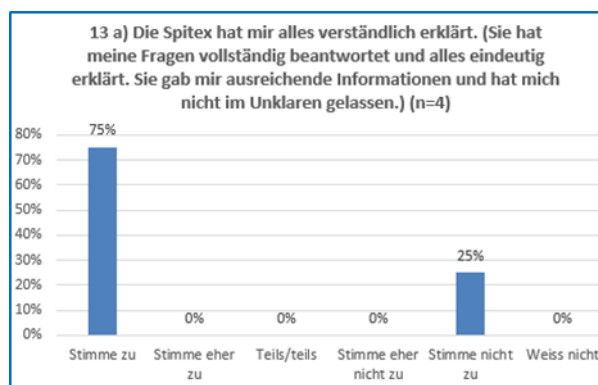


Abbildung 44: POST-Fragebogen Frage 13 a)

7.2.4 Wahrnehmung interprofessioneller Zusammenarbeit zwischen den betreuenden Fachpersonen

Die Kommunikation und Koordination zwischen den verschiedenen Fachpersonen wird von den Patient:innen mehrheitlich positiv aufgefasst. So stimmten im PRE-Fragebogen 74% (26 von 35 Personen) der Teilnehmer:innen «zu» bis «eher zu», dass die involvierten Fachpersonen miteinander kommunizieren und dass sie ihre Behandlung als gut koordiniert erleben. 9%

hatten weder eine positive noch eine negative Meinung, 11% stimmen aber «eher nicht zu», während 6% gar «nicht zustimmen».

Zudem sollten die Patient:innen einschätzen, wie gut ihre bisherige (Krankheits-) Geschichte der behandelnden Fachperson bekannt war, bzw. wie gut diese informiert sind. Die Mehrheit, d.h. 22 der 35 Personen (63%) beantworteten die Frage positiv (26% «stimme zu» und 37% «stimme eher zu»), während drei Personen (9%) geteilter Meinung sind, 17% eher nicht zustimmen und 6% (2/35) gar nicht zustimmen und weitere 6% es nicht wissen.

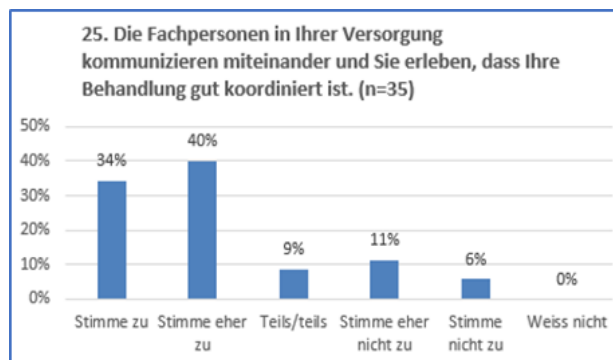


Abbildung 45: PRE-Fragebogen Frage 25

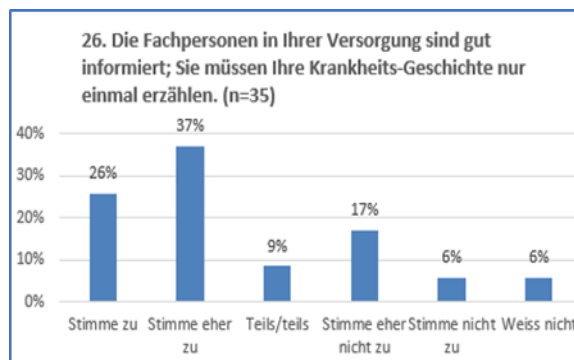


Abbildung 46: PRE-Fragebogen Frage 26

Im POST-Fragebogen stimmten 7 von 21 Personen (33%) zu, dass sie erlebten, dass die Fachpersonen während der Projektlaufzeit besser über ihre Krankheiten und Behandlungen Bescheid wussten und sie ihre Krankheits-Geschichte nur einmal erzählen mussten, während 14% der Befragten eher zustimmten, 29% geteilter Meinung waren und 14% dem nicht zustimmten.

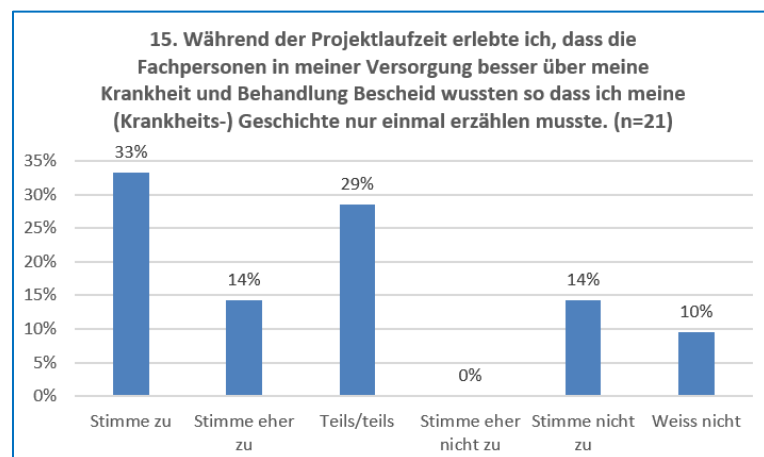


Abbildung 47: POST-Fragebogen Frage 15

7.2.5 Aufklärung von Selbstmanagement-Förderungsangebote (SMFA)

Die Antworten im PRE-Fragebogen zeigen, dass in den 12 Monaten vor dem Piloten 12 Personen von 35 Patient:innen (34%) durch die Fachpersonen der Hausarztpraxis zu SMFA informiert wurden; weitere 6 Personen antworteten mit «teils/teils», 37% stimmen eher bis gar nicht zu, 9% kann es nicht beurteilen (weiss nicht) und eine Person hat die Frage nicht beantwortet.

Wie weiter oben in diesem Bericht beschrieben, wurde im Rahmen des Projekts Opti-Q eine Umfrage unter allen bekannten SMFA-Anbietern durchgeführt und eine umfassende Zusammenstellung aller Antworten gemacht. Die Liste wurde auf der eigenen Webseite auf der QualiCCare Homepage mit Such- und Filterfunktion den am Piloten teilnehmenden Fachpersonen zur Verfügung gestellt. Der Eintrag derselben SMFAs auf die Blueprint-Seite des BAGs erfolgte erst später. Am Ende des Piloten wurden die Patient:innen im POST-Fragebogen nochmals gefragt, ob sie durch eine Fachperson über SMFA informiert wurden, wobei 33% der Befragten «ja» antworteten, 57% «nein» und 10% «weiss nicht».

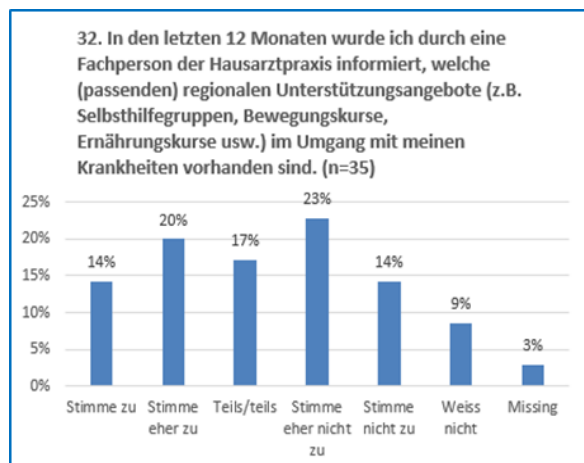


Abbildung 48: PRE-Fragebogen Frage 32

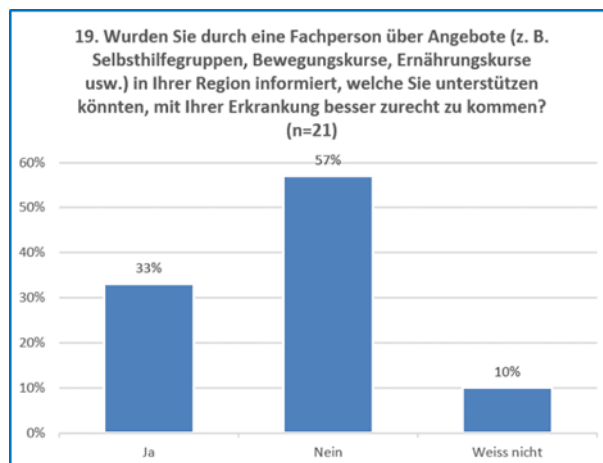


Abbildung 49: POST-Fragebogen Frage 19

7.2.6 Gesundheitskompetenz

Im PRE-Fragebogen vor dem Piloten stimmten 71% (=25) der 35 Patient:innen zu und 20% stimmten eher zu, dass sie selbst für ihre Gesundheit verantwortlich sind.

Auch stimmte ein Anteil von 80% der Aussage zu, dass sie überzeugt sind, selbst etwas unternehmen zu können, um Folgeerkrankungen vorzubeugen (17 von 35 «stimme zu» und 11 von 35 «stimme eher zu»). Zudem stimmten 54% (=19) der 35 Befragten zu und 23% (=8) stimmten eher zu, dass sie bei jedem ihrer Medikamente wissen, weshalb sie es einnehmen.

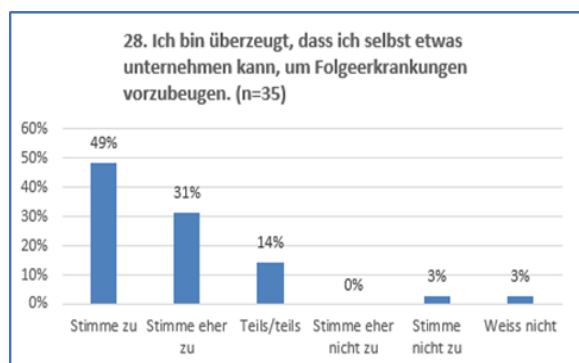


Abbildung 50: PRE-Fragebogen Frage 28

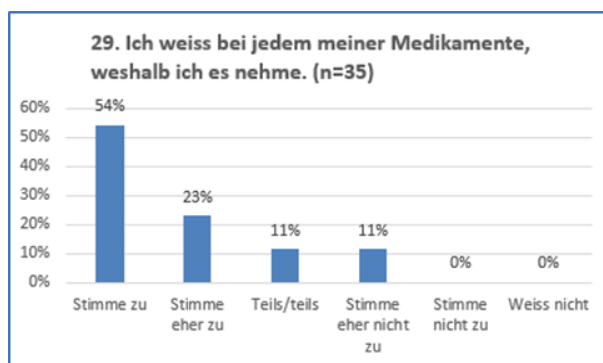


Abbildung 51: PRE-Fragebogen Frage 35

Im POST-Fragebogen wurden nochmals die gleichen Fragen gestellt. Der Aussage, dass sie selbst etwas unternehmen können, um Folgeerkrankungen vorzubeugen, stimmten wiederum die Mehrheit zu oder eher zu, doch scheint sich die Verteilung der Aussagen verschoben,

denn nur 5 Personen von 21 (24%) «stimm[t]en zu» und 10 von 21 (48%) «stimm[t]en eher zu». Der Grund dieser Verschiebung ist nicht bekannt, und da wir keine medizinischen Aussagen zur Krankheitslast der Patient:innen haben.

Die Frage zur Medikamenteneinnahme verzeichnete im POST-Fragebogen eine positive Verbesserung im Vergleich zu den PRE-Antworten. So stimmten nun 67% (14 von 21 Personen) zu und 29% (6 von 21) stimmten eher zu, dass sie bei jedem ihrer Medikamente wissen, weshalb sie es einnehmen.

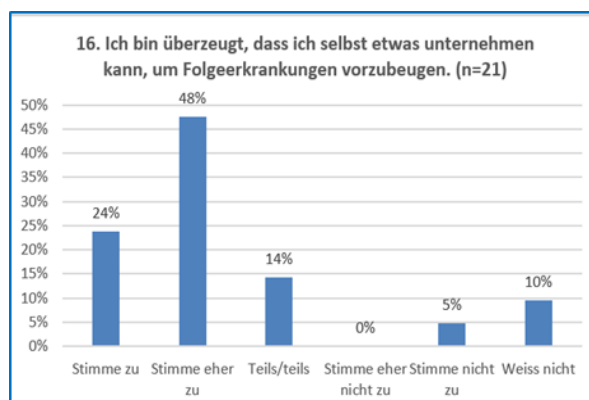


Abbildung 52: POST-Fragebogen Frage 16

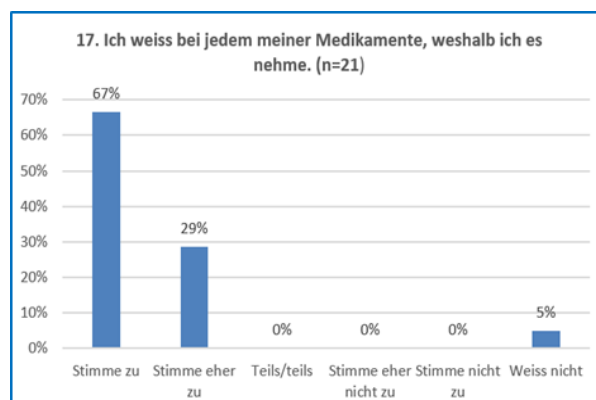


Abbildung 53: POST-Fragebogen Frage 17

7.2.7 Tools

Versorgungspass

Von den 21 Personen welche den POST-Fragebogen beantwortet haben, haben 18 Patient:innen (86%) angegeben, dass sie einen Versorgungspass erhalten haben. Die Mehrheit (55%) erlebte, dass sie durch den Versorgungspass eine bessere Koordination sowie einen besseren Informationsaustausch unter den involvierten Fachpersonen wahrgenommen haben, während 22% geteilter Meinung waren, 11% dem eher nicht zustimmten und 6% nicht zustimmten. Zudem hat die Mehrheit der Befragten angegeben, dass sie ihre Anliegen (Wünsche, Ziele, Sorgen und Probleme) einfacher mit den Fachpersonen besprechen konnten, da sie aufgrund des Versorgungspasses einen besseren Überblick hatten (11% stimmen voll zu und 50% stimmen eher zu). Von den 18 Personen hatten 6 Anpassungsvorschläge. Davon haben vier gesagt, dass der Versorgungspass elektronisch sein sollte und zwei Personen gaben individuelle Rückmeldungen, wie z.B. mehr Platz für Einträge im Pass. Ausserdem wurde eine Fokusgruppe vorgeschlagen, um gemeinsam Feedback zum Versorgungspass zu geben. Eine Fokusgruppensitzung fand statt und die Rückmeldungen der drei anwesenden Patient:innen wurden aufgenommen. Eine leicht angepasste Post-Pilot Version ist in Bearbeitung. Es wurde insbesondere mehr Platz für Einträge seitens der Fokusgruppe gefordert, denn dies ist gerade für diejenigen Patient:innen, die einen solchen Pass nutzen möchten, relevant. Des Weiteren wurden einige Wordings angepasst. Inhaltlich brauche es keine Änderungen.

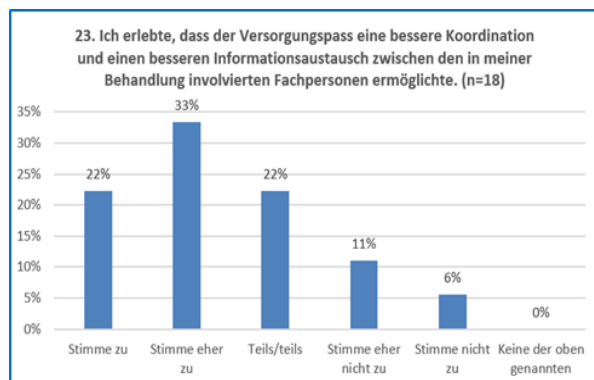


Abbildung 54: POST-Fragebogen Frage 23

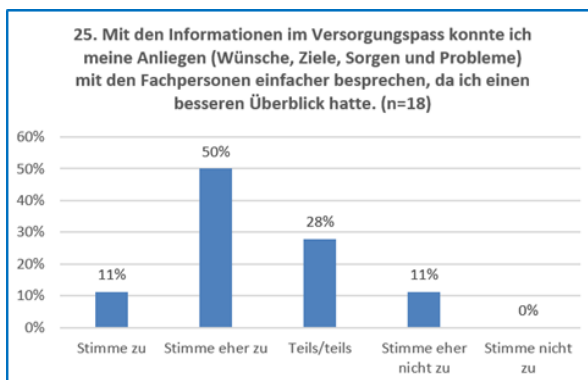


Abbildung 55: POST-Fragebogen Frage 25

Assessment

Von den 21 Personen, welche den POST-Fragebogen beantwortet haben, gaben 17 Personen an, während des Piloten eine Standortbestimmung (Assessment) erhalten zu haben. Dabei hatten alle das Gefühl (59% stimmten zu und 41% stimmten eher zu), dass beim Assessment alle wichtigen Fragen zu ihrem Gesundheitszustand gestellt wurden. Zudem empfanden 94% der Befragten (59% stimmten zu und 35% stimmten eher zu) die Standortbestimmung allgemein als nützlich und sinnvoll.

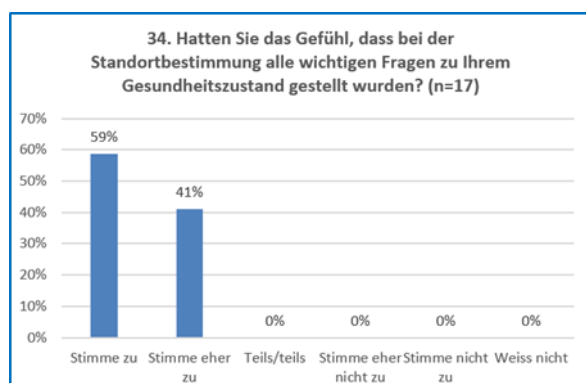


Abbildung 56: POST-Fragebogen Frage 34

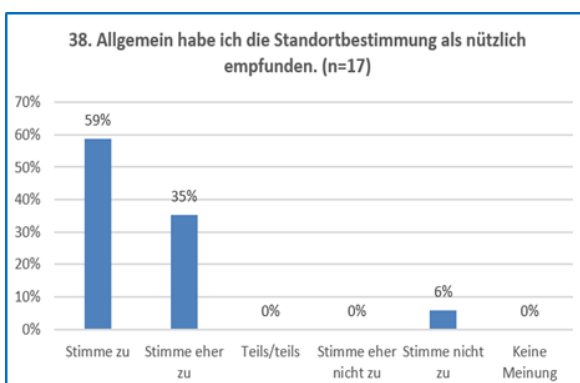


Abbildung 57: POST-Fragebogen Frage 38

Medikationscheckliste

Eine Überprüfung der Medikamente unter Zuhilfenahme der Medikationscheckliste hatten 16 von 21 Personen während der Pilotlaufzeit. Dabei wurden Fragen zur Anwendung, Wirksamkeit sowie zu Problemen und deren Lösungen besprochen. Von den 16 Personen gaben 15 Personen (94%) an, dass die Besprechung ihrer Medikamente ihnen geholfen hätte, die Anwendung und Wirksamkeit besser zu verstehen und eventuelle Medikationsprobleme zu besprechen und zu lösen. Eine Person (6%) war geteilter Meinung («teils/teils»).

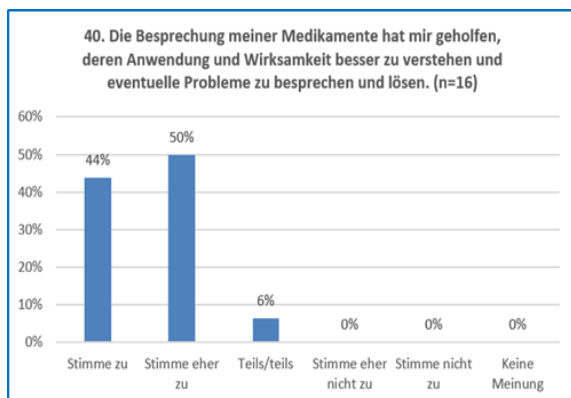


Abbildung 58: POST-Fragebogen Frage 40

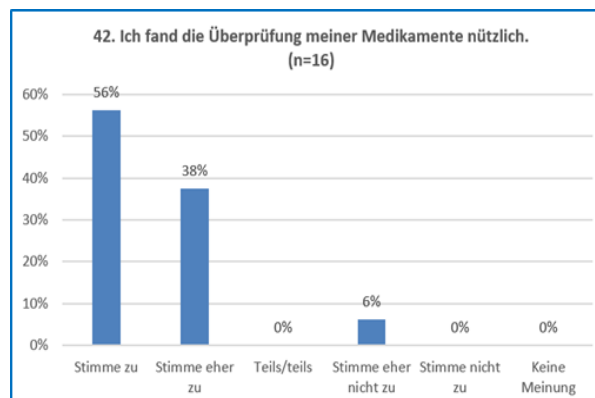


Abbildung 59: POST-Fragebogen Frage 42

7.2.8 E-Health Applikationen und digitale Hilfsmittel

Im PRE-Fragebogen wurde der Bedarf hinsichtlich digitaler Hilfsmittel im Bereich der Gesundheitsversorgung bei den Patient:innen abgefragt. Dabei gaben 43% (15 von 35 Personen) der Teilnehmer:innen an, dass sie digitale Medien verwenden, um mit ihren Fachpersonen zu kommunizieren. Diese waren hauptsächlich E-Mail und WhatsApp und fanden am häufigsten mit dem Hausarzt/der Hausärztin statt.

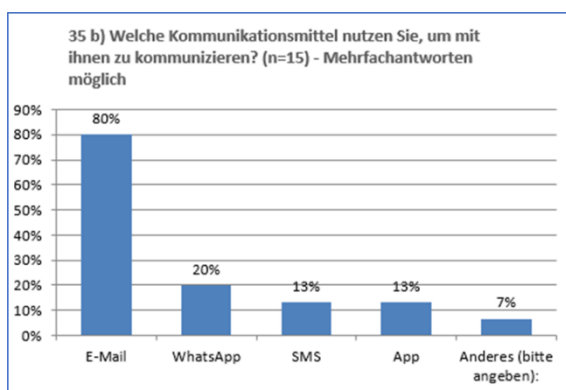


Abbildung 60: PRE-Fragebogen Frage 35 b)

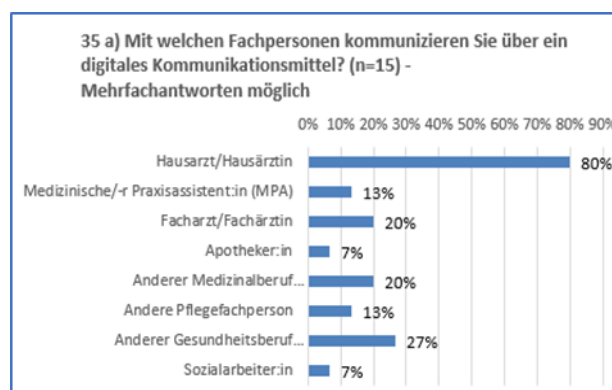


Abbildung 61: PRE-Fragebogen Frage 35 a)

*Anderes: Telefon (n=1)

Hinsichtlich der Nutzung von Gesundheits-Apps gaben 89% der Patient:innen an, dass sie keine nutzen. Als Grund nannten 55% (17) der 31 Personen, dass sie kein Interesse daran hätten, und 23% gaben als Grund an, dass sie interessiert wären, jedoch keine Gesundheits-Apps kannten.



Abbildung 62: PRE-Fragebogen Frage 26

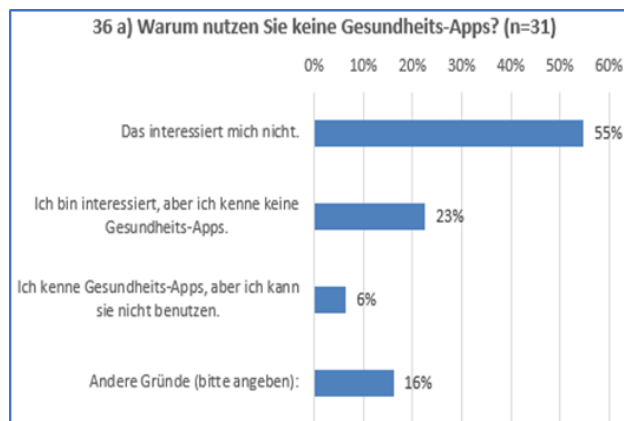


Abbildung 63: POST-Fragebogen Frage 36 a)

7.2.9 Schlussbeurteilung

Mehr als die Hälfte (52%) der 21 Patient:innen gab als Schlussfazit im POST-Fragebogen an, dass das Opti-Q Pilotprojekt einen positiven Einfluss auf ihre Versorgung hätte (33% stimmten zu und 19% stimmten eher zu), im Vergleich zu einer Person, welche der Aussage eher nicht zustimmte und drei Personen welche der Aussage gar nicht zustimmten. Nicht beurteilen und «weiss nicht» antworteten 29% oder 6 Personen.

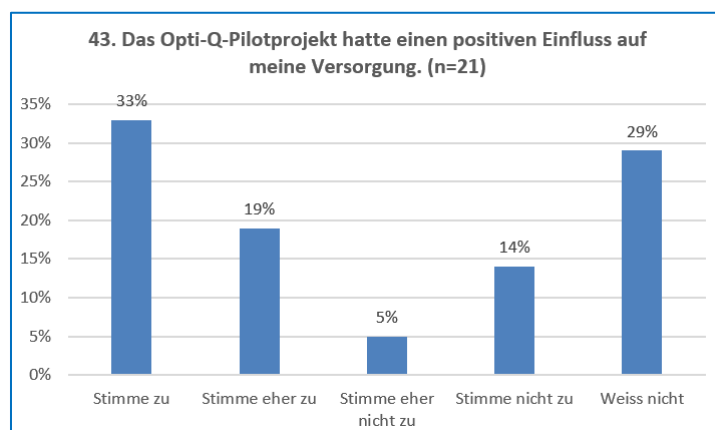


Abbildung 64: POST-Fragebogen Frage 43

In der letzten Frage im POST-Fragebogen, konnten die Patient:innen in 1-2 Sätze angeben, was sich für sie durch das Opti-Q Pilotprojekt verändert hätte. Die zehn Antworten mit «nichts» und «ohne Kommentar» in beiden Sprachen wurden aus dieser Liste herausgenommen.

Tabelle 4: Frage 44 POST-Fragebogen

44. Bitte geben Sie in 1-2 Sätzen an, was sich für Sie durch das Opti-Q Pilotprojekt verändert hat.

- Infos für alle Beteiligten in gleicher Weise verfügbar. Ärzte sind nicht alle begeistert.
- Durch konsequente Kontrollen konnte ich meine Ziele besser erreichen.
- Über das Leben nachzudenken. Im HIER + JETZT leben, Ziele leben und nicht verschieben. Prioritäten setzen. Was ist wichtig für mich und was blockiert mich

<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation du sentiment de sécurité et du suivi des soins
<ul style="list-style-type: none"> • Trop chronophage. Projet utopique.
<ul style="list-style-type: none"> • Cela facilite la prise de contact avec les différents médecins. Mais ils ne sont pas toujours intéressés.
<ul style="list-style-type: none"> • D'avoir une vue d'ensemble sur mes problèmes de santé, de pouvoir donner aux docteurs autre que mon généraliste des informations importantes sur mon état de santé
<ul style="list-style-type: none"> • Le contact avec les professionnels de santé (pharmacien, médecin, assistants)
<ul style="list-style-type: none"> • J'ai pris mieux conscience de mes problèmes de santé
<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure vision globale de mon état de santé. Utilité pour une analyse des besoins de santé de la population suisse.

8. Lessons Learned

Das Projekt entstand aufgrund des Bedarfs an krankheitsübergreifenden Praxisempfehlungen, um der Realität Rechnung zu tragen, dass die meisten Patient:innen in der Grundversorgung mehrere chronische Erkrankungen gleichzeitig haben.

Nachdem die Praxisempfehlungen Multimorbidität im Kanton Waadt wissenschaftsbasiert im ADAPTE-Verfahren interprofessionell für den Kanton Waadt aus mehreren internationalen Guidelines erstellt wurden, sollte QualiCCare diese analog zu den bisher getätigten Projekten auf der nationalen Ebene heben und in der Praxis testen. Es bestätigte sich allerdings bald, dass diese Umsetzung aufwändiger war als anfänglich gedacht. Somit empfehlen wir aufgrund der im Opti-Q gemachten Erfahrungen:

Für die Umsetzung eines Projekts nach dessen Entwicklung in einer interprofessionellen Arbeitsgruppe /Begleitgruppe, braucht es

- eine solide Finanzierung;
- motivierte Fachpersonen und Patient:innen, welche am Projekt teilnehmen;
- die aktive Unterstützung und der aktive Lead seitens der relevanten Berufsverbände;
- ein entsprechend der Projektgrösse aufgestelltes Projektteam (jedoch mindestens 3 Personen) sowie Praktiker:innen und Expert:innen in einer operationell aktiven Arbeitsgruppe
- ein solides Riskmanagement für mögliche interne und externe Eventualitäten wie Krankheiten, Pandemien, Fachkräftemangel, etc.

Folgende Lessons Learned konnten im Projekt Opti-Q gesammelt werden:

- Für die Anwendung in der Praxis konnten die Empfehlungen noch nicht direkt verwendet werden, sondern sie mussten zuerst praxistauglich gemacht werden, indem diverse Tools oder Vorgehensweise erarbeitet wurden. Die Zeit, die für die Erstellung der Anwendungshilfen benötigt wurde, wurde stark unterschätzt, insbesondere da bei der Entwicklung des Versorgungspasses realisiert wurde, dass es weitere Anwendungshilfen braucht, um die RPC umsetzen zu können (Assessment und Medikationscheckliste). Die Entwicklung der Tools hielt sich trotz des partizipatorischen Ansatzes zeitlich im Rahmen, durch

Ressourcenbindung für die Erarbeitung der zusätzlichen Tools und die darauffolgende Erstellung der entsprechenden Kommunikationsmaterialien verzögerte sich der Start der Rekrutierungsphase.

Der zusätzliche Aufwand wurde allerdings stark unterschätzt und folglich nicht eingeplant, ebenso wie der Bedarf an Schulung und Kommunikation, um diese Empfehlungen anzuwenden.

- Neben einer Literaturrecherche zu bestehenden Tools, Erfolgs- und Hindernisfaktoren der Implementierung von Praxisempfehlungen für die Behandlung von multimorbiden Patient:innen hätte nicht nur anekdotisches Wissen (wie durch die PGV-Vernetzung), sondern eine systematische Auslegeordnung zu laufenden und startenden Projekten in der Grundversorgung in der Schweiz erstellt werden sollen. Dies hätte allerdings mehr zeitliche Ressourcen und entsprechende längere Projektvorbereitungszeit benötigt.
- Eine entsprechend lange Vorlaufzeit und entsprechend frühzeitige Information (möglichst ein Jahr!) sollte vorgesehen werden, denn viele Ärztenetzwerke, Hausarztpraxen und Apotheken führen regelmässig organisations- oder verbandinterne sowie nationale oder kantonale Projekte durch und haben entsprechend wenig zusätzliche Kapazitäten für weitere Projekte.

Andererseits könnten auch mögliche Synergien genutzt werden, jedoch müssten diese Projekte gleichzeitig und im ähnlichen Tempo laufen können, was im Fall von Opti-Q nicht der Fall war.

- Eine Bedarfsanalyse beim Zielpublikum Patient:innen durchführen, wenn das Projekt ihnen am meisten dienen soll. Auffallend waren häufige Diskrepanzen zwischen der Perzeption der Fachpersonen und der Patient:innen, wobei erstere vielleicht einen Bedarf sehen, wo letztere dies nicht so empfinden, da sie es nicht anders kennen (wo mehr Angebot, dort mehr Nachfrage?).
- Die Grösse eines solchen Projekts wurde zu Beginn in der Komplexität unterschätzt. Auch konnte der Projektantrag nicht ausreichend konkret formuliert werden, weil das Ausmass nicht vorrangig abschätzbar war. Man wollte von Anfang an zu vieles gleichzeitig. Besser sollte ein so grosses Projekt als Gesamtstrategie gesehen werden, in dem mehrere Etappenprojekte zu einem grossen Ganzen zusammenfliessen. Dies bedarf allerdings einer längerfristigen Planung und Sicherstellung der Finanzierung, was im Fall von Opti-Q nicht durchführbar gewesen wäre. Im Opti-Q waren viele Projekte für sich schon grosse Projekte wie die Zusammenstellung der Selbstmanagement-Förderungsangebote, oder die Förderung / Implementierung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Teams zu bilden, wo es noch keine bestehende Zusammenarbeit hat, erfordert viel Zeit und eine hohe intrinsische Motivation der Fachpersonen. Allgemein benötigen neue Prozesse und Changemanagement einen hohen finanziellen und zeitlichen Initialaufwand.
- Da ein ursprünglich angedachter Pilot im kleineren Rahmen nicht die nötige Finanzierung sicherstellen konnte, wurde direkt ein grosses Projekt lanciert, wobei der Fokus auf die Projektförderung PGV von GFCH lag und somit der Projektantrag entsprechend deren Kriterien erstellt wurde.

Als Lehre ist zu sagen, dass man ein Projekt nicht an die Finanzierungs-Richtlinien anpassen / verbiegen sollte. Projektstruktur, -umfang und -inhalt müssen sich nach Recherche und Bedarfsanalyse orientieren, wobei für letztere auch die Basis abgeholt werden muss und nicht nur die Berufsverbände und -organisationen.

- Die einzelnen Versorgungsschritte im RPC sind sehr umfangreich und somit für die betroffenen Fachpersonen mit viel Aufwand verbunden. Um die Implementierung der Versorgungsschritte und allgemeinen Grundsätze in der Praxis zu erleichtern, wären mehrere Teilprojekte sinnvoller gewesen. So waren einige Fachpersonen nur am Versorgungspass oder am Assessment interessiert. Andere haben Setting-bedingt andere Zusammenarbeitsformen, was entsprechend andere Bedürfnisse generiert, sodass man mit kleineren und lokalen Projekten vermutlich mehr Teilnehmer:innen und eine höhere Ausbeute an valablen Ergebnissen erhalten hätte. Allerdings sollten alle Ergebnisse dann beim Zusammenziehen der Projekte zu einem Gesamtkonzept multipliziert werden können.
- Die Sinnhaftigkeit und der praktische Nutzen des Projekts konnte den Leistungserbringern vorrangig nicht ausreichend vermittelt werden. Hier muss die Perspektive der Praktiker:innen besser eingenommen und Argumente aus deren Sicht erarbeitet werden. Als nachweislich wirkungsvollste Methode gilt die Peer-to-Peer Rekrutierung, denn die Leistungserbringer lassen sich eher von Berufskollegen zur Teilnahme überzeugen als von einer berufsfremden Person. Sie müssen aber auch überzeugt werden, um auch tatsächlich mitzumachen, weshalb eine Peer-to-peer Rekrutierung viel Zeit und willige Peers braucht, welche die Überzeugungsarbeit leisten. Meinungsleader sollten als Role models fungieren.
- Bestehende Netzwerke der Patient:innen nutzen – dafür muss man wissen, wer im Netzwerk ist. Die Macht der Patient:innen nicht unterschätzen und gleichzeitig beide Pisten (Fachpersonen und Patient:innenvertreter) bearbeiten.
- Die Zielgruppe für interprofessionelle Projekte muss vorrangig genau definiert sein. Diese ist häufig je nach Region unterschiedlich, was unbedingt berücksichtigt werden muss.
- Regelmässige Standortbestimmungen im Projekt machen und das Projekt entsprechend der äusseren Rahmenbedingungen bei Bedarf proaktiv anpassen, wobei auch die Finanzierungsgeber einen nötigen Anpassungsbedarf partnerschaftlich im Sinne des Projekterfolgs unterstützen sollten. Aufwand, Kosten und Nutzen des Projekts können so regelmässig evaluiert und in Balance gehalten werden. Finanzierungsgeber sollten auch die praktischen Aspekte der Projektträger:innen im Umgang mit den angepassten Prioritäten der Grundversorger aufgrund von externen Faktoren wie Fachkräftemangel, Corona-Pandemie, oder zunehmender administrativer Aufwand in ihren Entscheidungen berücksichtigen.
- Da die interprofessionelle Fortbildung von Externen durchgeführt wurde, musste der Inhalt entsprechend dem Projekt angepasst werden, was Zeit und klare Kommunikation benötigt. Die Motivation zur Teilnahme erwies sich für das Projektteam als schwierig, wenn dieses die Fortbildung nicht selbst in der Form besuchte, wie es fürs Projekt angepasst wurde. Für externe Angebote von Produkten und Kursen sollten seitens der Anbieter entsprechende Kommunikationsmaterialien und Werbemassnahmen (u.a. Peer-to-Peer Kommunikation), frühzeitig vor Beginn der Rekrutierung vorliegen. Die Fortbildung wurde als

ein häufiger Grund für die Nicht-Teilnahme am Projekt genannt, da seitens potenzieller Teilnehmer:innen nur der Aufwand, aber kein Nutzen gesehen wurde. Letzterer wurde von den Teilnehmer:innen der Fortbildung mehrfach positiv beurteilt, doch erst nach der Teilnahme an der Fortbildung. Einerseits gab es zahlreiche andere Fortbildungsangebote, andererseits haben Fachpersonen kaum Kapazitäten, für einen ganzen Tag die Praxis zu schliessen, um in Teams an der Fortbildung teilzunehmen. Zudem wurde auch das Format eines punktuellen Angebots hinsichtlich seiner Nachhaltigkeit zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit von den potenziellen Teilnehmenden in Frage gestellt.

- Die Rekrutierungsphase dauerte viel länger als geplant. Es ist entscheidend, alle potenziellen Verbreitungskanäle zu identifizieren und einen klar definierten, grosszügigen Zeitplan festzulegen. Ebenso von Bedeutung ist die Identifizierung von "Champions", beispielsweise Praxen und Apotheken, die das Projekt bereits frühzeitig umgesetzt haben und somit von ihren Erfahrungen berichten können. Leider gab es wenig Unterstützung bei der Verbreitung des Projekts durch relevante Partner im Netzwerk der Finanzierungsgeber, und insbesondere durch die Mitglieder der Begleit- und Steuergruppe. Eine Peer-to-Peer Rekrutierung wäre sicherlich nützlich, um mehr Fachpersonen zur Teilnahme zu motivieren, doch gab es leider seitens der relevanten Verbände wenig aktive Unterstützung. Die Erarbeitung der Kommunikationstools benötigte viel Zeit und die Ressourcen waren begrenzt. Die Teilnahme an Veranstaltungen für Fachpersonen und Patient:innen war sehr wichtig, brauchte aber auch viele Ressourcen.
- Die multiplizierte Abhängigkeit von Dritten, d.h. die Rekrutierung der Patient:innen durch die Fachpersonen, erschwerte zusätzlich, die vorgesehene Zahl in den Zielgruppen zu erreichen.
- Das Rekrutierungsvorgehen der Fachpersonen, um Patient:innen für das Projekt zu gewinnen erfolgte eher willkürlich, was die Sicherstellung der Chancengleichheit bei der Patientenrekrutierung sowie eines repräsentatives Bild der Patientenpopulation kompromitierte. Die Fachpersonen hätten nach einem Zufallsschema ihre Patient:innen rekrutieren sollen, so dass möglichst viele potenzielle Teilnehmer:innen mit Multimorbidität gleiche Teilnahmemöglichkeiten erhalten hätten. Dieses Vorgehen schien einerseits den Fachpersonen zu aufwendig, oder sie wussten schon, welche «passenden» Patient:innen sie in das Projekt einbinden wollten. Zudem stellte sich heraus, dass es für einige Teams schwierig war, gemeinsame, interessierte Patient:innen zu finden, was die Umsetzung der Rekrutierungsvorgaben zusätzlich erschwerte. Hier hätte eine eventuelle Abklärung der Patienten-netzwerke nützlich sein können, was allerdings mit einem erheblichen zusätzlichen Aufwand verbunden wäre.

9. Lösungsansätze und Ausblick

- Eine Digitalisierung der Anwendungshilfen wäre sicherlich eine Unterstützung, um Teilnehmer:innen für das Projekt zu gewinnen. Allerdings war das Ziel in einem ersten Schritt eine Blaupause für die Tools zu erstellen, welche für einen späteren Einbau in ein digitales Format, wie das elektronische Patientendossier o.ä., nutzbar wäre. Eine digitale Version

benötigt aber auch die entsprechenden Schnittstellen zu den Informationssystemen der Praxen, Apotheken und Spitex sowie strukturierte Dateneingaben in den Praxen. Im Opti-Q wäre eine Digitalisierung aufgrund von mangelnden finanziellen, zeitlichen und personellen Ressourcen nicht möglich.

- Die Abgeltung des interprofessionellen Austausches aber auch von (nicht delegierten) Leistungen durch nicht-ärztliche Fachpersonen sollte diskutiert und entsprechend tarifiert werden, denn dies wurde häufig als Grund der Nichtleistung genannt. So werden die Medikationsüberprüfung in der Apotheke oder das Assessment durch die MPA/MPK nicht vergütet, was ein Hindernis für die Durchführung dieser Leistung ist.
- Der Benefit der interprofessionellen Betreuung von mehrfach chronisch erkrankten Personen ist erst später ersichtlich. Entsprechend wird der Benefit der Teilnahme am Projekt auch spät erkannt und sollte durch sogenannte Champions verbreitet werden, so dass die Verbreitung einen Dominoeffekt erlebt.
- Gemäss der Rückmeldungen zum Aufwand der Fachpersonen für die interprofessionelle Betreuung der Patient:innen, war dieser erstaunlich gering wenn der höhere Initialaufwand getätigt wurde. Investiert man die Zeit einmal jährlich für ein Assessment und zweimal jährlich für die Überprüfung der Medikation, können viele Probleme frühzeitig erkannt und eine Verschlechterung des Gesundheitszustands abgewendet oder verzögert werden.
- Ein wichtiger Lösungsansatz für die interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe ist die gemeinsame Aus- und Weiterbildung gleicher Lerninhalte.

Die Ergebnisse des Opti-Q Pilotprojekts zeigen vielversprechende Ansätze zur Verbesserung der Versorgung multimorbider Patient:innen in der Schweiz. Die positiven Rückmeldungen der Fachpersonen und Patient:innen für die Nützlichkeit der entwickelten Anwendungshilfen ermuntert, diese in einem Folgeprojekt einem breiteren Publikum zur Verfügung zu stellen, um eine Verbesserung der Versorgungsqualität von mehrfach chronisch kranken Menschen zu unterstützen und gleichzeitig die Arbeit in der Grundversorgung effizienter und durch eine gut funktionierende, interprofessionelle Zusammenarbeit attraktiver zu machen. Dazu braucht es sicherlich die in den Rückmeldungen erwähnten Weiterentwicklungen, wie eine Digitalisierung und Vernetzung mit den diversen Informationssystemen aller involvierten Fachpersonen (und Patient:innen). Dies benötigt wiederum finanzielle und personelle Ressourcen sowie eine Offenheit aller Involvierten, u.a. Leistungserbringer, Patient:innen, Software-Anbieter, Behörden, gegenüber dem elektronischen Fortschritt. Daneben braucht es eine adäquate Abgeltung aller Fachpersonen für ihre Leistungen, insbesondere auch der nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen.

Diese Voraussetzungen sind sicher essenziell, um eine flächendeckende Einführung der Praxisempfehlungen Multimorbidität und der Opti-Q Anwendungshilfen zu erreichen. Dies könnte die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Patientenzentrierung in der Behandlung multimorbider Patient:innen nachhaltig verbessern. Die Erkenntnisse und Erfahrungen des Opti-Q Projekts stossen schon jetzt auch auf internationaler Ebene auf Interesse, denn

dort stehen viele vor ähnlichen Herausforderungen in der Versorgung multimorbider Patient:innen.

10. Referenzen

1. Gnädinger M, Herzig L, Ceschi A, Conen D, Staehelin A, Zoller M, et al. Chronic conditions and multimorbidity in a primary care population: a study in the Swiss Sentinel Surveillance Network (Sentinella). *Int J Public Health* [Internet]. 2018;63:1017–26. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1114-6>
2. Battegay E. Bulletin SAMW. Multimorbidität eine Herausforderung der Neuzeit. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). 2014 Dec 30;1–4.
3. Moreau-Gruet F. Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) (Obsan Bulletin 4/2013). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Neuchâtel; 2013 Apr.
4. Arditi C, Burnand B, Hagon-Traub I, Bridevaux IP. Affections chroniques multiples - Prise en charge multidisciplinaire de la multimorbidité: recommandations pour la pratique clinique. *Rev Med Suisse*. 2019;15:1679–80.
5. Bundesamt für Gesundheit (BAG). Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten [Internet]. [cited 2024 Feb 22]. Available from: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html>
6. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011;10:430–9.
7. Marti F. Multimorbidität aus der Sicht des Geriaters. *Primary and Hospital Care* 2018 :6 [Internet]. 2018 [cited 2022 Jun 2];18:105–6. Available from: <https://primary-hospital-care.ch/article/doi/phc-d.2018.01717>
8. Adapte Collaboration 2009. Guideline Adaptation: A Resource Toolkit. 2010 [cited 2024 Mar 14]; Available from: <https://g-i-n.net/wp-content/uploads/2021/03/ADAPTE-Resource-toolkit-March-2010.pdf>
9. Martin Scherer, Hans-Otto Wagner, Dagmar Lühmann, Cathleen Muche-Borowski, Ingmar Schäfer, Hans-Hermann Dubben, et al. DEGAM Multimorbidität S3-Leitlinie. Berlin; 2017.
10. National Institute for Health and Care Excellence. Multimorbidity: clinical assessment and management. NICE guideline. [Internet]. 2016. Available from: www.nice.org.uk/guidance/ng56
11. Brühwiler J. Wie lässt sich die Qualität verbessern? Von der Standardisierung zur patientenorientierten Medizin. *Primary and Hospital Care - Allgemeine Innere Medizin*. 2017;17:16–7.
12. Junius-Walker. MAGIC Manageable Geriatric Assessment, Version 20 [Internet]. Available from: <https://www.hausarzt.digital/praxis/mit-zwei-fragen-erkennen-sie-pre-frailty-22758.html>
13. Vögtli A. Medikationsanalyse_PharmaWiki. [cited 2024 Jun 19]; Available from: <https://www.pharmawiki.ch/wiki/index.php?wiki=Medikationsanalyse>
14. Schweizerischer Apothekerverband pharmaSuisse. Polymedikations-Check pharmaSuisse.
15. Kessler C. Selbstmanagement-Förderung bei chronischen Krankheiten und Sucht. Konzeptionelle Klärung, Umsetzungsbeispiele und strategische Empfehlungen. 2018;2024.

Available from: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/selbstmanagement/referenzrahmen.pdf.download.pdf/180515_Final_Referenzrahmen_SM-Förderung_DT.pdf

16. Selbstmanagement-Förderung bei betreuenden Angehörigen Selbstmanagement-Förderung. 2020;
17. Kessler C, Trageser J. Nachhaltige Finanzierung und Qualität in der Selbstmanagement-Förderung. Eine Studie mit Beispielen guter Praxis [Internet]. 2020. Available from: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/selbstmanagement/studienbericht-finanzierung-qualitaet-smf.pdf.download.pdf/Studienbericht_Finanzierung_und_Qualität_SMF.pdf

11. Anhang

11.1 Teilnehmende Institutionen

- Anklin Apotheke (Cham)
- Arztpraxis St. Wolfgang (Cham)
- Ärzte im Sternen (Oerlikon)
- Benu Orbe
- Cabinet Dr. Racine-Savouré Martine (La Chaux-de-Fonds)
- Cabinet Dr. Gabriel Baltariu (Vallorbe)
- Cabinet Dr. Maxime Mancini (Orbe)
- Farmacia Bianda (Brissago)
- Maison du diabète – DiaCenTre Sàrl (Genève)
- Neustadtpraxis (Zug)
- Pharmacie de Chêne-Bougeries
- Pharmacie du Sapin (Vallorbe)
- Pharmacieplus du Versoix
- Pharmacieplus du mont d'or
- Pizolcare Praxis (Sargans)
- Praxis Brestenberg (Seengen)
- Sanacare (Winterthur)
- Spitex Sarganserland (Sargans)
- Studio Medico (Brissago)
- Toppharm Fortuna Apotheke (Fahrwangen)