

Koordinierte Versorgung in der Geriatrie = Les soins coordonnés en gériatrie

Autor(en): **Nagel, Margrith**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Physioactive**

Band (Jahr): **53 (2017)**

Heft 3

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-928591>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Koordinierte Versorgung in der Geriatrie

Les soins coordonnés en gériatrie

MARGRITH NAGEL

Ein Projekt zur Entlassungsplanung aus einem Pflegezentrum brachte mit sich, dass die Aufmerksamkeit auf die interprofessionelle Zusammenarbeit gelenkt wurde.

Ein zentrales Ziel der Strategie «Gesundheit 2020», die der Bundesrat im Januar 2013 verabschiedet hat, ist die Förderung der koordinierten Versorgung. Damit ist «die Gesamtheit der Verfahren gemeint, die dazu dienen, die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten über die ganze Behandlungskette hinweg zu verbessern» (BAG 2015) [1].

Hochbetagte, multimorbide Menschen benötigen einen breiten Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen. Diesen abzudecken braucht eine Vernetzung von spezialisiertem Wissen und Berufskompetenzen sowie ein Überschreiten institutioneller Grenzen.

Das KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit im Zürcher Unterland (siehe *Kasten 1*) engagiert sich dafür, die vernetzte Zusammenarbeit mit allen AkteurlInnen in der Geriatrie voranzubringen [2]. Seit September 2011 bietet das KZU deshalb auch ambulante spezialisierte geriatrische Therapieangebote (Physiotherapie, Ergotherapie) an.

Un projet de planification de la sortie des patients d'un centre de soins a permis d'attirer l'attention sur la collaboration interprofessionnelle.

La promotion des soins coordonnés est l'un des principaux objectifs de la stratégie «Santé 2020» que le Conseil fédéral a adoptée en janvier 2013. Les soins coordonnés désignent «l'ensemble des processus visant à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients dans toute la chaîne de soins» (OFSP 2015) [1].

Les personnes multimorbides et d'âge avancé nécessitent une vaste palette des prestations des services de santé. Pour les couvrir, un réseau de connaissances spécialisées et de compétences professionnelles s'avère nécessaire. Il s'agit également de dépasser les frontières institutionnelles.

Le centre de compétences en soins et santé de l'Unterland zurichois (KZU) (voir *encadré 1*), s'engage avec tous les acteurs du domaine de la gériatrie pour faire avancer la collaboration en réseau [2]. Depuis septembre 2011, le KZU propose également des prestations thérapeutiques ambulatoires spécialisées en gériatrie (physiothérapie, ergothérapie).

Kasten 1: Das KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit im Zürcher Unterland

Das KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit ist eine selbständige, öffentlich-rechtlich organisierte interkommunale Anstalt, der 20 Zürcher Unterländer Gemeinden angehören. Als ein grosser Dienstleister in der Langzeitpflege im Kanton Zürich betreibt das KZU zwei Pflegezentren in Bassersdorf und Embrach sowie zwei Pflegewohnungen in Nürensdorf. Es erhielt 2016 den SAMW¹-Award «Interprofessionalität» [4] und ist BAG «Good-Practice»-Modell in der spezialisierten geriatrischen Versorgung.

¹ SAMW: Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften.

Encadré 1: Le centre de compétences en soins et santé de l'Unterland zurichois (KZU)

Le KZU, le centre de compétences en soins et santé, est une institution intercommunale organisée sur les plans public et juridique à laquelle sont rattachées 20 communes de l'Unterland zurichois. En sa qualité d'important prestataire de services dans les soins à long terme du canton de Zurich, le KZU est responsable de deux centres de soins, à Bassersdorf et à Embrach, ainsi que de deux appartements de soins à Nürensdorf. Il a obtenu en 2016 le prix «Interprofessionalité» de l'ASSM¹ [4]. Il est le modèle de bonne pratique de l'OFSP dans les soins spécialisés en gériatrie.

¹ ASSM: Académie suisse des sciences médicales.

Kasten 2:

Die Methoden zum «Monitoring Entlassungsplanung und Nachbetreuung»

- Strukturiertes Interview
- Validierte Fokus-Assessments wie Barthel, Goal Attainment Scale GAS, Tinetti, Berg Balance Scale BBS, Dynamic Gate Index DGI, Chedoke McMaster Stroke Assessment, Falls Efficacy Scale FES; je nachdem, welche bereits stationär eingesetzt wurden.
- Standardisierte Fragebogen
- Analyse der Übergabeprozesse anhand der Dokumentationen und gezielter Befragungen
- Interprofessionelle Auswertungssitzung.

Encadré 2:

Les méthodes du «Monitoring de la planification de la sortie des patients et de leur suivi»

- Des entretiens structurés.
- Des évaluations centrées et validées comme Barthel, Goal Attainment Scale, Tinetti, Berg Balance Scale, Dynamic Gate Index, Chedoke McMaster Stroke Assessment, Falls Efficacy Scale FES; en fonction de celles qui ont déjà été mises en application lors du séjour institutionnel.
- Des questionnaires standardisés.
- Des analyses des processus de remise au moyen de documentations et de questionnaires ciblés.
- Des réunions d'évaluation interprofessionnelle.

Pilotprojekt «Monitoring Entlassungsplanung» von Spitex und Pflegezentrum

2016 lancierten die beiden Leistungsanbieter Spitex Bassersdorf-Nürenschorf-Brütten [3] und das KZU unter Miteinbezug der HausärztInnen das Pilotprojekt «Monitoring Entlassungsplanung aus dem Pflegezentrum Bächli in Bassersdorf und integrative ambulante Nachbetreuung» (*Abbildung 1*). Folgende Zielsetzungen wurden definiert:

- Die Zusammenarbeit des KZU (stationäre und ambulante Dienstleistungen) mit Spitex, KlientInnen und nachbetreuenden HausärztInnen gewährleistet eine möglichst hohe Nachhaltigkeit in den erreichten ATL-Kompetenzen (Aktivitäten des täglichen Lebens) der ausgetretenen Gäste.
- KlientIn/Spitex/Angehörige/HausärztInnen sind angemessen informiert, damit die Betreuung effizient und effektiv weitergeführt werden kann.

Vom 1. März bis 31. Oktober 2016 wurde die Behandlungs- und Zusammenarbeitsqualität analysiert (Methode siehe *Kasten 2*). Ein wichtiges Einschlusskriterium war «Austritte aus dem Pflegezentrum Bächli nach Bassersdorf, Nürenschorf oder Brütten». Deshalb konnten leider nur fünf PatientInnen ins Projekt aufgenommen werden.

Nutzen für die KlientInnen, das Behandlungsteam und die Volkswirtschaft

Die Resultate sehen wie folgt aus: Bei allen *PatientInnen* sind die ATL-Ziele erreicht worden, einige konnten sogar noch beachtliche Fortschritte machen. Die PatientInnen waren alle mit der interprofessionellen Nachbetreuung zufrieden bis sehr zufrieden. Das Projekt hat die *kooperative Zusammenarbeit* zwischen Pflegezentrum, Spitex und Therapien KZU einerseits und den HausärztInnen andererseits reaktiviert, was die Auswertungssitzung eindrücklich bestätigte.

Le projet-pilote «Monitoring de la planification de la sortie des patients» du KZU et de l'Aide et soins à domicile

En 2016, les deux prestataires de services, le KZU et l'Aide et les soins à domicile de Bassersdorf-Nürenschorf-Brütten [3] ainsi que des médecins traitants ont lancé le projet-pilote «Monitoring de la planification de la sortie des patients du centre de soins de Bächli à Bassersdorf et du suivi intégratif ambulatoire» (*illustration 1*). Les objectifs suivants ont été définis:

- La collaboration entre le KZU (prestations institutionnelles et ambulatoires) l'Aide et les soins à domicile, les clients et les médecins traitants qui assurent le suivi permet de garantir que les compétences relatives aux activités de la vie quotidienne que les patients ont acquises à leur sortie



© Jovanmandic – iStock

Ziel des Projekts Entlassungsplanung war eine möglichst hohe Nachhaltigkeit in den ATL-Kompetenzen. | L'objectif du projet de planification de la sortie des patients était de garantir que les compétences relatives aux activités de la vie quotidienne soient conservées aussi longtemps que possible.

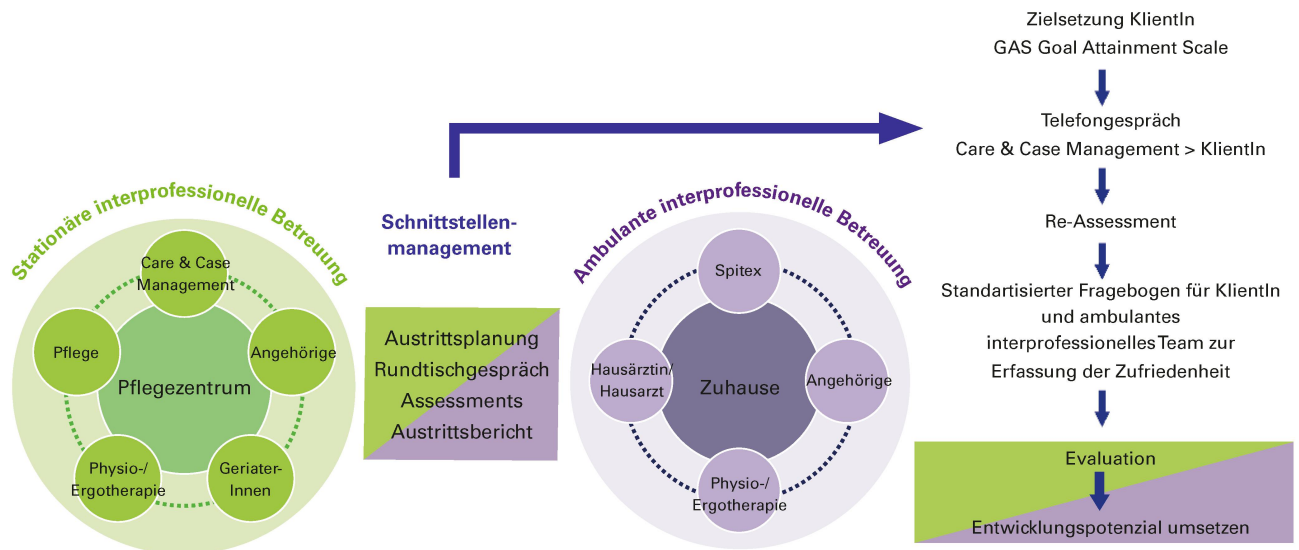


Abbildung 1: Monitoring Entlassungsplanung aus dem Pflegezentrum und integrative ambulante Nachbetreuung.

Die Transparenz in der Dokumentation hat die *interprofessionelle Behandlungsqualität* verbessert.

Es zeigte sich also ein dreifacher Nutzen: Die KlientInnen erreichten eine nachhaltige Selbständigkeit, Sicherheit und Lebensqualität in den eigenen vier Wänden. Das interprofessionelle Behandlungsteam wies eine hohe Arbeitszufriedenheit auf dank der gewinnbringenden Zusammenarbeit. Nicht zuletzt ist auch der volkswirtschaftliche Nutzen zu nennen, durch Effizienz und Effektivität können teure Langzeitpflegekosten eingespart werden.

de la structure de soins soient conservées aussi longtemps que possible.

- Les clients, l'Aide et les soins à domicile, les proches et les médecins traitants sont informés correctement afin que l'accompagnement se poursuive de manière efficace. La qualité du traitement et de la collaboration a été analysées (méthode voir encadré 2) du 1^{er} mars au 31 octobre 2016. Les «sorties du centre de soins de Bächli vers Bassersdorf, Nürensdorf ou Brütten» ont constitué un critère d'inclusion important. C'est pourquoi il n'a malheureusement été possible d'intégrer que cinq clients au projet.



Die PatientInnen waren mit der interprofessionellen Nachbetreuung zufrieden bis sehr zufrieden. | Les patients ont tous été satisfaits ou très satisfaits du suivi interprofessionnel.

Bénéfices pour les clients, l'équipe de soins et l'économie publique

Les résultats se présentent comme suit: pour tous les *clients*, les objectifs relatifs aux activités de la vie quotidienne ont été atteints; certains ont même fait des progrès supplémentaires considérables. Ils ont tous été satisfaits ou très satisfaits du suivi interprofessionnel.

Le projet a réactivé la *collaboration/coopération* entre le centre de soins, l'Aide et les soins à domicile, les traitements dispensés au KZU et les médecins traitants. Cela a été clairement confirmé lors de la réunion d'évaluation.

La transparence de la documentation a par ailleurs amélioré la *qualité interprofessionnelle* des soins.

Le bénéfice qui en a découlé est donc triple. Les clients ont acquis une indépendance, une sécurité et une qualité de vie durables à leur domicile. L'équipe de soins interprofessionnelle a exprimé une grande satisfaction dans le cadre de son travail grâce au succès de la collaboration. Il convient aussi d'évoquer l'avantage de ce projet pour l'économie pu-

Erkenntnisse zur interprofessionellen Zusammenarbeit

Aus dem Pilotprojekt und der langjährigen Vernetzungsarbeit können folgende Erkenntnisse für die interprofessionelle Zusammenarbeit in der stationären und ambulanten Geriatrie formuliert werden:

- Zentral ist eine gemeinsame Haltung, um das Konkurrenzdenken zu überwinden, sowie eine gelingende Beziehungsgestaltung. Sich persönlich zu kennen ist ein Erfolgsfaktor. Wir haben sehr profitiert von gemeinsamen Teamsitzungen, Fortbildungen, Projekten und gegenseitigem Hospitieren.
- Die Berufskompetenzen anderer Fachdisziplinen sollten bekannt sein.
- Prozesse und Strukturen müssen entsprechend Situation sowie Bedarf/Bedürfnissen definiert werden.
- Kenntnisse über unterstützende AkteureInnen im Gesundheits- und Sozialwesen sind zielführend.
- Hohe soziale Kompetenzen sind gefragt: Das Verständnis für gelebtes Leben und die aktuelle Situation unter Miteinbezug aller personenbezogenen Faktoren und Umweltfaktoren (ICF).
- Spezialisiertes geriatrisch-gerontologisches Fachwissen ist gewinnbringend.
- Politisch wünschenswerte Rahmenbedingung: Die Koordinationsarbeit muss bezahlt und in der Bildung sollten die Curricula auch auf das interprofessionelle Lernen ausgerichtet sein. |



Einige PatientInnen konnten nach der Entlassung noch beachtliche Fortschritte machen. | Certains patients ont même fait des progrès supplémentaires considérables.

blique puisque, grâce à son efficacité, cette collaboration permet d'économiser les frais onéreux causés par des soins de longue durée.

Conditions pour une collaboration interprofessionnelle réussie

Sur la base du projet-pilote et du travail de mise en réseau qui s'est fait sur de longues années, les résultats suivants peuvent être formulés en ce qui concerne la collaboration interprofessionnelle dans le domaine de la gériatrie institutionnelle et ambulatoire:

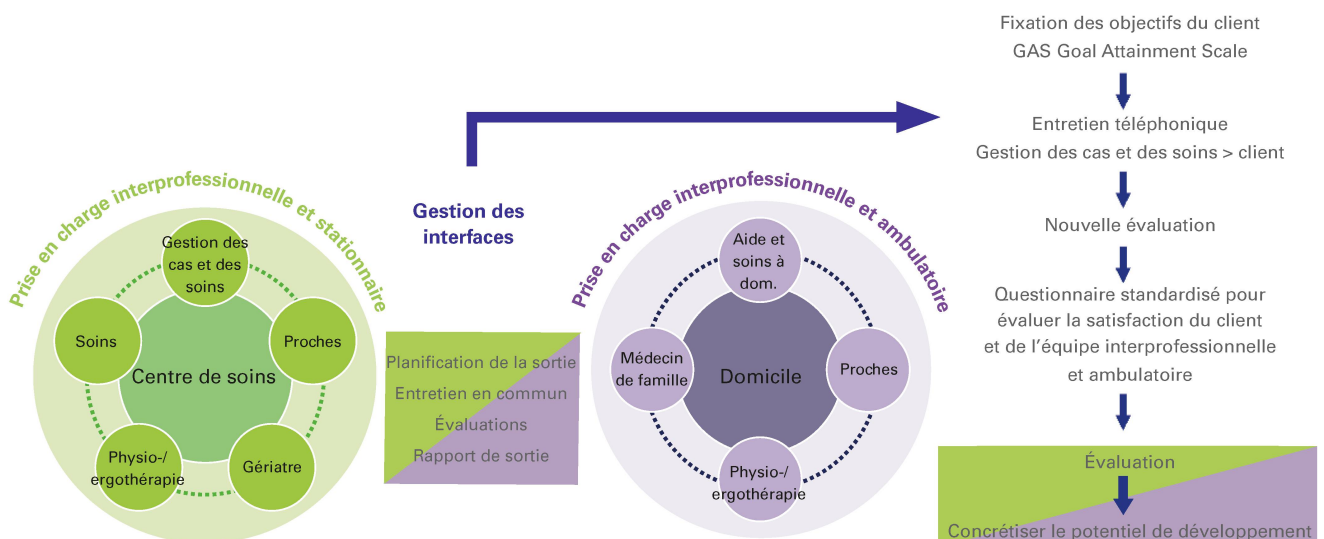


Illustration 1: Monitoring de la planification de la sortie des patients du centre de soins et du suivi intégratif ambulatoire.

«Die Zusammenarbeit der Physio- und ErgotherapeutInnen untereinander sowie mit den Spitexfachpersonen und HausärztInnen erhöhte den Nutzen für alle. Die PatientInnen und ihre Angehörigen schätzen es sehr, wenn wir auch miteinander vor Ort komplexe Alltagssituationen gestalten und alle am gleichen Strick ziehen.» Ambulantes Therapieteam KZU

«Spitexfachpersonen sind in den zunehmend komplexen Situationen der häuslichen Pflege und Betreuung auf eine enge Zusammenarbeit mit SpezialistInnen und fachliche Unterstützung durch Physio-/Ergotherapie angewiesen.»

Claudia Rabadzijev, Betriebsleitung Spitex Bassersdorf-Nürenschorf-Brütten

«Eine Vernetzung des unterschiedlichen Fachwissens in der Geriatrie erhöht den Nutzen für die PatientInnen und entlastet uns HausärztInnen.» Dr. med. Franz Baumann, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, Brütten

«La collaboration entre physiothérapeutes et ergothérapeutes ainsi qu'avec les médecins traitants et le personnel de l'Aide et des soins à domicile a permis d'augmenter les bénéfices pour tous. Les patients et leurs proches apprécient beaucoup que nous réglions ensemble des situations complexes du quotidien sur place et que nous allions ensemble dans la même direction.» L'équipe de traitements ambulatoires du KZU

«Dans des situations complexes de soins et d'accompagnement à domicile, le personnel spécialisé de l'Aide et des soins à domicile dépend de plus en plus d'une collaboration étroite avec des spécialistes et d'un soutien spécialisé en physiothérapie et en ergothérapie.» Claudia Rabadzijev, directrice de l'Aide et des soins à domicile de Bassersdorf-Nürenschorf-Brütten

«Un réseau de connaissances spécialisées et diverses en gériatrie augmente les bénéfices pour les patients et soulage les médecins traitants.» Dr Franz Baumann, spécialiste FMH en médecine générale, Brütten

Literatur | Bibliographie

1. Gesundheit 2020: Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrats. 2013. Eidgenössisches Departement des Innern EDI. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/gesundheit-2020/eine-umfassende-strategie-fuer-das-gesundheitswesen.html>
2. <http://www.k-z-u.ch/>
3. <https://www.spitex-bassersdorf.ch/>
4. <http://www.samw.ch/de/Projekte/Interprofessionalitaet/Award.html>



Margrith Nagel, PT FH, war 2004 bis 2015 Leiterin Therapien KZU und Mitglied der erweiterten Geschäftsleitung sowie 2015 bis 2017 Leiterin Ambulante Therapien KZU. Sie ist seit Ende Januar 2017 pensioniert und freiberuflich tätig, zum Beispiel als Everdance-Tanzlehrerin.

Margrith Nagel, PT, a dirigé les traitements du KZU et a été membre du comité directeur élargi de 2004 à 2015; de 2015 à 2017, elle a été responsable des traitements en ambulatoire du KZU. Elle est à la retraite depuis fin janvier 2017 et poursuit une activité indépendante, notamment comme professeure de danse Everdance.

- Adopter une attitude commune est central pour surmonter l'esprit de concurrence. Développer une attitude relationnelle positive et se connaître personnellement constitue un facteur de succès. Les réunions d'équipe, les formations, les projets et la possibilité d'assister aux prestations des uns et des autres apportent de nombreux bénéfices.
- Les compétences professionnelles des autres disciplines spécialisées doivent être connues.
- Les processus et les structures doivent être définis en fonction de chaque situation et des différents besoins.
- Les connaissances des acteurs de soutien dans la santé publique et du domaine social sont efficaces.
- Il faut des compétences sociales considérables pour comprendre la vie telle qu'elle est vécue par les patients ainsi que leur situation actuelle en tenant compte des facteurs de chaque personne et de son environnement (ICF).
- Des connaissances spécialisées en gériatrie et en gérontologie constituent un avantage certain.
- La condition-cadre souhaitable sur le plan politique: le travail de coordination doit être rémunéré et les cursus doivent être orientés vers l'apprentissage interprofessionnel. |