

Gemeinsamer Pflegeplan

Rund 5 bis 10 Prozent der ambulant behandelten Patientinnen und Patienten gelten als solche mit komplexen Bedürfnissen. Diese Personen weisen eine Reihe von Merkmalen auf, die eine Standardbetreuung schwierig machen und denen die Dynamik eines interprofessionellen Teams zugutekommen kann. Zu diesen Merkmalen gehören beispielsweise das gleichzeitige

Gemeinsamer Pflegeplan

Kanton	Genf
Organisation	Genfer Gesundheitsdirektion (DGS, im Departement für Beschäftigung, Soziales und Gesundheit), Verband PRISM (Promotion des Réseaux Intégrés de Soins aux Malades), Genfer Spitex-Einrichtung (imad)
Interventionsbereich	Alle
Setting	Spital (ambulante Versorgung), Hilfe und Pflege zu Hause, Praxis, Apotheke, Unité d'accueil temporaire médicalisée (Abteilung für temporäre Pflegeaufenthalte) der Cité générations (Genfer «Haus der Gesundheit»)
Berufsgruppen	Ärztenschaft, Pflegepersonal, Apotheker/-innen, medizinische Assistenten/-innen bzw. Praxiskoordinatoren/-innen, administrative Berufe (DGS), Berufe im Versicherungsbereich, andere Berufe (z.B. Informatiker/-innen)
Interprofessionelle Zusammenarbeit	Diverse, v.a. Multimorbidität, Versorgung chronisch Kranker, pflegende Angehörige, Grundversorgung
Kontakt	Aurélié Rosemberg, Direktorin transversale strategische Projekte, aurelie.rosemberg@etat.ge.ch

Auftreten mehrerer Krankheiten (somatische und/oder psychische), erschöpfte pflegende Angehörige oder keine pflegenden Angehörigen, eine grosse Anzahl (nicht koordinierter) Fachleute, sozioökonomische Schwierigkeiten usw.

Im Rahmen des Projekts «Plan de Soins Partagé» (Gemeinsamer Pflegeplan) verfolgt die Gesundheitsdirektion des Kantons Genf in Zusammenarbeit mit PRISM (Promotion des Réseaux Intégrés de Soins aux Malades) und der Genfer Spitex-Plan imad das Ziel, die an der Betreuung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Bedürfnissen beteiligten Pflegenden zu unterstützen, indem die interprofessionelle Zusammenarbeit und die Kommunikation zwischen Pflegenden und Patientin oder Patient erleichtert werden.

Koordinationssitzung – gemeinsame Entscheidungsfindung

Grundstein des Projekts bilden regelmässige Koordinationssitzungen, an denen die Patientin oder der Patient mit den pflegenden Angehörigen, die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt und die zuständige Pflegefachperson teilnehmen. An diesen Sitzungen soll sich das interprofessionelle Team kennenlernen, eine Vertrauensbeziehung aufbauen und gemeinsam eine koordinierte Betreuung erarbeiten, die sich auf die Prioritäten der kranken Person, die gemeinsame Analyse der vorhandenen Problematiken und die gewählten Lösungen stützt.

Formalisierter und geteilter Pflegeplan

Ein Pflegeplan formalisiert die an den Koordinationssitzungen beschlossenen Punkte. Er beschreibt die Prioritäten der Patientin oder des Patienten, die angezeigten Interventionsbereiche und die damit verbundenen Ziele. Die nötigen Handlungen werden festgelegt und die Verantwortlichkeiten zugewiesen. Die Projektleitenden unterstreichen, dass im Pflegeplan auch proaktive Elementen eine zentrale Rolle spielen, um Zwischenfälle wie Notfallkonsultationen, ungeplante Spitaleinweisungen usw. zu vermeiden.

Dieser Pflegeplan wird geteilt, d.h. alle Teammitglieder konsultieren ihn auf geschütztem Weg über ihr elektronisches Patientendossier. Ausserdem haben die Teammitglieder Zugang zu den Informationen zur Nachverfolgung des Pflegeplans. Möglich ist dies dank der

Patient und Angehörige



spezialisierte
Pflegefachperson

Sozialassistent/-in



Pflegefachperson



Arzt

Spezialarzt/-ärztin

Fachfrau/-mann
Gesundheit (FaGe)

Interoperabilität der verschiedenen Informatiksysteme, die von den Patientinnen und Patienten sowie den verschiedenen Pflegedienstleistenden verwendet werden. Das jeweilige Team entscheidet, welche Informationen für alle sichtbar sein müssen. Gemäss einem Projektleiter wird nur geteilt, was aus Teamsicht relevant ist. Die sofortige Verbreitung der Informationen (Synchronisation) ist entscheidend, da sich der Gesundheitszustand von komplexen Patientinnen und Patienten täglich ändern kann, wie eine pflegende Angehörige betont.

«Gemeinsam schaffen wir mehr und gemeinsam sind wir intelligenter.» Pflegefachfrau

Ein in Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Pflegepersonal erarbeitetes Projekt

An der Betreuung komplexer Patientinnen und Patienten sind zahlreiche Pflegedienstleistende mit komplementärem Fachwissen beteiligt. Die Behandlung ist nur dann wirksam, wenn die Interventionen koordiniert und kohärent erfolgen. In einer ersten Phase wurde das Projekt vor allem mit der behandelnden Ärzteschaft und den Pflegepersonen in der Hilfe und Pflege zu Hause ausgearbeitet, da diese den Patientinnen und Patienten am nächsten stehen. Mit einem verbundenen Projekt (Gemeinsamer Medikationsplan) kann das interprofessionelle Team auf die Apothekerinnen und Apotheker und die Spitäler ausgeweitet werden, um die Koordination der medikamentösen Behandlungen zu verbessern. In einem nächsten Schritt sollen auch die entscheidenden Beiträge der sozialen Akteure in den gemeinsamen Pflegeplan integriert werden.

Konsens als Mittel

Die Koordinationssitzungen bilden den Mittelpunkt der interprofessionellen Arbeit. Ziel dieser Sitzungen ist es, einen Konsens über die Ziele und Handlungen zu erreichen, der eine kohärente Betreuung gewährleistet. Die Patientinnen und Patienten entscheiden, ob ihr Pflegeplan geteilt werden soll oder nicht, unterstreicht eine pflegende Angehörige. Um einen Konsens zu finden, müssen die Teammitglieder bereit sein, eng zusammenzuarbeiten. Laut den Projektverantwortlichen bedeutet dies eine grundlegende Praxisänderung, insbesondere für die Ärzteschaft und das Pflegepersonal. Entsprechend werden diese für die interprofessionelle Zusammenarbeit geschult und begleitet. Auch deren Organisationen werden einbezogen, um die Akzeptanz dieser Neuerungen zu fördern.

Geteilte Entscheide – flexible Führung

Die Zuweisung der Führungsrolle innerhalb des Teams ist im Projekt nicht definiert. So muss eine Sitzung nicht zwingend von den Pflegenden einberufen werden, sondern kann auch von einer oder einem pflegenden Angehörigen gewünscht werden. Die Pflegefachperson ist aber dafür zuständig, die an der Koordinationssitzung beschlossenen Punkte in den Pflegeplan aufzunehmen. An der nächsten Koordinationssitzung überprüft das Team, ob die Ziele erreicht wurden und passt diese gegebenenfalls an.

«Häufig sehen die Pflegenden die Behandlung eines komplexen Patienten als therapeutischen Misserfolg. Mit dem Projekt kann nun aber die Situation der Patientinnen und Patienten verbessert werden und dies motiviert.» Arzt

Nutzen des Projekts

Das Projekt stärkt die Partnerschaft zwischen Patientin oder Patient und Pflegenden und trägt damit zur Qualität und Sicherheit der Pflege bei. Zudem fördert es die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten und wertet die Rolle der pflegenden Angehörigen auf. Diese sind nicht nur Angehörige der Patientin oder des Patienten, sondern im Alltag auch am stärksten in die Betreuung eingebunden, wie eine pflegende Angehörige erklärt.

Die Versorgungssicherheit wird dadurch verbessert, dass im Team über die Ziele und zu treffenden Massnahmen entschieden wird. Überdies trägt das Projekt gemäss den Verantwortlichen dazu bei, die Kompetenzen der einzelnen Fachpersonen besser zu nutzen, da jedes Teammitglied sein Fachwissen einbringen kann. Der interprofessionelle Ansatz vergrössert damit das verfügbare Fachwissen und führt zu besseren Entscheidungen. Zudem ermöglicht die Umstellung von einer «monoprofessionellen» Arbeitsweise auf eine Arbeit im interprofessionellen Team eine Aufteilung der Verantwortlichkeiten und der emotionalen Belastung, die für die Pflegenden entstehen kann. Die positiven Auswirkungen auf die Patientinnen und Patienten sowie die Angehörigen beeinflussen auch die Einschätzung der Fachleute bezüglich ihrer Wirksamkeit. Insgesamt sind die Projektverantwortlichen überzeugt, dass die Arbeit im Team die Zufriedenheit am Arbeitsplatz erhöht.

«Die kranke Person ist nicht mehr Opfer, sondern Hauptakteur ihrer Gesundheit.» pflegende Anghörige

Heute geht das Gesundheitssystem nur begrenzt auf Patientinnen und Patienten mit komplexen Bedürfnissen ein. Mit dem Projekt «Gemeinsamer Pflegeplan» kann die Kontinuität der Behandlungen verbessert werden. Die bisher gemachten Erfahrungen zeigen, dass mit einem geteilten Plan die Anzahl Spitaleinweisungen und Notfallkonsultationen verringert werden kann. Eine pflegende Angehörige unterstreicht, dass das System letztlich auch dadurch verbessert wird, dass die Patientinnen und Patienten und ihr Umfeld mehr Verantwortung für ihre eigene Gesundheit und diejenige ihrer Angehörigen erhalten.



Finanzierung

Gemäss den Projektverantwortlichen sind die aktuellen Finanzierungsmodalitäten ein wesentliches Hindernis bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Bedürfnissen. Gerade für solche Patientinnen und Patienten ist eine Koordination unerlässlich, diese wird aber nicht ausreichend honoriert. Die Koordinationssitzungen werden für Pflegefachpersonen nur finanziert, wenn die Patientin oder der Patient als instabil gilt. Dies widerspricht der proaktiven Logik des Projekts, die für diese Patientengruppe wesentlich ist. Die Betreuung komplexer Patientinnen und Patienten erfordert viele Interventionen von kurzer Dauer (z.B. Telefonanrufe). Deren zufällige Verteilung über den Konsultationstag erschwert die Erfassung dieser Leistungen zusätzlich.