



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM FREIBURG

INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT IN DER PRIMÄRVERSORGUNG – QUO VADIS?

Andy Maun, Graz 07.04.2017

- Lehrbereich Allgemeinmedizin und
- Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, Institut für Medizinische Biometrie und Statistik

Allgemein
medizin



Deklaration Interessenkonflikte

- FA Allgemeinmedizin, Versorgungsforscher (PhD)
- tätig in Schweden 2003-2015 (staatl. Arbeitgeber)
- Mitglied des schw. Qualitätsrates 2008-2014
- Vorstandsmitglied des schwed. Qualitätsregisters AM 2012-2014
- seit 2015: angestellter FA Praxis im Schwarzwald
- wissenschaftl. Mitarbeiter Lehrbereich Allgemeinmedizin und Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung, Universitätsklinikum Freiburg
- Vorstandsmitglied bei arriba Genossenschaft
- wissenschaftl. Mentor im Projekt ITAS-med (EXIST-Gründerstipendium des Bundesministeriums für Wirtschaft und Energie)
- Vorträge für HÄV, Kursleiter bei kalymnos-kurser.dk

INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT

- Was ist Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Primärversorgung?
- Für wen? Evidenzlage?
- Ein Beispiel aus Schweden
- Schwierigkeiten & Risiken bei der Implementierung
- Schlüsselfaktoren

WAS IST INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT – IPZ?

"Eine aktive und kontinuierliche Partnerschaft oft zwischen Menschen unterschiedlicher beruflicher Herkunft und mit eigenen Berufskulturen,
...die zusammenarbeiten, um Probleme zu lösen oder Dienstleistungen zu erbringen“

Ødegard, 2006

...IN DER PRIMÄRVERSORGUNG



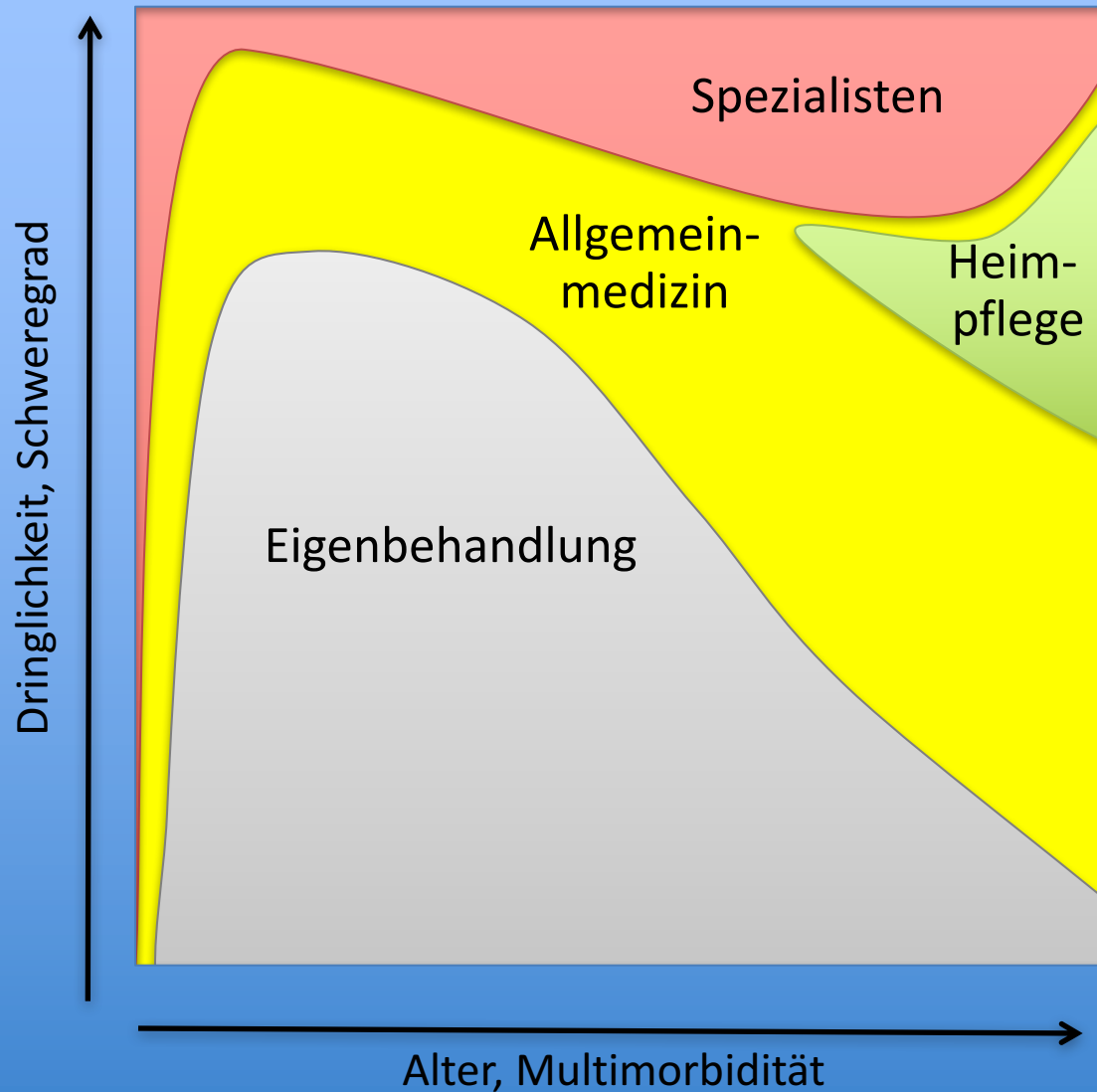
nach
Morgan et al, 2015



Für wen benötigen wir eine
interprofessionelle Zusammenarbeit
in der Primärversorgung?

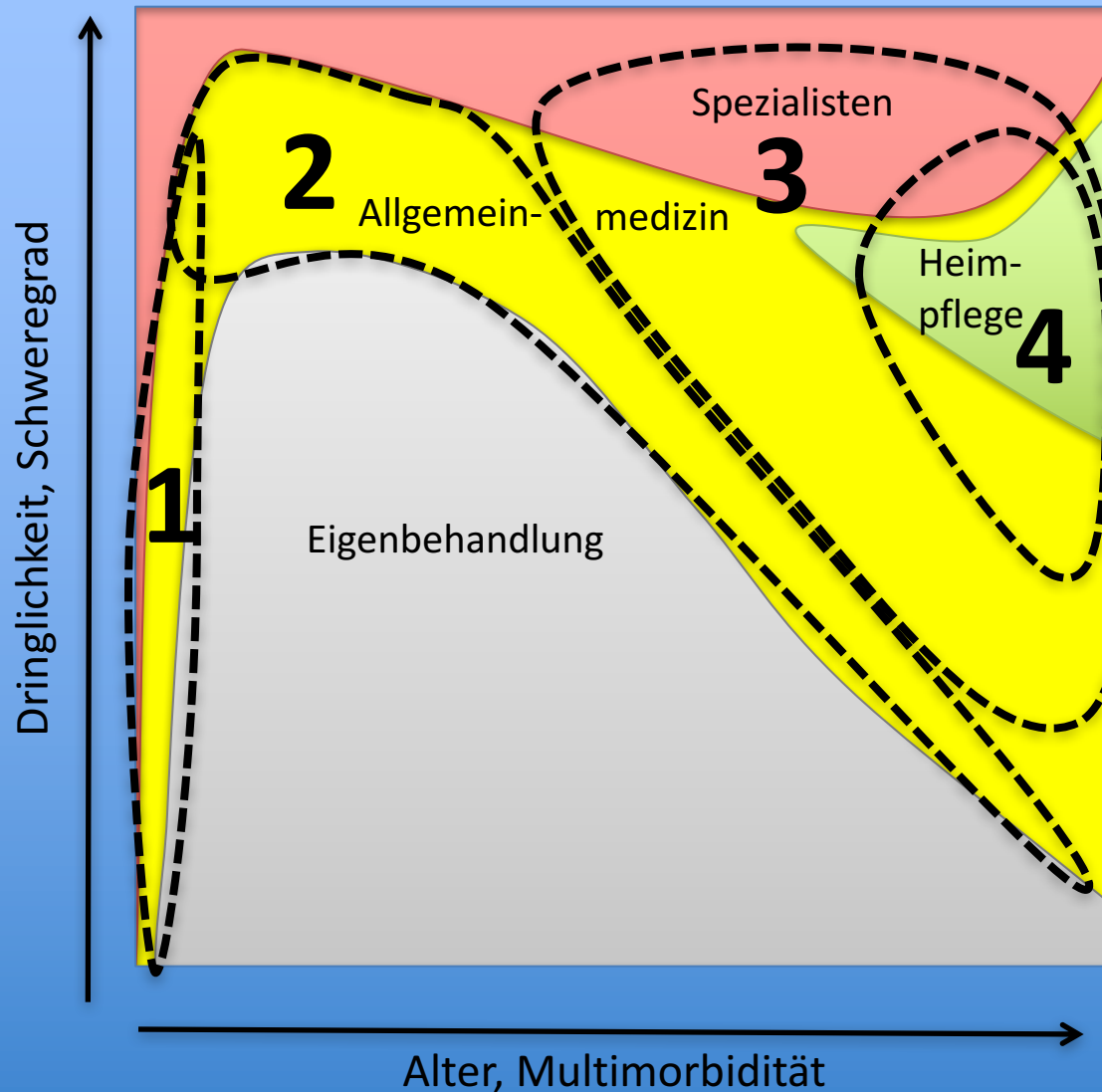


Versorgungsakteure im Verhältnis zur Bevölkerung



Maun 2014

Patientengruppen in Allgemeinmedizin



Allgemein
medizin



1 Kinder- und
Jugendliche

2 Patienten mit
neu aufgetretenen
Symptomen und
Erkrankungen

3 chronisch
Erkrankte

4 geriatrische /
multimorbide
Patienten

Maun 2014

EVIDENZLAGE INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT (IPZ)

- IPZ ist essentiell für eine wirksame Versorgung von Personen mit komplexen und / oder chronischen Erkrankungen

Epping-Jordan, Pruitt, Bengoa, & Wagner, 2004; Wagner et al., 2001

- chronische Erkrankungen sind Hauptursache für Morbidität (weltweit)
- die Primärversorgung ist der ideale Ort für die Versorgung dieser Menschen

Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2002; Coleman, Austin, Brach, & Wagner, 2009

EVIDENZLAGE INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT (IPZ)

- IPZ kann...
 - Patientensicherheit verbessern (Velji et al., 2008)
 - gesundheitliche Outcomes verbessern (Strasser, 2008)
 - Patientenzufriedenheit verbessern (Proudfoot et al., 2007)
 - Arbeitszufriedenheit verbessern (Proudfoot et al., 2007)
- In der Praxis ist IPZ...
 - unterschiedlich verstanden worden
 - komplex & nicht einfach zu implementieren
 - schwierig in der Primärversorgung umzusetzen

Bélanger & Rodríguez, 2008; McPherson & McGibbon, 2010; Xyrichis & Lowton, 2008, Johnson, Wistow, Schulz, & Hardy, 2003; Légaré et al., 2011; Pullon, McKinlay, & Dew, 2009; Russell et al., 2009

WO GIBT ES INTERPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT (IPZ)?

- IPZ findet sich typischerweise in Gesundheitssystemen mit starker Primärversorgung:
 - Registrierung bei einem Primärversorger
 - großer Anteil an Primärversorgern
 - „Gatekeeper“ Funktion
 - Niederlande, Canada, UK, Skandinavien, NZ

Ein Beispiel für interprofessionelle Zusammenarbeit aus Schweden

SCHWEDEN

- 10 Mio Einwohner
- 21 Regionen
- steuerfinanziertes Gesundheitssystem
- staatlich regional gesteuert



GESUNDHEITSSYSTEM FAKTEN I



- Kosten: 11,2% des Bruttosozialprodukts
(2014 ca. 4600 € / Einwohner)
 - 81% öffentlichen Kassen
 - 17% „Nutzergebühren“ (Besuche, Medikamente)
 - 0,2 % durch private Versicherer
- Kostenanteil der hausärztl. Versorgung: 20%

GESUNDHEITSSYSTEM FAKTEN II



- 4,1 Ärzte/1000 Einwohner
- 11,2 Pflegekräfte/1000 Einwohner
- Ausgaben für Arzneimittel 440 €/Einw
– ca 10% der Gesundheitskosten

GESUNDHEITSSYSTEM FAKTEN III



- 3 Arztbesuche/Jahr (davon 50% Hausarztbesuche)
- nur 16% der Ärzte sind Hausärzte

- ca. 90% Kapitation (pro gelistetem Einwohner)
 - Alter, Geschlecht, Diagnosen-Mix, Sozioökonomie, Geografie
- ca. 10 % Strukturziele
 - Deckungsgrad, Patientenzufriedenheit, ca. 3% medizinische Qualitätsziele
- vielerorts: Keine Vergütung pro Besuch!

AUFTRAG ALLGEMEINMEDIZIN

- gesamtes Allgemeinmedizinspektrum inkl. Pädiatrie, Gynäkologie, HNO, Augen...
- Grundversorgung, Filterfunktion
- ca 2000 Einwohner pro Allgemeinmediziner
- Sprechstunde
 - einfache Fragestellung ca. 5-15 min,
 - komplexere Fragestellung ca. 30 min
(z.B. Jahreskontrolle multimorb. Chroniker)

BEISPIELPRAXIS HOVÅS/BILLDAL

- ca 10.000 gelistete Einwohner
- 1 Arztbesuch / gelisteten Einwohner /Jahr
- 4 (3,5 Stellen) Fachärzte
- 3 (2,6 Stellen) Weiterbildungsassistenten
- 1 (0,8 Stelle) Arzt im Praktikum



© B. Sengpiel

- 4 „district nurses“
 - Asthma, Diabetes, Wunden, RR-Kontrollen...
- 3 Kinderkrankenpflegerinnen
- med. Sekretärinnen
- zusätzlich andernorts:
 - approbierte Physiotherapeuten, Psychologen,
Hebammen, Logopäden, Ergotherapeuten



HINTERGRUND DES INTERPROFESSIONELLEN PROJEKTS

- Ärztemangel der Gemeinschaftspraxis Biskopsgården (öffentlicher Träger)
- sozialer Brennpunkt
- 23.000 Einwohner
- zu wenig Sprechzeiten



[Bo Randstedt](#) CC BY-SA 3.0

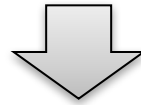
ZIELSETZUNGEN DES PROJEKTS

- Verbesserung der Zugänglichkeit (Termine)
- Effektivere Nutzung aller Personalgruppen

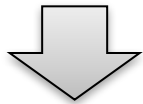


ERARBEITUNG EINES STRUKTURIERTEN PATIENTENSORTIERSYSTEMS

Kontakt mit der Praxis



Triage durch approbierte Pflegekraft (z.B. „district nurse“):
strukturiertes Patientensortiersystem (Manual)



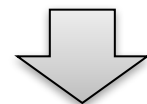
Reguläre
ärztliche
Sprechstunde



Sortierte
Drop-In
Sprechstunde
Ärzte

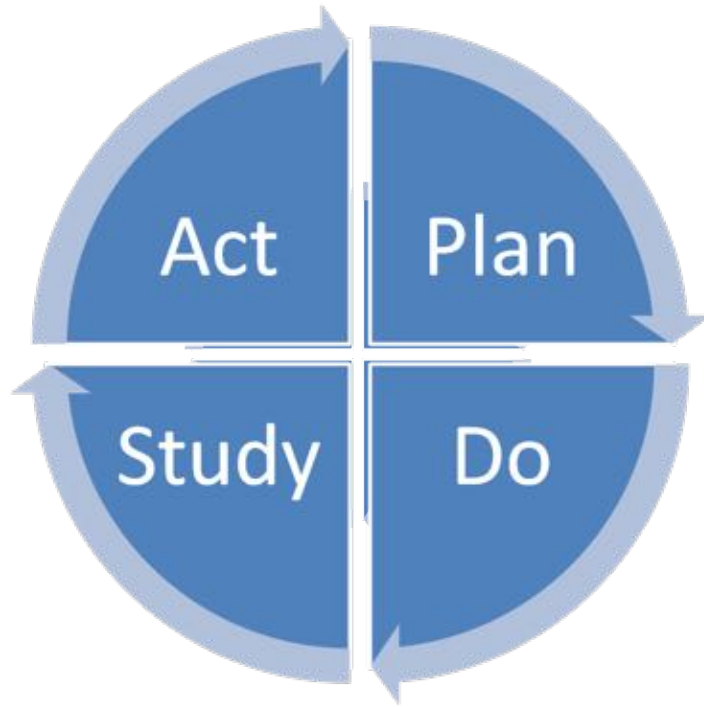


Drop-In
Physio,
Psycho, Ergo



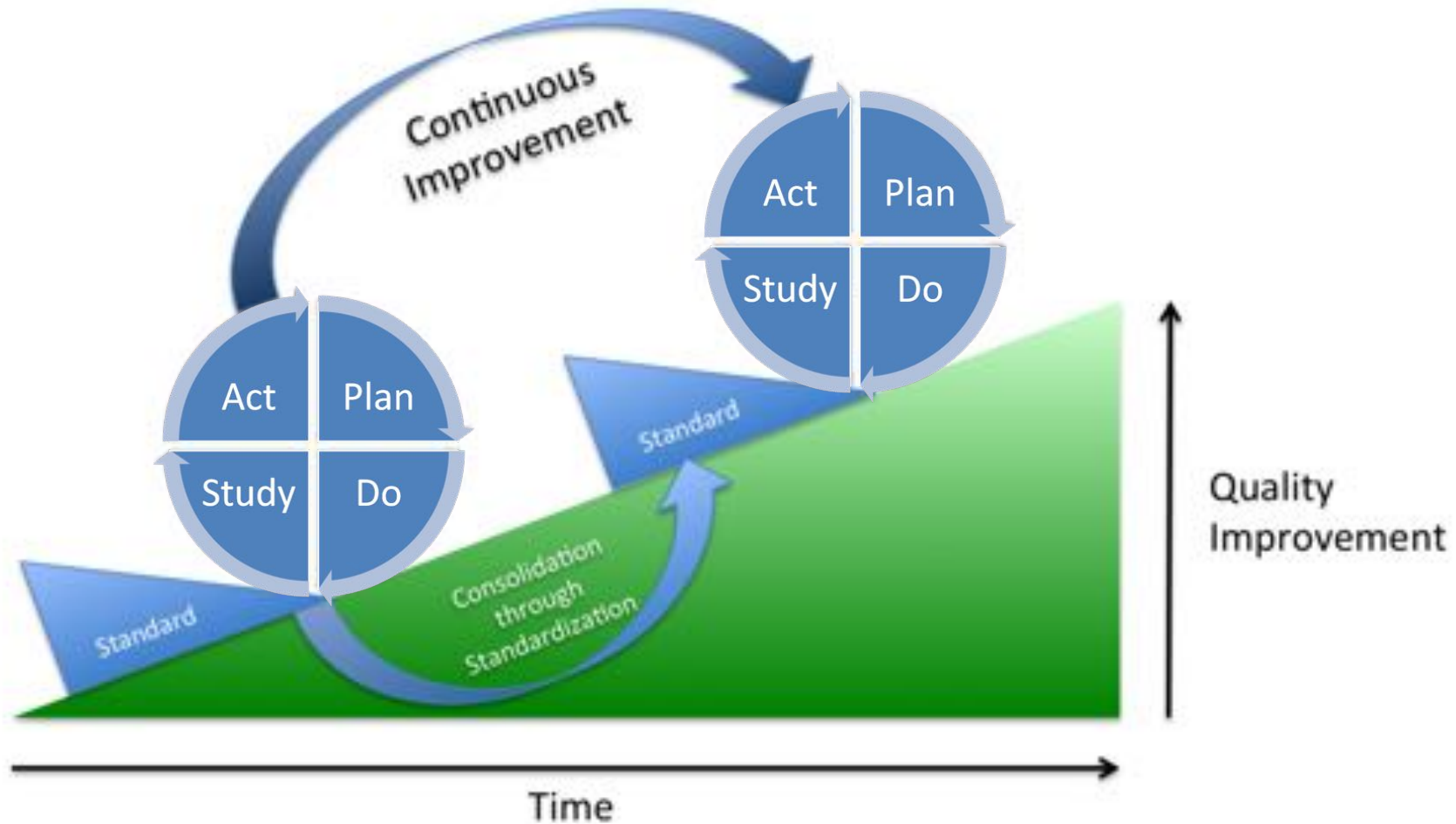
„district nurse“
Sprechstunde

METODE ZUR ORGANISATIONSVERÄNDERUNG: PDSA ZYKLUS

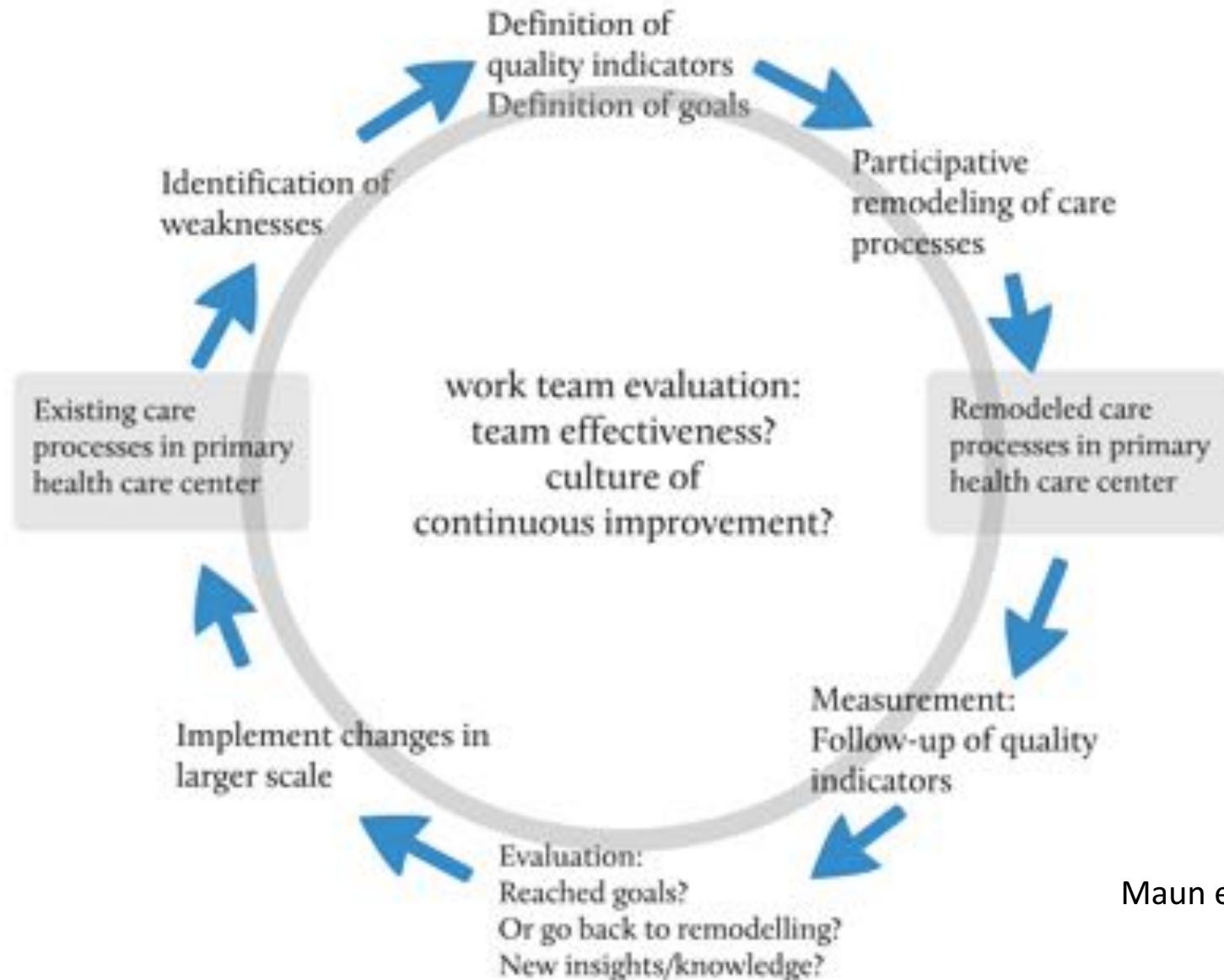


- **interdisziplinäre Teamarbeit**
- **erst Tests im kleinen Rahmen**
- **regelmäßige Evaluation**

METODE ZUR ORGANISATIONSVERÄNDERUNG: PDSA ZYKLUS



METHODE: ITERATIVE VERBESSERUNGEN



Maun et al, 2014

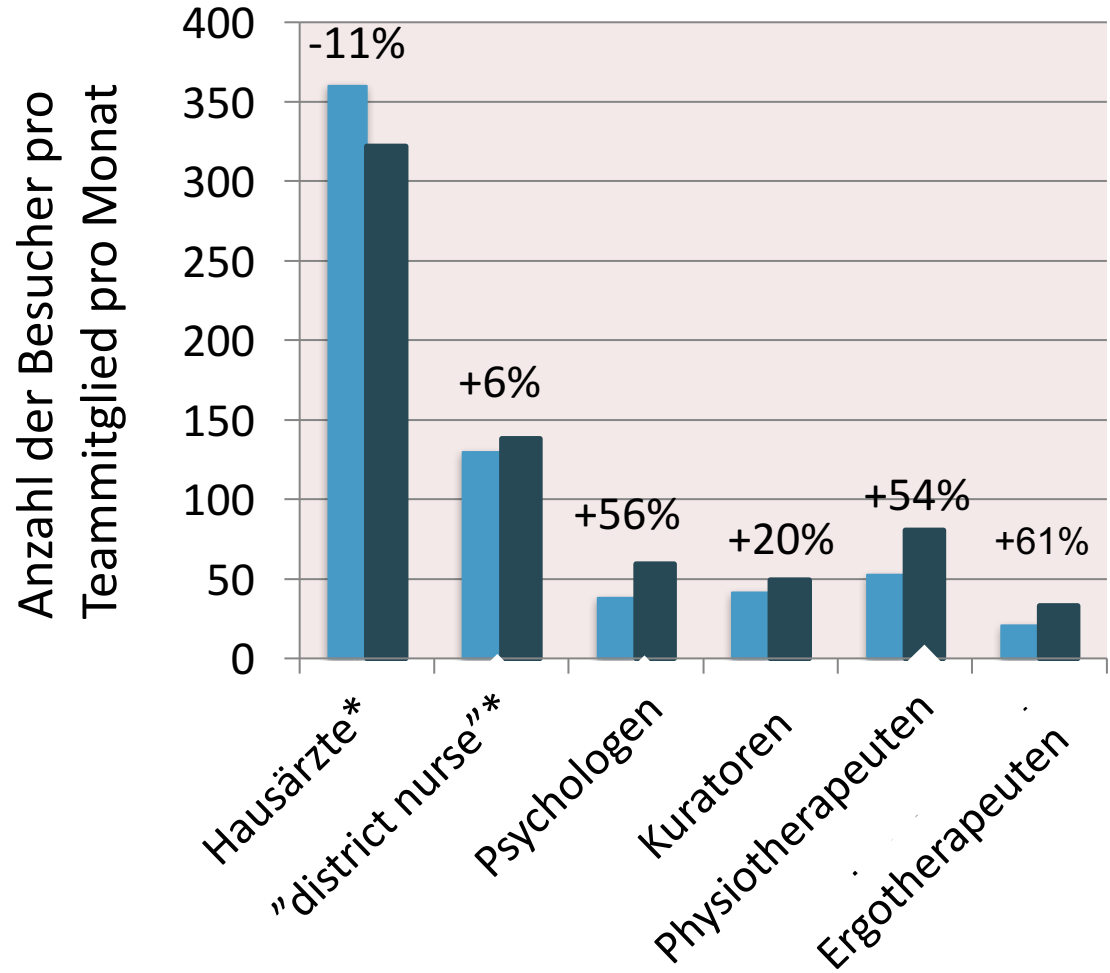
Manual



RESULTAT: UMVERTEILUNG VON ÄRZTEN ZU ANDEREN PROFESSIONEN; VERBESSERUNG DER ZUGÄNLICHKEIT

Anzahl der Besuche pro klinisch tätigen Mitarbeiter	
Vor der Einführung	981,8
Nach der Einführung	1107,8
Veränderung	+13%

- 6* bzw 10 Monate vorher
- 6* bzw 10 Monate hinterher



RESULTAT: PATIENTEN UND MITARBEITER

- > 90% der Pat waren zufrieden mit der Zugänglichkeit und der Behandlung (nach 10 Monaten, n=94)
- > 90% der Mitarbeiter zufrieden mit der Arbeitssituation (n=36, resp rate=75%)
- Die Mitarbeiterbefragung hatte die stärkste Verbesserung in der gesamten Stadt (25 Praxen)
- Das System wurde von anderen Praxen nachgeahmt
- Nominiert für einen nationalen Qualitätspreis

Thorn et al, 2010

ZWEI WEITERE STUDIEN ZU DEN NEUEN DROP-IN SPRECHSTUNDEN

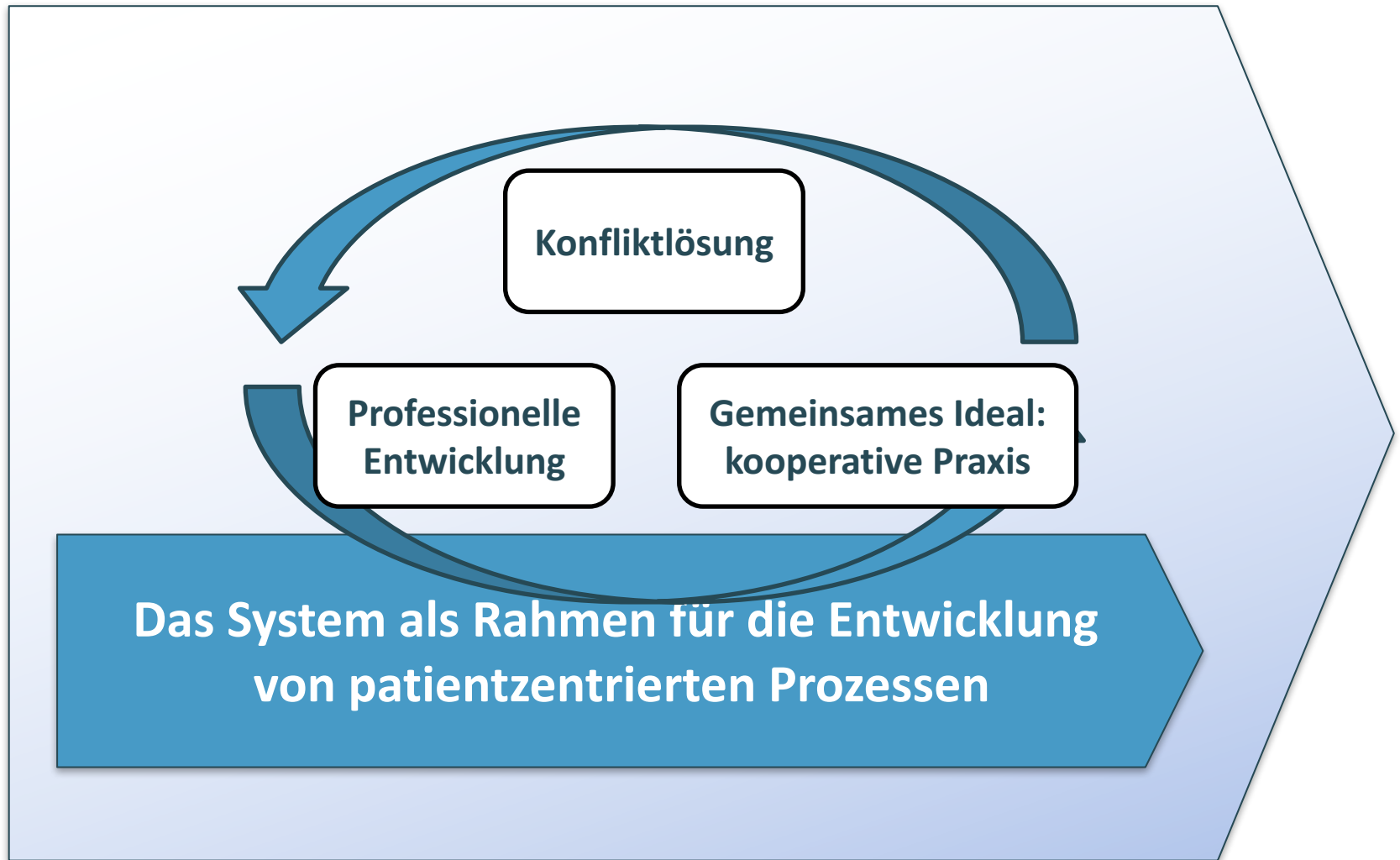
- Psychologen Drop-In: Patienten wünschen und schätzen den schnellen Zugang, Triage ist keine Barriere

Dahlöf et al, 2014

- Physiotherapeuten Drop-In: Inanspruchnahme von Leistungen (Besuche, Medikamente, Überweisungen, Krankschreibungen) ist geringer im Vergleich zur Arztprechstunde

Bornhöft et al, 2014

Qualitative Studie: simultane Prozesse



Qualitative Studie: simultane Prozesse

- **Das neue System: Eine Plattform für die Transformation in ein effektives Team**
- **Organisationsentwicklung**
 - ein kontinuierlicher Prozess
 - Inklusion aller Mitarbeiter



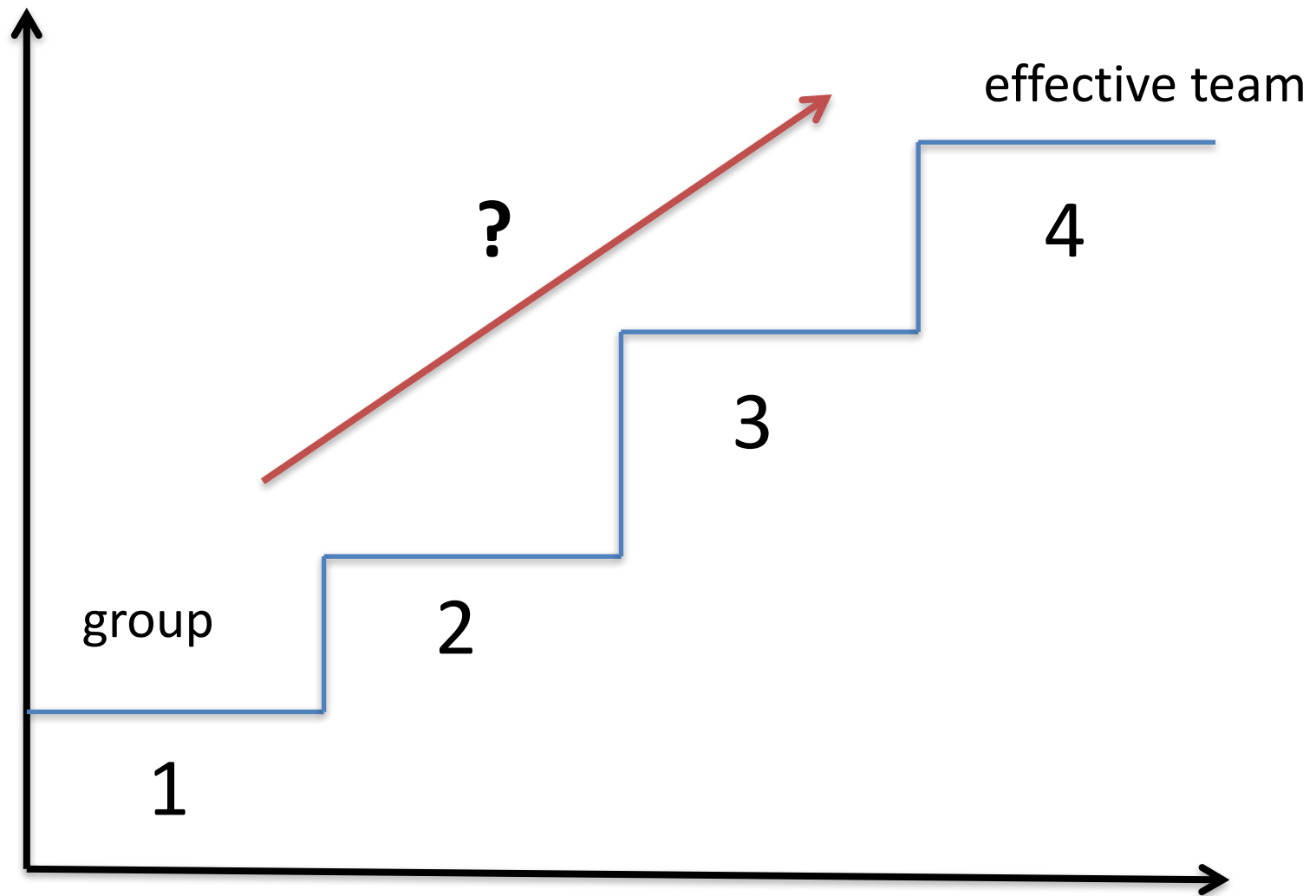
KNOWLEDGE SHARING

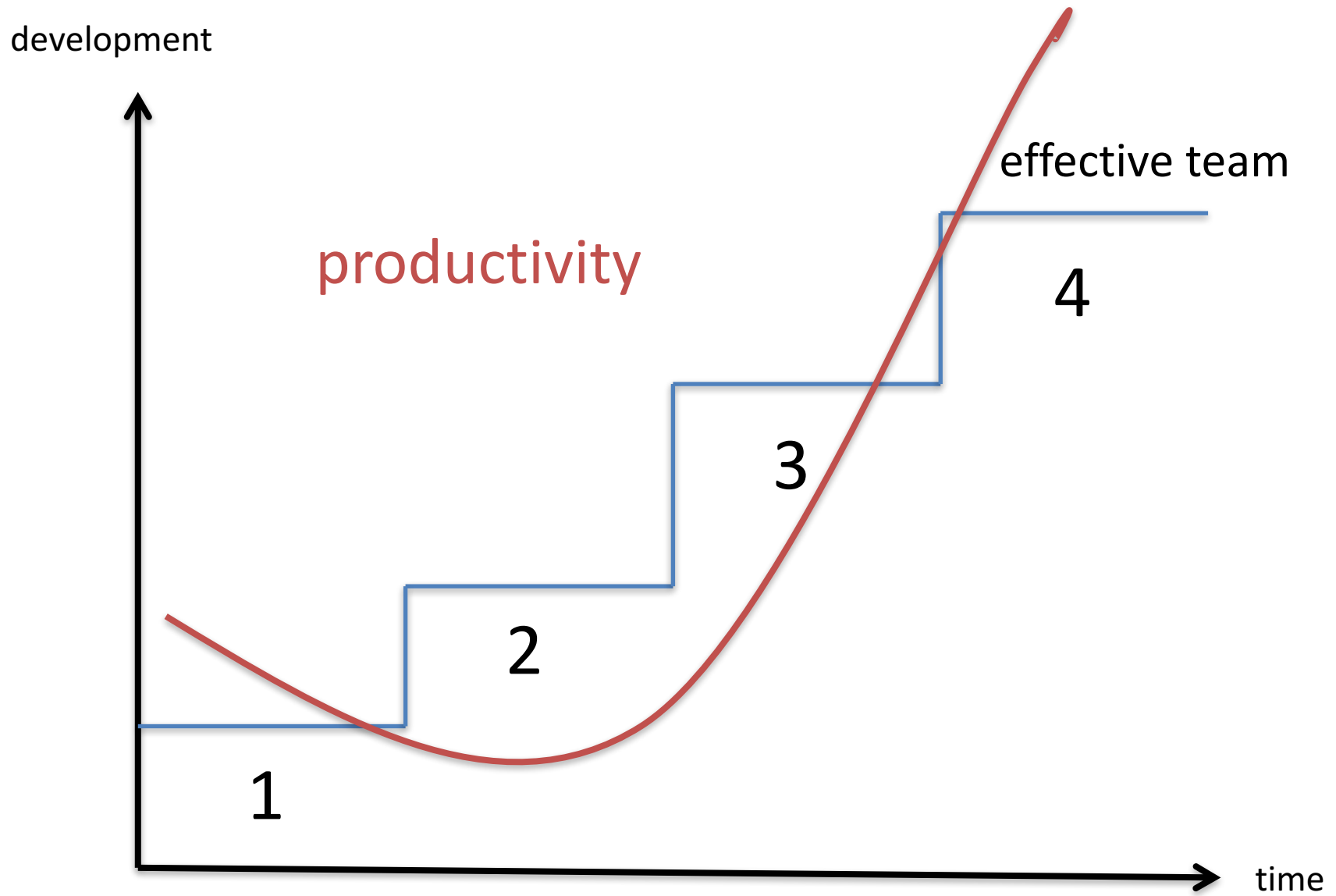


SCHLUSSFOLGERUNGEN DES PROJEKTES

- Interprofessionelle Zusammenarbeit:
 - Personalressourcen effektiver genutzt
 - Zugang zur Praxis verbessert (Termine)
 - angepasst an den Bedarf, effektive Behandlung
- Implementierung eingebettet in intensiven Teamentwicklungsprozess
- eine Möglichkeit Ärztemangel zu kompensieren

Creating effective teams







Risiken und Nebenwirkungen?

EFFEKTE VON KONTINUITÄT



- mehr Zufriedenheit, bessere Adherence und weniger Hospitalisierung und Notaufnahmen

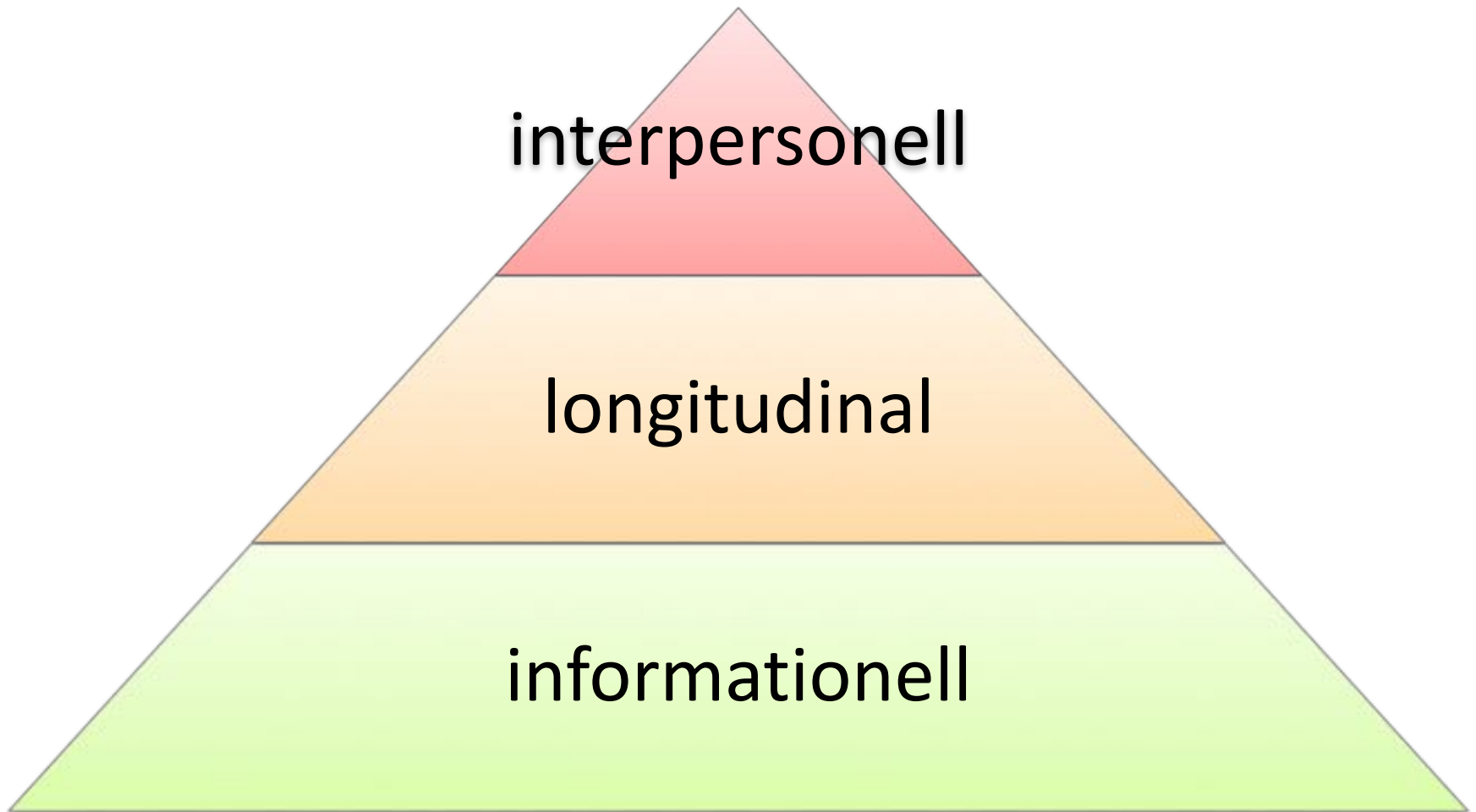
(Freeman, Hjortdahl 1997; Mainous, Gill 1998; Rosenblatt et al. 2000; Weiss, Blustein 1996)

- Mehr Effizienz
 - Zeiterersparnis in der Konsultation,
 - weniger Labordiagnostik,
 - geringere Gesundheitskosten

(Forrest, Starfield 1996, 1998; Hjortdahl, Borchgrevink 1991; Raddish, Horn, Sharkey 1999; Roos, Carriere, Friesen 1998)

Hierarchie der 3 Dimensionen von Kontinuität

(Saultz JW)



DR HOTSPOT – JEFFREY BRENNER

Allgemein
medizin



- „1% der Patienten verursachen 30% der Kosten“
- Team: Nurse practitioner, community health worker, social worker, family physician.
- „40-50% Reduktion der Kosten und Notfälle“



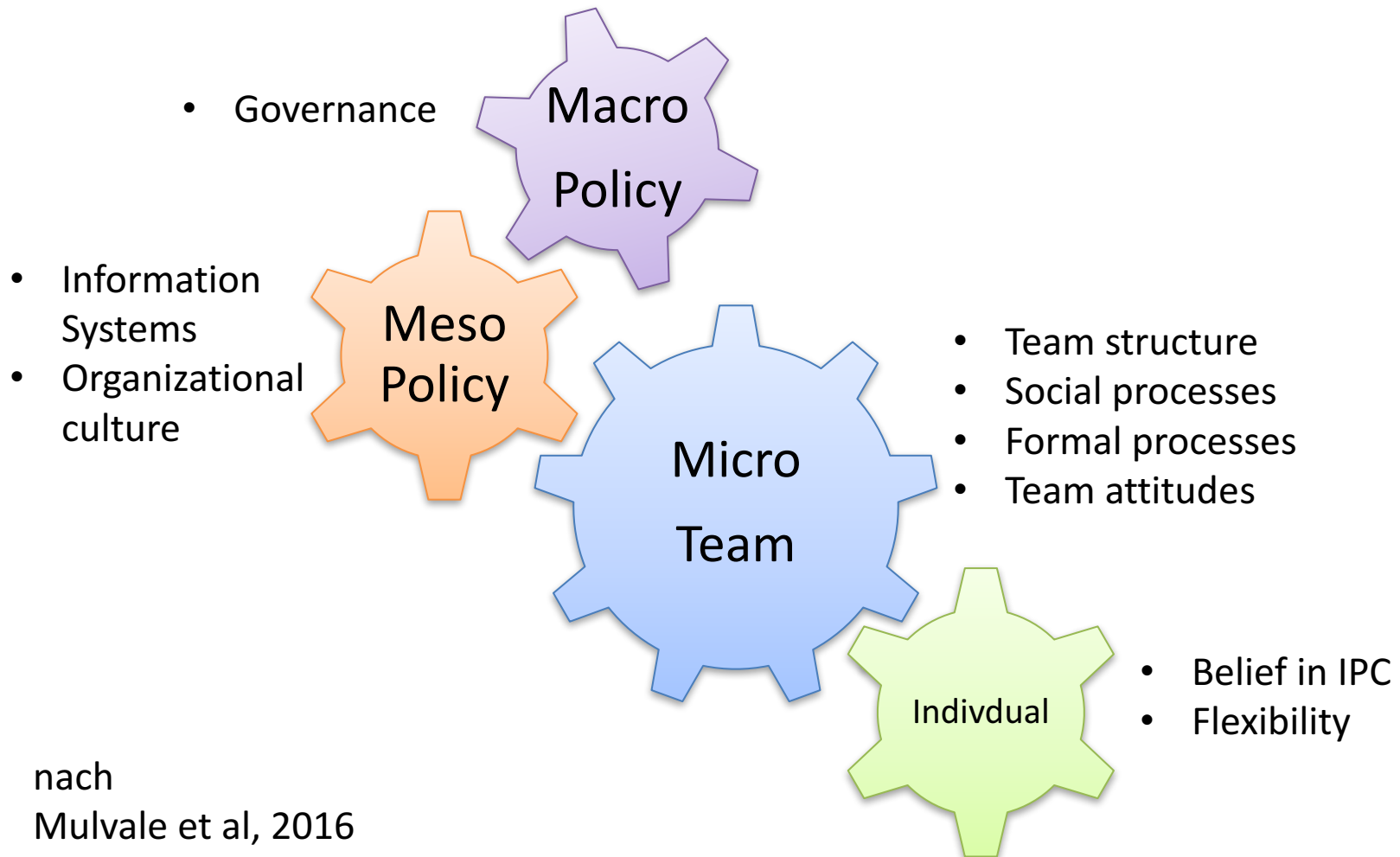
<http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/doctor-hotspot/>

SCHLÜSSELFUNKTIONEN FÜR DIE TEAMARBEIT



- “Top-Down organisation”: Strategie, Struktur, Räumlichkeiten, Zeitplanung
- „Bottom up intrinsic factors”: häufige Gelegenheiten für eine effektive, wechselseitige, informelle Kommunikation
- Feedback, Knowledge-Sharing

"GETRIEBE-MODELL" - FAKTOREN



Konsenskultur



Konfliktkultur



Konsenskultur



VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT!

Kontakt: andy.maun@uniklinik-freiburg.de

© A.Maun