

Coordinated care models: Models of good practice

Koordinierte Versorgungsnetze
Modelle guter Praxis

Modèles de soins coordonnés
Modèles de bonne pratique

Final report

Professor Dr. med. Isabelle Peytremann Bridevaux

Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté), Lausanne

In collaboration with:

Professor Dr. Andre Fringer

University of Applied Sciences, ZHAW School of Health Professions, Institute of Nursing, Winterthur

On behalf of:

Uhlmann, Björn

Bundesamt für Gesundheit BAG, Sektion Nationale Gesundheitspolitik
Schwarzenburgstrasse 157, 3003 Bern

September 2021

Case study and report redaction: Tania Carron, Franzisca Domeisen Benedetti, Olivia Blumenfeld Arens, André Fringer and Isabelle Peytremann Bridevaux

Our thanks to the local actors who agreed to share their experiences and give their time during this difficult period, as well as Cloé Rawlinson, Carole Michalski-Monnerat and Christine Cohidon for the literature reviews.

List of acronyms

CoCM: Coordinated Care Model

GP: General Practitioner

ANP: Advanced Practice Nurse

CN: Clinical Nurse

B&F: Barriers and Facilitators

CM: case manager

N/A: not applicable

TABLE OF CONTENTS

EXECUTIVE SUMMARY	7
KURZFASSUNG	9
RÉSUMÉ	11
1 INTRODUCTION	13
2 PART 1: LITERATURE REVIEW	14
2.1 Methods	14
2.1.1 Literature review on the effectiveness of care coordination interventions	14
2.1.2 Literature review on the barriers and facilitators to care coordination	14
2.2 Results	15
2.2.1 Effectiveness of care coordination interventions	15
2.2.2 Barriers and facilitators to care coordination	18
3 PART 2: MIXED-METHODS MULTIPLE CASE STUDY	20
3.1 Methods	20
3.1.1 Study design	20
3.1.2 Selection of coordinated care models	20
3.1.3 Data collection	20
3.1.4 Data analysis	21
3.2 Within-case analysis	23
3.2.1 Réseau Santé Balcon du Jura (RSBJ)	24
3.2.2 INTERMED project	25
3.2.3 MOCCA project	26
3.2.4 mediX Zürich-Altstetten	27
3.2.5 Sanacare Gruppenpraxis Schwyz	28
3.2.6 Praxisgemeinschaft Bauma	29
3.2.7 Gesundheitszentrum Unterengadin	30
3.2.8 Medbase Winterthur Neuwiesen	31
3.3 Cross-case analysis	32
3.3.1 Three types of coordinated care models (CoCM)	32
3.3.2 Four levels of integration: key features extracted from the eight CoCMs	36
3.3.3 Strategies implemented to improve coordination of care: questionnaire results	38
3.3.4 Barriers to care coordination: questionnaire results	40
3.4 Summary of results and limitations	43
3.4.1 Characteristics of the coordinated care models	43
3.4.2 Main barriers to coordinated care	44
3.4.3 Strengths and limitations	46

4	PART 3: RECOMMENDATIONS FOR CARE COORDINATION MODELS	48
4.1	Recommendations at the system level	48
4.2	Recommendations at the organisational level	49
4.3	Recommendations at the inter-individual level	50
5	REFERENCES	51
APPENDIX 1: Articles included in the literature review on the effectiveness of interventions improving care coordination		53
APPENDIX 2: Articles included in the overview on barriers and facilitators to care coordination		58
APPENDIX 3: Full case reports		60
	Réseau Santé Balcon du Jura (RSBJ)	60
	Projet INTERMED	66
	Projet MOCCA	74
	mediX Zürich-Altstetten	81
	Sanacare Gruppenpraxis Schwyz	87
	Praxisgemeinschaft Bauma	93
	Gesundheitszentrum Unterengadin	99
	Medbase Winterthur Neuwiesen	105
APPENDIX 4: Strengths, weaknesses, barriers, facilitators, and other characteristics of the coordinated care models		113

List of tables

Table 1: Classification of articles included in the updated literature review (n=103), adapted from Powell Davies et al. (2008)	15
Table 2: Interventions improving care coordination in primary care and number of articles reporting an impact.....	16
Table 3: Definitions of the four dimensions of integration.....	33
Table 4: Strengths, weaknesses, barriers, facilitators, and other characteristics across types of coordinated care models.....	35
Table 5: Strengths, weaknesses, barriers and facilitators related to each dimension of integration, as deduced from the eight CoCMs	37

List of figures

Figure 1: Project procedures.....	13
Figure 2: Summary of B&F to care coordination by level, with the number of reviews reporting them ¹ ..	19
Figure 3: Location of the eight included coordinated care models	23
Figure 4: Dimensions of integration of the coordinated care models	33
Figure 5: Coordination interventions/strategies implemented (self-reported, n=8)	39
Figure 6: Barriers to care coordination (self-reported, n=7*)	41

Executive summary

Focus of the mandate

Healthcare systems are confronted with a rising number of patients with chronic conditions and complex care needs, requiring the development of new models of coordinated, patient-centred care. The aim of this project was to identify best practices in the coordination of primary care.

Methods

The project included two steps and used mixed methods:

- 1) A literature review to identify both interventions contributing to care coordination in primary care and barriers and facilitators to care coordination.
- 2) A multiple case study on current Swiss initiatives/ models of care specifically aiming at improving care coordination in primary care, to gain insight into the coordination activities and tools implemented in Switzerland, the functioning of coordination and the barriers or challenges these new models may face. For each model, documents were collected, and key actors involved in the implementation of each model (healthcare professionals or researchers) completed a questionnaire about the coordination activities/tools implemented and participated in semi-structured interviews.

Based on a synthesis of the results a set of recommendations was then provided.

Main results

Results of the literature review

The first part of the literature review identified 26 interventions, activities or tools improving care coordination in primary care. Interventions with the largest number of studies showing a positive impact on patients, health care professionals and/ or health care utilization were:

- Multi-disciplinary team
- Case management / manager
- Electronic medical record
- Patient education
- Care plan

The second part of the literature review focused on barriers and facilitators to care coordination reported in 34 systematic reviews. A list of 16 facilitators and 19 barriers most commonly found in the literature, at the system, organisation, inter-individual and individual levels, were described.

Results of the multiple case study

Coordinated care models identified across Switzerland:

The search of coordinated care models (CoCM) – defined as new models of care involving interprofessional collaboration between primary care providers and cooperation agreements with providers or institutions outside the primary care settings – was driven by a requirement for variety and representativeness of Switzerland's regions and language communities. At the end of the selection process, eight CoCMs agreed to participate and were assigned to three different types:

- Independent multi-professional GP practices
- Multi-professional GP practices/health centers that are part of larger entities
- Regional integrated delivery systems

Activities and tools implemented in the coordinated care models studied:

The most effective activities and tools according to the literature (i.e. multi-disciplinary teams, the involvement of a case manager, using electronic medical records, patient education, use of care plans) were implemented by at least six of the eight studied CoCMs. In contrast, interventions with the weakest evidence of effectiveness were the least frequently implemented. Hence, studied Swiss coordinated care models tend to consider evidence-based interventions to improve care coordination.

Main obstacles to coordinated care:

From the list of barriers to care coordination identified in the literature, the barriers that actors believe have most hindered the implementation of their coordinated care models are the following:

- Inadequate reimbursement policies/payment mechanisms
- Financial constraints
- Desire to protect its own territory and professional identity
- Resistance to change (too burdensome, lack of motivation)
- Imbalance of power due to traditional hierarchies between disciplines
- Lack of clarity on roles and responsibilities of each team member / discipline

Indeed, the most significant barrier was the difficulty, under the current remuneration system, of billing for coordination services and case management services provided by advanced practice nurses (APNs), leading to financial insecurity for nurses and GP practices and making it difficult to promote new roles and services.

Resistances at the individual level were also reported: some hospital and home care nurses were not ready to collaborate with primary care nurses working in independent GP practices, while conflicts were reported in some interprofessional teams, for example between medical assistants and APNs, mainly because of unclear role definition and poor communication. The results of the multiple case study underline the fact that the success of a model strongly depends on the healthcare professionals directly involved in the field, their willingness to collaborate and their vision and attitude towards other healthcare professions.

Main facilitators to coordinated care:

The main facilitators for the implementation of the coordinated care models were the following:

- Healthcare professionals' personal commitment
- Strong political support
- Sustainable and non-hierarchical relationships between GPs and APNs, with mutual respect and trust
- Clarification of professional roles
- Participative and transparent project management

Main strengths and weaknesses of the studied coordinated care models:

	Independent multi-prof. GP practices	Multi-professional health centers	Regional integrated delivery systems
Strengths	▶ Personalized and holistic care (biopsychosocial approach) for complex patients. ▶ Additional services offered thanks to new roles: self-management education and care coordination provided by APNs. ▶ Reduction in hospitalizations and later admissions to long-term care institutions.	▶ Relieves physicians in some of their activities (e.g., reduced administrative load, legal protection). ▶ More flexibility in appointment allocation. ▶ Interprofessional approaches. ▶ Reduction of unnecessary treatments and overall costs.	▶ Ensures a continuum of care across acute care hospitals, ambulatory care and long-term care facilities. Reduces duplication of processes and services. ▶ Good integration in the regional and cantonal health system. ▶ More robust under cost pressures.
Weaknesses	▶ Success of the model depends on the skills of the professionals involved and the quality of their relationships. ▶ Model is not profitable under the current reimbursement system as APNs and care coordination services are not covered financially.	▶ Due to the strong physician network, the models are based on a physician culture rather than an interprofessional culture. ▶ Success of the models depends strongly on the attitude of practice owners and their willingness to foster new roles.	▶ Delicate balance between top down and bottom-up management styles. ▶ Success depends on how leaders leverage their position of power. ▶ Model not fully deployed because of financial integration difficulties (different reimbursement systems for each healthcare sector).

Recommendations

Based on the results of the in-depth and cross-case analysis of the eight Swiss models, a set of recommendations for the implementation of successful coordinated care models in Switzerland is proposed, including:

- ▶ **At the system level:** to adapt the federal legal bases to allow the reimbursement of nursing and coordination activities; to develop new remuneration models.
- ▶ **At the organisational level:** to favour co-location of healthcare professionals; to set up case managers and implement multidisciplinary case conferences; to use interoperable electronic health information systems and individualized care plans; to provide training for healthcare professionals to facilitate the implementation of new tools and interventions.
- ▶ **At the inter-individual level:** to clearly and jointly define the roles and responsibilities of each healthcare professional at the onset of the project, to promote and value the role of APNs/primary care nurses and physicians' sharing of power and responsibility.

Kurzfassung

Schwerpunkt des Mandats

Gesundheitssysteme sehen sich mit einer steigenden Zahl von Patienten mit chronischen Erkrankungen und komplexen Betreuungs- und Pflegebedarf konfrontiert. Dies erfordert die Entwicklung neuer Modelle für eine koordinierte, patientenzentrierte Versorgung. Ziel dieses Projekts war es, «Best Practices» für die Koordinierung der Primärversorgung zu ermitteln.

Methoden

Das Projekt umfasste zwei Schritte und verwendete einen Mixed Methods Ansatz:

- 1) Eine Literaturrecherche zur Ermittlung von Maßnahmen, die zur Koordination der Versorgung in der Primärversorgung beitragen, sowie von Hindernissen und Erleichterungen für die Koordination der Versorgung.
- 2) Eine Multiple-Fallstudie zu aktuellen Schweizer Initiativen/Versorgungsmodellen, die speziell auf die Verbesserung der Versorgungskoordination in der Primärversorgung abzielen. Dies um einen Einblick in die in der Schweiz implementierten Koordinationsaktivitäten und -instrumente, die Funktionsweise der Koordination und die Hindernisse oder Herausforderungen dieser neuen Modelle zu gewinnen. Für jedes Modell wurden Dokumente gesammelt, sowie zu den implementierten Koordinationsaktivitäten/-instrumenten mit beteiligten Schlüsselakteuren (Gesundheitsfachleute oder Forscher) eine Fragebogenbefragung und ein halbstrukturiertes Interview durchgeführt.

Auf der Grundlage einer Synthese der Ergebnisse wurde eine Reihe von Empfehlungen ausgesprochen.

Wichtigste Ergebnisse

Ergebnisse der Literaturrecherche

Im ersten Teil der Literaturübersicht wurden 26 Interventionen, Aktivitäten oder Instrumente zur Verbesserung der Versorgungskoordination in der Primärversorgung ermittelt. Die meisten Studien ermittelten Maßnahmen, die sich positiv auf Patienten, Angehörige der Gesundheitsberufe und/oder die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung auswirkten:

- Multidisziplinäres Team
- Fallmanagement/Manager
- Elektronische Patientenakte
- Patientenschulung
- Betreuungsplan (care plan)

Der zweite Teil der Literaturübersicht fokussierte sich auf Hindernisse und Erleichterungen für die koordinierte Versorgung, die in 34 systematischen Übersichten beschrieben wurden. Eine Liste der in der Literatur am häufigsten beschriebenen Erleichterungen (16) und Hindernisse (19) auf der System-, Organisations-, interindividuellen und individuellen Ebene wurde aufgezeigt.

Ergebnisse der Multiplen-Fallstudie

Identifizierte Modelle der koordinierten Versorgung in der Schweiz:

Die Suche nach koordinierten Versorgungsmodellen (KoVM) - definiert als neue Versorgungsmodelle, die eine interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Grundversorgern und Kooperationsvereinbarungen mit Anbietern oder Institutionen ausserhalb der Grundversorgung beinhalten - wurde von der Forderung nach Vielfalt und Repräsentativität über die Regionen und Sprachgruppen der Schweiz geleitet. Acht KoVMs wurden für eine vertiefte Analyse ausgewählt und drei verschiedenen Typen zugeordnet:

- Unabhängige multi-professionelle Hausarztpraxen (GP)
- Multi-professionelle Hausarztpraxen/Gesundheitszentren, die Teil einer grösseren Einheit sind
- Regional integrierte Versorgungssysteme

Aktivitäten und Instrumente, die in den untersuchten koordinierten Versorgungsmodellen eingesetzt werden:

Die gemäss Literatur wirksamsten Aktivitäten und Interventionen (multidisziplinäre Teams, Einbindung eines Case Managers, Nutzung elektronischer Krankenakten, Patientenschulung, Verwendung von Betreuungsplänen) wurden von mindestens sechs der acht untersuchten KoVMs umgesetzt. Im Gegensatz dazu wurden die Interventionen mit den schwächsten Wirksamkeitsnachweisen am seltensten umgesetzt. Die beobachteten Schweizer Versorgungsmodelle berücksichtigen also tendenziell evidenzbasierte Interventionen zur Verbesserung der Versorgungskoordination.

Haupthindernisse für eine koordinierte Versorgung:

Von den in der Literatur ermittelten Hindernisse für die Koordinierung der Pflege sind folgende Hindernisse zu nennen, die nach Ansicht der Akteure die Umsetzung ihrer koordinierten Versorgungsmodelle am meisten behindert haben:

- Unzureichende Vergütungspolitik/Zahlungsmechanismen
- Finanzielle Zwänge
- Der Wunsch, das eigene Territorium und die eigene berufliche Identität zu schützen
- Widerstand gegen Veränderungen (zu aufwändig, mangelnde Motivation)
- Ungleichgewicht der Macht aufgrund traditioneller Hierarchien zwischen den Disziplinen
- Mangelnde Klarheit über die Rollen und Zuständigkeiten der einzelnen Teammitglieder/Disziplinen

Das größte Hindernis war die Tatsache, dass im Rahmen des derzeitigen Vergütungssystems keine Mittel für die Abrechnung von Koordinations- und Fall-Management-Leistungen zur Verfügung stehen, die von Advanced Practice Nurses (APNs) erbracht werden.

Es wurde auch von Widerständen auf individueller Ebene berichtet: Einige Pflegefachpersonen in Spitälern und in der häuslichen Pflege waren nicht bereit, mit Pflegefachpersonen der Primärversorgung (in unabhängigen Hausarztpraxen) zusammenzuarbeiten. Es wurde zudem von Konflikten in interprofessionellen Teams berichtet, z. B. zwischen medizinischen Praxis-AssistentInnen und APNs, die hauptsächlich auf eine unklare Rollendefinition und schlechte Kommunikation zurückzuführen waren. Die Ergebnisse der Multiplen-Fallstudie unterstreichen die Tatsache, dass der Erfolg eines Modells stark davon abhängt, ob die direkt beteiligten Gesundheitsdienstleister in diesem Bereich bereit sind, zusammenzuarbeiten, und welche Vorstellungen und Einstellungen sie gegenüber anderen Gesundheitsberufen haben.

Die wichtigsten Faktoren für eine koordinierte Versorgung waren die folgenden:

- Persönliches Engagement der Angehörigen der Gesundheitsberufe
- Starke politische Unterstützung
- Nachhaltige und nicht-hierarchische Beziehungen zwischen Hausärzten und APNs, mit gegenseitigem Respekt und Vertrauen
- Klärung der beruflichen Rollen
- Partizipatives und transparentes Projektmanagement

Die wichtigsten Stärken und Schwächen der untersuchten koordinierten Versorgungsmodelle:

	Unabhängige multi-prof. Hausarztpraxen	Multi-prof. Gesundheitszentren	Regional integrierte Versorgungssysteme
Stärken	▶ Personalisierte und ganzheitliche Betreuung (physisch-psycho-sozialer Ansatz) für komplexe Patienten. ▶ Zusätzliche Dienstleistungen aufgrund der neuen Rollen: Selbstmanagementschulung und Pflegekoordination durch APNs. ▶ Weniger Krankenhausaufenthalte und spätere Einweisungen in Langzeitpflegeeinrichtungen.	▶ Entlastung der Ärzte bei einigen ihrer Tätigkeiten (z. B. geringere Verwaltungslast, Rechtsschutz). ▶ Mehr Flexibilität bei der Terminvergabe. ▶ Interprofessionelle Ansätze. ▶ Reduktion von unnötigen Behandlungen und Gesamtkosten.	▶ Sicherstellung einer durchgängigen Versorgung in Akutspitälern, ambulanten Pflegediensten und Langzeitpflegeeinrichtungen. Dies reduziert Doppelspurigkeiten bei Prozessen und Dienstleistungen. ▶ Gute Integration in das regionale und kantonale Gesundheitssystem. ▶ Stabiler unter Kostendruck.
Schwächen	▶ Erfolg des Modells hängt von den Fähigkeiten der beteiligten Fachkräfte und der Qualität ihrer Beziehungen ab. ▶ Modell ist im Rahmen des derzeitigen Erstattungssystems nicht rentabel, da APNs und ihre Koordinationsdienste finanziell nicht abgedeckt sind.	▶ Aufgrund des starken Ärztenetzes basieren die Modelle eher auf einer Arztkultur als auf einer interprofessionellen Kultur. ▶ Der Erfolg der Modelle hängt stark von der Einstellung der Praxisinhaber und ihrer Bereitschaft ab, neue Rollen zu fördern.	▶ Abhängig von ausgewogenem Gleichgewicht zwischen Top-down- und Bottom-up-Führungsstilen. ▶ Erfolg hängt davon ab, wie die Führungskräfte ihre Machtposition ausnutzen. ▶ Modell wird aufgrund von Schwierigkeiten bei der finanziellen Integration (unterschiedliche Vergütungssysteme) nicht vollständig umgesetzt.

Empfehlungen

Basierend auf den Ergebnissen der vertieften und fallübergreifenden Analyse der acht Schweizer Modelle wird eine Reihe von Empfehlungen für die Umsetzung erfolgreicher koordinierter Pflegemodelle in der Schweiz vorgeschlagen, darunter:

- ▶ **Auf Systemebene:** Anpassung der bundesrechtlichen Grundlagen, um die Vergütung von Pflege- und Koordinationstätigkeiten zu ermöglichen; Entwicklung neuer Vergütungsmodelle.
- ▶ **Auf organisationaler/ institutioneller Ebene:** Förderung der gemeinsamen Unterbringung von Angehörigen der Gesundheitsberufe; Etablierung von Case ManagerInnen und Durchführung multidisziplinärer Fallkonferenzen; Einsatz interoperabler elektronischer Gesundheitsinformationssysteme und individualisierter Betreuungspläne; Schulung von Angehörigen der Gesundheitsberufe, um die Einführung neuer Instrumente und Maßnahmen zu erleichtern.
- ▶ **Auf der interindividuellen Ebene:** Klare und gemeinsame Festlegung der Rollen und Zuständigkeiten der einzelnen Angehörigen der Gesundheitsberufe zu Beginn des Projekts, Förderung und Wertschätzung der Rolle der APNs/ Primary Care Nurses und die Übertragung von Befugnissen und Verantwortung durch die Ärzte.

Résumé

Objectif du mandat

Les systèmes de santé sont confrontés à un nombre croissant de patients souffrant de maladies chroniques ou ayant des besoins complexes, ce qui rend nécessaire le développement de nouveaux modèles de soins coordonnés et centrés sur les patients. Le but de ce projet était d'identifier les bonnes pratiques en matière de coordination des soins primaires.

Méthodes

Le projet comprenait deux volets et mobilisait des méthodes mixtes :

- 1) Une revue de littérature afin d'identifier d'une part les interventions contribuant à la coordination des soins en médecine de premier recours et d'autre part les barrières et facilitateurs à la coordination de ces mêmes soins.
- 2) Une étude de cas multiple des modèles de soins coordonnés existants en Suisse afin d'offrir un aperçu des activités et outils de coordination mis en œuvre, de la manière dont les soins sont coordonnés dans la pratique et des barrières et défis auxquels ces modèles peuvent être confrontés. Pour chaque modèle, des documents ont été collectés, et les acteurs clés impliqués dans leur mise en œuvre (professionnels de santé ou chercheurs) ont rempli un questionnaire sur les activités/outils de coordination mis en place et participé à des entretiens semi-directifs.

Une série de recommandations a ensuite été formulée sur la base d'une synthèse des résultats.

Résultats principaux

Résultats de la revue de littérature

La première partie de la revue de littérature a permis l'identification de 26 interventions, activités ou outils participant à l'amélioration de la coordination des soins dans le secteur des soins primaires. Les interventions ayant fait l'objet du plus grand nombre d'études montrant un impact positif de ces dernières sur les patients, les professionnels de santé ou sur l'utilisation des services de santé étaient les suivantes :

- Equipe multidisciplinaire
- Gestion / gestionnaire de cas
- Dossier médical électronique
- Education thérapeutique du patient
- Plan de soins

La seconde partie de la revue de littérature s'est concentrée sur les barrières et facilitateurs à la coordination des soins rapportés dans 34 revues systématiques. Les 16 facilitateurs et 19 barrières les plus fréquemment rencontrés dans la littérature, au niveau systémique, organisationnel, inter-individuel et individuel, ont été décrits.

Résultats de l'étude de cas multiples

Modèles de soins coordonnés identifiés en Suisse :

La recherche de *modèles de soins coordonnés* (« CoCM », pour *COordinated Care Models*) – définis comme des modèles de soins reposant sur la collaboration interprofessionnelle et la coordination entre différentes disciplines et/ou différents secteurs de soins – a été guidée par un impératif de variété et de représentativité des différentes régions et communautés linguistiques de Suisse. A l'issue du processus de sélection, huit CoCMs ont accepté de participer et ont été répartis dans trois types de modèles différents :

- Cabinets multiprofessionnels indépendants
- Centres de santé multiprofessionnels faisant partie d'entités plus grandes de soins de santé primaires
- Réseaux régionaux de soins intégrés

Activités et outils favorisant la coordination des soins mis en œuvre dans les modèles de soins étudiés :

Les activités et outils les plus efficaces selon la littérature – à savoir les équipes multidisciplinaires, l'implication d'un gestionnaire de cas, l'utilisation de dossiers médicaux électroniques, l'éducation thérapeutique des patients et l'utilisation de plans de soins – ont été mis en œuvre par au moins six des huit CoCMs étudiés. En contrepartie, les interventions présentant les preuves d'efficacité les plus limitées étaient les moins fréquemment mises en œuvre. Ainsi, les modèles de soins coordonnés étudiés tendent à prendre en compte les interventions fondées sur des preuves pour améliorer la coordination de leurs soins.

Principales barrières à la mise en place de soins coordonnés :

Parmi les 19 principales barrières à la coordination des soins identifiées dans la littérature, les barrières qui, selon les acteurs interrogés, ont le plus entravé la mise en œuvre de leurs modèles de soins coordonnés sont les suivantes :

- Système de rémunération inadéquat
- Manque de ressources financières
- Désir de protéger son territoire et son identité professionnelle
- Résistance au changement
- Hiérarchie traditionnelle entre les différentes professions et relations de pouvoir
- Manque de clarté sur les rôles et responsabilités de chaque professionnel de santé

Ainsi, l'obstacle le plus important était la difficulté, dans le cadre du système de rémunération actuel, de facturer les services de coordination et de gestion de cas délivrés par les infirmières en pratique avancée (APNs), ce qui a engendré une insécurité financière pour les infirmières et/ou les cabinets médicaux et a entravé la promotion de nouveaux rôles et services.

Des résistances au niveau individuel ont également été signalées : certaines infirmières hospitalières et de soins à domicile n'étaient pas prêtes à collaborer avec des infirmières de soins primaires travaillant dans des cabinets de médecine de famille indépendants, tandis que des conflits ont été signalés dans certaines équipes interprofessionnelles, par exemple entre les assistantes médicales et les APNs, principalement en raison d'une définition peu claire des rôles et d'une mauvaise communication. Les résultats de l'étude de cas multiples soulignent le fait que le succès d'un modèle dépend fortement des professionnels de santé directement impliqués sur le terrain, de leur volonté de collaborer et de leur vision et attitude envers les autres professions de la santé.

Principaux facilitateurs à la mise en place de soins coordonnés :

Les principaux éléments ayant facilité la mise en œuvre des modèles de soins coordonnés étaient les suivants :

- L'engagement personnel des professionnels de santé
- Un soutien politique fort
- Des relations durables et non hiérarchiques entre les médecins généralistes et les APNs, dans le respect et la confiance mutuels
- Une clarification des rôles professionnels de chacun
- Une gestion de projet participative et transparente

Principales forces et faiblesses des modèles de soins étudiés:

	Cabinets multiprofessionnels indépendants	Centres de santé multiprofessionnels	Réseaux régionaux de soins intégrés
Forces	▶ Soins personnalisés et holistiques pour les patients complexes (approche bio-psycho-sociale). ▶ Services supplémentaires offerts grâce aux nouveaux rôles : éducation à l'autogestion et coordination des soins par les APNs. ▶ Réduction des hospitalisations et des admissions dans les établissements de soins de longue durée.	▶ Décharge les médecins dans certaines de leurs activités (par ex. réduction de la charge administrative, protection juridique) ▶ Plus de flexibilité dans l'attribution des rendez-vous. ▶ Approche interprofessionnelle. ▶ Réduction des traitements inutiles et des coûts globaux.	▶ Assure un continuum de soins entre les hôpitaux de soins aigus, les soins ambulatoires et les établissements de soins de longue durée et réduit la duplication des processus et des services. ▶ Bonne intégration dans le système de santé régional et cantonal. ▶ Plus robuste face à la pression des coûts.
Faiblesses	▶ Le bon fonctionnement du modèle dépend des compétences des professionnels impliqués et de la qualité de leurs relations. ▶ Le modèle n'est pas rentable car les services de coordination et de prévention délivrés par les APNs ne peuvent pas être facturés dans le cadre du système de rémunération actuel.	▶ En raison du fort réseau de médecins, les modèles sont basés sur une culture médicale traditionnelle plutôt que sur une culture interprofessionnelle. ▶ Le succès des modèles dépend fortement de l'attitude des médecins responsables et de leur volonté d'encourager les nouveaux rôles.	▶ Equilibre délicat à trouver entre styles de management directif et participatif. ▶ Le succès dépend de la façon dont les dirigeants exploitent leur position de pouvoir. ▶ Modèle non entièrement déployé en raison de difficultés d'intégration financière (systèmes de remboursement différents pour chaque secteur de soins).

Recommandations

Sur la base des résultats de l'analyse approfondie et croisée des huit modèles suisses de soins primaires coordonnés, une série de recommandations pour une mise en œuvre réussie en Suisse a été proposée, parmi lesquelles :

- ▶ **Au niveau systémique** : adapter les bases légales fédérales pour permettre le remboursement des activités infirmières et de coordination ; développer de nouveaux modèles de rémunération.
- ▶ **Au niveau organisationnel** : favoriser le regroupement physique des professionnels de santé ; mettre en place des gestionnaires de cas ; organiser des colloques interdisciplinaires et des réseaux multipartenaires ; utiliser des systèmes d'information électroniques interopérables et des plans de soins individualisés ; assurer la formation des professionnels de santé pour faciliter la mise en œuvre des nouveaux outils et interventions.
- ▶ **Au niveau interindividuel** : définir clairement et conjointement les rôles et responsabilités de chaque professionnel de santé au démarrage du projet, promouvoir et valoriser le rôle des APNs/infirmières de soins primaires et le partage du pouvoir et des responsabilités par les médecins.

1 Introduction

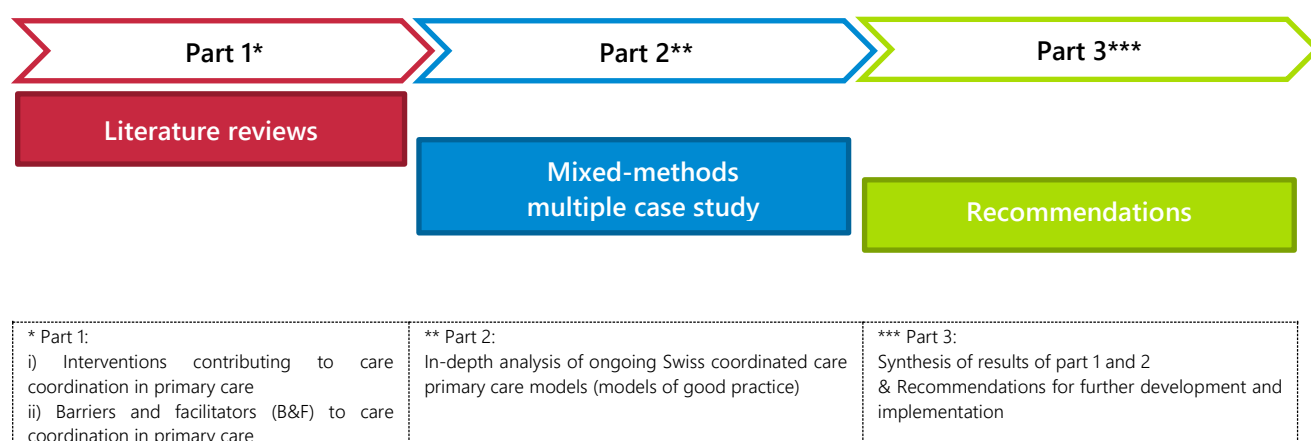
Background: Due to the growing burden of chronic diseases and aging population, healthcare systems are facing an increasing number of patients with multimorbidity and/or complex care needs who are primarily cared for in the primary care setting. They require comprehensive, continuous, integrated and coordinated care with a variety of healthcare professionals, across the continuum of care. In that context, since more than a decade, new models of care targeting integration and coordination of care are being developed and implemented in high-income countries.

Assignment: In Switzerland, with the 2020–2030 health policy strategy, the “Federal Council intends to further improve the system, so that everyone in Switzerland can continue to benefit from high-quality, affordable healthcare. Health2030 sets a framework for action in health policy, providing guidance for all health system actors.” The strategy is based on four key challenges, and includes eight objectives and 16 axes of intervention. The fifth objective aims at improving the quality of care, through the reinforcement of the coordination of care in its first two lines of action. In response to this objective, the Federal Office of Public Health launched its call “Koordinierte Versorgungsnetze – Modelle guter Praxis” end of January 2020.

The *overall aim* of this three-part project (Figure 1) was to identify Swiss «best practices» in the coordination of primary care. More specifically, the mandate was to analyze a selection of coordinated care models in the primary care setting and identify factors favoring coordination and success of these models.

The first part of the project consisted of two literature reviews, with the two following objectives: i) to identify interventions fostering care coordination in primary care, and ii) to identify barriers and facilitators to care coordination. In the second part, we conducted a mixed-methods in-depth analysis of ongoing Swiss projects (initiatives/programs/structures) specifically aiming at improving care coordination in primary care. This part was informed by the results of the 1st part. Finally, the 3rd part aimed to elaborate a set of pragmatic recommendations targeting the future development and implementation of coordinated care models in primary care.

Figure 1: *Project procedures*



2 Part 1: Literature review

The literature review is based on the two following comprehensive literature reviews that we have been conducting at the Center for Primary Care and Public Health – Unisanté, Lausanne:

- 1) A literature review led by Prof N. Senn and Dr C. Cohidon on the effectiveness of interventions targeted at improving care coordination in primary care (2020).
- 2) An overview of reviews led by Prof I. Peytremann-Bridevaux, on the barriers and facilitators (B&F) of inter-professional collaboration in the primary care setting (Rawlinson et al., 2021)

In brief, what was done in this first part of the project was:

- 1) to update the literature review on the effectiveness of care coordination interventions, for the 2018–2020 period;
- 2) to finalize the ongoing B&F narrative synthesis of the overview of reviews, focusing on organizational and inter-individual B&F and, to complement it by a non-systematic literature review targeting specifically B&F of care coordination in primary care.

Thereafter, we will present the methods of the two above-mentioned parts in more details.

Whereas the first literature review brought information regarding which interventions seem to contribute to care coordination in primary care, the second one (the overview of reviews) helped to describe existing B&F to care coordination in primary care. The results of this 1st part were used to construct the questionnaire sent to the coordinated care models included in the multiple case study (part 2) and to elaborate the recommendations (part 3).

2.1 Methods

2.1.1 Literature review on the effectiveness of care coordination interventions

Selection of studies: All studies included in the complete literature review (January 2000 – April 2020) were identified using the PubMed database and the following MESH terms: “Primary Care / Primary Health Care”, “Coordination / Care Coordination / Coordinated Care / Coordinating” and “Physician / General practitioner / Family practitioner / Primary care providers”; the update targeted the more recent months, from December 2018 to April 2020. Two reviewers selected the articles independently. Subsequently, the selections of both reviewers were compared, and discrepancies were resolved through discussion.

Data extraction and synthesis: Main data was extracted using an extraction grid. All individual similar interventions were pooled and described for their benefit and harm patients’ coordination; they were grouped according to categories described in the literature (see Table 1). Results were qualitatively described, and interventions considered as having:

- 1) an overall effect on care coordination (positive or negative) or
- 2) no effect on care coordination; articles presenting opinions of professionals regarding care coordination, only, were classified as “not applicable, NA”.

2.1.2 Literature review on the barriers and facilitators to care coordination

Selection of reviews and articles: The identification of existing B&F to care coordination in primary care was informed by those found in our overview on interprofessional collaboration in primary care. Among all identified B&F, we focused on those from the organizational (i.e., referring to the conditions within the organization) and inter-individual (i.e., relating to the interpersonal relationship between professionals and/or within the team) levels, as these are closely linked to care coordination. This identification of B&F from the overview was complemented by:

- a non-systematic literature review of systematic reviews targeting specifically B&F of care coordination (1) published between 2015 and April 2020, (2) identified in PubMed, (3) explicitly mentioning care coordination in the title or abstract and, (4) published in English. This aimed to include additional reviews to those identified in the overview, targeting specifically B&F of care coordination;
- a brief search for primary studies (1) published in the last five years with an available abstract, (2) identified in PubMed using the key words “barriers facilitators coordination primary care” and, (3) published in English. The latter aimed to verify the alignment of the synthesized B&F with the more recent literature on the topic, to make sure commonly reported B&F had been included and, no important topics had been missed.

Data extraction and synthesis: B&F reported in the overview had been classified and synthesized using a qualitative thematic analysis according to their level of intervention (individual, inter-individual, organizational, system) to provide a synthesized classification of B&F. The classification from the inter-individual and organizational levels was included as a basis for the current synthesis. Then, the B&F identified in the additional articles selected from the rapid non-systematic literature review (see 2.1.1) were extracted and compared to those found in the overview. If they corresponded to those already identified, they were integrated in the existing category of the classification. If they did not correspond to the B&F identified in the overview, they were added as new categories or subcategories. In case the B&F would refer to other levels of intervention not previously included (i.e., individual or system level), the same process of comparison with the initial B&F classification from the overview (integration or addition of new category or subcategory) was applied, and the category was included in the synthesis. A final classification was obtained from these processes. A brief search for primary studies (see 2.1.2) was carried out to make sure the classification was aligned with commonly reported B&F in recent primary studies. Results are presented both in a narrative and synthesized manner.

2.2 Results

2.2.1 Effectiveness of care coordination interventions

From the 4'044 articles initially identified in the search, 103 were included for analysis and data extraction (complete references in Appendix 1). We identified 26 different types of interventions, which were classified into the 9 categories of interventions identified by Powell Davies et al. (2008) (Table 1).

Table 1: *Classification of articles included in the updated literature review (n=103), adapted from Powell Davies et al. (2008)*

Category	Intervention category	% of studies
1	Communication between service providers	21.4
2	Systems to support the coordination of care	59.2
3	Coordinating clinical activities	32.0
4	Support for service providers	30.1
5	Structuring the relationships between service providers and patients	62.1
6	Support for patients	31.1
7	Joint planning, funding and/or management	0.0
8	Organizational agreements	7.8
9	Organization of the health care system	14.6
10	Facilitator (additional category)	1.9

Articles usually included more than one intervention and were therefore reported in more than one category. Most interventions were categorized as 'systems to support the coordination of care' (59%), and 'structuring the relationships between service providers and patients' (62%). Other interventions targeted 'coordinating clinical activities' (32%), offering 'support for patients' (31%), and 'support for service providers' (30%). Interventions based on the regular involvement of higher organizational levels (associations, federations, governments) or political policies concerning payment methods, laws, or arrangements were less present (15% in total) (see Table 1).

The interventions reporting a high positive impact included multi-disciplinary teams (27 out of 32 articles), followed by the involvement of a case manager (26 out of 34), using electronic patient health records (EHR) (20 out of 23), patient education (18 out of 24), and the use of care plans (17 out of 20). Details are presented in Table 2 and is subsequently described.

Table 2: Interventions improving care coordination in primary care and number of articles reporting an impact

Category	Intervention	Definition	Number of studies reporting an impact on care coordination			
			+ impact	- impact ¹	No impact	N/A ²
1. Communication between service providers	Case conference involving primary care providers	Formal meeting between the GP and / or CM and / or other specialists to discuss patient management.	12	0	2	7
2. Systems to support the coordination of care	Electronic Health Record	Electronic Health Record: Digital version of a patient's medical file and / or simple administrative list at several levels of interconnection.	20	0	3	11
	Telephone	Intervention using telephone contact to improve care coordination	7	0	2	0
	Care plan	Care plan implemented by the CM alone and / or by the GP and / or by the specialist to manage a specific patient	17	0	4	3
	Proformas or transmission documents	"Pre-formatted" "standardized" forms (such as a physiotherapy voucher) that GPs must complete to refer their patient to a specialist	5	0	2	1
	Telecare	A device plays the role of "care provider" and measures vital parameters or quantifiable values and sends them to appropriate health professional	0	0	0	1
3. Coordinating clinical activities	Multidisciplinary joint consultation	Consultation with several health professionals at the same time, which does not specify a place or type of healthcare provider	7	0	1	4
	Joint care provider appointment arrangements	Organization of appointments by someone other than the patient as well as a procedure in the consultation schedule	10	1	5	1
	Care provider arrangements	A written form, such as a contract, specifying, for example, ways to address patients to any health professional	7	0	1	0
	Priority access to specialists	Existing agreement between health professionals to facilitate patient access to specialists	7	0	1	2
4. Support for service providers	Care provider training	Training in the form of workshops or courses to train the GP / health professional for a particular intervention	9	0	0	2
	Guidelines	Protocols or guidelines promoting the coordination of care within the practice as they determine which health professional (s) is involved	15	1	2	2
	Reminder system	'Callback' system most often using computers	5	0	2	1
	Supervision for primary care clinicians	Supervision or advice to a health professional from another more experienced health professional (GP, specialist, senior nurse)	6	0	1	1
5. Structuring the relationships between service providers and patients	Case management /manager	Caregiver generally other than the GP responsible for coordinating care of patient with one or more pathologies	26	2	6	8
	Co-location	Grouping in the same building of several different health professionals	7 ³	1	2	3
	Multi-disciplinary team	Several people working in the same team structure (practice team from assistant to doctor)	27	1	4	6

6. Support for patients	Patient education	<i>Courses given to the patient to increase autonomy concerning care and understanding of the disease</i>	18	1	5	1
	Assistance for patients for appointment	<i>System to facilitate access to patient care</i>	7	1	3	2
	Family caregiver education	<i>Same principle as patient education but addressed to 'family' caregivers surrounding patient</i>	1	0	1	1
7. Joint planning, funding and/or management	No intervention defined	-	-	-	-	-
8. Organizational agreements	Formal agreement involving PC organization	<i>Operational agreement between primary care group practices (clinics) and other care facilities</i>	5	0	1	3
9. Organization of the healthcare system	Gatekeeping/ having a doctor	<i>Gatekeeping Health System (gateway to the health system)</i>	3	0	0	0
	Pay-for-performance	<i>Compensation payment system based on composite grids.</i>	1	3	1	0
	Capitation payment	<i>Each doctor receives a sum X per patient he treats according to certain criteria (age, sex, number of comorbidities).</i>	2	0	1	1
	Bundle payment scheme	<i>Payment model in which all providers receive a single comprehensive payment that covers all services performed in a patient's episode of care</i>	1	0	0	0
10. Facilitator (additional category)	Facilitator	<i>Person helping the practice to organize and prioritize activities related to quality improvement</i>	2	0	0	1
¹ Negative impact reported for some outcomes ² Studies not describing results of interventions but opinions of professionals regarding care coordination ³ Of which 1 article reported mixed associations Abbreviations: CM: case manager; GP: general practitioner; N/A: not applicable; +: positive; -: negative						

The interventions of Table 2 reporting the highest positive impact are presented in more details thereafter:

- **Multi-disciplinary teams** refer to specific collaborations of several categories of professional teams that can be spread over several sites. These have reported positive effects, including changes in patient behavior, improvement of vital signs and symptoms, decreased used of emergency services and hospitalizations, lower health costs, improved patient satisfaction and connection between professionals.
- **Case management** interventions can take many forms. These often include additional health professionals to the PC (primary care) physicians, such as nurses, who coordinate patient care by managing patient care plans. In other cases, PC physicians have also taken on the role of the case manager, in addition to medical assistants and sometimes family caregivers. The positive effects observed include the improvement of patient and health professional satisfaction, improvement of patient outcomes, and a decrease in hospital stay and hospital costs.
- **Electronic Health Records (EHR)** are one of the most investigated interventions. Studies have reported EHR as improving information sharing and care coordination. However, this depends on team cohesion and the use of the tool within the practice. EHR are also positively associated with patient and physician satisfaction and reported a positive impact on certain quantifiable clinical patient parameters (e.g., blood pressure or glycated hemoglobin). Some studies highlighted limitations of using EHR, due to their complexity, difficulty in fitting into existing software or medical decision-making processes and care plans
- **Patient education** usually takes place via a series of courses that increase patient's autonomy towards understanding and managing their disease. This includes receiving education about their illness or general healthy living advice, usually as part of a multi-level approach. These interventions have mostly been carried out in specialized areas such as asthma or diabetes, and showed significant benefits for disease control. Patient education has also shown benefits on relational coordination, patient symptoms, health behaviors, vital parameters, quality, and satisfaction (measured by scores) as well as being linked to decreased hospitalizations and health costs.
- **Care plans** mainly correspond to individualized patient-procedures (as opposed to guidelines) put into place by the care coordinator or case manager (CM). Care plans are rarely used for management of

multi-morbid patients (for example adding blood pressure, LDL cholesterol and glycosylated hemoglobin measures). Positive effects were reported on patient and health professional satisfaction, control of patient symptoms and vital signs, and decreased length of hospital care and therefore health costs.

In summary this literature review showed a wide variety of interventions able to optimize care coordination in primary care. Among those, the ones that seemed to offer the most concrete benefits were the use of individualized care plans and of patient electronic health records, multi-disciplinary teamwork within the PC practice and the involvement of a case manager.

2.2.2 Barriers and facilitators to care coordination

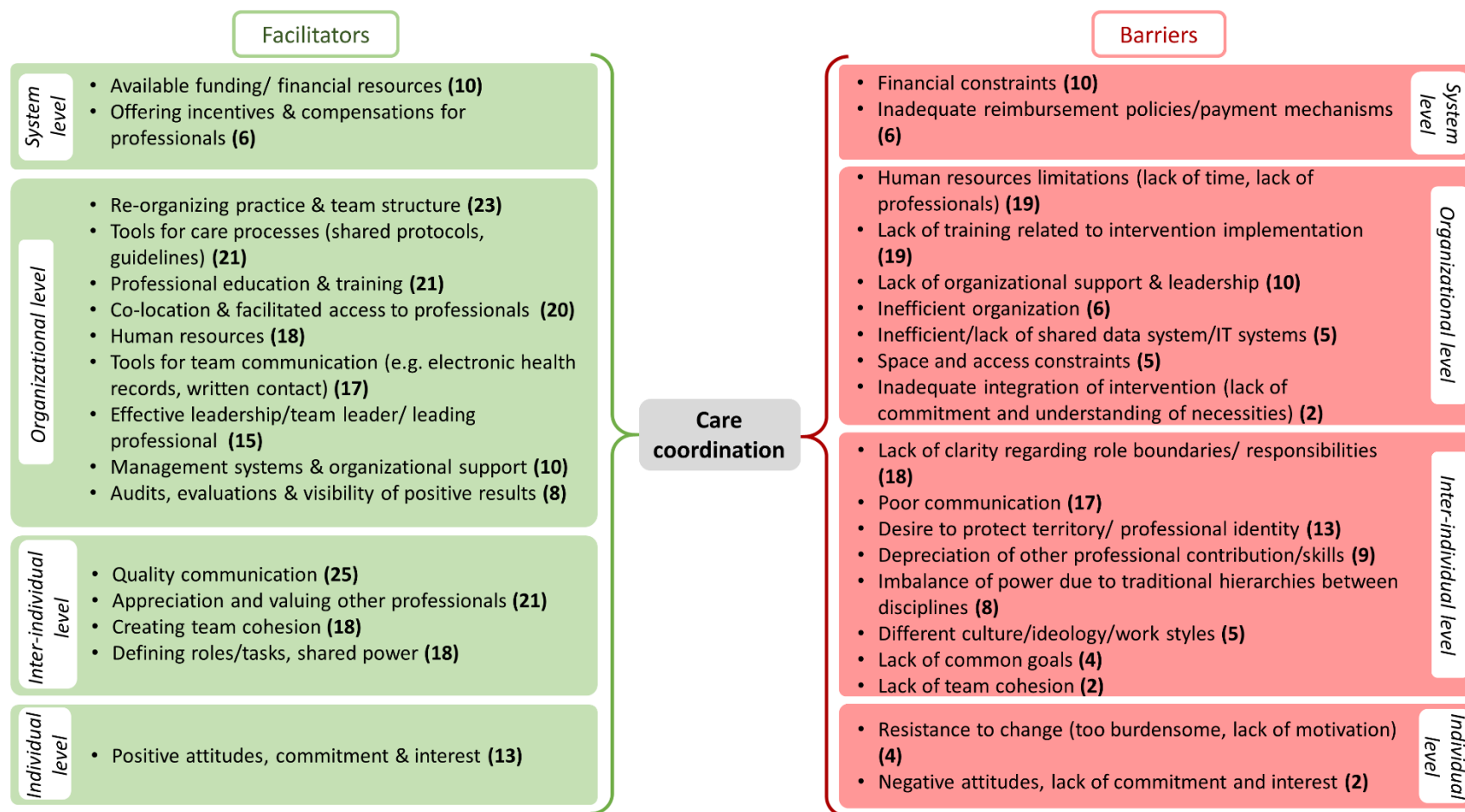
The B&F identified for care coordination derived from 34 reviews (29 summarized in the overview and 5 additional from the non-systematic review), and mainly intervened at the inter-individual and organizational levels; they are summarized in Figure 2 below (complete references in Appendix 2). Whereas the brief search for primary studies did not bring additional information, the classification obtained from the overview and additional reviews was aligned with the B&F commonly reported in recent primary studies.

Reported **barriers** included the lack of clarity in the definition of roles and responsibilities, which can lead to tensions, uncertainty and depreciation of other professional's skills and knowledge. Poor communication between professionals (especially the inadequate or lack of information sharing regarding patient health) was also reported as a central challenge in care coordination. At the organizational level, the inappropriate integration of coordination in care and an inefficient organization, especially in terms of lack of flexibility, were important barriers to care coordination. Human resource limitations regarding time and personnel, with difficulties in accessing other professionals in terms of availability and proximity, were also reported as affecting patient needs. In addition, the lack of training related to the implementation of the intervention often resulted in professionals lacking skills and knowledge of other types of care involved (e.g., follow-up requirements in specialty care), which were identified as important barriers. To a lesser extent, professional's reluctance to change, negative attitudes and lack of commitment at the individual level, as well as financial constraints and the inadequate reimbursement policies and remuneration mechanisms at the system level were also reported.

As **facilitators**, favoring quality communication, with appropriate sharing of information and use of communication tools (electronic health records, written contact), supported provision of effective care. Clearly defining roles and responsibilities between professionals was also essential to define expectations, overcome professional differences and territory issues, as was enhancing team cohesion through shared goals and values. At the organizational level, the reorganization of the team structure and practice were crucial to favor efficient coordination through flexibility in care, available time, and human resources. Favoring access to other professionals and space availability (such as through co-location) were also effective facilitators. In addition, favoring the use of tools in care processes (shared guidelines, protocols), providing professional education and training to improve professionals' knowledge and skills, favored the provision of care aligned with the patient needs. To a lesser extent, positive attitudes, commitment, and the interest of professionals in care coordination were also mentioned at the individual level, as were the availability of financial resources and appropriate remuneration at the system level.

Therefore, strategies to improve or implement care coordination should mainly focus on elements intervening at the inter-individual and organizational levels. Nevertheless, the variety of B&F identified suggest that solutions are not uniform and need to be developed and implemented according to each context and care. This process should be carried out with the professionals already involved in care, guided by effective leadership, and with the support of the organization or institution.

Figure 2: Summary of B&F to care coordination by level, with the number of reviews reporting them¹



¹The number of reviews includes a total of 34 reviews (29 reviews from the overview and 5 additional reviews from the rapid non-systematic review)

3 Part 2: Mixed-methods multiple case study

3.1 Methods

3.1.1 Study design

The study design chosen is an embedded multiple case study, an approach using mixed methods and multiple sources of research paradigms and information to investigate an issue explored and described through several cases within a bounded system (Creswell & Plano Clark, 2017; Stake 2005). Case study methodology allows in-depth, multi-faceted explorations of complex phenomena within their real-life context (R. Yin, 2003; R. K. Yin, 2003). This approach is particularly suitable when the dissimilarity of each case is of outstanding importance for answering the research question and understanding the underlying phenomenon. Using the convergent mixed methods approach, that is, collecting quantitative and qualitative data simultaneously, ensures a comprehensive understanding of each case.

3.1.2 Selection of coordinated care models

Throughout the following text, we will use the term coordinated care models (CoCM) to designate models of care that promote care coordination in the Swiss primary care setting. To be eligible for inclusion in our multiple case study, the models had to meet the following criteria:

- Involvement in primary health care and/or community care, as defined by the presence of at least one general practitioner (GP) in the CoCM
- Presence of different healthcare professionals working collaboratively (i.e. interdisciplinarity), beyond the collaboration of current standard physicians and medical assistants
- Cooperation agreements (formalized or not) with providers outside the primary care practice
- At least ongoing since 2019
- Located both in the French-speaking and German-speaking parts of Switzerland

Models focusing on very specific populations, such as palliative care patients or migrants, for example, were excluded.

In order to have a sample as varied as possible, we privileged models having developed different approaches of integration and coordination, keeping in mind a representative distribution throughout Switzerland.

Based on these eligibility criteria, the search for CoCM was based i) on the results of the “Integrated care Swiss national survey” lead by Prof. Peytremann-Bridevaux, which had identified 176 integrated care initiatives in 2015–16 (Schusselé Fillietaz, Berchtold, Kohler, & Peytremann-Bridevaux, 2018; Schusselé Fillietaz, Kohler, Berchtold, & Peytremann-Bridevaux, 2017); ii) search on the web; iii) discussion with experts of our professional network.

3.1.3 Data collection

For each CoCM (i.e. each of the case of our multiple cases study), we collected data on the following themes:

- General information: geographic location (rural/urban) and targeted population
- Goals, services provided and added value compared to usual care
- Initiation, development and evolution
- Organizational and team structure, healthcare providers involved (workforce)
- Care coordination within the organization and with external partners/institutions
- Interventions and tools implemented to improve care coordination

- Financial and legal issues
- Barriers and facilitators to care coordination within the CoCM

Quantitative and qualitative data collection was performed using three different types of sources:

- Internal and/or public **documentation** about the CoCM
- A **questionnaire** on 1) intervention elements implemented to improve care coordination, and 2) barriers to care coordination (including closed- and open-ended questions)
- Semi-structured **interviews** with key actors of the CoCM

More specifically, we proceeded as follows: First, we extracted as much data as possible from the CoCM documents available online or shared by the key actors of the CoCM (e.g., internal concepts, guidelines, manuscripts, publications, websites of selected cases and related links). Then, we sent the questionnaire, developed on the basis of the literature review (part 1), to the key CoCM actors, who filled in and sent it back. Finally, we developed an interview guide on the basis of the pre-established list of data to be collected and the results of the questionnaire, and conducted a maximum of two interviews per CoCM (i.e. the number of interviews/CoCM depended on the availability of the key actors). The Coronavirus crisis made data collection somewhat difficult because of the limited time healthcare professionals could devote to this project; for two CoCM, no interviews could be conducted, for example.

3.1.4 Data analysis

In this study, the single case (i.e., the phenomenon of interest, the unit of analysis) was a specific coordinated care model (CoCM). First, every CoCM was analyzed within-case; then, all cases were compared and cross-case analyzed. This enabled the in-depth description of the single CoCM and the exploration of similarities and differences between CoCM (Creswell & Poth, 2016).

Relevant data from the documentation was extracted and transferred to REDCap database, the software used to manage the data and to build up the questionnaire. Interviews were digitally recorded and transcribed verbatim for data analysis (Flick, 2014). MAXQDA (Analytics Pro 2018/20) software was used to collate all data and simplify data coding and memo writing (R. K. Yin, 2003).

Within-case analysis

In the within-case analysis, each CoCM was analyzed individually and independently. Schreier's inductive content analysis method was used both to analyze the documents and the semi-structured interviews (Schreier, 2014).

Main coding was carried out with interview data by assigning them to the major themes from the literature review and the interview guide and at the same time by developing new codes. The coding frame was continuously revised and further developed until a dense description was available for each case. This procedure allows an in-depth description of the individual cases without influence of the other cases, and the drawing of a comprehensive picture of the each CoCM, with its typical characteristics/ major topics.

At the end of the process, each case was described both in a 1-page summary table form and in a narrative form of 2-4 pages, presented in Appendix 3.

Cross-case analysis

In the cross-case analysis, all within-case results were displayed and analyzed in a matrix comparing the major topics of each CoCM. Major topics developed in the coding frame were displayed in rows and the single cases (CoCM) in columns. Similarities and differences could thus be presented in a consistent and comprehensive manner. Additionally, the method of the case dynamics matrix was used. Therefore constituent elements characterizing CoCM, as well as their properties and dimensions, have been explored continuously (Miles, Huberman, & Saldaña, 2014).

The major topics included in the cross-case matrix were the following:

1. Aim of the CoCM
2. Added value of the model compared to usual care / major strengths
3. Major weaknesses of the model (including risks)
4. Influence of financial aspects on coordination and professionals' roles
5. Economic benefits of the model
6. Barriers: main difficulties encountered in the field during the model implementation and main barriers to care coordination
7. Facilitators: main drivers of the CoCM and conditions for successful coordination
8. Most effective or innovative tools/interventions implemented to facilitate coordination
9. Dimensions of integration and their impact
10. Level of transferability of the model and required conditions

The similarities between cases, highlighted during the cross-case comparisons, allowed us to group the eight cases into different types of coordinated care models. A synthesis describing and comparing these models was then made, by type of coordinated care model and for each of the 10 major topics.

Additionally, in order to deepen the understanding of the cases, the *Rainbow model of integrated care* framework (Valentijn, Biermann, & Bruijnzeels, 2016; Valentijn et al., 2015; Valentijn, Schepman, Opheij, & Bruijnzeels, 2013) was used to analyze the following dimensions of care integration across the eight CoCM and the different types of models: system integration, organizational integration, professional integration, and clinical integration. Strengths, weaknesses, barriers and facilitators related to each of these four dimensions of integration were deduced from the cross-case matrix and compiled in a table. Most of the recommendations proposed in the final chapter of this report have been extracted directly from this table.

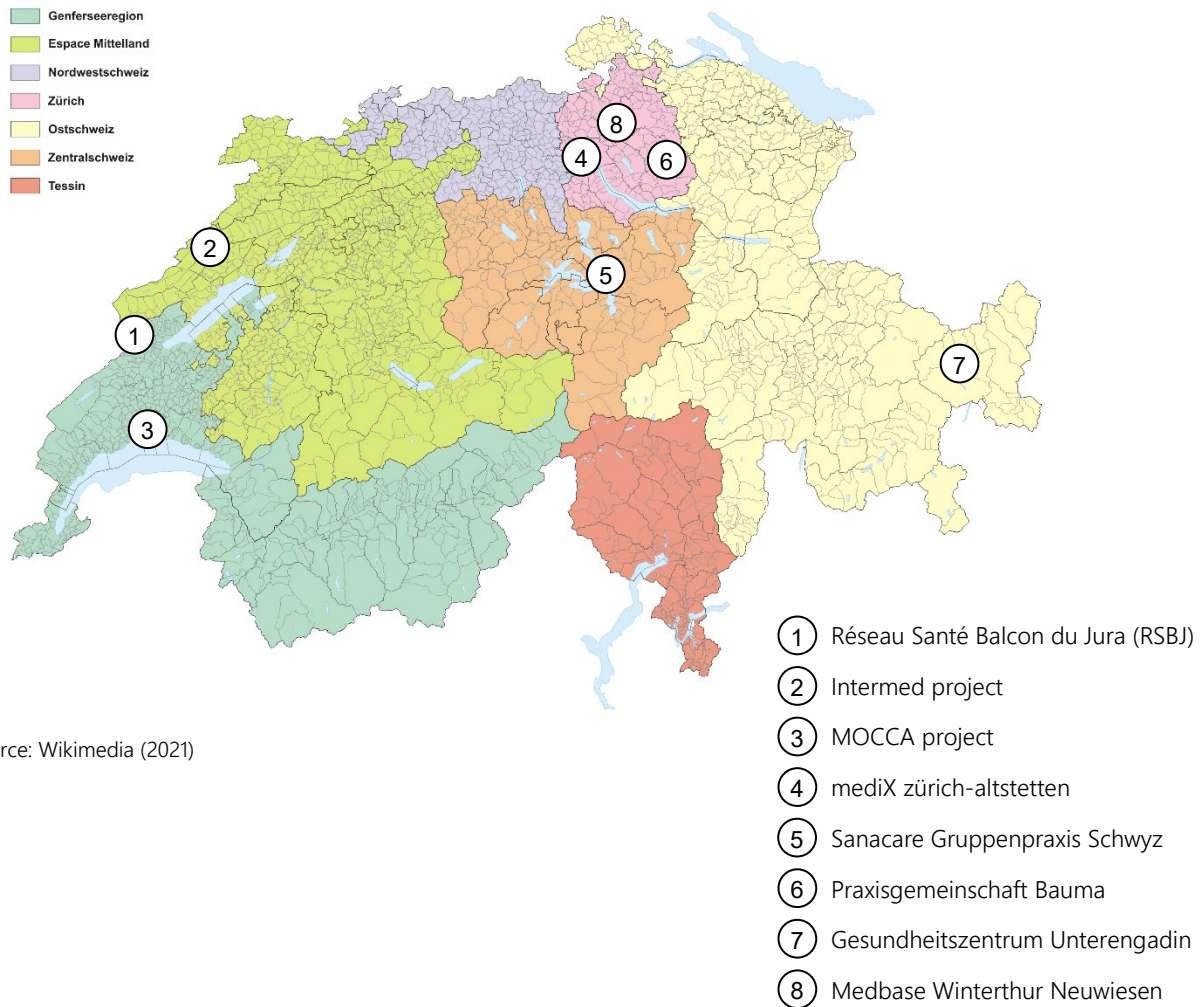
In addition to the cross-case analyses, results of the questionnaires were analyzed quantitatively using descriptive statistics; they are presented in graphical form.

Based on the findings of the literature reviews (part 1) and of the multiple case study (part 2), pragmatic recommendations targeting the future development and implementation of coordinated care models in primary care were made (part 3).

3.2 Within-case analysis

Among the identified CoCM, eight accepted to participate and were included in the analyses: four from the German-speaking part, three from the French-speaking part, and one from the Romanche-speaking part of Switzerland (Figure 3).

Figure 3: Location of the eight included coordinated care models



Source: Wikimedia (2021)

Whereas the sections 3.2.1. to 3.2.8 provide a summary description of the individual cases in the form of a 1-page table, a more detailed version of each case report is available in Appendix 3 (p. 60).

3.2.1 Réseau Santé Balcon du Jura (RSBJ)

General information		
Care model	Integrated delivery system	
Goals	Providing ambulatory, acute, and long-term care to the population of a mountainous region, and to improve access and coordination of care while reducing overall costs	
Target patient population	General population	
Location	Vaud (VD), Sainte-Croix	Région lémanique
Geographic area	☐ Rural ☒ Intermediate ☐ Urban ☐ Rural and urban	
Setting(s)	☒ Primary and community care; ☒ Hospital-based ambulatory care; ☒ Stationary care; ☒ Long-term care; ☒ Home care; ☐ Rehabilitation	
Services provided	Ambulatory care and stationary care (hospital), emergency services, acute geriatric unit, short-term and long-term nursing home care, home care, family medicine, health promotion and prevention, day-care center for elderly people, protected flats, case management for older patient in acute care.	
Organization		
Legal status and head	The RSBJ is an association that brings together 1) a hospital, 2) a nursing home, 3) home care, 4) a primary care practice and 5) medical-social structures under the same governance. The association is headed by an executive board including users, the municipalities, the Réseau Santé Nord Broye (RSNB), the home care services (ASPMAD, AVASAD) and the Centre de psychiatrie du Nord vaudois (SPN, CHUV) and a governing board including the heads of the five cross-functional departments.	
Interprofessional coordination and collaboration		
Internal coordination and collaboration	– Multidisciplinary case conferences for geriatric patients once or twice a week (at the hospital level) – Multidisciplinary case conferences for complex patients (inter-sectoral: including the GP, the hospital physician, the hospital nurse, the home care nurse, the liaison nurse, and the patient and his family) – Case managers who coordinate care for geriatric patients (called GPS for « Gestionnaire de Parcours de Soins »)	
External coordination and collaboration	– Partnership with the broader regional network Réseau Santé Nord Broye (RSNB), in particular to benefit from its ambulatory services – Cooperation agreements with neighbouring hospitals – Collaboration with the two other nearby regional health networks (Pôle Santé du Pays-d’Enhaut and Pôle Santé Vallée de Joux)	
Implementation and evaluation		
Implementation status	Implementation phase (home care will be completely integrated in 2022)	
Conducted evaluations	No	
Facilitators and barriers		
Main facilitators	– Strong political support from the municipalities and from the canton – Small region, which facilitates exchanges and participatory work in the development of the project – The creation of the RSBJ responds to an economic necessity (without which the supply of care in the region might not be maintained)	
Main barriers	– Difficult to integrate financial resources in a context where each care setting (e.g., hospital, home care) uses different payment mechanisms – Health promotion and prevention services not reimbursed – Lack of interoperability between healthcare data systems – Lack of scientific support, i.e., need for an independent evaluation to prove cost effectiveness and relevance of the model	
Data collected for the case study		
Interview(s)	One interview with both the medical director and the director of care	
Documents	Strategic plan, annual reports, articles of association, medical publication, RSBJ newsletters, newspaper articles	
Website	www.rsbj.ch	

3.2.2 INTERMED project

General information		
Care model	Nurse-led case management in GP practice	
Goals	Better management of complex patients through personalized nursing support and improved coordination of care	
Target patient population	Patients with chronic disease(s) or in complex bio-psycho-social situations	
Location	Neuchâtel (NE), La Chaux-de-Fonds	Espace Mitteland
Geographic area	☐ Rural ☐ Intermediate ☒ Urban ☐ Rural and urban	
Setting(s)	☒ Primary and community care; ☐ Hospital-based ambulatory care; ☐ Stationary care; ☐ Long-term care; ☐ Home care; ☐ Rehabilitation	
Services provided	Beside usual GP services: coordination of care, patient education and self-management support, home visits, clinical evaluation and monitoring, health promotion and prevention, resources mobilization, patient empowerment.	
Organization		
Legal status and head	Private practice led by three GP.	
Involved Professions	GP, pediatrician, diabetologist-endocrinologist, dietician, primary care nurses (advanced practice nurses (APN) or other), medical assistants, medical secretary.	
Interprofessional coordination and collaboration		
Internal coordination and collaboration	– Regular formal and informal in-person meetings and instant messaging between the GP and the primary care nurse – Shared medical records between the GP and the primary care nurse – Thematic seminar with all members of the practice – Meetings between the primary care nurses to discuss work methods	
External coordination and collaboration	– Multidisciplinary case conferences organized by the primary care nurse – Telephone calls to various care partners to coordinate care and ensure the transfer of information	
Implementation and evaluation		
Implementation status	Consolidation phase (implemented since 2014) + evaluation phase	
Conducted evaluations	Process and impact evaluation using a mixed-methods and research action approach (ongoing). Being conducted by the Haute Ecole Arc Santé (HE-Arc) with an Innosuisse fund. The final report will be available in mid-2022.	
Facilitators and barriers		
Main facilitators	– Same vision of care, same way of working and good relationship between the GP and the primary care nurse – Both GP and primary care nurse trained in therapeutic education – Mutual trust and shared power – Motivation and belief in the model – Co-location of professionals – Shared care plan (available recently)	
Main barriers	– Inadequate reimbursement policies / payment mechanisms for nursing and coordination services – Lack of political support – Resistance to change among some external partners – Physicians' desire to protect their territory and professional identity	
Data collected for the case study		
Interview(s)	One interview with a GP, one interview with a primary care nurse, telephone and e-mail exchanges with the research leader (Haute Ecole Arc Santé)	
Document(s)	Preliminary process evaluation results, medical publications	
Website(s)	-	

3.2.3 MOCCA project

General information		
Care model	Nurse-led case management in GP practice (implemented in 8 private GP practices for the pilot phase).	
Goals	Strengthen the management of complex and multimorbid patients and improve continuity of care	
Target patient population	Mainly patients with moderately complex health status, with one or more chronic diseases	
Location	Vaud (VD)	Region lémanique
Geographic area	☐ Rural ☐ Intermediate ☐ Urban ☒ Rural and urban	
Setting(s)	☒ Primary and community care; ☐ Hospital-based ambulatory care; ☐ Stationary care; ☐ Long-term care; ☐ Home care; ☐ Rehabilitation	
Services provided	Beside usual GP services: coordination of care, patient education and self-management support, clinical evaluation and monitoring, health promotion and prevention, resources mobilization, patient empowerment.	
Organization		
Legal status and head	Private practices led by GP	
Involved Professions	GP, primary care nurses, medical assistants (and psychologists in two of the eight medical practices)	
Interprofessional coordination and collaboration		
Internal coordination and collaboration	– Individualized care plans managed by the primary care nurse in collaboration with the GP – Regular meetings between the GP and the primary care nurse (not specified in the protocol)	
External coordination and collaboration	– Individualized care plans managed by the primary care nurse and ideally shared with all members of the care team – Information sessions for health partners (e.g., home care) to present the MOCCA model and facilitate coordination – Multidisciplinary case conferences (not specified in the protocol)	
Implementation and evaluation		
Implementation status	Pilot phase (being implemented in eight GP practices) + evaluation phase	
Conducted evaluations	Process and impact evaluation using a mixed-methods and realist approach (ongoing). Being conducted by Unisanté and funded by the canton of Vaud's public health authorities.	
Facilitators and barriers		
Main facilitators	– Scientific, professional, and logistical support during the implementation phase – Real commitment on the part of the medical office members to change their practice and adopt the new model of coordination – Clear and formal definition of roles and responsibilities – Non-directive management style – The project as a collaborative effort between the private and public sectors	
Main barriers	– Inadequate reimbursement policies/payment mechanisms for nursing and coordination services – Lack of interprofessional skills among GP and primary care nurses – Lack of time to organise teamwork and coordinate activities – Lack of interoperability between healthcare data systems (individualized care plans not integrated in medicals records and not shared with other professionals) – Concerns of medical assistants about the risk of losing responsibilities – Difficult communication and coordination with external partners who are not familiar with this new model of care	
Data collected for the case study		
Interview(s)	One interview with both the project coordinator and the researcher conducting the evaluation, one more interview with the project coordinator	
Documents	Scientific publication, implementation protocol, evaluation protocol	

3.2.4 mediX Zürich-Altstetten

General information		
Care model	Interprofessional GP practice within a physician network	
Goals	Promote high-quality, cost-effective primary health care to counter both over- and undersupply	
Target patient population	General population	
Location	Zürich (ZH), Zürich	Zürich
Geographic area	☐ Rural ☐ Intermediate ☒ Urban ☐ Rural and urban	
Setting(s)	☒ Primary and community care; ☐ Hospital-based ambulatory care; ☐ Stationary care; ☐ Long-term care; ☐ Home care; ☐ Rehabilitation	
Services provided	Beside usual GP services: patient education and self-management support, home visits, treatment pathway coordination, and psychiatric care; further services according to the specialists on site	
Organization		
Head	GP practice lead by a physician within a strongly regulated physician network covering GP- and specialist services	
Involved Professions	GP, variety of medical specialists, advanced practice nurses (APN), psychologist, medical assistant/coordinator, nutritionist	
Interprofessional coordination and collaboration		
Internal coordination and collaboration	On practice level: – Formal and informal meetings between GP and APN – Further coordination activities not known On network level: – Medical guidelines – Regular interprofessional meetings – Preferred provider list, mostly consisting of specialists from the network	
External coordination and collaboration	– Functional support by the mediX management company <i>MedSolution</i> – GP as gatekeeper in the patient pathway	
Implementation and evaluation		
Implementation status	Consolidation phase	
Conducted evaluations	Effectiveness and efficiency evaluations	
Facilitators and barriers		
Main facilitators	– Vision for the model – Innovative leadership, learning from mistakes – Supportive structures	
Main barriers	– Legal regulations – Further barriers not known	
Data collected for the case study		
Interview(s)	None possible	
Documents	Quality report; book chapter «Gute Medizin zu einem fairen Preis. Managed Care – eine typisch schweizerische Erfolgsgeschichte» by Felix Huber, Leander Muheim, and Anne Sybil Götschi	
Websites	https://www.medix-praxis-altstetten.ch/ https://medixblog.ch/fit-und-gesund/eroeffnung-praxis-altstetten-mit-mini-seminar-und-vielen-gaesten/ https://medixblog.ch/ueber-medix/advanced-practice-nurse-in-der-medix-praxis-altstetten/ https://www.medix.ch/wissen/quidelines/	

3.2.5 Sanacare Gruppenpraxis Schwyz

General information		
Care model	Interprofessional GP practice within a joint-stock company of two insurances	
Goals	Sustaining the development of primary care through collaboration between GP, APN, and medical assistants	
Target patient population	General population	
Location	Schwyz (SZ), Schwyz	Zentralschweiz
Geographic area	☐ Rural ☒ Intermediate ☐ Urban ☐ Rural and urban	
Setting(s)	☒ Primary and community care; ☐ Hospital-based ambulatory care; ☐ Stationary care; ☐ Long-term care; ☐ Home care; ☐ Rehabilitation	
Services provided	Beside usual GP services: coordination of care, patient education and self-management support, health promotion, home visits, geriatric assessments	
Organization		
Head	Practice lead by a physician supported by regional leaders and the joint-stock company	
Involved Professions	Within the practice: GP, APN, medical assistants	
Interprofessional coordination and collaboration		
Internal coordination and collaboration	– Regular formal and informal in-person meetings and instant messaging between the GP and the APN – Shared medical records within the practice	
External coordination and collaboration	– Visitations of nursing home residents by APN – Otherwise, conventional coordination (referrals to medical specialists, hospitals, or other professional groups via prescriptions)	
Implementation and evaluation		
Implementation status	Consolidation phase	
Conducted evaluations	Yes, but no further information about the focus of the evaluation	
Facilitators and barriers		
Main facilitators	– Support by the regional leader – Personnel turnover with a new head of the practice – Vision of practice leader	
Main barriers	– Inadequate reimbursement policies/payment mechanisms for nursing and coordination services – Resistance to change – Desire of some professions to protect their territory and professional identity – Unclear roles and difficulties in communication	
Data collected for the case study		
Interview(s)	One interview with a GP, one interview with an APN	
Documents	-	
Websites	https://www.sanacare.ch/ https://www.sanacare.ch/standort/schwyz/ Kanton Uri. (2019). Erweiterung Projekt «ANP-Uri» retrieved from https://www.ur.ch/newsarchiv/50689	

3.2.6 Praxisgemeinschaft Bauma

General information		
Care model	Interprofessional GP practice	
Goals	To provide holistic outpatient care combining somatic general medicine as well as psychosomatic and psychosocial issues	
Target patient population	General population; patients with chronic disease(s) or in complex bio-psycho-social situations	
Location	Zürich (ZH), Bauma	Zürich
Geographic area	☒ Rural ☐ Intermediate ☐ Urban ☐ Rural and urban	
Setting(s)	☒ Primary and community care; ☐ Hospital-based ambulatory care; ☐ Stationary care; ☐ Long-term care; ☐ Home care; ☐ Rehabilitation	
Services provided	Beside usual GP services: coordination of care, patient education and self-management support, clinical evaluation and monitoring, health promotion and prevention, family system support and empowerment, home visits	
Organization		
Head	Private practice led by two GP	
Involved Professions	GP, APN, psychologist/psychotherapist, medical assistance, nutritionist, occupational therapist, medical specialists	
Interprofessional coordination and collaboration		
Internal coordination and collaboration	– Daily interprofessional meetings – Regular formal and informal in-person meetings and instant messaging between GP and APN – Shared medical records within the practice	
External coordination and collaboration	– Multidisciplinary case conferences organized by the APN – Telephone calls to various care partners to coordinate care and ensure the transfer of information	
Implementation and evaluation		
Implementation status	Consolidation phase	
Conducted evaluations	Effectiveness evaluation of APN role	
Facilitators and barriers		
Main facilitators	– Shared vision and sustainable relationships, mutual trust, and shared power – Idealism, motivation, and the belief in the model	
Main barriers	– Inadequate reimbursement policies/payment mechanisms for APN and coordination services – Difficult collaboration with municipality	
Data collected for the case study		
Interview(s)	One interview with an APN	
Documents	-	
Websites	https://www.praxis-bauma.ch/ https://doccare.ch/	

3.2.7 Gesundheitszentrum Unterengadin

General information		
Care model	Integrated regional delivery system	
Goals	To provide qualitative and cost-effective acute and long-term care to the population of a rural region	
Target patient population	General population	
Location	Graubünden (GR), Unterengadin	Ostschweiz
Geographic area	☒ Rural ☐ Intermediate ☐ Urban ☐ Rural and urban	
Setting(s)	☒ Primary and community care; ☒ Hospital-based ambulatory care; ☒ Stationary care; ☒ Long-term care; ☒ Home care; ☒ Rehabilitation	
Services provided	Ambulatory and stationary care (hospital), prevention, counselling, medical wellness, family medicine, outpatient specialist physicians, emergency and rescue medicine, rehabilitation, home care, and care and living in old age	
Organization		
Head	Foundation board consisting of delegates from the municipalities; management consisting of the directors of the internal institutions	
Involved institutions/ organization	Regional hospital with rescue service, nursing homes, external nursing home groups, counselling center, outpatient care services, home care services, services and rehabilitation clinic with mineral baths	
Interprofessional coordination and collaboration		
Internal coordination and collaboration	– Predefined patient pathways in which the competences and responsibilities are specified – Establishing of a counselling center – Functional integration of supporting services such as administration, human resources, informatics, logistic, and marketing	
External coordination and collaboration	– Predefined patient pathways including external partners.	
Implementation and evaluation		
Implementation status	Consolidation phase	
Conducted evaluations	Process, effectiveness, and efficiency evaluation	
Facilitators and barriers		
Main facilitators	– Need for action – Cantonal drivers – Creation of series of communication to deal with the strengths, opportunities, weaknesses and risks of their own organization and the regional care structure – Division of change process into manageable steps to react to unforeseeable obstacles – Creative approaches that were adapted to the needs of the actors and respected the autonomy of the cooperation partners – Transparent approach and communication to gain trust, despite initially concerned and skeptical voices from politics and society – Early involvement of health professionals in change process	
Main barriers	– Partly lack of qualified personnel – Complicated financing system – Difficulties in the interprofessional and intraorganizational collaboration due to traditional role conceptions and the desire to protect one's own territory	
Data collected for the case study		
Interview(s)	Short telephone conversation with a management director	
Documents	Various newspaper article, flyers, reports	
Websites	https://cseb.ch/	

3.2.8 Medbase Winterthur Neuwiesen

General information		
Care model	Interprofessional GP practice within a network of GPs' practices and pharmacies	
Goals	Promotion of optimal quality, resource-oriented, interdisciplinary and interprofessional outpatient healthcare with the inclusion of new professional roles	
Target patient population	General population	
Location	Zürich (ZH), Winterthur	Zürich
Geographic area	☐ Rural ☐ Intermediate ☒ Urban ☐ Rural and urban	
Setting(s)	☒ Primary and community care; ☐ Hospital-based ambulatory care; ☐ Stationary care; ☐ Long-term care; ☐ Home care; ☐ Rehabilitation	
Services provided	Beside usual GP services: additional counselling services, psychological care, paediatric care, patient education, Covid-19-Testcenter, home visits, telemedicine	
Organization		
Head	GP practice within a cooperative lead by physicians	
Involved Professions	GP, psychiatrist, variety of medical specialists, psychologist, APN, Clinical Nurse (CN), medical assistant, nutritionist, physiotherapist, pharma assistant	
Interprofessional coordination and collaboration		
Internal coordination and collaboration	– Regular formal and informal in-person meetings and instant messaging between the GP and ANP/CN – Shared medical records within the practice – Thematic seminars	
External coordination and collaboration	– Close cooperation with practices and pharmacies of the same network – Otherwise, conventional coordination	
Implementation and evaluation		
Implementation status	Consolidation phase	
Conducted evaluations	Effectiveness evaluation about the use of antibiotics between GP and APN; model itself not evaluated	
Facilitators and barriers		
Main facilitators	– Support of the leaders of the network – Vision of interprofessional collaboration – Clarification of professional roles	
Main barriers	– Resistance to change of some professionals – Desire of some professions to protect their territory and professional identity	
Data collected for the case study		
Interview(s)	One interview with a GP, one interview with an APN	
Documents	Internal concept, internal handbook, power point presentation	
Websites	https://www.medbase.ch/medbase/ https://www.medbase.ch/standorte/detail/medbase-winterthur-neuwiesen/?gclid=EAlalQobChMIx6vG6p_x7wIVFvtCh0tVwnzEAAYASAAEgJqePD_BwE	

3.3 Cross-case analysis

3.3.1 Three types of coordinated care models (CoCM)

The similarities between cases, highlighted during the cross-case comparisons, allowed us to group the eight cases into three different types of coordinated care models:

Type A: **Independent multi-professional GP practices**

- *Intermed project* (NE)
- *MOCCA project* (VD)
- *Praxisgemeinschaft Bauma* (ZH)

Type B: **Multi-professional GP practices/health centers as part of larger entities**

- *MediX Zürich-Altstetten* (ZH)
- *Sanacare Gruppenpraxis Schwyz* (SZ)
- *Medbase Winterthur Neuwiesen* (ZH)

Type C: **Regional integrated delivery systems**

- *Réseau Santé Balcon du Jura* (VD)
- *Gesundheitszentrum Unterengadin* (GR)

Objectives of the models: These three types of models differ in their main purposes. While the main objective of Type A models are to strengthen the management of complex patients, Type B models aim to promote high-quality and cost-effective primary health care mainly in urban areas, and type C models, which combine acute and long-term care, aim to provide comprehensive care to the entire population of rural or peripheral regions where access to care is limited¹.

Levels of integration: These three types of models also differ according to the level at which integration of care happens (i.e. micro, meso, macro level). According to Valentijn et al. (2013), who developed a framework to understand the complex phenomenon of integrated care within the ambulatory care setting, the “integration has to be pursued at different levels within a system to facilitate the continuous, comprehensive, and coordinated delivery of services to individuals and populations.” (Valentijn et al., 2013, p. 9). The different dimensions of integration described in their framework are: **clinical integration** (at the micro level), **professional integration** and **organisational integration** (at the meso level), and **system integration** (at the macro level), as detailed in Table 3. Furthermore, to be fully integrated, a system requires both **horizontal integration** (alignment within a single-care sector, such as primary care) and **vertical integration** (alignment between different partners and care sectors throughout the care process, e.g., primary care providers-hospital services-rehabilitation care-long term care).

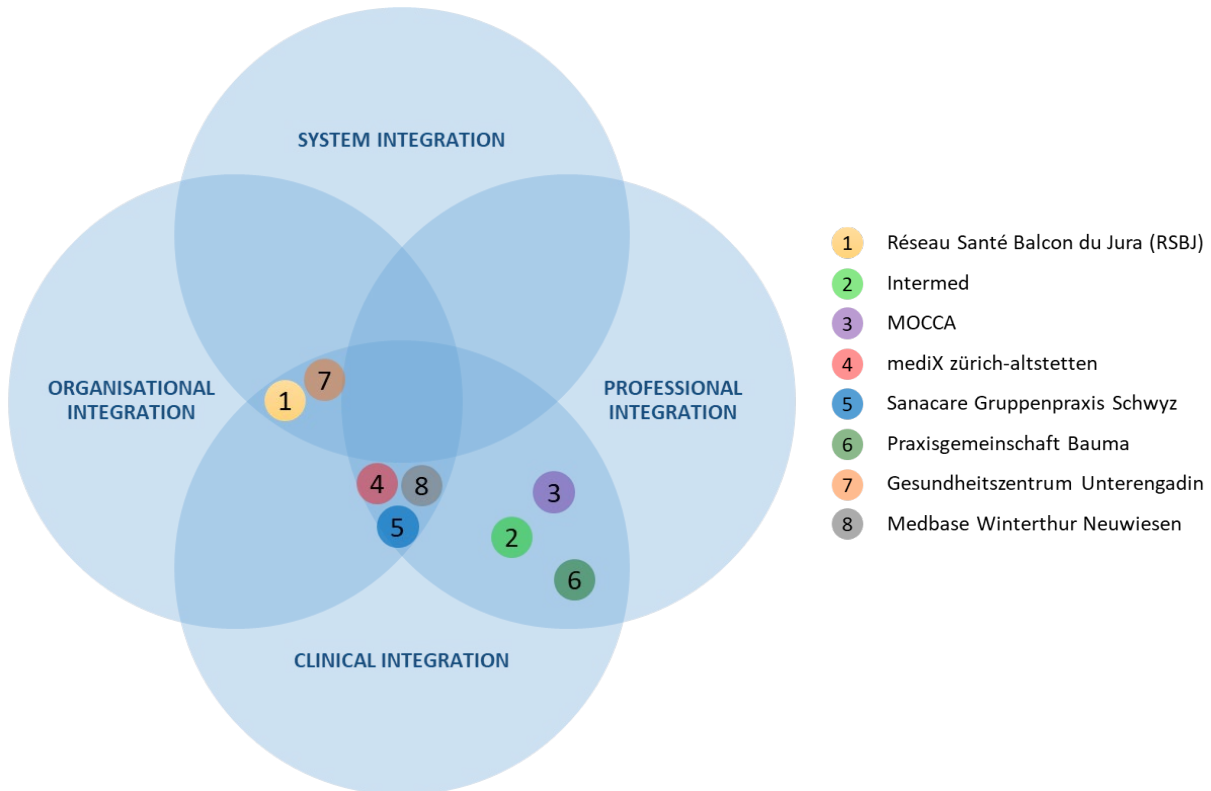
¹ There are two important differences between the Type A models, however. First, although both regions are characterized by low population density and difficulty in maintaining access to care, the *Gesundheitszentrum Unterengadin* differs from the *Réseau Santé Balcon du Jura* by being a touristic region as well. Second, the *Réseau Santé Balcon du Jura* is located in a single municipality (Sainte-Croix, VD), while *Gesundheitszentrum Unterengadin* is a network that brings together care providers scattered throughout the region (Lower Engadine, GR).

Table 3: Definitions of the four dimensions of integration

Level	Dimension of integration and definition
Macro	System integration A horizontal and vertical integrated system, based on a coherent set of (informal and formal) rules and policies between care providers and external stakeholders (e.g., municipalities) for the benefit of people and populations.
Meso	Organisational integration Inter-organisational relationships (e.g., contracting, strategic alliances, knowledge networks, mergers), including common governance mechanisms, to deliver comprehensive services to a defined population.
Meso	Professional integration Inter-professional partnerships (both within and between organisations) based on shared competences, roles, responsibilities, and accountability to deliver a comprehensive continuum of care to a defined population.
Micro	Clinical integration The coordination of person-focused care in a single process across time, place, and discipline.

Adapted from Valentijn et al (2015)

Figure 4 shows the main levels of integration of the eight coordinated care models of our study². Whereas Type A models (*Intermed*, *MOCCA* and *Praxisgemeinschaft Bauma*) are characterized by clinical and professional integration primarily, Type B models (*MediX Zürich-Altstetten*, *Sanacare Gruppenpraxis Schwyz*, *Medbase Winterthur Neuwiesen*) predominantly integrate at the clinical, professional and organisational levels, and Type C models (*Réseau Santé Balcon du Jura*, *Gesundheitszentrum Unterengadin*) mainly represent clinical, organisational and system integration.

Figure 4: Dimensions of integration of the coordinated care models

² This diagram does not indicate the extent to which integration has actually been implemented, but rather the main dimensions of integration pursued by each of the models. For each of these dimensions, the degree of integration achieved in practice can naturally be higher or lower.

Since all models considered **clinical integration**, for example by setting up multidisciplinary case conferences, hiring case managers, using shared care plans or adopting a patient-centred approach, they differ in terms of integration on the other dimensions. For example, multi-professional GP practices (Type A and B models), rather small organizations with all collaborators in the same building, unlike regional integrated delivery systems (Type C models), predominantly developed **professional integration**. Furthermore, whereas type A and B models promote integration and coordination at the level of the patient (micro) and of the practice (meso), Type C models emphasize integration at the level of the region, allowing inter-sectoral coordination of care (e.g., between hospital care and home care). The latter allows not only *horizontal integration*, but also *vertical integration* (i.e. **system integration**). Finally, type A models differ from Type B and C models in that they did not consider **organisational integration**. Since these independent GP practices have not partnered with other healthcare institutions, they are not subject to top-down regulations or shared governance mechanisms. While healthcare professionals working in type A models benefit from more practice independence, they do not benefit from being part of an organization which can give access to various resources (e.g. IT resources, human resources, information resources) and provide higher job security for physicians and nurses (e.g. by being employees).

The main strengths, weaknesses, barriers, facilitators and other key characteristics of each of the model types are presented in Table 4.

Table 4: Strengths, weaknesses, barriers, facilitators, and other characteristics across types of coordinated care models

	Type A - INTERMED project (NE) - MOCCA project (VD) - Praxisgemeinschaft Bauma (ZH)	Type B - mediX Zürich-Altstetten (ZH) - Sanacare Gruppenpraxis Schwyz (SZ) - Medbase Winterthur Neuwiesen (ZH)	Type C - Réseau Santé Balcon du Jura (VD) - Gesundheitszentrum Unterengadin (GR)
STRENGTHS	Personalized and holistic care (bio-psycho-social approach) for complex to very complex patients resulting in empowerment of patients and their family. High patient and professional satisfaction. Well-developed interprofessional collaboration. Organizational creative leeway.	Relieves physicians' burdens in certain activities (e.g., reduced administrative load, legal protection). Reduction of unnecessary treatments and overall costs. More flexibility in appointment allocation and interprofessional approach.	Ensures a continuum of care across acute care hospitals, ambulatory care and long-term care facilities. Good integration in the regional and cantonal health system. More robust in the face of cost pressures.
WEAKNESSES	The success of the model depends on the skills of the professionals involved and the quality of their relationships. Model is not profitable under the current reimbursement system as APNs and coordination services are not covered financially.	Due to the strong physician network, the models are based on a physician culture rather than an interprofessional culture. Professional integration is dependent on the leading physicians' ability.	Delicate balance between top down and bottom-up management styles. Success depends on how leaders leverage their position of power. Financial integration is not fully achieved due to various reimbursement systems.
BARRIERS	- Difficult relationships with hospital nurses and home care nurses (fears, resistance to change, important nurse turnover) - Coordination and nursing services are not always reimbursed leading to financial insecurity (for nurses and/or GP practices) - In recently implemented models: lack of time, of interprofessional training and internal difficulties related to poorly defined roles	- Inter-personal conflicts due to a lack of clarity about the role of each health professional - Current reimbursement system prevents the promotion of the nurse's role at the practice level	- Different organizational cultures - Delicate relations between stakeholders - Lack of interoperable health information systems - Fear of power positions, mistrust - Current reimbursement system makes it difficult to promote new roles and services
FACILITATORS	- GPs and APNs sharing the same vision of care and the same desire to work collaboratively - Personal engagement - Non-hierarchic relationships, mutual respect and trust - Co-location of professionals - Political and scientific support	- Personal engagement - Leaders' support - Time and experience	- Participative and transparent project management - Functioning communication between stakeholders - Already identified necessity to change pre-existing care model due to the plight of healthcare organizations in rural or mountainous areas - Strong political support
INFLUENCE OF FINANCIAL ASPECTS ON COORDINATION AND PROFESSIONAL ROLES	As the payment of coordination services and APN services are not regulated, the model relies on the willingness of insurance companies to reimburse and on the willingness of physicians and nurses to take financial or legal risks. The coordination of care by an APN, which could benefit many patients, is therefore not assured.	Contracts with insurances and the functional integration across the physician network allows to finance coordination and APN services not covered otherwise. Current reimbursement system impedes nursing role from being fully deployed.	Impossibility of financial integration (i.e. to have an unique financial source) might be an obstacle to further integration across the network and reduction of fragmentation. Merging of healthcare organizations provides funding for promotion and prevention services.
REPORTED LONG-TERM EFFECTS OF THE MODEL	Reduction in hospitalizations and later admissions to long-term care institutions.	Reduction in hospitalizations, reduction of unnecessary treatments and reduction of personnel costs (APN cheaper than physician).	Economic benefit for the organization and the region (e.g., improved efficiency, more attractive workplaces).

Note: GP=general practitioner, APN=advanced practice nurse.

3.3.2 Four levels of integration: key features extracted from the eight CoCMs

Clinical, professional, organisational and system integration are dimensions of integration that can be considered in new models of care. The multiple case study analysis enabled us to deduce the strengths, weaknesses, barriers and facilitators related to each dimension of integration that the eight CoCMs encountered. They are presented in Table 5.

Table 5: Strengths, weaknesses, barriers and facilitators related to each dimension of integration, as deduced from the eight CoCMs

	STRENGTHS	WEAKNESSES	BARRIERS	FACILITATORS
SYSTEM INTEGRATION	- Integration and coordination between different care sectors (i.e. vertical integration) reduces fragmentation of care. - Partnership with municipalities brings political support that facilitates the implementation of new models of care.	- Risk of a monopolistic position in the region. - Outsiders are weakened or even unable to survive without being part of the system.	- Lack of political support. - Lack of partnership or cooperation agreements with external care partners. - Difficult to financially integrate different healthcare sectors when they are subject to different reimbursement systems.	- Existence of an economic necessity to change the care model. - Partnership between healthcare providers and external stakeholders (e.g., municipalities, health insurances companies).
ORGANISATIONAL INTEGRATION	- Cost reductions (reduced operating costs, better cost containment and robustness in cases of cost pressures). - Improved quality of care (through shared guidelines, quality circles). - More accessible care thanks to larger numbers of professionals/services and reduced waiting times. - Physicians' burdens in certain activities is relieved.	- Risks related to the delicate balance of power and leader's management style. - Risk related to cost pressures. - Diminished autonomy for health professionals.	- Differences in organizational culture. - Top-down implementation. - Fear of power positions.	- Participative and transparent project management as well as functioning communication between stakeholders facilitate the implementation of the new model of care. - Leaders' support, time (to adjust practices) and co-location between professionals facilitate coordination.
PROFESSIONAL INTEGRATION	- Additional services are provided to patients thanks to new roles (e.g., self-management education and care coordination by APNs) and interprofessional partnerships, allowing for more comprehensive care. - Reduced workload for GPs. - High patient and staff satisfaction.	- Success of interprofessional collaboration depends on the skills of the professionals involved and the quality of their relationships (i.e. necessity to choose wisely partners and to build interprofessional skills). - Difficult to achieve shared responsibility between physicians and nurses in practice (i.e. physicians must be willing to share power and to value nurse's role).	- Lack of clarity on roles and responsibilities, fear of losing responsibilities with the emergence of new nursing roles and the desire of certain professionals to defend their territory. - Lack of interprofessional training and lack of time to develop tools or processes enabling interprofessional collaboration. - Current reimbursement system does not cover most APN and coordination services, making it difficult to promote new roles and services	- Personal commitment, shared vision of care and common willingness to work collaboratively are necessary. - Non-hierarchical relationships, mutual respect and trust, and opportunities to communicate formally or informally.
CLINICAL INTEGRATION	Reduced fragmentation of care through interactions and sharing of information between professionals and disciplines, and through a person-centred approach.	Success of care coordination depends a lot on the availability of tools or mechanisms developed outside the practice/network, i.e. at the cantonal, regional or national level (e.g., electronic health record, reimbursement system).	Absence of compatible IT systems impedes sharing patient information and care plans among healthcare partners.	- The use of shared care plans (that ideally can be linked to patient electronic health records). - Multidisciplinary case conferences. - Presence of case managers. - Use of a patient-centred approach.

Note: GP=general practitioner; APN=advanced practice nurse

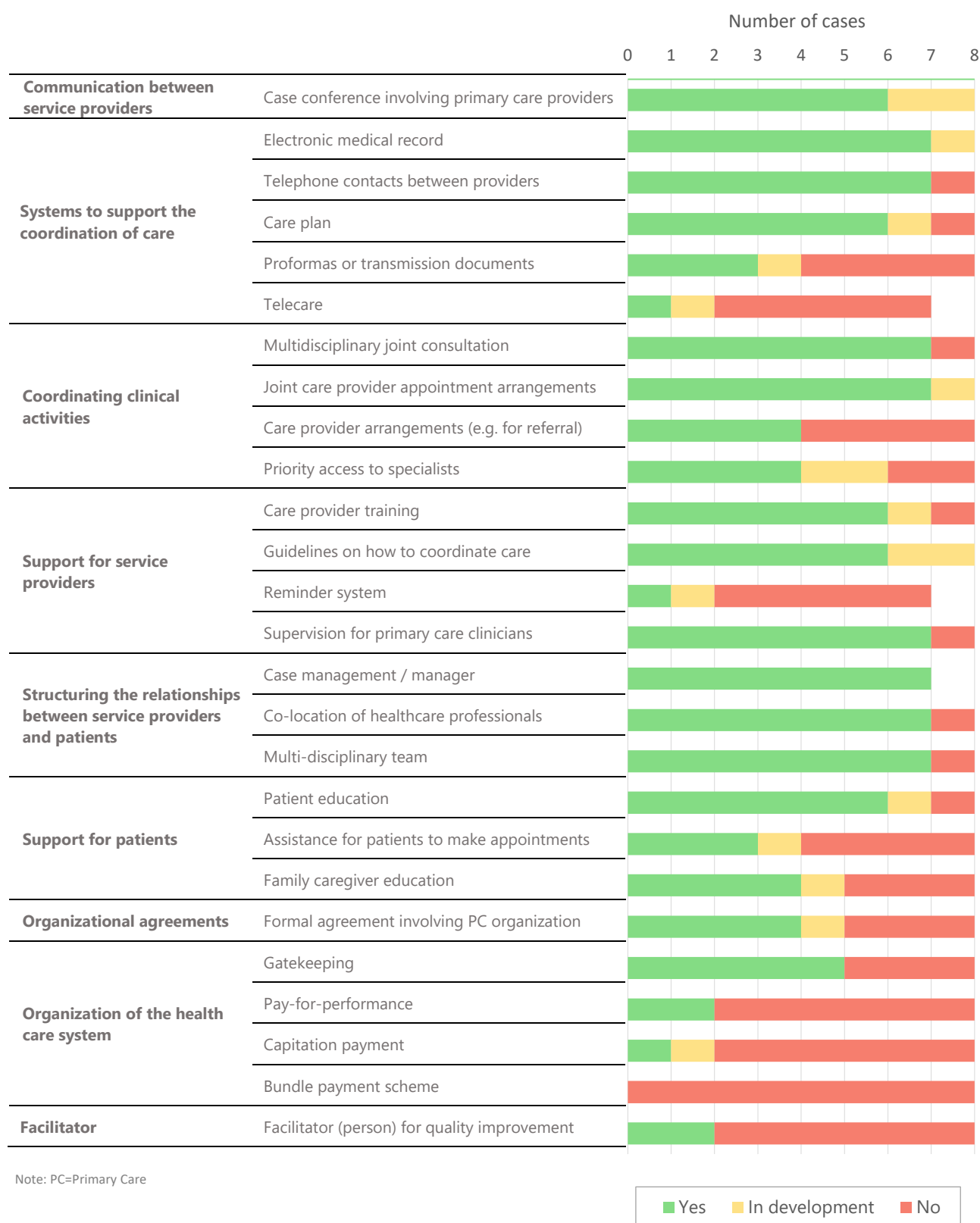
3.3.3 Strategies implemented to improve coordination of care: questionnaire results

The literature review of Part 1 identified 26 strategies or interventions (i.e., activities, tools) shown to improve coordination of care within primary health care or between primary care and other health sectors (details are described in section 2.1.1 of the literature review part). They were classified into 9 categories, following the classification of Powell Davies et al. (Powell et al., 2008).

Thereafter, we present the results relating to the care coordination strategies/interventions that have been implemented in the CoCM³, which were included in the survey that each coordinated care model filled in⁴.

³ For a definition of each intervention, see p.11.

⁴ One CoCM did not respond to the questionnaire; the research team inferred the data based on the documentation.

Figure 5: Coordination interventions/strategies implemented (self-reported, n=8)

As described in our literature review (section 2.2.1), all of the 26 care coordination interventions/strategies were shown to bring benefits to patients and/or healthcare professionals, or to reduce healthcare utilization. The results of our project show that the interventions with the highest number of studies showing their positive impact (multi-disciplinary teams, the involvement of a case manager, using electronic medical records, patient education, use

of care plans) were implemented by at least six of the eight studied CoCM (Figure 5)⁵. Similarly, the strategies that were least often used by the CoCM (telecare, reminder systems, pay-for-performance, capitation payment, bundled payment scheme and facilitators) were also those for which the association with effectiveness was the lowest.

Results specific to each type of care models (Type A, B or C) are as follows:

- Proformas or transmission documents are only used in type B models (MediX, Sanacare and Medbase)
- Care provider arrangements⁶ are not used in type A models (Intermed, Mocca and Bauma)
- Pay-for-performance is a payment model only considered in type B models

Besides results from the questionnaire, the interviews revealed that the activities or tools hypothesized to be the most effective in improving care coordination in daily practice were:

- Frequent formal and informal in-person meetings and instant messaging between healthcare professionals
- Shared medical records and shared care plans (via the same software used by all healthcare partners)
- Multidisciplinary case conferences

3.3.4 Barriers to care coordination: questionnaire results

The CoCMs were also asked to indicate the extent to which they believed each of the 19 care coordination barriers identified in our literature review impeded care coordination in their own CoCM. The results are presented in the figure below.

⁵ We caution the reader that the presence of these elements in the CoCMs is not an indicator of their implementation and effectiveness. For example, the lack of interoperability between IT systems often limits the potential benefit of using electronic health records or individual care plans, because patients' data cannot be easily shared between healthcare professionals. A range of barriers preventing the full use of the different interventions are presented in this report and the recommendations in the last chapter provide a detailed view of the conditions required to successfully implement a coordinated care model.

⁶ A written form, such as a contract, specifying, for example, ways to address patients to any health professional.

Figure 6: Barriers to care coordination (self-reported, n=7*)

*One CoCM did not respond to the questionnaire

We can observe that the most common barriers to care coordination⁷ were:

1. Inadequate reimbursement policies/payment mechanisms
2. Financial constraints
3. Desire to protect its own territory and professional identity
4. Resistance to change (too burdensome, lack of motivation)
5. Imbalance of power due to traditional hierarchies between disciplines

Lack of clarity on roles and responsibilities, depreciation of other professional contribution or skills, and negatives attitudes were also reported as barriers by most organizations.

⁷ If we calculate a score by assigning 2 points to barriers that “significantly impeded” coordination, 1 point to barriers that “somewhat impeded” coordination and 0 point to barriers that “did not impede” coordination.

Regarding the differences between types of care models, we can highlight that:

- None of the Type B models reported encountering human resources limitations (i.e. lack of time, lack of professionals)
- None of the Type B models reported encountering problems related to data/IT systems
- Only Type C models reported a lack of training related to intervention implementation⁸
- Only one model, of Type B, reported that care coordination was not hindered by inadequate reimbursement policies/payment mechanisms.

We remind here that the barriers mentioned above come exclusively from the closed-ended questions of the questionnaire. A more complete picture of the barriers encountered by each CoCMs, that takes into account the data collected during the interviews, is presented in the case reports (section 3.2 and Appendix 3) and in the summary tables (Table 4 and Appendix 4).

⁸ The interviews revealed that this was a barrier to care coordination also in one of the type A models.

3.4 Summary of results and limitations

This multiple case study described eight coordinated care models (CoCM) located in the three linguistic regions of Switzerland. Although each model has been developed to meet specific needs – from ensuring comprehensive and accessible care in a peripheral region to improving the management of patients with chronic disease(s) – they all share the same underlying goal: to provide better coordination of care.

Before presenting a summary of the main findings and the limitations that need to be considered while interpreting the results, we want to make it clear that this report, which focused on eight initiatives only, did not intend to provide a comprehensive picture of coordinated primary care in Switzerland. We are fully aware that other examples of similar initiatives exist in Switzerland, such as “Cité générations” in Geneva, the first multi-professional health center of the French-speaking part of Switzerland, or health centres that have opened during the last years in a more rural canton like Valais, such as the “Maison de la Santé du Haut-Lac”, a small primary healthcare center resulting from the collaboration between the private and public sectors, the “Maison Santé Chablais”, a big multi-professional health center initiated by a retired pharmacist, or the “Maison de la Santé du Grand Entremont - Médidranse”, a health centre for the inhabitants of a mountain region. Examples from the German- and Romansch-speaking part of Switzerland are the “Bristenpraxis Altdorf”, a GP practice integrating APN; “Medi Porta Arzt und Apotheke gleis d” in Chur, integrating physicians and pharmacists in one practice; “Medizentrum Schüpfen”, a large GP practice integrating APN; or “Flury Stiftung”, an integrated health region in Prättigau.

3.4.1 Characteristics of the coordinated care models

Interventions implemented

According to the literature (Part 1), the strategies/interventions contributing to care coordination in primary care that report the highest positive effects were:

- multi-disciplinary teams
- case management
- electronic medical records
- patient education
- individual care plans

It is interesting to note that all five interventions have been implemented by at least six of the eight CoCM we studied; this suggests that new models of care in Switzerland consider elements of primary coordinated care best practices. Although our study design did not allow us to evaluate the impact of these diverse interventions, by describing the main difficulties encountered in the field, the main barriers to care coordination and the main drivers of the CoCM, our multiple case study provides an interesting insight into the factors contributing to the appropriate and satisfactory functioning of such care models.

The effectiveness of each of these interventions, when combined together, remains difficult to confirm in the field due to methodological challenges in measuring the impact of complex interventions (Goodwin, 2019). Therefore, when developing a new model of care, we encourage:

1. the use of a variety of different strategies to improve care coordination; not only the ones highlighted in the literature (Part 1) and considered “best practices”, but also more innovative and less used and studied strategies
2. the comprehensive and appropriate evaluation and monitoring of the new models of care, in a routine and participatory manner in order to support continuous reflective learning, which acts as a quality improvement tool.

Types of coordinated care models

Our analyses allowed us to group the eight CoCM of our multiple case study into three broader categories of care models, which consider different main levels of integration:

- Type A models, *independent multi-professional GP practices* (Intermed, MOCCA and Praxisgemeinschaft Bauma): mainly integrated at the micro and meso level through interprofessional collaboration and clinical coordination;
- Type B models, *multi-professional GP practices/health centers as part of larger entities* (MediX Zürich-Altstetten, Sanacare Gruppenpraxis Schwyz, Medbase Winterthur Neuwiesen): integrated at the organizational level, in addition to being integrated at the clinical and professional level
- Type C models, *regional integrated delivery systems* (Réseau Santé Balcon du Jura, Gesundheitszentrum Unterengadin): mainly integrated at the macro level, with inter-organizational and inter-sectoral coordination or partnerships, and less integrated at the micro level.

The strength of multi-professional GP practices (Type A and B) lies mostly in the intensity of interprofessional collaboration (i.e. daily interaction between team members), whereas the strength of regional integrated delivery systems (Type C) lies more in their ability to coordinate care at an inter-sectoral level (e.g., between hospitals and home care). When focusing more specifically on the different types of model, our analyses show that in type A models, care coordination relies on the establishment of long-term and trusting relationships between professionals, and not on formalized procedures or agreements. Collaborating with large entities or institutions, such as hospitals or home care services, is somewhat difficult since there isn't any clearly identified contact person with whom to build trust and collaboration habits; this is mainly due to the high number of healthcare professionals and turnover rate of the latter. Type B models, on the contrary, by being part of larger organizations involving several GP practices, have established formal processes to facilitate and standardize the transmission of information between the various healthcare professionals involved in patients care. This organisational integration that differentiates Type B from Type A models both has advantages and disadvantages. For example, integration with higher-level networks of physicians (or physicians and pharmacies), as found in Type B models, has an impact on the healthcare culture and the understanding of interprofessional collaboration. Despite efforts to give non-physician professionals a more important role in these models compared to usual GP practices, we observed that the sovereignty of care remained in the hands of physicians.

This multiple case study does not allow us to say that one type of model, or one specific CoCM, is better than another. In fact, each has its own strengths and weaknesses, and may face specific barriers or challenges. However, when developing a new model of care, we recommend, where possible, to develop collaborations and partnerships simultaneously at different levels (i.e. clinical, professional, organisational and system level) in order to allow both *horizontal* (coordination within a single-care sector) and *vertical integration* (coordination between sectors). Considering a population health management perspective, , by focusing on health promotion and bringing together health and social care with other players, such as housing, schools, community groups and industry (Goodwin, 2016), would certainly reinforce integrated and coordinated care initiatives.

3.4.2 Main barriers to coordinated care

Each single CoCM as well as each of the three broader types of model (A, B, and C) face challenges to its successful and sustainable implementation and development. In the next paragraphs, the following main ones are summarized:

- Inadequate payment and reimbursement systems
- Desire to protect its territory and resistance to change, at the individual level
- Lack of interoperable and shared electronic health record

Inadequate payment and reimbursement systems

The most significant barrier to care coordination, mentioned in all CoCMs, is the inability to bill services such as coordination and health promotion and prevention activities. The current payment system does not sufficiently include coordination services provided by primary care nurses (advanced practice nurses or clinical nurses), physicians or other health professionals, nor does it adequately include health promotion and prevention services. In fact, multi-professional GP practices (Type A and B models) report difficulties in obtaining reimbursement for coordination and case management services provided by nurses. The lack of a clear legal basis for the billing of coordination services makes it possible for some insurance companies to deny reimbursement, indeed.

These billing and reimbursement issues have a greater impact on Type A than on Type B models. Type B models, which consist of multi-professional GP practices/health centers that are part of larger healthcare entities (mediX, Sanacare and Medbase) largely cushion the risk of a lack of billing possibilities. Type A models, on the other hand, must find their own solution within the given legal situation and their own finances. In some cases, these reimbursement difficulties lead CoCMs to no longer offer certain coordination services, although they have been proven to be of great benefit to chronic and/or complex patients. In other cases, nursing services are offered only to certain categories of patients, for example those who are clients of specific health insurance companies or patients not receiving home care services. Also, nursing services are sometimes offered but not billed, which is financially unsustainable for GP practices or nurses working independently. Furthermore, such a situation is not attractive for well-qualified nursing professionals because the work, involvement and added value of primary care nurses is little recognized and valued.

For Type C models, inter-sectoral center/network, barriers are at another level, the level of financial integration. The latter represents in fact a major challenge because each health sector of the model (i.e., hospital, primary care, home care, long-term residential care) uses its own billing system.

These various financial issues are commonly mentioned both in the international literature and in Switzerland more particularly. Indeed, cantonal representatives recently rated the latter as the most important barrier to better care coordination (Berchtold, Schusselé Fillietaz, Zanoni, & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2019; Berchtold & Zanoni, 2018).

The difficulties encountered by new models of care in Switzerland point to the need for change:

1. Adaptation of legal bases at the federal level and development of new remuneration models, such as population-based payment (capitation), episode-based payment (bundled payment) or add-on payment (P4P)⁹.
2. Use of a uniform funding system for ambulatory, stationary and long-term care to achieve a truly integrated healthcare system and reduce fragmentation of care.

Desire to protect its territory and resistance to change, at the individual level

In addition to barriers at the system level, resistance at the individual level was observed. Some hospital and home care nurses were not ready to collaborate with primary care nurses working in independent GP practices (Type A models), presumably because they lacked knowledge about new models of care and feared losing responsibilities. Also, conflicts were reported in some interprofessional teams, for example between medical assistants and APNs, mainly because of unclear role definition and poor communication. Additionally, GP practices having recently integrated nurses in their team reported that some GPs were not willing to collaborate with, or delegate tasks to, nurses, preventing the latter to practice as planned. Finally, mutual distrust between stakeholders leading to delicate situations during the different stages of the project and beyond was observed in regional integrated delivery systems.

⁹ See fmc-Denkstoff n°3 "Performance-orientierte Vergütungsmodelle 2025" for some examples of new remuneration models (Berchtold, Reich, & Zanoni, 2017).

The problems described above, which make interprofessional collaboration difficult, may be due to, among others:

- Lack of interprofessional training
- Lack of knowledge about new models of care, both internally and externally
- Different organizational cultures
- Absence of willingness to free up time for mutual coordination and collaboration

Results of this multiple case study underline the fact that the success of a model depends strongly on the healthcare providers directly involved in the field, and their willingness to collaborate. Having a negative attitude towards other healthcare professions or interprofessional collaboration in general may prevent a model to be successful, despite the existence of evidence showing its benefits. It is therefore crucial to promote interprofessional education, clearly define roles and responsibilities of all healthcare providers, and discuss the collaborative processes, starting right when the model is being implemented.

Lack of interoperable and shared electronic health record

Finally, our results show that the lack of shared data/information system represents a significant barrier to care coordination. The absence of user-friendly and interoperable (i.e. compatible between care sectors or between professionals) IT systems hinders the sharing of patient medical information and makes it difficult to implement patient care plan or to share them effectively. While the electronic patient record federal law represents a first step towards the development of e-health in Switzerland and an opportunity for improving quality of care overall, it remains unclear how its current format may concretely help care coordination and integration throughout Switzerland.

3.4.3 Strengths and limitations

This project, more specifically the multiple case study part, presents both strengths and limitations that need to be considered while interpreting the results.

The main strengths are the following: first, the fact that to our knowledge, this is the first time such a multiple case study has been conducted throughout Switzerland; second, the use of a multiple case study design that considered not only within but also cross case analyses, which allowed a comprehensive analyses of the cases.

In terms of limitations, the main ones are described and discussed hereafter. First, it is important to note that financial limitations and time constraints only made it possible the inclusion and in-depth analysis of a small number of cases. Our results, thus, cannot be representative of all Swiss initiatives. However, it is interesting to note that despite the fact that eight cases cannot represent the variety of Swiss initiatives, the three broad categories of CoCM we identified and described correspond to those presented in a previous report looking at the main scenarios of the possible 2028 evolution of primary healthcare in Switzerland¹⁰ (Berchtold, Reich, Schusselé Fillietaz, Strehle, & Zandoni, 2020).

Second, our case descriptions are based on limited data sets (i.e., available documentation, a brief questionnaire, and one or two interviews per case). The Covid-19 pandemic made procedures more difficult than anticipated and it has not been possible to conduct interviews in two cases; for the latter, descriptive information was obtained only from available documents. Moreover, it should be noted that the barriers presented in this report were based on the subjective opinion of respondents, and that some respondents may have been more indulgent (or in the contrary more critical) in their assessment, than others. The case summaries presented in this report are therefore not exhaustive; we cannot assure that important information is not missing. Nevertheless, our mixed-methods study, that combined a literature review and a multiple case study approach, and used both quantitative and

¹⁰ In addition to independent GP practices, multi-professional health centers and regional integrated delivery systems, two other types of models are described in this report: patients networks and virtual care networks.

qualitative methods, offers an interesting insight both into new models of care in the primary care settings and into the challenges they may face.

Third, our case study showed that interventions improving care coordination that report the highest positive impact on patients, professionals, or healthcare utilisation are also those that were the most frequently implemented in the eight models we studied. We must remember, however, that the existence of these elements doesn't tell us anything about how these interventions were implemented, whether they appear to be effective, or which combination of elements brings most benefits. This prevent us from considering the cases we have studied as good or bad practice models.

Finally, despite the limitations mentioned above, we found similarities across regions and models. This makes it possible to make recommendations that can be cautiously transferred to other primary care structures aiming at providing coordinated and integrated care. We can, and need to, learn from existing and functioning cases.

4 Part 3: Recommendations for care coordination models

Based on the findings of the multi-case study, we present here a few recommendations for the implementation of successful coordinated care models in Switzerland. These recommendations can be useful when developing a new model of coordinated care but also when improving the coordination of care between different care partners in the current system. We would nevertheless remind the reader that 'one size doesn't fit all'. Given the Swiss federalist organization of the healthcare system and Switzerland's diversity in terms of residents, health characteristics, and geographic residing areas, for instance, it is not reasonable to consider that one single model could be used throughout Switzerland. Indeed, various forms of coordinated and integrated care models will likely coexist in the future in Switzerland.

The following recommendations, based on the barriers identified by the actors when implementing their model as well as the factors that facilitated the establishment of care coordination, are divided into three sets:

- System level recommendations
- Organisational level recommendations
- Inter-individual level recommendations

4.1 Recommendations at the system level

This set of recommendations at the system/macro level addresses legislation and remuneration, as well as rules and policies between care providers and external stakeholders.



Adapt the federal **legal bases** to allow the **reimbursement of nursing and/or coordination activities**; this will promote new professional roles and coordination services.

Consider **integrated funding and remuneration models**, such as a uniform funding system for ambulatory, stationary and long-term care.

Develop **new remuneration models** relying on **episodes of care** (bundled payment models) or **populations** (capitation) that cover long time-periods (e.g. one year) and include services provided by various healthcare providers.

Bring together different healthcare sectors at the **regional level** by creating a **network** and partnership with **municipalities**.

4.2 Recommendations at the organisational level

There are two sets of recommendations at the meso level: the first focuses on the organisation and management within a coordinated care model (CoCM); the second focuses on the partnerships and strategic alliances with external partners. Activities and tools promoting care coordination are enclosed in each of the sets.

Organisation and management within a coordinated care model (CoCM)



Use **participative** and **transparent** project management, and reinforce **communication** between stakeholders to facilitate the implementation of the new model of care.

Favour **co-location** of health professionals; physical proximity increases collaboration.

Be patient. Care coordination and interprofessional collaboration cannot function optimally immediately upon implementation of the model because defining roles, setting up collaborative processes and building mutual trust **take time**.

Watch out for the **risks of power imbalance** between disciplines and avoid the establishment of a top-down (only) management style.

Activities and tools:

Use **user-friendly, interoperable electronic health information systems** accessible to all care partners that can include **individualized care plans**.

If necessary, **develop digital tools** in partnership with field users to ensure that they meet their needs and have a daily added value.

Set up **case managers** to help patients navigate the system, improve coordination and provide therapeutic/self-management education for patients with chronic diseases and/or complex needs.

Provide **training** for healthcare professionals or **external support** (e.g. expert health professionals or research institutes) to facilitate the implementation of new tools and interventions.

Coordination with external partners



Establish **operational partnerships with other healthcare providers** in the region/canton, to ensure successful inter-organisational and inter-sectoral coordination.

Actively involve **municipalities** in the development and implementation of new models of care because they are responsible for the organization of both long-term and social care.

Establish partnerships with **health insurances companies** to facilitate the reimbursement of new services.

Activities and tools:

Implement frequent **multidisciplinary case conferences**, between team members and with external care partners, to discuss patients' management and ensure continuity of care across time, place and provider.

Consider **patients as partners** and aim at providing **patient-centred care**. Ask patients about their needs and preferences; they have an overall view of their disease and care pathway. They should have access to the electronic health record and always be present when decisions are made.

4.3 Recommendations at the inter-individual level

This last set of recommendations addresses interprofessional collaboration, with a particular emphasis on shared decision-making and responsibilities.



Clearly and jointly **define the roles and responsibilities** of each healthcare professional, at the onset of the CoCM project.

Carefully select team members / care partners (especially in models of care that require close, daily interprofessional collaboration) in order to share a common vision of care, the same desire to work collaboratively and a compatible way of working and organizing oneself.

Promote and value the role of **primary care nurses / advanced practice nurses (APN)** and physicians' sharing of power and responsibility, in order to leave appropriate autonomy to nurses in their daily practice.

Develop leadership to give guidance on how inter-professional collaboration works and how new roles could be valued.

Activities and tools:

Organize regular **meetings to discuss collaborative processes**, to establish agreements on interdisciplinary collaboration and develop facilitating tools.

Provide **interprofessional training or coaching** and integrate **interprofessional education** into the curriculum of all healthcare professionals.

5 References

- Aunger, J. A., Millar, R., & Greenhalgh, J. (2021). When trust, confidence, and faith collide: refining a realist theory of how and why inter-organisational collaborations in healthcare work. *BMC Health Services Research*, 21(1), 602. doi:10.1186/s12913-021-06630-x
- Berchtold, P., Reich, O., Schusselé Fillietaz, S., Strehle, O., & Zanoni, U. (2020). Denkstoff n  5 "Vernetzte Grundversorgung: Trendszenarien 2028". *fmc*.
- Berchtold, P., Reich, O., & Zanoni, U. (2017). Denkstoff n  3 "Qualität statt Mengen belohnen – (wie) geht das? Performance-orientierte Vergütungsmodelle 2025". *fmc*.
- Berchtold, P., Schusselé Fillietaz, S., Zanoni, U., & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, G. (2019). *Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden*. Retrieved from Bern: www.gdk-cds.ch; https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/integrierte_versorgung/GDK_Leitfaden_DE_def.pdf
- Berchtold, P., & Zanoni, U. (2018). Denkstoff n  4 "Bund, Kantone und Gemeinden in der Integrierten Versorgung: Rollenszenarien 2026". *fmc*.
- Cardinaux, R., Ochs, N., Michalski, C., Cornuz, J., Senn, N., & al., e. (2020). Interventions to improve care coordination in primary care: A narrative review. *J Prim Care Gen Pract*, 4(1).
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2017). *Designing and conducting mixed methods research* (3. ed.): Sage Pub.
- Creswell, J. W., & Poth, C. (2016). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*.: SAGE Publications Ltd.
- Flick, U. (2014). *An introduction to qualitative research*: SAGE Publications Ltd.
- Goodwin, N. (2016). Understanding Integrated Care. *International journal of integrated care*, 16(6). doi:http://doi.org/10.5334/ijic.2530
- Goodwin, N. (2019). Improving Integrated Care: Can Implementation Science Unlock the 'Black Box' of Complexities? *International journal of integrated care*, 19(3). doi:http://doi.org/10.5334/ijic.4724
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.): SAGE Publications Inc
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*: Sage.
- Powell, D. G., Williams, A., Larsen, K., Perkins, D., Roland, M., & Harris, M. (2008). Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *The Medical journal of Australia*, 188, 65-68.
- Rawlinson, C., Carron, T., Cohidon, C., Arditi, C., Hong, Q. N., Pluye, P., . . . Gilles, I. (2021). An Overview of Reviews on Interprofessional Collaboration in Primary Care: Barriers and Facilitators. *International journal of integrated care*, 21(2), 32-32. doi:10.5334/ijic.5589
- Schreier, M. (2014). Ways of doing qualitative content analysis: disentangling terms and terminologies. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 15(1).
- Schusselé Fillietaz, S., Berchtold, P., Kohler, D., & Peytremann-Bridevaux, I. (2018). Integrated care in Switzerland: Results from the first nationwide survey. *Health Policy*, 122(6), 568-576. doi:10.1016/j.healthpol.2018.03.006
- Schusselé Fillietaz, S., Kohler, D., Berchtold, P., & Peytremann-Bridevaux, I. (2017). *Soins intégrés en Suisse. Résultats de la 1re enquête (2015–2016)*. Retrieved from Neuchâtel:
- Stake, R. E. (2005). *Multiple Case Study Analysis*: The Guilford Press.
- Valentijn, P. P., Biermann, C., & Bruijnzeels, M. A. (2016). Value-based integrated (renal) care: setting a development agenda for research and implementation strategies. *BMC Health Services Research*, 16(1), 330. doi:10.1186/s12913-016-1586-0
- Valentijn, P. P., Boesveld, I. C., van der Klauw, D. M., Ruwaard, D., Struijs, J. N., Molema, J. J. W., . . . Vrijhoef, H. J. (2015). Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study. *International journal of integrated care*, 15, e003-e003. doi:10.5334/ijic.1513
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*, 13, e010. doi:10.5334/ijic.886

- Wikimedia (Producer). (2021). Greater regions of Switzerland. Retrieved from https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/d/da/Karte_Grossregionen_der_Schweiz_2008.png
- Yin, R. (2003). *Case study research: design and methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: design and methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Appendix 1: Articles included in the literature review on the effectiveness of interventions improving care coordination

- Aller, M.B., et al., Doctors' opinion on the contribution of coordination mechanisms to improving clinical coordination between primary and outpatient secondary care in the Catalan national health system. *BMC Health Serv Res*, 2017. 17(1): p. 842.
- Ang, I.Y.H., et al., Right-Site Care Programme with a community-based family medicine clinic in Singapore: secondary data analysis of its impact on mortality and healthcare utilisation. *BMJ Open*, 2019. 9(12): p. e030718.
- Ballo, P., et al., Opposite trends in hospitalization and mortality after implementation of a chronic care model-based regional program for the management of patients with heart failure in primary care. *BMC Health Serv Res*, 2018. 18(1): p. 388.
- Banfield, M., et al., Unlocking information for coordination of care in Australia: a qualitative study of information continuity in four primary health care models. *BMC Fam Pract*, 2013. 14: p. 34.
- Barsanti, S. and M. Bonciani, General practitioners: Between integration and co-location. The case of primary care centers in Tuscany, Italy. *Health Serv Manage Res*, 2019. 32(1): p. 2-15.
- Bonciani, M., et al., The benefits of co-location in primary care practices: the perspectives of general practitioners and patients in 34 countries. *BMC Health Serv Res*, 2018. 18(1): p. 132.
- Buja, A., et al., Effectiveness of pro-active organizational models in primary care for diabetes patients. *Health Policy*, 2019. 123(8): p. 797-802.
- Carrier, E., M.K. Dowling, and H.H. Pham, Care coordination agreements: barriers, facilitators, and lessons learned. *Am J Manag Care*, 2012. 18(11): p. e398-404.
- Ciccone, M.M., et al., Feasibility and effectiveness of a disease and care management model in the primary health care system for patients with heart failure and diabetes (Project Leonardo). *Vasc Health Risk Manag*, 2010. 6: p. 297-305.
- Clarke, R., et al., Innovative approach to patient-centered care coordination in primary care practices. *Am J Manag Care*, 2015. 21(9): p. 623-30.
- Cohen, G.R. and J. Adler-Milstein, Meaningful use care coordination criteria: Perceived barriers and benefits among primary care providers. *J Am Med Inform Assoc*, 2016. 23(e1): p. e146-51.
- Cohen, D.J., et al., Coordination of health behavior counseling in primary care. *Ann Fam Med*, 2011. 9(5): p. 406-15.
- Collinsworth, A.W., et al., Effectiveness of a community health worker-led diabetes self-management education program and implications for CHW involvement in care coordination strategies. *Diabetes Educ*, 2013. 39(6): p. 792-9.
- Cramm, J.M. and A.P. Nieboer, In the Netherlands, rich interaction among professionals conducting disease management led to better chronic care. *Health Aff (Millwood)*, 2012. 31(11): p. 2493-500.
- Cramm, J.M. and A.P. Nieboer, Relational coordination promotes quality of chronic care delivery in Dutch disease-management programs. *Health Care Manage Rev*, 2012. 37(4): p. 301-9.
- Davidow, S.L., et al., Closing the Referral Loop: Improving Ambulatory Referral Management, Electronic Health Record Connectivity, and Care Coordination Processes. *J Ambul Care Manage*, 2018. 41(4): p. 240-249.
- DeBusk, R.F., et al., Care management for low-risk patients with heart failure: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*, 2004. 141(8): p. 606-13.
- de Stampa, M., et al., Opening the black box of clinical collaboration in integrated care models for frail, elderly patients. *Gerontologist*, 2013. 53(2): p. 313-25.
- Dent, M. and D. Tutt, Electronic patient information systems and care pathways: the organisational challenges of implementation and integration. *Health Informatics J*, 2014. 20(3): p. 176-88.
- Desborough, J., et al., The impact of general practice nursing care on patient satisfaction and enablement in Australia: A mixed methods study. *Int J Nurs Stud*, 2016. 64: p. 108-119.
- Di Capua, P., et al., The effect of implementing a care coordination program on team dynamics and the patient experience. *Am J Manag Care*, 2017. 23(8): p. 494-500.
- Donohue, S., et al., Evaluating primary care providers' views on survivorship care plans generated by an electronic health record system. *J Oncol Pract*, 2015. 11(3): p. e329-35.

- Doty, M.M., A.K. Fryer, and A.M. Audet, The role of care coordinators in improving care coordination: the patient's perspective. *Arch Intern Med*, 2012. 172(7): p. 587-8.
- DuGoff, E.H., et al., Geographic Variations in Physician Relationships Over Time: Implications for Care Coordination. *Med Care Res Rev*, 2018. 75(5): p. 586-611.
- Duhigg, L.M., R.A. Baranowski, and G.K. Arnold, Does Having Open Access to Care Improve Patient Experience? A Case-Control Study. *Am J Med Qual*, 2018: p. 1062860617752054.
- Easley, J., et al., Coordination of cancer care between family physicians and cancer specialists: Importance of communication. *Can Fam Physician*, 2016. 62(10): p. e608-e615.
- Fabre, J.C., P.A. Andresen, and G.M. Wiltz, Closing the Loop on Electronic Referrals: A Quality Improvement Initiative Using the Care Coordination Model. *J Ambul Care Manage*, 2020. 43(1): p. 71-80.
- Fagan, P.J., et al., Chronic care improvement in primary care: evaluation of an integrated pay-for-performance and practice-based care coordination program among elderly patients with diabetes. *Health Serv Res*, 2010. 45(6 Pt 1): p. 1763-82.
- Fagnan, L.J., et al., Turning on the care coordination switch in rural primary care: voices from the practices--clinician champions, clinician partners, administrators, and nurse care managers. *J Ambul Care Manage*, 2011. 34(3): p. 304-18.
- Forrest, C.B., et al., Managed health plan effects on the specialty referral process: results from the Ambulatory Sentinel Practice Network referral study. *Med Care*, 2003. 41(2): p. 242-53.
- Freund, T., et al., Medical Assistant-Based Care Management for High-Risk Patients in Small Primary Care Practices: A Cluster Randomized Clinical Trial. *Ann Intern Med*, 2016. 164(5): p. 323-30.
- Gallo, J.J., et al., Primary care clinicians evaluate integrated and referral models of behavioral health care for older adults: results from a multisite effectiveness trial (PRISM-e). *Ann Fam Med*, 2004. 2(4): p. 305-9.
- Garcia Garcia, M., et al., Results of a coordination and shared clinical information programme between primary care and nephrology. *Nefrologia*, 2011. 31(1): p. 84-90.
- Gardner, K. and B. Sibthorpe, Impediments to change in an Australian trial of coordinated care. *J Health Serv Res Policy*, 2002. 7 Suppl 1: p. S2-7.
- Goetz Goldberg, D., et al., EHRs in primary care practices: benefits, challenges, and successful strategies. *Am J Manag Care*, 2012. 18(2): p. e48-54.
- Graetz, I., et al., Care coordination and electronic health records: connecting clinicians. *AMIA Annu Symp Proc*, 2009. 2009: p. 208-12.
- Graetz, I., et al., The association between EHRs and care coordination varies by team cohesion. *Health Serv Res*, 2014. 49(1 Pt 2): p. 438-52.
- Graetz, I., et al., The next step towards making use meaningful: electronic information exchange and care coordination across clinicians and delivery sites. *Med Care*, 2014. 52(12): p. 1037-41.
- Gray, M.F., et al., Function of the Medical Team Quarterback: Patient, Family, and Physician Perspectives on Team Care Coordination in Patient- and Family-Centered Primary Care. *Perm J*, 2019. 23.
- Gum, A.M., et al., Improving home-based providers' communication to primary care providers to enhance care coordination. *Aging Ment Health*, 2015. 19(10): p. 921-31.
- Haggerty, J.L., et al., Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary health care. *Ann Fam Med*, 2008. 6(2): p. 116-23.
- Haley, W.E., et al., Improving care coordination between nephrology and primary care: a quality improvement initiative using the renal physicians association toolkit. *Am J Kidney Dis*, 2015. 65(1): p. 67-79.
- Hefner, J.L., et al., Patient portal messaging for care coordination: a qualitative study of perspectives of experienced users with chronic conditions. *BMC Fam Pract*, 2019. 20(1): p. 57.
- Holzel, L.P., et al., Coordinated Treatment of Depression in Elderly People in Primary Care. *Dtsch Arztebl Int*, 2018. 115(44): p. 741-747.
- Jones, C.D., et al., A failure to communicate: a qualitative exploration of care coordination between hospitalists and primary care providers around patient hospitalizations. *J Gen Intern Med*, 2015. 30(4): p. 417-24.
- Katon, W.J., et al., Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *N Engl J Med*, 2010. 363(27): p. 2611-20.
- Kautz, C.M., et al., Patient benefits from participating in an integrated delivery system: impact on coordination of care. *Health Care Manage Rev*, 2007. 32(3): p. 284-94.
- Kim, S.E., et al., Telephone care management's effectiveness in coordinating care for Medicaid beneficiaries in managed care: a randomized controlled study. *Health Serv Res*, 2013. 48(5): p. 1730-49.

- Krousel-Wood, M., et al., Implementing electronic health records (EHRs): health care provider perceptions before and after transition from a local basic EHR to a commercial comprehensive EHR. *J Am Med Inform Assoc*, 2018. 25(6): p. 618-626.
- Lee, C., et al., Emergency Department Visits Can Be Reduced by Having a Regular Doctor for Adults with Diabetes Mellitus: Secondary Analysis of 2013 Korea Health Panel Data. *J Korean Med Sci*, 2017. 32(12): p. 1921-1930.
- Low, L.L., et al., Effectiveness of a transitional home care program in reducing acute hospital utilization: a quasi-experimental study. *BMC Health Serv Res*, 2015. 15: p. 100.
- Lubloy, A., J.L. Kereszturi, and G. Benedek, Lower fragmentation of coordination in primary care is associated with lower prescribing drug costs-lessons from chronic illness care in Hungary. *Eur J Public Health*, 2017. 27(5): p. 826-829.
- Ludwick, D., D. Manca, and J. Doucette, Primary care physicians' experiences with electronic medical records: implementation experience in community, urban, hospital, and academic family medicine. *Can Fam Physician*, 2010. 56(1): p. 40-7.
- Manski-Nankervis, J.A., et al., Factors associated with relational coordination between health professionals involved in insulin initiation in the general practice setting for people with type 2 diabetes. *J Adv Nurs*, 2015. 71(9): p. 2176-88.
- Martinussen, P.E., Referral quality and the cooperation between hospital physicians and general practice: the role of physician and primary care factors. *Scand J Public Health*, 2013. 41(8): p. 874-82.
- Mastal, M.F., M.E. Reardon, and M. English, Innovations in disability care coordination organizations: integrating primary care and behavioral health clinical systems. *Prof Case Manag*, 2007. 12(1): p. 27-36.
- May, C.R., et al., Integrating telecare for chronic disease management in the community: what needs to be done? *BMC Health Serv Res*, 2011. 11: p. 131.
- McCullough, J.M., et al., Electronic health information exchange in underserved settings: examining initiatives in small physician practices & community health centers. *BMC Health Serv Res*, 2014. 14: p. 415.
- Mills, P.D. and P.W. Harvey, Beyond community-based diabetes management and the COAG coordinated care trial. *Aust J Rural Health*, 2003. 11(3): p. 131-7.
- Moe, G.C., J.E.S. Moe, and A.L. Bailey, Evaluating the implementation of collaborative teams in community family practice using the Primary Care Assessment Tool. *Can Fam Physician*, 2019. 65(12): p. e515-e522.
- Moore, A., et al., Interprofessional and integrated care of the elderly in a family health team. *Can Fam Physician*, 2012. 58(8): p. e436-41.
- Noel, P.H., et al., The importance of relational coordination and reciprocal learning for chronic illness care within primary care teams. *Health Care Manage Rev*, 2013. 38(1): p. 20-8.
- O'Malley, A.S., et al., Are electronic medical records helpful for care coordination? Experiences of physician practices. *J Gen Intern Med*, 2010. 25(3): p. 177-85.
- O'Malley, A.S., et al., After-hours care and its coordination with primary care in the U.S. *J Gen Intern Med*, 2012. 27(11): p. 1406-15.
- O'Malley, A.S., J.D. Reschovsky, and C. Saiontz-Martinez, Interspecialty communication supported by health information technology associated with lower hospitalization rates for ambulatory care-sensitive conditions. *J Am Board Fam Med*, 2015. 28(3): p. 404-17.
- Osmundsen, T.C., U. Dahl, and B. Kulseng, Enhancing knowledge and coordination in obesity treatment: a case study of an innovative educational program. *BMC Health Serv Res*, 2019. 19(1): p. 278.
- Palmer, C., et al., Can formal collaborative methodologies improve quality in primary health care in New Zealand? Insights from the EQUIPPED Auckland Collaborative. *J Prim Health Care*, 2012. 4(4): p. 328-36.
- Pariser, P., et al., Connecting People With Multimorbidity to Interprofessional Teams Using Telemedicine. *Ann Fam Med*, 2019. 17(Suppl 1): p. S57-s62.
- Parkerton, P.H., D.G. Smith, and H.L. Straley, Primary care practice coordination versus physician continuity. *Fam Med*, 2004. 36(1): p. 15-21.
- Parry, W., et al., Effect of an integrated care pathway on use of primary and secondary healthcare by patients at high risk of emergency inpatient admission: a matched control cohort study in Tower Hamlets. *BMJ Open*, 2019. 9(6): p. e026470.
- Patel, V., et al., Physicians' potential use and preferences related to health information exchange. *Int J Med Inform*, 2011. 80(3): p. 171-80.

- Patterson, E., H. Muenchberger, and E. Kendall, The role of practice nurses in coordinated care of people with chronic and complex conditions. *Aust Health Rev*, 2007. 31(2): p. 231-8.
- Peikes, D., et al., The Comprehensive Primary Care Initiative: Effects On Spending, Quality, Patients, And Physicians. *Health Aff (Millwood)*, 2018. 37(6): p. 890-899.
- Peterson, J., et al., Impact of Physician-Pharmacist Covisits at a Primary Care Clinic in Patients With Uncontrolled Diabetes. *J Pharm Pract*, 2018: p. 897190018807374.
- Pols, R.G. and M.W. Battersby, Coordinated care in the management of patients with unexplained physical symptoms: depression is a key issue. *Med J Aust*, 2008. 188(12 Suppl): p. S133-7.
- Popejoy, L.L., et al., Monitoring Resource Utilization in a Health Care Coordination Program. *Prof Case Manag*, 2015. 20(6): p. 310-20.
- Poremski, D., et al., Improving continuity of care for frequent users of emergency departments: service user and provider perspectives. *Gen Hosp Psychiatry*, 2016. 40: p. 55-9.
- Richardson, J.E., et al., The Potential Role for Smartphones Among Older Adults with Chronic Noncancer Pain: A Qualitative Study. *Pain Med*, 2017.
- Rissi, J.J., et al., Building the foundation for health system transformation: Oregon's Patient-Centered Primary Care Home program. *J Public Health Manag Pract*, 2015. 21(1): p. 34-41.
- Rossignol, M., et al., Coordination of primary health care for back pain. A randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)*, 2000. 25(2): p. 251-8; discussion 258-9.
- Salmon, R.B., et al., A collaborative accountable care model in three practices showed promising early results on costs and quality of care. *Health Aff (Millwood)*, 2012. 31(11): p. 2379-87.
- Schillinger, D., et al., Effects of primary care coordination on public hospital patients. *J Gen Intern Med*, 2000. 15(5): p. 329-36.
- Shannon, E., The devil is in the detail: lessons for multi-disciplinary care teams from a local evaluation of coordinated care. *Aust Health Rev*, 2002. 25(2): p. 87-94.
- Shi, L., et al., Integrated care delivery and health care seeking by chronically-ill patients - a case-control study of rural Henan province, China. *Int J Equity Health*, 2015. 14: p. 98.
- Shi, L., et al., Community health centers and primary care access and quality for chronically-ill patients - a case-comparison study of urban Guangdong Province, China. *Int J Equity Health*, 2015. 14: p. 90.
- Smith, P.D., et al., Communication between office-based primary care providers and nurses working within patients' homes: an analysis of process data from CAPABLE. *J Clin Nurs*, 2016. 25(3-4): p. 454-62.
- Singh, J., S. Dahrouge, and M.E. Green, The impact of the adoption of a patient rostering model on primary care access and continuity of care in urban family practices in Ontario, Canada. *BMC Fam Pract*, 2019. 20(1): p. 52.
- Song, H., et al., Team dynamics, clinical work satisfaction, and patient care coordination between primary care providers: A mixed methods study. *Health Care Manage Rev*, 2017. 42(1): p. 28-41.
- Sorondo, B., et al., Patient Portal as a Tool for Enhancing Patient Experience and Improving Quality of Care in Primary Care Practices. *EGEMS (Wash DC)*, 2016. 4(1): p. 1262.
- Steele Gray, C., et al., Using information communication technology in models of integrated community-based primary health care: learning from the iCOACH case studies. *Implement Sci*, 2018. 13(1): p. 87.
- Steihaug, S., B. Paulsen, and L. Melby, Norwegian general practitioners' collaboration with municipal care providers - a qualitative study of structural conditions. *Scand J Prim Health Care*, 2017. 35(4): p. 344-351.
- Tan, Z.S., L. Jennings, and D. Reuben, Coordinated care management for dementia in a large academic health system. *Health Aff (Millwood)*, 2014. 33(4): p. 619-25.
- Thomas, K., B. Krevers, and P. Bendtsen, Long-term impact of a real-world coordinated lifestyle promotion initiative in primary care: a quasi-experimental cross-sectional study. *BMC Fam Pract*, 2014. 15: p. 201.
- Treadwell, J. and A. Giardino, Collaborating for care: initial experience of embedded case managers across five medical homes. *Prof Case Manag*, 2014. 19(2): p. 86-92.
- van Leeuwen, A., et al., Experiences of general practitioners participating in oncology meetings with specialists to support GP-led survivorship care; an interview study from the Netherlands. *Eur J Gen Pract*, 2018. 24(1): p. 171-176.
- van de Mortel, T.F., et al., Reducing avoidable admissions in rural community palliative care: a pilot study of care coordination by General Practice registrars. *Aust J Rural Health*, 2017. 25(3): p. 141-147.
- Van Houdt, S., et al., Care pathways across the primary-hospital care continuum: using the multi-level framework in explaining care coordination. *BMC Health Serv Res*, 2013. 13: p. 296.

- Wagner, E.H., et al., Improving care coordination in primary care. *Med Care*, 2014. 52(11 Suppl 4): p. S33-8.
- Vassbotn, A.D., et al., General practitioners' perspectives on care coordination in primary health care: A qualitative study. *Int J Care Coord*, 2018. 21(4): p. 153-159.
- Wilson, M., et al., Family physician access to specialist advice by telephone: Reduction in unnecessary specialist consultations and emergency department visits. *Can Fam Physician*, 2016. 62(11): p. e668-e676.
- Wulff, C.N., P. Vedsted, and J. Sondergaard, A randomized controlled trial of hospital-based case management in cancer care: a general practitioner perspective. *Fam Pract*, 2013. 30(1): p. 5-13.
- Yin, J., et al., Assessing the impact of general practitioner team service on perceived quality of care among patients with non-communicable diseases in China: a natural experimental study. *Int J Qual Health Care*, 2016. 28(5): p. 554-560.
- Zhang, Y., et al., Effects of integrated chronic care models on hypertension outcomes and spending: a multi-town clustered randomized trial in China. *BMC Public Health*, 2017. 17(1): p. 244.

Appendix 2: Articles included in the overview on barriers and facilitators to care coordination

- Bardet JD, Vo TH, Bedouch P, Allenet B. Physicians and community pharmacists collaboration in primary care: a review of specific models. *Administrative Pharmacy*. 2015; 11: 602-22.
- Belanger E, Rodriguez C. More than the sum of its parts? A qualitative research synthesis on multi-disciplinary primary care teams. *Journal of Interprofessional Care*. 2008; 22(6): 587-97.
- Bollen A, Harrison R, Aslani P, van Haastregt JCM. Factors influencing interprofessional collaboration between community pharmacists and general practitioners – A systematic review. *Health and Social Care in the Community*. 2019; 27(4):e189-e212.
- Butler M, Kane RL, McAlpine D, Kathol RG, Fu SS, Hagedorn H, Wilt TJ. Integration of mental health/substance abuse and primary care. *Evidence Report/Technology Assessment*. 2008;(173): 1-362.
- Carmont S-A, Mitchell G, Senior H, Foster M. Systematic review of the effectiveness, barriers and facilitators to general practitioner engagement with specialist secondary services in integrated palliative care. *BMJ supportive & palliative care*. 2018;8(4):385-99.
- Craven MA, Bland R. Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2006; 51(6), 1S.
- da Conceição e Neves MMAM. The nurse's role in the multidisciplinary team in Primary Health Care -- Systematic literature review. *Revista de Enfermagem Referência*. 2012;(8): 125-34.
- Davies SL, Goodman C, Bunn F, Victor C, Dickinson A, Iliffe S, et al. A systematic review of integrated working between care homes and health care services. *BMC health services research*. 2011;11(1):320.
- De Regge M, De Pourcq K, Meijboom B, Trybou J, Mortier E, Eeckloo K. The role of hospitals in bridging the care continuum: a systematic review of coordination of care and follow-up for adults with chronic conditions. *BMC health services research*. 2017;17(1):550.
- Dham P, Colman S, Saperson K, McAiney C, Lourenco L, Kates N, et al. Collaborative care for psychiatric disorders in older adults: a systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2017;62(11):761-71.
- Dossett LA, Hudson JN, Morris AM, Lee MC, Roetzheim RG, Feters MD "The primary care provider (PCP)-cancer specialist relationship: A systematic review and mixed-methods meta-synthesis." *CA: a Cancer Journal for Clinicians*. 2017; 67(2): 156-69.
- Fuller JD, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, Roberts R, et al. Building effective service linkages in primary mental health care: a narrative review part 2. *BMC Health Serv Res* 2011;11:66.
- Harnagea H, Couturier Y, Shrivastava R, Girard F, Lamothe L, Bedos CP et al. Barriers and facilitators in the integration of oral health into primary care: a scoping review. *BMJ Open*. 2017;7:e016078.
- Hohmann NS, McDaniel CC, Mason SW, Cheung WY, Williams MS, Salvador C, et al. Patient perspectives on primary care and oncology care coordination in the context of multiple chronic conditions: A systematic review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2019.
- Kirst M, Im J, Burns T, Baker GR, Goldhar J, O'Campo P, et al. What Works in Integrated Care Programs for Older Adults with Complex Needs? A Realist Review. *International Journal of Integrated Care*. 2017;17(5):A107.
- Kozłowska O, Lumb A, Tan GD, Rea R. Barriers and facilitators to integrating primary and specialist healthcare in the United Kingdom: a narrative literature review. *Future healthcare journal*. 2018;5(1):64.
- Leenaars KE, Smit E, Wagemakers A, Molleman GRM, Koelen MA. Facilitators and barriers in the collaboration between the primary care and the sport sector in order to promote physical activity: A systematic literature review. *Preventive Medicine*. 2015; 81: 460-78.
- Martin-Misener R, Valaitis R, Wong ST, MacDonald M, Meagher-Stewart D, Kaczorowski J, et al. A scoping literature review of collaboration between primary care and public health. *Primary health care research & development*. 2012;13(4):327-46.
- McInnes S, Peters K, Bonney A, Halcomb E. An integrative review of facilitators and barriers influencing collaboration and teamwork between general practitioners and nurses working in general practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2015; 71(9): 1973-85.
- Meiklejohn JA, Mimery A, Martin JH, Bailie R, Garvey G, Walpole ET, et al. The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review. *Journal of Cancer Survivorship*. 2016;10(6):990-1011.

- Mitchell GK, Burrridge L, Zhang J, Donald M, Scott IA, Dart J, et al. Systematic review of integrated models of health care delivered at the primary–secondary interface: how effective is it and what determines effectiveness? *Australian Journal of Primary Health*. 2015;21(4):391-408.
- Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2015;52(7): 1217-30.
- Mulvale G, Embrett M, Razavi SD. 'Gearing Up' to improve interprofessional collaboration in primary care: a systematic review and conceptual framework. *BMC family practice*. 2016;17:83
- O'Reilly P, Lee SH, O'Sullivan M, Cullen W, Kennedy C, MacFarlane A. Assessing the facilitators and barriers of interdisciplinary team working in primary care using normalisation process theory: An integrative review. *PloS one*. 2017; 12(5): e0177026.
- O'Sullivan M, Cullen W, McFarlane A. Primary care teams in Ireland: a qualitative mapping review of Irish grey and published literature. *Irish Journal of Medical Science*. 2015;184(1): 69-73.
- Overbeck G, Davidsen AS, Kousgaard MB. Enablers and barriers to implementing collaborative care for anxiety and depression: a systematic qualitative review. *Implementation Science*. 2016; 11(1): 165.
- Sampson R, Cooper J, Barbour R, Polson R, Wilson P. Patients' perspectives on the medical primary–secondary care interface: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ open*. 2015;5(10).
- Sangaletti C, Schweitzer MC, Peduzzi M, Zoboli E, Soares CB. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JB database of systematic reviews and implementation reports*. 2017;15(11):2723-88.
- Schadewaldt V, McInnes E, Hiller JE, Gardner A. Views and experiences of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care - an integrative review. *BMC Family Practice*. 2013; 14: 132.
- Sorensen M, Stenberg U, Garnweidner-Holme L. A Scoping Review of Facilitators of Multi-Professional Collaboration in Primary Care. *Int J Integr Care*. 2018; 18(3): 13.
- Supper I, Catala O, Lustman M, Chemla C, Bourgueil Y, Letrilliart L. Interprofessional collaboration in primary health care: a review of facilitators and barriers perceived by involved actors. *Journal of public health (Oxford, England)*. 2015;37(4):716-27.
- Wood E, Ohlsen s, Ricketts T. What are the barriers and facilitators to implementing Collaborative Care for depression? A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 214: 26-43.
- Wranik WD, Price S, Haydt SM, Edwards J, Hatfield K, Weir J, et al. Implications of interprofessional primary care team characteristics for health services and patient health outcomes: A systematic review with narrative synthesis. *Health Policy*. 2019.
- Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2008; 45(1): 140-53.

Appendix 3: Full case reports

Réseau Santé Balcon du Jura (RSBJ)

Le Réseau Santé Balcon du Jura (RSBJ) est un modèle de soins intégrés regroupant l'ensemble des prestataires de soins de la région (hôpital, structures médico-sociales et cabinet médical de premier recours) sous une gouvernance unique, dans le but d'améliorer la coordination et la continuité des soins et de maintenir en santé la population.

1) Contexte, objectifs et historique du projet

Créé en mai 2015, le Réseau Santé Balcon du Jura (RSBJ) s'inscrit dans la politique sanitaire cantonale vaudoise encourageant le développement de systèmes de soins qui permettront de répondre aux défis liés au vieillissement de la population. En favorisant la coordination et l'accessibilité des soins, le RSBJ vise à répondre plus efficacement aux besoins de la population du Balcon du Jura vaudois, caractérisée par une proportion importante de personnes âgées et socialement isolées, tout en réduisant les coûts globaux de la santé. L'objectif était de créer un pôle de santé local coordonné et intégré au Réseau Santé Nord Broye (RSNB) auquel pourrait s'adresser la grande majorité de la population de cette région périphérique.

Issu de la fusion en 1999 de l'hôpital et de l'EMS Balcon du Jura vaudois, le réseau s'est depuis élargi pour intégrer également un cabinet de médecine de premier recours, une plateforme de prévention et de promotion de la santé ainsi qu'une consultation psychiatrique ambulatoire. Le projet d'intégration des soins à domicile (organisation déjà membre du conseil d'administration depuis 2015) dans la gouvernance unique du RSBJ a débuté en février 2019 et devrait aboutir prochainement.

2) Prestations offertes

Le RSBJ, réparti sur deux sites dans la commune de Sainte-Croix, offre les prestations suivantes :

- L'hôpital délivre des soins stationnaires et ambulatoires : soins aigus de médecine, de réhabilitation gériatrique aigue et de chirurgie, policlinique, des consultations ambulatoires spécialisées, urgences 24h/24, plateau technique (laboratoire, radiologie, physiothérapie, etc.), REMU (renfort médicalisé d'urgence) ;
- L'EMS propose des lits de gériatrie et de psychiatrie de l'âge avancé, pour de courts et longs séjours ;
- Les structures d'accompagnement médico-social (SAMS) incluent un Centre d'Accueil Temporaire (CAT) et 20 logements protégés ;
- Le CMS propose des prestations des soins et d'aide à domicile ;
- Le cabinet de groupe offre des consultations de médecine générale, pédiatrique et psychiatrique ;
- En collaboration avec Promotion Santé Vaud puis Unisanté, le RSBJ offre également des prestations et des programmes de prévention et promotion de la santé.

Les prestations offertes par le RSBJ sont axées en priorité sur la médecine interne générale, la gériatrie aigue et l'accompagnement en gériatrie et psychiatrie de l'âge avancé. En tant que porte d'entrée dans le dispositif sanitaire régional et cantonal, le RSBJ trie et oriente par ailleurs les patients du Balcon du Jura vaudois au sein du Réseau Santé Nord Broye (RSNB). Le RSBJ est en outre un organisme de premier recours pour les migrants de la région (EVAM /USMI).

3) Organisation

Le Réseau Santé Balcon du Jura est une association composée de 2 organes :

- Le Conseil d'administration, qui intègre les usagers, les communes, le RSNB, l'association pour la Santé, la prévention et le maintien à domicile du Nord Vaudois (ASPMAD) et le Centre psychiatrique du Nord vaudois (SPN, CHUV).

- Le Conseil de direction intègre le directeur général et les responsables de départements. Les 5 départements sont transversaux et sont les suivants : département médical, département des soins, département administratif et financier, département logistique et exploitation et département des ressources humaines.

4) Coordination

Coordination des soins à l'intérieur du RSBJ

Plusieurs dispositifs ont été mis en place au sein du RSBJ pour faciliter la coordination des soins. Notons d'abord les réunions interdisciplinaires, qui existent essentiellement sous deux formats au RSBJ :

- Dans le cadre hospitalier : les « colloques interdisciplinaires de gériatrie » qui rassemblent une à deux fois par semaine tous les spécialistes (médecin gériatre, infirmier-ère spécialisé-e, ergothérapeutes, psychologues, physiothérapeute, diététicienne et infirmier-ère de liaison) afin de déterminer les objectifs de progression et les suites de la prise en charge, notamment à la sortie de l'hôpital, pour les patients âgés et vulnérables (identifiés dès leur entrée à l'hôpital).
- A l'interface des différents secteurs : les « réseaux » réunissant médecin traitant, médecin hospitalier, infirmier-ère de liaison, infirmier-ère du CMS, infirmier-ère de l'hôpital, patient et proches, organisés à la demande d'une des parties lors de situations bio-psycho-sociales complexes (en gériatrie mais aussi pour d'autres pathologies ou maladies chroniques) ;

La présence physique des infirmiers-ère-s du CMS lors des réseaux est une des spécificités du RSBJ et constitue un véritable atout en matière de coordination et continuité des soins lors des transitions.

Un autre dispositif favorisant la coordination des soins a été mis en place en 2019 au sein de l'unité des soins aigus de l'hôpital : il s'agit des « gestionnaires de parcours de soins (GPS) » (case managers). Ces infirmiers-ère-s (0.5 EPT) coordonnent les thérapies des intervenants auprès des patients entrant dans le programme de gériatrie aigüe, réalisent les pré-encodages pour les DRG et participent à la préparation des sorties des patients. Bien que leur activité est actuellement centrée sur le service de soins aigus, il existe une volonté d'élargir leur mission à l'ensemble du RSBJ. Des infirmiers-ère-s de liaison et des spécialistes travaillant au sein du Réseau Santé Nord Broye (RSNB) peuvent toutefois déjà être sollicité-e-s par le RSBJ pour gérer les cas particulièrement complexes ou pour des cas relevant de certaines spécialités (diabétologie par exemple).

La mise en commun des outils et processus est une autre étape importante dans le développement d'un réseau de soins intégrés. Le RSBJ y travaille depuis plusieurs années, mais demeure le problème de l'interopérabilité des outils informatiques. Actuellement, chaque pôle du RSBJ utilise son propre logiciel de gestion des données patients (Carefolio pour l'EMS, Soarian pour l'hôpital, MedLink pour les soins à domicile et MediWay pour le cabinet de médecine de premier recours). Avec l'intégration des soins à domicile au sein du RSBJ, une réflexion a été lancée sur la mise en commun des outils d'évaluation et des dossiers informatisés. La difficulté étant de trouver une solution qui convienne à tous les partenaires. Une solution pour l'avenir serait d'avoir un dossier informatisé commun au moins à l'hôpital, l'EMS et aux soins à domicile, le cabinet médical ayant des besoins trop spécifiques. Un tel outil permettrait de faciliter et accélérer la transmission des informations entre les différents partenaires de soins du réseau. A ce propos, notons que les médecins travaillant au sein du cabinet de médecine de premier recours ont accès à l'application Soarian et peuvent donc déjà consulter les dossiers médicaux de leurs patients hospitalisés, ce qui est déjà un avantage non négligeable. Le lancement à la fin mai 2021 du dossier électronique du patient (DEP) dans les cantons de Vaud, Genève, Fribourg, du Jura et du Valais (via l'Association intercantonale CARA), constituera un outil supplémentaire en vue d'améliorer la coordination et la qualité des soins. Très attendu, le DEP devra dans l'idéal intégrer un plan de soins partagé et un plan de médication partagé pour être pleinement efficace. Actuellement, le seul outil qui permet d'inclure les objectifs thérapeutiques et le plan de traitement est le Document Médico-Social de Transmission (DMST), un document cantonal standardisé utilisé actuellement par les professionnels de santé du canton de Vaud pour assurer la continuité d'information lorsqu'un patient est transféré. Malgré ses qualités intrinsèques, il semblerait qu'il soit largement sous-utilisé. Le DEP pourrait donc peut-être pallier à ce manque.

Coordination avec les partenaires externes

En ce qui concerne la coordination avec les acteurs externes au réseau, le RSBJ a noué des partenariats avec divers prestataires de soins de la région ou du canton, au premier rang desquels figure le Réseau Santé Nord Broye (RSNB). Le RSBJ est intégré au RSNB et à ce titre bénéficie des prestations ambulatoires offertes par le RSNB (par ex. consultation de diabétologie, Centre Mémoire et Centre Gériatrie, Equipe Mobile de Soins Palliatifs). Les liens entre les deux réseaux sont très étroits, le RSBJ étant représenté dans les comités cliniques, les comités stratégiques ou les comités de pilotage du RSNB. De nombreux projets sont donc menés en partenariat avec le RSNB. Le RSBJ collabore en outre avec les deux autres Pôles Santé (hôpital, CMS, EMS) des régions de montagnes, le Pôle Santé du Pays-d'Enhaut et le Pôle Santé Vallée de Joux, afin d'élaborer des stratégies coordonnées au niveau cantonal. Finalement, le RSBJ a établi des conventions de collaboration avec les Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) et avec le CHUV et Unisanté pour la prise en charge des migrants.

5) Financement

L'innovation majeure du RSBJ réside dans le regroupement des différents prestataires de santé sous une gouvernance unique. Le processus d'intégration ne se limite donc pas au niveau des pratiques mais s'étend jusqu'au niveau des modes d'organisation et de financement. Un mode de gouvernance unique signifie non seulement une mise en commun des interfaces numériques et des processus mais également un mode de financement et de rémunération unique. C'est en effet uniquement en assumant une responsabilité financière partagée que les différents acteurs sont amenés à collaborer pleinement, en plaçant le bien commun au-dessus de leur propre intérêt. Or, le RSBJ est actuellement limité par un cadre légal qui impose des modes de rémunération et de financement distincts pour l'hôpital, l'EMS, les soins à domicile et le cabinet de médecine de premier recours. Pour développer un modèle de soins réellement intégrés tel que l'ambitionne le RSBJ, de nouvelles modalités de financement, par exemple via des forfaits globaux, et un nouveau cadre légal fédéral sont donc nécessaires. Les prestations de promotions de la santé et de prévention, de même que les activités de coordination devraient par ailleurs pouvoir être mieux remboursées.

6) Publications

- Krummenacher, I., Manfait, F., Planchamp, C., Daher, O., Pichon, R., Zelger, G. L. (2012) Développement d'un plan de traitement pour le patient à la sortie de l'hôpital. PharmaJournal, 22, 17-22.
- Daher, O., Nguyen, S., Smith, C., Bülab, C., Démonet, J. (2016). Prise en charge et prevention des pathologies démentielles. Rev Med Suisse, volume 2. no. 515, 799-802.

Réseau Santé Balcon du Jura (RSBJ)

Translated version

Das Réseau Santé Balcon du Jura (RSBJ) ist ein Modell der integrierten Versorgung, das alle Leistungserbringer in der Region (Spital, medizinisch-soziale Strukturen und ärztliche Grundversorgung) unter einer einzigen Leitung zusammenführt mit dem Ziel, die Koordination und Kontinuität der Versorgung zu verbessern und die Bevölkerung gesund zu halten.

1) Kontext, Ziele und Geschichte des Projekts

Das im Mai 2015 gegründete Réseau Santé Balcon du Jura (RSBJ) ist Teil der Gesundheitspolitik des Kantons Waadt und fördert die Entwicklung von Versorgungssystemen, die den Herausforderungen einer alternden Bevölkerung gerecht werden. Durch die Förderung der Koordination und Zugänglichkeit der Versorgung will das RSBJ besser auf die Bedürfnisse der Bevölkerung des Waadtländer Jura-Balkons eingehen, der durch einen hohen Anteil älterer und sozial isolierter Menschen gekennzeichnet ist, und gleichzeitig die Gesundheitskosten insgesamt senken. Ziel war es, ein lokales Gesundheitszentrum zu schaffen, das die Angebote koordiniert und in die Versorgungsregion Réseau Santé Nord Broye (RSNB) integriert ist, und an das sich die große Mehrheit der Bevölkerung dieser peripheren Region wenden kann.

Das Netzwerk entstand 1999 durch den Zusammenschluss des Waadtländer Spitals und einer medizinische-soziale Einrichtung für ältere Menschen (EMS – «Etablissement médico-social») des Balcon du Jura und hat sich seitdem um eine Hausarztpraxis, ein Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung sowie eine ambulante psychiatrische Sprechstunde erweitert. Das Projekt zur Integration der häuslichen Pflege (eine Organisation, die bereits seit 2015 Mitglied des Vorstands ist) in die Geschäftsführung des RSBJ begann im Februar 2019 und sollte bald abgeschlossen sein.

2) Angebotene Dienste

Das RSBJ, verteilt auf zwei Standorte in der Gemeinde Sainte-Croix, bietet folgende Dienstleistungen an:

- Das Spital bietet stationäre und ambulante Versorgung: akute medizinische Versorgung, akute geriatrische Rehabilitation und Chirurgie, Poliklinik, spezialisierte ambulante Konsultationen, 24-Stunden-Notfall, technische Basis (Labor, Radiologie, Physiotherapie, etc.), Notfallmedizinische Unterstützung (REMU – «renfort médicalisé d'urgence»);
- Das EMS bietet Betten für Geriatrie und Psychiatrie im Alter, für Kurz- und Langzeitaufenthalte;
- Die medizinisch-sozialen Unterstützungsstrukturen (SAMS – «structures d'accompagnement médico-social») beinhalten eine Abteilung für Übergangspflege (CAT – «Centre d'accueil temporaire») und 20 betreute Wohneinheiten;
- Ein medizinisch-soziales Zentrum (CMS – «centre médico-social») bietet häusliche Pflege- und Betreuungsleistungen an;
- Die Gemeinschaftspraxis bietet Sprechstunden für Allgemeinmedizin, Pädiatrie und Psychiatrie an;
- In Zusammenarbeit mit Promotion Santé Vaud und Unisanté bietet das RSBJ auch Dienstleistungen und Programme zur Prävention und Gesundheitsförderung an.

Das Leistungsangebot des RSBJ konzentriert sich vor allem auf die Allgemeine Innere Medizin, die Akutgeriatrie und die Betreuung in der Geriatrie und Psychiatrie des höheren Alters. Als Schnittstelle zum regionalen und kantonalen Gesundheitssystem betreut das RSBJ die Patienten aus dem Balcon du Jura vaudois innerhalb der Versorgungsregion Réseau Santé Nord Broye (RSNB). Die RSBJ ist auch eine Primärversorgungsorganisation für Migranten in der Region (EVAM /USMI).

3) Organisation

Das Réseau Santé Balcon du Jura ist eine Vereinigung, die aus 2 Organen besteht:

- Der Verwaltungsrat, in dem die Nutzer, die Gemeinden, die RSNB, der Verein für Gesundheit, Prävention und häusliche Pflege des Waadtlandes (ASPMAD) und das Psychiatrische Zentrum des Waadtlandes (SPN, CHUV) vertreten sind.

- Der Vorstand besteht aus dem Generaldirektor und den Leitern der Abteilungen. Die 5 Abteilungen sind übergreifend und lauten wie folgt: medizinische Abteilung, Pflegeabteilung, Verwaltungs- und Finanzabteilung, Logistik- und Betriebsabteilung und Personalabteilung.

4) Koordination

Koordination der Versorgung innerhalb der RSBJ

Innerhalb der RSBJ wurden mehrere Mechanismen eingerichtet, um die Koordination der Versorgung zu erleichtern. Zum einen gibt es die interdisziplinären Treffen, die es im RSBJ in zwei Hauptformaten gibt:

- Im Spitalbereich: die "interdisziplinären geriatrischen Kolloquien", bei denen ein- bis zweimal wöchentlich alle Fachleute (geriatrischer Arzt, Pflegefachperson, Ergotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Diätassistenten und Pflegefachperson des Liaison-Dienstes) zusammenkommen, um die Behandlungs- und Nachsorgeziele, insbesondere bei der Entlassung aus dem Spital, für ältere und gefährdete Patienten (die bei der Aufnahme ins Spital identifiziert werden) festzulegen.
- An der Schnittstelle der verschiedenen Bereiche: bei "Netzwerk-Treffen" kommen der behandelnde und der Spitalarzt, die Pflegefachpersonen des Liaison-Dienstes und der häuslichen Pflege, die Spital-Pflegefachperson, sowie die Patienten und die Angehörigen zusammen, organisiert auf Wunsch einer der Parteien in komplexen bio-psycho-sozialen Situationen (vor allem in der Geriatrie, aber auch bei anderen Erkrankungen oder chronischen Krankheiten).

Die physische Anwesenheit der Pflegefachperson aus der häuslichen Pflege (CMS) während der Netzwerk-Treffen ist eine der Besonderheiten des RSBJ, und stellt einen echten Vorteil in Bezug auf die Koordination und Kontinuität der Pflege bei Übergängen dar.

Eine weitere Massnahme zur Förderung der Versorgungskoordination wurde 2019 innerhalb der Akutstation des Spitales eingeführt: das sind die Fallmanager (CPM – "Care Pathway Manager"). Diese Pflegefachpersonen (insgesamt eine halbe Vollzeitstelle) koordinieren die interprofessionelle Behandlung und Betreuung der Patienten, die in ein akutgeriatrisches Setting eintreten. Sie führen die Vorkodierungen für die DRGs durch und beteiligen sich an der Austrittsplanung. Obwohl sich ihre Tätigkeit derzeit auf den Akutpflegebereich konzentriert, besteht der Wunsch, ihren Auftrag auf das gesamte RSBJ auszuweiten. Liaison-Pflegefachpersonen und andere spezialisierte Fachpersonen, die innerhalb des Versorgungsregion Réseau Santé Nord Broye (RSNB) arbeiten, können bereits vom RSBJ für besonders komplexe Fälle oder für Fälle, die bestimmte Spezialisierungen betreffen (z.B. Diabetes), herangezogen werden.

Die Bündelung von Instrumenten und Prozessen ist ein weiterer wichtiger Schritt bei der Entwicklung eines integrierten Versorgungsnetzwerks. Der RSBJ arbeitet schon seit einigen Jahren daran, aber das Problem der Interoperabilität von IT Tools bleibt bestehen. Derzeit verwendet jede RSBJ-Abteilung ihre eigene Software zur Verwaltung von Patientendaten (Carefolio für den Rettungsdienst, Soarian für das Spital, MedLink für die häusliche Pflege und MediWay für die Hausarztpraxis). Mit der Integration der häuslichen Pflege in die RSBJ wurde eine Reflexion über die gemeinsame Nutzung von Assessmentinstrumenten und computergestützter Dokumentation eingeleitet. Die Schwierigkeit besteht darin, eine Lösung zu finden, die allen Partnern gerecht wird. Eine Lösung für die Zukunft wäre eine gemeinsame computergestützte Patientenakte zumindest für das Spital, den Rettungsdienst und die häusliche Pflege. Die Arztpraxis hat spezifische Bedürfnisse. Ein solches Instrument würde die Übertragung von Informationen zwischen den verschiedenen Versorgungspartnern im Netzwerk erleichtern und beschleunigen. In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass Ärzte, die in der Hausarztpraxis arbeiten, Zugriff auf die Soarian-Anwendung haben und somit bereits die Krankenakten ihrer hospitalisierten Patienten einsehen können, was bereits einen erheblichen Vorteil darstellt. Mit der Einführung des elektronischen Patientendossiers (EPD) Ende Mai 2021 in den Kantonen Waadt, Genf, Freiburg, Jura und Wallis (über den interkantonalen Verband CARA) wird ein zusätzliches Instrument zur Verbesserung der Koordination und der Qualität der Versorgung geschaffen. Das EPD wird mit Spannung erwartet und sollte idealerweise einen gemeinsamen Pflegeplan und einen gemeinsamen Medikationsplan enthalten, um voll wirksam zu sein. Derzeit ist das einzige Instrument, das die Aufnahme von Therapiezielen und des Behandlungsplans ermöglicht, das "Document Médico-Social de Transmission" (DMST), ein standardisiertes kantonales Dokument, das derzeit von

den medizinischen Fachpersonen im Kanton Waadt verwendet wird, um die Kontinuität der Informationen bei der Verlegung eines Patienten sicherzustellen. Trotz seiner inhärenten Qualitäten scheint es, dass es noch zu genutzt wird. Die EPD könnte also vielleicht dieses Manko ausgleichen.

Koordination mit externen Partnern

Im Hinblick auf die Koordination mit Akteuren außerhalb des Netzwerks hat das RSBJ Partnerschaften mit verschiedenen Leistungserbringern in der Region bzw. im Kanton aufgebaut, allen voran dem Réseau Santé Nord Broye (RSNB). Das RSBJ ist in das RSNB integriert und profitiert als solches von den ambulanten Angeboten des RSNB (z.B. Diabetes-Sprechstunde, Memory- und Geriatrie-Zentrum, Mobiles Palliative Care Team). Die Verbindungen zwischen den beiden Netzwerken sind sehr eng, das RSBJ ist in den klinischen Gremien, den strategischen Gremien oder den Lenkungsausschüssen des RSNB vertreten. Viele Projekte werden daher in Partnerschaft mit der RSNB durchgeführt. Das RSBJ arbeitet auch mit den anderen Versorgungszentren (Spital, CMS, EMS) in den Bergregionen, dem Pôle Santé du Pays-d'Enhaut und dem Pôle Santé Vallée de Joux, zusammen, um koordinierte Strategien auf kantonaler Ebene zu entwickeln. Schließlich hat das RSBJ Kooperationsvereinbarungen mit den Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv) sowie mit dem CHUV und Unisanté für die Betreuung von Migranten abgeschlossen.

5) Finanzierung

Die wesentliche Neuerung des RSBJ liegt in der Zusammenführung der verschiedenen Gesundheitsdienstleister unter einer einzigen Leitung. Der Integrationsprozess ist also nicht auf die Ebene der Praxis/ resp. Klinik beschränkt, sondern erstreckt sich auf die Ebene der Organisation und der Finanzierung. Ein einheitlicher Führungs-Modus bedeutet nicht nur eine Bündelung von digitalen Schnittstellen und Prozessen, sondern auch einen einheitlichen Finanzierungs- und Vergütungsmodus. Nur durch die Übernahme einer gemeinsamen finanziellen Verantwortung werden die verschiedenen Akteure dazu gebracht, umfassend zusammenzuarbeiten und das Gemeinwohl über ihre eigenen Interessen zu stellen. Allerdings wird die RSBJ derzeit durch einen gesetzlichen Rahmen eingeschränkt, der getrennte Vergütungs- und Finanzierungsmethoden für Spitäler, EMS, häusliche Pflege und Praxen der Grundversorgung vorschreibt. Um ein wirklich integriertes Versorgungsmodell, wie es der RSBJ anstrebt, zu entwickeln, sind daher neue Finanzierungsmethoden, zum Beispiel über Globalpakete, und ein neuer föderaler Rechtsrahmen notwendig. Außerdem ist es wichtig, die Vergütung von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Koordination von Aktivitäten zu verbessern.

6) Veröffentlichungen

- Krummenacher, I., Manfait, F., Planchamp, C., Daher, O., Pichon, R., Zelger, G. L. (2012) Développement d'un plan de traitement pour le patient à la sortie de l'hôpital. PharmaJournal, 22, 17-22.
- Daher, O., Nguyen, S., Smith, C., Bülab, C., Démonet, J. (2016). Prise en charge et prevention des pathologies démentielles. Rev Med Suisse, volume 2. no. 515, 799-802.

Projet INTERMED

Le projet INTERMED est un nouveau modèle de coordination et d'accompagnement proactif des patients atteints de maladies chroniques. Il vise à promouvoir l'activité infirmière et la collaboration interprofessionnelle en cabinet de médecine de famille. Deux binômes médico-infirmiers fonctionnent actuellement sur ce modèle dans un cabinet de groupe neuchâtelois.

1) Contexte, objectifs et historique du projet

Le projet Intermed est né en 2014 de la volonté d'une infirmière de pratique avancée et d'un médecin généraliste de développer la collaboration et la consultation infirmière au sein du cabinet Medi-Centre à La Chaux-de-Fonds. L'objectif du projet était d'optimiser la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques ou en situation de complexité en mettant en place un soutien infirmier personnalisé et en améliorant la coordination des soins entre les différents professionnels de santé et le médecin traitant. Pour cela, Medi-Centre s'est associé avec la Haute Ecole Arc Santé à Neuchâtel afin de mettre sur pied un projet de recherche visant à formaliser ce modèle de soins et évaluer son efficacité. Un partenariat a par ailleurs été noué avec la CSS (pour la sélection des critères d'évaluation, le suivi de l'évolution des coûts induits et la promotion du modèle) et avec La Poste-CH (pour le développement d'un plan de soins partagé) et le projet a été accepté par l'Agence suisse pour l'encouragement de l'innovation (Innosuisse) en 2017. Le rapport final de la recherche-action participative menée par la HE-Arc Santé est attendu pour 2022.

2) Prestations offertes

L'infirmier-ère de soutien en premier recours (ISP) soulage le médecin dans la prise en charge des patients complexes en assurant une partie du suivi clinique et en gérant le réseau pluri professionnel entourant le patient. En collaboration avec le médecin généraliste, l'ISP propose des prestations d'accompagnement personnalisé et de coordination, ainsi qu'une offre de dépistage et d'éducation thérapeutique. Très engagée auprès des patients, elle est facilement atteignable et prête à intervenir rapidement lorsqu'une situation se dégrade ou lorsqu'il s'agit de défendre les intérêts d'un patient. Alors que le projet ciblait à l'origine les patients moyennement et hautement complexes, il s'est élargi récemment à des patients faiblement atteints dans leur santé qui présentent toutefois des risques de développer une maladie chronique non transmissible dans les mois à venir, (projet INTERMED+ financé par Promotion Santé Suisse¹¹).

Dans la pratique, lorsqu'un besoin est identifié chez un patient (i.e. patient à risque de développer une maladie chronique, patient souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques, ou patient en situation biopsychosociale complexe), le patient se voit proposer un suivi infirmier sous forme de : a) suivi clinique alterné avec le médecin, b) suivi de coordination, c) accompagnement éducatif en prévention secondaire (dépistage d'une maladie chronique et orientation vers les structures de soutien), d) consultations d'éducation thérapeutique individuelles et/ou collectives (soutien à l'autogestion dans le cas d'une maladie chronique). Ainsi, la présence de l'ISP permet de renforcer le suivi clinique des patients en offrant une prise en charge centrée sur le patient et personnalisée. Les patients soulignent la qualité de l'écoute et la disponibilité de l'infirmière, le fait qu'ils se sentent soutenus dans la gestion de leur(s) maladie(s). Ils apprécient d'avoir une personne de référence vers qui se tourner dans le système de soins complexe. Cette dernière joue en effet un rôle transversal dans la prise en charge des patients. Elle suit les patients tout au long de leur parcours de soins et se positionne auprès des autres acteurs de santé comme une interlocutrice privilégiée, facilitant l'échange d'information et la continuité des soins, notamment dans les moments de transitions, telles que le retour à domicile après une hospitalisation.

3) Organisation

Deux binômes médico-infirmiers exercent actuellement sous le modèle INTERMED dans le cabinet Medi-Centre, à La Chaux-de-Fonds. Medi-Centre SA est un cabinet de groupe constitué de trois médecins

¹¹ <https://promotionsante.ch/pds/projets-soutenus/intermed.html>

généralistes (dont un est spécialisé en néphrologie), un pédiatre, une diabétologue-endocrinologue, une diététicienne, deux infirmières, une secrétaire et trois assistantes médicales. Il est prévu qu'une gynécologue-obstétricienne et une sage-femme rejoignent prochainement le cabinet et des discussions sont en cours avec le Centre Neuchâtelois de Psychiatrie afin de proposer des consultations psycho-gériatriques au cabinet.

Les deux infirmières travaillent à un taux d'activité de 50% et 30%, respectivement. L'une d'elle est infirmière de pratique avancée (Master réalisé en France) et s'est formée à la diabétologie, et l'autre n'a pas de diplôme infirmier supérieur mais a de l'expérience dans la gestion des maladies chroniques. Depuis le lancement du projet en 2014, plusieurs infirmières ont montré leur intérêt à travailler sous ce modèle, mais elles ont toutes renoncé en raison des incertitudes liées au statut d'indépendante et à la difficulté de financer les activités infirmières.

4) Coordination

Coordination des soins à l'intérieur du cabinet

Le modèle de coordination d'INTERMED est un modèle mettant en avant en premier lieu la collaboration entre l'infirmière, le médecin de famille et le patient. Les assistantes médicales, de même que les partenaires de l'équipe thérapeutique externes au cabinet, ne font pas à proprement parler partie du modèle INTERMED, bien qu'ils soient bien évidemment amenés à collaborer avec le médecin et l'infirmière. Les modalités de la collaboration entre le médecin généraliste et l'infirmière de soutien en premier recours (ISP) ainsi que les rôles et responsabilités de chacun n'ont pas été définis de manière formelle mais se sont construits par ajustements mutuels, discussions et négociations, au quotidien dans la prise en charge des patients ou lors de séances planifiées. La marge d'autonomie de l'infirmière peut varier selon les binômes, en fonction de l'expérience, de la formation et de l'assurance de l'infirmière, ainsi que de la confiance et de la place qui lui est accordée par le médecin.

L'infirmière et le médecin se réunissent, généralement mensuellement, afin de discuter des cas qu'ils ont en commun, mais la fréquence des réunions peut varier en fonction des besoins (par ex. hospitalisation). En dehors de ces séances planifiées, les échanges se font principalement de manière informelle et spontanée dans les locaux du cabinet ou via messagerie instantanée. Les dossiers médicaux des patients sont informatisés (TRIAMED) et autant le médecin que l'infirmière y ont accès en lecture et écriture ; la planification du suivi des patients communs est tenue à jour par l'infirmière.

Des colloques thématiques (ex : sur l'entretien motivationnel, sur l'alimentation) sont régulièrement organisées à l'attention de tous les membres du cabinet afin de favoriser le partage des savoirs et les pauses de midi sont aussi l'occasion d'échanger entre membres de l'équipe, assurant ainsi la bonne entente et la cohésion nécessaire à la collaboration interprofessionnelle au sein du cabinet. Les deux infirmières du cabinet se rencontrent également régulièrement pour échanger sur leurs méthodes de travail et leur rôle au sein du cabinet. Dans ce modèle la coordination entre les membres du cabinet a peu été formalisée mais la qualité de la collaboration est garantie par la proximité spatiale, la bonne entente et la cohésion entre tous les membres de l'équipe.

Coordination avec les partenaires externes

L'infirmière de soutien en premier recours organise régulièrement des réunions (« réseaux ») incluant tous les professionnels impliqués dans la prise en charge d'un patient ainsi que le patient et ses proches pour faire le point sur la situation bio-psycho-sociale du patient et décider en commun de l'orientation que doit prendre la prise en charge. Le projet de plans de soins partagé avec La Poste-CH ayant avorté, un nouveau contrat a été signé en 2019 avec l'entreprise Colnec health afin de développer un outil qui réponde aux besoins du cabinet Medi-centre. Finalisé au printemps 2021, ce plan de soins partagé, également disponible sous forme d'application mobile, intègre les objectifs de soins du patient, son parcours de soins et un suivi des données cliniques notamment. Il propose également des alertes et des fonctions permettant la collaboration interactive entre professionnels de santé (partage de documents, téléconsultation, messagerie instantanée).

L'organisation du plan de soins partagé reste de la responsabilité de l'infirmière mais tous les partenaires de soins ont accès aux données et peuvent ajouter des commentaires. Les objectifs de soins ne peuvent toutefois pas être modifiés de manière unilatérale et sont toujours le fruit d'une discussion entre toutes les parties prenantes. Les membres de Medi-Centre sont très satisfaits de ce nouvel outil et l'utilisent régulièrement. L'enjeu réside maintenant dans sa compatibilité avec le dossier électronique du patient (DEP) neuchâtelois qui se déploie progressivement dans le canton depuis mai 2021. Bien qu'il soit prévu qu'à terme les deux systèmes puissent être reliés, le risque demeure que le canton de Neuchâtel – de même que les autres cantons romands membres de l'association CARA – choisissent un autre plan de soins partagé que Colnec pour une implémentation à plus large échelle.

La mise en place d'un nouveau rôle d'infirmier-ère de soutien en premier recours n'a pas été sans susciter des résistances de la part de certains partenaires. En l'absence de formation spécifique reconnue, la légitimité des ISP à coopérer avec des équipes thérapeutiques déjà constituées peut être remise en question. Cette méconnaissance du rôle de l'ISP et sa plus-value devient d'autant plus problématique dans les institutions qui présentent un turn-over infirmier important. A chaque nouvel interlocuteur, l'ISP doit se présenter, expliquer son activité et convaincre de l'utilité à collaborer avec elle, ce qui est particulièrement épuisant et qui rend la collaboration, notamment avec les hôpitaux, très difficile. A noter que le rôle du fournisseur de soins primaires de manière générale, n'est pas suffisamment valorisé. Ainsi, lorsqu'un patient de Medi-Centre est hospitalisé, une collaboration se met instantanément en place entre l'hôpital et le CMS, sans consultation du médecin de famille, et il est très difficile pour l'infirmière de soutien en premier recours d'être intégrée dans le processus de décision. Au vu de toutes ces barrières, les binômes médico-infirmiers de Medi-Centre tendent aujourd'hui à privilégier les partenaires stables et ouverts à ce nouveau modèle de coordination. De nombreux professionnels de santé ont en effet accepté sans difficulté cette nouvelle manière de fonctionner et sont ravis d'avoir une interlocutrice unique, disponible, qui est proche du médecin traitant et qui a une vision globale de la situation du patient pour collaborer.

5) Financement

Le projet de recherche INTERMED est co-financé par Innosuisse, la HES-SO et Medi-Centre SA. Le fond octroyé par Innosuisse permet de financer la recherche-action menée par la Haute Ecole Arc Santé, mais les binômes médico-infirmiers de Medi-Centre n'ont bénéficié d'aucun soutien financier externe.

Les infirmières de Medi-Centre ne sont pas salariées mais ont un statut d'indépendantes. Elles interviennent sur prescription médicale et dans le cadre de l'article 7 de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS). Ce système tarifaire permet théoriquement le remboursement des prestations d'évaluation, de conseils et de coordination ainsi que les examens cliniques réalisés par l'infirmière, mais dans les faits cela ne couvre pas l'entièreté des prestations de soins réalisés par les ISP dans le cadre du projet INTERMED. Cela n'inclut pas tous les appels téléphoniques ou rencontres avec les partenaires de l'équipe thérapeutique, ainsi que bon nombre de temps de contact avec les patients (contacts téléphoniques, sms, messagerie instantanée ou visites au domicile des patients). Par ailleurs, pour se faire rembourser dans le cadre de l'OPAS, l'infirmière doit établir des devis prévisionnels, alors que les prestations sont souvent réalisées dans l'urgence, en fonction de l'évolution parfois brutale de l'état de santé des patients. Ce mode de fonctionnement n'est donc pas adapté au suivi de patients complexes ou fragiles.

Un second problème majeur réside dans la réticence récurrente de certaines assurances maladies de rembourser certaines prestations infirmières, telles que les séances de coordination nécessaires à la préparation de la sortie d'hôpital ou les consultations de prévention et promotion de la santé chez les patients faiblement atteints dans leur santé présentant toutefois des risques de développer une MNT dans les mois à venir. La plupart des assurances maladies refusent en outre de rembourser des prestations de coordination si un autre mandat de coordination (par exemple par un-e infirmier-ère de soins à domicile) existe déjà pour un même patient.

En ce qui concerne les prestations médicales, le TARMED limite les prestations en l'absence du patient à 30 minutes tous les 3 mois, ce qui ne suffit pas à couvrir toutes les activités de coordination du médecin (avec l'infirmière et avec les intervenants externes) dans le suivi des situations complexes.

Ainsi, en définitive, les prestations INTERMED, et notamment celles des infirmières, ne sont que marginalement – et aléatoirement – couvertes par l'assurance maladie de base, ce qui ne permet pas d'assurer une source de revenus suffisante et stable aux infirmières qui travaillent ou ont travaillé à Medi-Centre. Ces dernières ont rejoint le projet INTERMED essentiellement par conviction et par volonté de promouvoir ce nouveau modèle de soins, tout en ayant une autre source de revenu en parallèle. Pourtant, de par le suivi et le soutien apporté aux personnes souffrant de maladies chroniques ou à risque, c'est un modèle qui a le potentiel de réduire les coûts en réduisant le nombre d'hospitalisations et en limitant les interventions ou prises en charge inutiles. De par sa vision globale de la situation des patients et de leur parcours de soins, l'ISP est à même d'éviter les doublons ou d'intervenir lorsque les patients se voient proposer – ou imposer – des services non adaptés à leur situation personnelle ou non désirés.

A noter que Medi-Centre étudie actuellement un nouveau modèle qui permettrait de salarier les infirmières, comme c'est déjà le cas actuellement dans certains cabinets ou centres de santé pluriprofessionnels en suisse-allemande. Ce nouveau modèle financier aurait l'avantage d'être viable économiquement et permettrait de dépasser une barrière importante rencontrée dans la mise en œuvre du projet INTERMED, à savoir la difficulté à trouver des infirmières acceptant de travailler comme indépendantes, avec tous les risques qui en résultent.

6) Publications

- Bramaud du Boucheron, A., Giovannini, M., & Walger, O. (2017). Le Chronic Care Model appliqué au premier recours. *Soins Infirmiers : Krankenpflege*, (6), 55–57.
- Messerli, O., Bramaud du Boucheron, A., Brisebard, S., Walger, O. (2019). La consultation infirmière dans un cabinet médical. *Krankenpflege / Soins infirmiers / Cure infermieristica*, 8, 64-67.

INTERMED-Projekt

Das Projekt INTERMED ist ein neues Modell für die proaktive Koordination und Unterstützung von Patienten mit chronischen Krankheiten. Es zielt darauf ab, die pflegerische Tätigkeit und die interprofessionelle Zusammenarbeit in der hausärztlichen Praxis zu fördern. Zwei ärztlich-pflegerische Tandems arbeiten derzeit in einer Gemeinschaftspraxis in Neuenburg zusammen.

1) Kontext, Ziele und Geschichte des Projekts

Das Projekt Intermed entstand 2014 auf Wunsch einer Advanced Practice Nurse (APN) und eines Allgemeinmediziners, eine multi-professionelle Zusammenarbeit und pflegerische Beratung innerhalb der Praxis Medi-Centre in La Chaux-de-Fonds zu entwickeln. Ziel des Projekts war es, die Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen und/ oder in komplexen Situationen zu optimieren, indem eine individualisierte, pflegerische Betreuung eingerichtet und die Koordination der Versorgung zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen und dem behandelnden Arzt verbessert wurde. Zu diesem Zweck hat Medi-Centre gemeinsam mit der Haute Ecole Arc Santé in Neuchâtel ein Forschungsprojekt ins Leben gerufen, das darauf abzielt, dieses Betreuungsmodell zu formalisieren und seine Wirksamkeit zu evaluieren. Darüber hinaus wurde eine Partnerschaft mit der CSS (für die Auswahl der Bewertungskriterien, die Überwachung der Entwicklung der induzierten Kosten und die Förderung des Modells) und mit La Poste-CH (für die Entwicklung eines gemeinsamen Behandlungsplans) gegründet und das Projekt wurde 2017 von der Schweizer Agentur für Innovationsförderung (Innosuisse) gefördert. Der Abschlussbericht der partizipativen Aktionsforschung, die von HE-Arc Santé durchgeführt wurde, wird für 2022 erwartet.

2) Angebotene Dienste

Die Pflegefachperson für die Grundversorgung (PHCN - Primary Health Care Nurse) entlastet den Arzt bei der Betreuung komplexer Patienten, indem sie einen Teil der klinischen Nachsorge sicherstellt und das multiprofessionelle Netzwerk rund um den Patienten steuert. In Zusammenarbeit mit dem Hausarzt bietet die PHCN personalisierte Unterstützungs- und Koordinationsdienste sowie Screening und therapeutische Aufklärung. Sie ist sehr engagiert im Umgang mit den Patienten, ist leicht zugänglich und bereit, schnell einzugreifen, wenn sich eine Situation verschlechtert oder wenn es notwendig ist, die Interessen eines Patienten zu verteidigen. Ursprünglich war das Projekt auf Patienten mit mittlerer und hoher Komplexität ausgerichtet, wurde vor kurzem auch auf Patienten mit einem geringen Grad an gesundheitlicher Beeinträchtigung ausgeweitet, die dennoch das Risiko haben, in den kommenden Monaten eine chronische, nicht übertragbare Krankheit zu entwickeln (Projekt INTERMED+, finanziert von Gesundheitsförderung Schweiz).

In der Praxis, wenn ein Bedarf (1) bei einem Patienten mit dem Risiko, eine chronische Krankheit zu entwickeln, oder (2) bei einem Patienten, der an einer oder mehreren chronischen Krankheiten leidet, oder (3) bei einem Patienten in einer komplexen biopsychosozialen Situation festgestellt wird, besteht das Angebot einer pflegerischen Nachsorge in Form von:

- a. abwechselnder klinischer Nachsorge mit dem Arzt,
- b. Koordinationsnachsorge,
- c. pädagogischer Unterstützung in der Sekundärprävention (Screening für eine chronische Krankheit und Überweisung an Unterstützungsstrukturen),
- d. therapeutischer Einzel- und/oder Gruppenberatung (Unterstützung für das Selbstmanagement im Falle einer chronischen Krankheit).

Das Vorhandensein der PHCN ermöglicht es somit, die klinische Nachsorge von Patienten zu verstärken, indem eine patientenzentrierte und personalisierte Betreuung angeboten wird. Die Patienten betonen die Qualität der Aufmerksamkeit und Erreichbarkeit der Pflege und die Tatsache, dass sie sich bei der Bewältigung ihrer Krankheit(en) unterstützt fühlen. Sie schätzen es, eine Bezugsperson zu haben, an die sie sich in dem komplexen Versorgungssystem wenden können. Diese Person spielt eine übergreifende Rolle bei der Behandlung von Patienten. Er/sie folgt den Patienten auf ihrem gesamten Versorgungsweg und positioniert sich als primärer Gesprächspartner/ in mit den anderen Akteuren des Gesundheitswesens, um den Informationsaustausch und die

Kontinuität der Versorgung zu erleichtern, insbesondere in Momenten des Übergangs, wie z. B. bei der Rückkehr nach Hause nach einem Krankenhausaufenthalt.

3) Organisation

In der Praxis Medi-Centre in La Chaux-de-Fonds arbeiten derzeit zwei Ärzte-Pflegefachpersonen-Tandems nach dem INTERMED-Modell. Medi-Centre SA ist eine Gemeinschaftspraxis, die aus drei Allgemeinärzten (einer davon mit Spezialisierung auf Nephrologie), einem Kinderarzt, einem Diabetologen-Endokrinologen, einer Diätassistentin, zwei Pflegefachpersonen, einer Sekretärin und drei Medizinischen Praxis-Assistentinnen besteht. In naher Zukunft sollen ein Gynäkologe und eine Hebamme in die Praxis kommen, und es laufen Gespräche mit dem Psychiatrischen Zentrum Neuenburg, um psycho-geriatrische Sprechstunden in der Praxis anzubieten.

Die beiden Pflegefachpersonen arbeiten mit einem Anteil von 50 % bzw. 30 % auf freiberuflicher Basis. Eine von ihnen ist eine Advanced Practice Nurse (APN mit Master-Abschluss in Frankreich) und hat sich auf Diabetes spezialisiert, die andere hat einen MAS im Pflegebereich, und Erfahrung im Management chronischer Krankheiten. Seit dem Start des Projekts im Jahr 2014 haben mehrere Pflegefachpersonen Interesse gezeigt, nach diesem Modell zu arbeiten, aber sie haben alle aufgrund der Unsicherheiten des Selbstständigen-Status' und der Schwierigkeit der Finanzierung von Pflegetätigkeiten aufgegeben.

4) Koordination

Koordination der Versorgung innerhalb der Praxis

Das Koordinationsmodell von INTERMED betont die Zusammenarbeit zwischen der Pflegefachperson, dem Hausarzt und dem Patienten. Medizinische Praxis-Assistentinnen und andere Partner im Behandlungsteam außerhalb der Praxis sind streng genommen nicht Teil des INTERMED-Modells, obwohl sie natürlich mit dem Arzt und der Pflegefachperson zusammenarbeiten. Die Modalitäten der Zusammenarbeit zwischen dem Hausarzt und der PHCN, sowie die Rollen und Verantwortlichkeiten jedes Einzelnen wurden nicht formell definiert, sondern durch gegenseitige Anpassungen, Diskussionen und Verhandlungen, auf einer täglichen Basis in der Pflege von Patienten oder während geplanter Sitzungen aufgebaut. Der Autonomiespielraum der Pflegefachperson kann je nach Zusammensetzung des Tandems variieren, abhängig von der Erfahrung, der Ausbildung und dem Selbstvertrauen der Pflegefachperson sowie dem Vertrauen und dem Platz, den ihr der Arzt einräumt.

Die Pflegefachperson und der Arzt treffen sich in der Regel monatlich, um gemeinsame Fälle zu besprechen. Die Häufigkeit der Treffen kann je nach Bedarf (z. B. wegen Krankenhausaufenthalt von Patienten) variieren. Außerhalb dieser geplanten Fallbesprechungen findet der Austausch hauptsächlich informell und spontan im Büro oder über Instant Messaging statt. Die Krankenakten der Patienten sind computergestützt (TRIAMED) und sowohl der Arzt als auch die Pflegefachperson haben Lese- und Schreibzugriff darauf. Die Planung der Nachsorge gemeinsamer Patienten wird von der Pflegefachperson auf dem neuesten Stand gehalten.

Thematische Kolloquien (z.B. zu Motivierende Gesprächsführung, Ernährung) werden regelmäßig für alle Praxismitglieder organisiert, um den Wissensaustausch zu fördern, und auch die Mittagspausen dienen dem Austausch zwischen den Teammitgliedern, um das für die interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis notwendige gute Verständnis und den Zusammenhalt sicherzustellen. Die beiden Pflegefachpersonen in der Praxis treffen sich auch regelmäßig, um ihre Arbeitsmethoden und ihre Rolle innerhalb der Praxis zu besprechen. In diesem Modell ist die Koordination zwischen den Mitgliedern der Praxis nicht formalisiert, aber die Qualität der Zusammenarbeit wird durch die räumliche Nähe, das gute Verständnis und den Zusammenhalt zwischen allen Mitgliedern des Teams gewährleistet.

Koordination mit externen Partnern

Die Bezugs-Pflegefachperson organisiert regelmäßig "Netzwerk-Treffen", an denen alle an der Versorgung eines Patienten beteiligten Berufsgruppen sowie der Patient und seine Angehörigen teilnehmen, um die bio-psycho-soziale Situation des Patienten zu besprechen und gemeinsam zu entscheiden, in welche Richtung die Versorgung

gehen soll. Da das Projekt des gemeinsamen Pflegeplans mit La Poste-CH abgebrochen wurde, wurde 2019 ein neuer Vertrag mit der Firma Colnec health unterzeichnet, um ein Tool zu entwickeln, das den Bedürfnissen der Medi-Center-Praxis entspricht. Dieser im Frühjahr 2021 fertiggestellte gemeinsame Behandlungsplan, der auch in Form einer mobilen Anwendung verfügbar ist, integriert insbesondere die Pflegeziele des Patienten, seinen Behandlungspfad und eine Nachverfolgung der klinischen Daten. Darüber hinaus bietet es Warnmeldungen und Funktionen für die interaktive Zusammenarbeit zwischen den medizinischen Fachpersonen (gemeinsame Nutzung von Dokumenten, Telekonsultation, Instant Messaging). Die Führung des gemeinsamen Behandlungsplans bleibt in der Verantwortung der Pflegefachperson, aber alle involvierten Fachpersonen haben Zugriff auf die Daten und können Kommentare hinzufügen. Die Ziele der Versorgung können jedoch nicht einseitig geändert werden und sind immer das Ergebnis einer Diskussion zwischen allen Beteiligten. Die Medi-Center-Mitglieder sind sehr zufrieden mit diesem neuen Tool und nutzen es regelmäßig. Die Herausforderung liegt nun in der Kompatibilität mit dem Neuenburger elektronischen Patientendossier (DEP), das ab Mai 2021 schrittweise im Kanton eingeführt wird. Obwohl geplant ist, dass die beiden Systeme miteinander verbunden werden, besteht immer noch das Risiko, dass der Kanton Neuenburg - wie auch die anderen französischsprachigen Kantone, die Mitglieder des CARA-Verbandes sind - einen anderen gemeinsamen Betreuungsplan (als von der Firma Colnec health) für eine groß angelegte Implementierung wählen.

Die Einführung der neuen Rolle der Pflegefachperson für die Primärversorgung verlief nicht ohne Widerstand seitens einiger Partner. In Ermangelung einer anerkannten spezifischen Ausbildung kann die Legitimation von PHCNs zur Zusammenarbeit mit bereits etablierten therapeutischen Teams in Frage gestellt werden. Dieses mangelnde Verständnis der Rolle der PHCN und ihres Mehrwerts wird in Einrichtungen mit einer hohen Fluktuation von Pflegefachpersonen noch problematischer. Bei jedem neuen Gesprächspartner muss sich die PHCN vorstellen, ihre Tätigkeit erklären und sie von der Nützlichkeit einer Zusammenarbeit mit ihr überzeugen, was besonders anstrengend ist und die Zusammenarbeit, insbesondere mit Spitälern, sehr erschwert. Es ist den beteiligten Fachpersonen anzumerken, dass die Rolle des Primärversorgers im Allgemeinen nicht ausreichend gewürdigt wird. Wenn zum Beispiel ein Medi-Center-Patient ins Spital eingeliefert wird, gibt es eine sofortige Zusammenarbeit zwischen dem Spital und Pflege im häuslichen Bereich, ohne Rücksprache mit dem Hausarzt, und es ist sehr schwierig für die Pflegefachperson zur Unterstützung der Primärversorgung, in den Entscheidungsprozess einbezogen zu werden. Angesichts all dieser Hürden bevorzugen die medizinisch-pflegerischen Tandems des Medi-Centers inzwischen eher stabile Partner, die diesem neuen Koordinationsmodell offen gegenüberstehen. Viele Angehörige der Gesundheitsberufe haben diese neue Arbeitsweise problemlos akzeptiert und sind froh, einen primären Gesprächspartner zur Verfügung zu haben, der in der Nähe des behandelnden Arztes ist und eine globale Sicht auf die Situation des Patienten hat, um zusammenzuarbeiten.

5) Finanzierung

Das Forschungsprojekt INTERMED wird von Innosuisse, der HES-SO und Medi-Centre SA mitfinanziert. Der von Innosuisse gewährte Fonds ermöglicht die Finanzierung der von der Haute Ecole Arc Santé durchgeführten Aktionsforschung, aber die medizinisch-pflegerischen Tandems von Medi-Centre haben keine externe finanzielle Unterstützung erhalten.

Die Medi-Centre-Pflegefachpersonen sind nicht angestellt, sondern haben einen selbständigen/ freiberuflichen Status. Sie arbeiten auf ärztliche Verordnung und im Rahmen von Artikel 7 der Verordnung über die Leistungen der Krankenversicherung (KVG). Dieses Tarifsystem ermöglicht theoretisch die Erstattung von Beurteilungs-, Beratungs- und Koordinationsleistungen sowie von klinischen Untersuchungen, die von der Pflegefachperson durchgeführt werden, aber in der Realität deckt dies nicht alle Pflegeleistungen ab, die von den PHCNs im Rahmen des INTERMED-Projekts durchgeführt werden. Nicht enthalten sind alle Telefonate oder Besprechungen mit Partnern des therapeutischen Teams sowie viel Kontaktzeit mit Patienten (Telefonkontakte, sms, Instant Messaging oder Besuche bei Patienten zu Hause). Außerdem muss die Pflegefachperson, um die Kosten im Rahmen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) erstattet zu bekommen, vorläufige Kostenvoranschläge erstellen, während die Leistungen oft in Eile erbracht werden, je nach der manchmal plötzlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Patienten. Diese Arbeitsweise ist daher nicht für die Nachsorge von komplexen oder fragilen Patienten geeignet.

Ein zweites großes Problem ist die immer wiederkehrende Weigerung einiger Krankenkassen, bestimmte Pflegedienstleistungen zu erstatten, wie z. B. die Koordinationsgespräche, die notwendig sind, um Patienten auf die Entlassung aus dem Spital vorzubereiten, oder die Präventions- und Gesundheitsförderungsberatungen für Patienten mit geringen Gesundheitsproblemen, die dennoch ein Risiko haben, in den kommenden Monaten eine nichtübertragbare Krankheiten (kurz: NCD für non-communicable diseases) zu entwickeln. Darüber hinaus lehnen die meisten Krankenkassen die Erstattung von Koordinationsleistungen ab, wenn für denselben Patienten bereits ein anderer Koordinationsauftrag (z. B. durch eine häusliche Pflegefachperson) besteht.

Was die ärztlichen Leistungen betrifft, beschränkt TARMED die Leistungen in Abwesenheit des Patienten auf 30 Minuten alle 3 Monate, was nicht ausreicht, um alle Koordinationsaufgaben des Arztes (mit der Pflegefachperson und mit externen Fachpersonen) bei der Betreuung komplexer Situationen abzudecken.

So werden die Leistungen von INTERMED und insbesondere die der Pflegefachpersonen nur am Rande - und willkürlich - von der Grund-Krankenversicherung abgedeckt, die keine ausreichende und stabile Einkommensquelle für die Krankenschwestern darstellt, die im Medi-Centre arbeiten oder gearbeitet haben. Diese Pflegefachpersonen schlossen sich dem INTERMED-Projekt hauptsächlich aus Überzeugung und aus dem Wunsch an, dieses neue Pflegemodell zu fördern und gleichzeitig eine weitere Einkommensquelle zu haben. Durch die Nachsorge und Unterstützung von Menschen, die an chronischen oder gefährdeten Krankheiten leiden, ist es jedoch ein Modell, das das Potenzial hat, Kosten zu reduzieren, indem es die Anzahl der Krankenhausaufenthalte verringert und unnötige Eingriffe oder Behandlungen einschränkt. Die ganzheitliche Sicht der PHCN auf die Situation und den Versorgungspfad des Patienten ermöglicht es, Doppelversorgungen zu vermeiden oder einzugreifen, wenn Patienten Leistungen angeboten - oder von ihnen verlangt werden, die ihrer individuellen Situation nicht angemessen oder unerwünscht sind.

Es ist anzumerken, dass Medi-Centre derzeit ein neues Modell studiert, das es erlauben würde, Pflegefachpersonen zu bezahlen, wie es bereits in bestimmten Praxen oder multiprofessionellen Gesundheitszentren in der deutschsprachigen Schweiz der Fall ist (siehe Fall DE01 und DE02). Dieses neue Finanzierungsmodell hätte den Vorteil, wirtschaftlich tragfähig zu sein und würde es ermöglichen, ein wichtiges Hindernis zu überwinden, das bei der Umsetzung des INTERMED-Projekts aufgetreten ist, nämlich die Schwierigkeit, geeignete Pflegefachpersonen zu finden, die bereit sind, freiberuflich zu arbeiten, mit allen Risiken, die dies mit sich bringt.

6) Veröffentlichungen

- Bramaud du Boucheron, A., Giovannini, M., & Walger, O. (2017). Le Chronic Care Model appliqué au premier recours. Soins Infirmiers : Krankenpflege, (6), 55–57.
- Messerli, O., Bramaud du Boucheron, A., Brisebard, S., Walger, O. (2019). La consultation infirmière dans un cabinet médical. Krankenpflege / Soins infirmiers / Cure infirmieristiche, 8, 64-67.

Projet MOCCA

Le projet MOCCA vise à implémenter un nouveau modèle organisationnel dans les cabinets de médecine de famille dans le but d'améliorer la prise en charge des patients moyennement complexes et d'assurer une meilleure coordination des soins. Dans le cadre d'une phase pilote, huit cabinets vaudois ont accueilli un-e infirmier-ère dans leur équipe et fonctionnent actuellement selon ce modèle.

1) Contexte, objectifs et historique du projet

Les défis liés au vieillissement de la population et à l'augmentation du nombre de patients multi-morbides et fragiles a amené le canton de Vaud à mettre en place depuis plusieurs années une politique sanitaire encourageant le développement de la médecine de premier recours et l'amélioration de la coordination des soins. C'est dans un tel contexte que le Service de la Santé Publique du canton de Vaud, le département de médecine de famille d'Unisanté et des cabinets de médecine de famille privés se sont associés en 2015 pour développer un nouveau modèle de soins qui saura répondre aux enjeux du futur : le modèle MOCCA, pour MOdèle de Coordination au Cabinet. Ce modèle, développé sur la base d'une revue de la littérature et d'un processus de consultation d'un large panel d'experts et de partenaires de terrain, vise à améliorer la prise en charge des patient.e.s moyennement complexes – et éviter leur basculement vers une grande complexité – en introduisant des infirmier-ère.s dans les cabinets médicaux privés. Le projet est entré en phase pilote en 2019 avec l'implantation du modèle MOCCA dans huit cabinets médicaux du canton, et ce pour une durée de deux ans. Une évaluation de la faisabilité, des processus, de l'impact et des coûts du modèle est actuellement en cours. Par ailleurs, des modèles de financement qui permettront d'assurer la pérennisation du modèle MOCCA et son déploiement à plus large échelle seront proposés.

2) Prestations offertes

Le modèle MOCCA tel qu'il a été conceptualisé est composé de 4 éléments : 1) un-e infirmier-ère de médecine de famille (IMF) proposant une activité de care management, 2) un plan de soins partagé, 3) une liste de patients du cabinet et 4) un dossier informatisé du patient (DIP) (intra-cabinet).

Dans la pratique, l'infirmier-ère de médecine de famille propose des activités de coordination (suivi de la transmission des informations, gestion du plan de soins individualisé, organisation de réunions pluridisciplinaires, accompagnement du patient), d'éducation thérapeutique, de prévention (promotion de la santé, prévention des risques, entretien motivationnel, ...), des consultations de suivi avec éventuellement des soins simples, ou encore, mais de manière limitée à des circonstances particulières, des visites à domicile. Le rôle de l'IMF peut varier sensiblement entre les cabinets pilotes en fonction entre autres des compétences et de l'expérience de de l'infirmier-ère, de l'attitude et de la confiance accordée par le médecin, des besoins du cabinet et de sa patientèle, ainsi que des autres projets déployés dans la région.

Le modèle s'adresse en priorité aux patients ayant un niveau de complexité moyen à élevé dont la coordination n'est pas déjà assurée par une structure externe au cabinet (ex. CMS) ainsi qu'aux patients ayant des besoins spécifiques ponctuels (soins, injections de médicament, urgences, prévention primaire). Dans les faits, certains cabinets pilotes ont vu l'intérêt de faire bénéficier des services de L'IMF aux patients très complexes et déjà suivis en parallèle par le CMS, en raison du besoin de coordination accru et ponctuel pour cette population.

3) Organisation

Sur les 8 cabinets participant actuellement au projet MOCCA, sept sont des cabinets de groupe (i.e. incluant plusieurs médecins de famille et assistant-e(s) médical-e(s), deux cabinets incluant également des psychologues). Les huit IMF ont été recruté-e.s par Unisanté en collaboration avec le personnel des cabinets participants. Leur taux d'activité varie entre 50% et 80%. Les infirmier-ère.s sélectionné-e.s ont des parcours variés. Certain-e.s ont un niveau Bachelor, certaine-e.s ont fait une spécialisation (par ex. urgences), et un-e seul-e infirmier-ère avait déjà fait du case management, mais dans un contexte hospitalier. Il existe bien une formation d'infirmière praticienne spécialisée (IPS) (niveau master) dans le canton de Vaud, mais elle n'a été

mise sur pied qu'en 2018. Aucune infirmière spécifiquement formée pour occuper le rôle d'IMF n'est donc disponible sur le marché actuellement. Dans les faits, lors du processus de recrutement, c'est plutôt l'expérience, si possible variée, et les compétences relationnelles des infirmier·ère·s qui ont été valorisées. La bonne entente avec l'équipe s'est révélée être un critère essentiel pour les médecins.

Le département de médecine de famille d'Unisanté a accompagné la mise en place du modèle MOCCA en apportant son soutien logistique aux cabinets pilotes, en émettant des recommandations ou en proposant des formations (une coordinatrice était en contact régulier avec chacun des cabinets). Sans ce soutien externe, les changements organisationnels requis par le modèle MOCCA auraient été beaucoup plus difficiles à mettre en œuvre.

4) Coordination

Coordination des soins à l'intérieur des cabinets

Seuls les patients formellement affiliés au médecin de famille peuvent bénéficier des prestations de l'infirmier·ère. En se basant sur la connaissance du patient et sur un questionnaire évaluant le niveau de complexité bio-psycho-sociale du patient (Intermed, IMSA), l'équipe médico-soignante peut proposer à un patient d'être suivi par l'IMF. Si ce dernier accepte, une première consultation est organisée afin d'introduire le nouveau rôle de l'infirmier·ère et élaborer le plan de soins. Les données du plan de soins, notamment les objectifs partagés avec le patient et les objectifs soignants sont ensuite régulièrement mises à jour par l'infirmier·ère et transmises au médecin ainsi qu'aux autres professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient. En l'absence de dossier électronique du patient (DEP), il a été décidé d'établir le plan de soins sous format Excel. Les logiciels utilisés par les cabinets ne permettent pas de relier ces plans de soins aux dossiers informatisés des patients (DIP) et les mises à jour doivent être effectuées manuellement par l'infirmier·ère. L'absence d'interopérabilité entre les différents outils numériques limite la diffusion des informations, le médecin traitant n'ayant pas forcément le temps d'aller consulter de lui-même les plans de soins et les partenaires extérieurs n'étant pas informés instantanément et systématiquement des changements apportés aux plans de soins. Afin de pallier à ces problèmes, certain·e·s infirmier·ères ont pu mettre en place (comme souhaité par Mocca) des colloques réguliers avec le médecin traitant afin de l'informer du suivi des patients. Il a été constaté par ailleurs que le plan de soins n'était pas systématiquement utilisé par les infirmier·ères lors des réunions avec d'autres partenaires du réseau. Le plan de soins reste trop souvent un outil de traçabilité de l'infirmier·ère, alors qu'il devrait être un outil collaboratif permettant une prise de décision partagée et une transmission facilitée des informations entre tous les membres de l'équipe soignante, patient et proches inclus. Ce projet pilote a permis de mettre en évidence le fait que l'utilisation des plans de soins et le travail collaboratif ne vont pas de soi, un certain temps est nécessaire pour que les choses se mettent en place et un soutien externe peut s'avérer utile. Dans le cadre du projet MOCCA, lors de la communauté de pratique des IMF, un tutorat a été mis en place par une infirmière experte dans l'élaboration de plan de soins. La mise en œuvre du dossier électronique du patient (DEP) devrait par ailleurs faciliter la transmission d'informations entre professionnels à l'avenir.

Le projet pilote a également permis de mettre en évidence la nécessité de clarifier dès le début les rôles et responsabilités de chaque professionnel au sein du cabinet, afin que chacun trouve sa place et ne se sente pas menacé par l'arrivée de l'infirmier·ère. Bien que peu de chevauchements existent théoriquement entre le rôle de l'infirmier·ère et celui de l'assistant·e médical·e, lors du lancement du projet les assistant·e·s médicaux·ales ont pu avoir quelques inquiétudes face au risque non seulement de se voir retirer une partie de leurs compétences et responsabilités, mais aussi de perdre la relation privilégiée qu'ils/elles entretiennent avec le médecin traitant. En outre, il a été observé que la collaboration fonctionnait le plus souvent sous forme de binômes (médecin-infirmier·ère, médecin-assistant·e médical·e) et plus rarement sous forme de trinôme. Les modes de collaboration entre l'infirmier·ère et l'assistant·e médical·e mériteraient d'être davantage formalisés au sein de chaque cabinet de manière à renforcer le travail d'équipe et s'assurer que les rôles de chacun·e soient préservés. Une meilleure définition des rôles ainsi qu'une valorisation des compétences propres aux infirmier·ères permettrait d'éviter que certain·e·s infirmier·ères développent peu leur autonomie et n'interviennent que dans des activités médico-déléguées.

Ce projet pilote a permis de montrer que la mise en place d'un nouveau rôle au sein des cabinets de premiers recours ne se fait pas de manière spontanée mais demande du temps et de l'implication de la part de chaque professionnel, de manière à ce que les nouveaux outils et processus puissent être intégrés, que les rôles puissent être négociés et la confiance construite, de manière à garantir le bon fonctionnement du travail interprofessionnel et donc la qualité de la prise en charge. L'observation des cabinets participants et de leur degré d'implémentation du modèle MOCCA révèle par ailleurs qu'une ouverture à l'interprofessionnalité chez les parties prenantes était une condition *sine qua non* pour la réussite du modèle.

Coordination avec les partenaires externes

En dehors du plan de soins partagé, le modèle MOCCA tel qu'il a été conceptualisé ne prévoit pas d'autres outils spécifiques favorisant la coordination des soins avec les partenaires extérieurs au cabinet. Pour faciliter l'acceptation du nouveau modèle de soins MOCCA auprès des partenaires du canton, l'équipe de recherche d'Unisanté a toutefois présenté le projet auprès de l'Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile (AVASAD) ainsi qu'auprès des différents CMS impliqués dans la prise en charge des patients des cabinets inclus dans le projet MOCCA. Ainsi, les résistances qui ont pu apparaître lors du lancement du projet chez certain-e-s infirmier-ères des CMS qui se sentaient menacé-e-s par ce nouveau rôle se sont en partie estompées, notamment par la prise de conscience des avantages liés au fait d'avoir une personne de contact bien identifiée et disponible au sein des cabinets de médecine de famille. Cette sensibilisation n'ayant pas été faite auprès des hôpitaux, certain-e-s IMF ont rencontré de fortes résistances de la part des infirmier-ères de liaison, qui ne comprenaient pas le rôle des IMF et se sont senti-e-s quelque peu déstabilisé-e-s par leur attitude proactive. La taille de ces institutions et le turnover associé aux grandes équipes empêchent en outre une relation de confiance de se nouer entre les partenaires. Une campagne d'information à plus large échelle permettrait de sensibiliser le personnel aux avantages de ce nouveau modèle de prise en charge, notamment en termes de qualité et de continuité des soins, et la mise en place d'accords opérationnels pourrait faciliter la transmission d'informations et la collaboration.

5) Financement

L'étude pilote, incluant les salaires des huit infirmier-ères, est actuellement entièrement financée par le Service de la Santé Publique du canton de Vaud. Les prestations réalisées par les infirmier-ères dans les cabinets pilotes ne sont par conséquent pas facturées au patient. Une facturation à blanc est toutefois réalisée afin de pouvoir estimer à l'issu du projet la possible rémunération des infirmier-ères compte-tenu du système de tarification actuel et proposer des modèles de financement réalistes. Notons qu'actuellement aucun cadre juridique n'existe pour le remboursement des prestations infirmier-ères en cabinet. Certaines prestations infirmier-ères peuvent être facturées dans le cadre de l'Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS), mais d'autres, notamment les activités de coordination et de prévention primaire, ne peuvent être remboursées. Il semblerait qu'à court terme la meilleure solution soit basée sur un financement mixte Santé publique - OPAS. A plus long terme, d'autres modes de financement peuvent être envisagés, comme la capitation ou les modèles mixtes.

6) Publications

- Schütz, M., Senn, N. & Cohidon, C. (2020). Le projet pilote MOCCA : une nouvelle organisation des cabinets de médecine de famille dans le canton de Vaud, Suisse. *Revue française des affaires sociales*, 337-350.
- Schutz, M., Schwarz, J., Marti, J., et al. Protocol for an implementation and realist evaluation of a new organisational model for primary care practices in the canton of Vaud, Switzerland. *BMJ Open* 2020;10:e040154. doi:10.1136/bmjopen-2020-040154

MOCCA-Projekt

Das MOCCA-Projekt zielt darauf ab, ein neues Organisationsmodell in Hausarztpraxen zu implementieren, um das Management von komplexen Patienten zu verbessern und eine bessere Koordination der Versorgung zu gewährleisten. In einer Pilotphase haben acht Praxen im Kanton Waadt ihr Team um eine Pflegefachperson erweitert und arbeiten derzeit nach diesem Modell.

1) Kontext, Ziele und Geschichte des Projekts

Die Herausforderungen, die mit der Alterung der Bevölkerung und der Zunahme der Zahl multimorbider und gebrechlicher Patienten verbunden sind, haben den Kanton Waadt dazu veranlasst, seit mehreren Jahren eine Gesundheitspolitik umzusetzen, die die Entwicklung der Primärversorgung und die Verbesserung der Pflegekoordination fördert. Vor diesem Hintergrund haben sich der öffentliche Gesundheitsdienst des Kantons Waadt, die hausärztliche Abteilung von Unisanté und private hausärztliche Praxen 2015 zusammengeschlossen, um ein neues Versorgungsmodell zu entwickeln, das den Herausforderungen der Zukunft gewachsen ist: das MOCCA-Modell, für **MO**dèle de **CO**ordination au **CA**binet. Dieses Modell, das auf der Grundlage einer Literaturrecherche und eines Konsultationsprozesses mit einer Vielzahl von Experten und Partnern auf diesem Gebiet entwickelt wurde, zielt darauf ab, die Versorgung von Patienten mit mittlerer Komplexität zu verbessern - und deren Übergang zu hoher Komplexität zu vermeiden -, indem die Anstellung von Pflegefachpersonen in privaten Arztpraxen eingeführt wird. Mit der Implementierung des MOCCA-Modells in acht Arztpraxen im Kanton für einen Zeitraum von zwei Jahren geht das Projekt 2019 in eine Pilotphase. Eine Bewertung der Machbarkeit, der Prozesse, der Auswirkungen und der Kosten des Modells ist derzeit im Gange. Darüber hinaus werden Finanzierungsmodelle vorgeschlagen, die die Nachhaltigkeit des MOCCA-Modells und seinen breiteren Einsatz sicherstellen sollen.

2) Angebotene Dienste

Das MOCCA-Modell, so wie es konzeptualisiert wurde, besteht aus 4 Elementen: 1) einer Pflegefachperson für die Primärversorgung (PHCN, Primary Health Care Nurse), die eine Care-Management-Dienstleistung anbietet; 2) einem gemeinsamen Behandlungsplan, 3) einer Liste der Patienten in der Praxis und 4) einer computergestützten Patientendatei (DIP - innerhalb der Praxis).

In der Praxis bietet die PHCN Koordinationstätigkeiten (Überwachung der Informationsübermittlung, Verwaltung des individualisierten Behandlungsplans, Organisation von multidisziplinären Sitzungen, Begleitung des Patienten), therapeutische Edukation, Prävention (Gesundheitsförderung, Risikoprävention, Motivierende Gesprächsführung usw.), Folgekonsultationen mit eventuell einfacher Pflege oder unter bestimmten Umständen Hausbesuche. Die Rolle der PHCN kann in den Pilotpraxen sehr unterschiedlich sein, abhängig von den Fähigkeiten und der Erfahrung der Pflegefachperson, der Einstellung und dem Vertrauen des Arztes, den Bedürfnissen der Praxis und ihrer Patienten sowie den anderen Projekten in der Region.

Das Modell richtet sich vor allem an Patienten mit mittlerer bis hoher Komplexität, für die die Koordination nicht bereits durch eine praxisfremde Struktur (z. B. CMS «centre médico-social» für häusliche Pflege- und Betreuungsleistungen) erfolgt, sowie an Patienten mit spezifischem einmaligem Bedarf (Pflege, Medikamenteninjektionen, Notfälle, Primärprävention). In der Tat haben einige Pilotpraxen den Wert der Bereitstellung von PHCN-Dienstleistungen für sehr komplexe Patienten erkannt, die bereits parallel vom CMS betreut werden, da bei dieser Patientengruppe ein erhöhter und ad-hoc Koordinationsbedarf besteht.

3) Organisation

Von den acht Praxen, die derzeit am MOCCA-Projekt teilnehmen, sind sieben Gruppenpraxen (d.h. mit mehreren Hausärzten und Medizinischen Praxis-Assistentinnen, zwei Praxen auch mit Psychologen). Die acht PHCN wurden von Unisanté in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der teilnehmenden Praxen rekrutiert. Ihr Beschäftigungsgrad schwankt zwischen 50 % und 80 %. Die ausgewählten Pflegefachpersonen haben

unterschiedliche berufliche und Aus- und Weiterbildungs-Hintergründe. Einige haben einen Bachelor-Abschluss, einige haben sich spezialisiert (z.B. auf Notfälle), und nur eine Pflegefachperson hatte bereits Erfahrung in Case Management, allerdings in einem Spitalkontext. Im Kanton Waadt gibt es eine Ausbildung zum Specialized Nurse Practitioner (SPN) (Masterstufe), die aber erst 2018 eingerichtet wurde. Daher ist derzeit keine speziell für die Rolle des MFI ausgebildete Pflegefachperson auf dem Stellen-Markt verfügbar. Tatsächlich wurden bei der Rekrutierung eher die Erfahrung, möglichst vielfältig, und die Beziehungsfähigkeit der Pflegekräfte hoch eingeschätzt. Die gute Beziehung zum Team erwies sich als wesentliches Kriterium für die Ärzte.

Die Abteilung für Familienmedizin von Unisanté begleitete die Umsetzung des MOCCA-Modells, indem sie die Pilotpraxen logistisch unterstützte, Empfehlungen aussprach oder Schulungen anbot (ein Koordinator stand in regelmäßigem Kontakt mit jeder Praxis). Ohne diese externe Unterstützung wären die organisatorischen Veränderungen, die das MOCCA-Modell erfordert, viel schwieriger zu realisieren gewesen.

4) Koordination

Koordination der Versorgung in der Praxis

Nur Patienten, die formell an eine Hausarztpraxis angebunden sind, können die Dienste der Pflegefachperson in Anspruch nehmen. Basierend auf der Kenntnis des Patienten und einem Fragebogen, der den Grad der bio-psycho-sozialen Komplexität des Patienten bewertet (Intermed, IMSA), kann das medizinische und pflegerische Team vorschlagen, dass ein Patient von der PHCN betreut wird. Wenn der Patient zustimmt, wird ein Erstgespräch organisiert, um die neue Rolle der Pflegefachperson vorzustellen und den Betreuungsplan zu entwickeln. Die Daten im Betreuungsplan, einschließlich der mit dem Patienten geteilten Ziele und der Pflegeziele, werden dann regelmäßig von der Pflegefachperson aktualisiert und an den Arzt und andere an der Versorgung des Patienten beteiligte Gesundheitsfachkräfte übermittelt. In Ermangelung einer elektronischen Patientenakte (EPD) wurde beschlossen, den Betreuungsplan im Excel-Format zu erstellen. Die von den Praxen verwendete Software erlaubt es nicht, die Betreuungspläne mit den computergestützten Patientenakten (DIP) zu verknüpfen, und Aktualisierungen müssen manuell von der Pflegefachperson vorgenommen werden. Die fehlende Interoperabilität zwischen den verschiedenen digitalen Instrumenten schränkt die Verbreitung von Informationen ein, da der behandelnde Arzt nicht unbedingt die Zeit hat, die Betreuungspläne selbst zu konsultieren, und externe Partner nicht sofort und systematisch über Änderungen informiert werden. Um diese Probleme zu überwinden, konnten einige Pflegefachpersonen (auf Wunsch von MOCCA) regelmäßige Treffen mit dem behandelnden Arzt einrichten, um ihn über den weiteren Verlauf der Patienten zu informieren. Es wurde auch festgestellt, dass der Betreuungsplan von den Pflegefachpersonen bei Besprechungen mit anderen Netzwerkpartnern nicht systematisch verwendet wurde. Er bleibt zu oft ein Instrument zur Nachverfolgung des Patientenweges für die Pflegefachperson, während er ein kollaboratives Werkzeug sein sollte, das eine gemeinsame Entscheidungsfindung und eine erleichterte Informationsübermittlung zwischen allen Mitgliedern des Pflegeteams, einschließlich des Patienten und der Angehörigen, ermöglicht. Dieses Pilotprojekt machte deutlich, dass der Einsatz von Betreuungsplänen und kollaborativer Arbeit nicht selbstverständlich ist, dass es Zeit für die Ein- und Durchführung braucht, und dass externe Unterstützung nützlich sein kann. Im Rahmen des MOCCA-Projekts wurde im Rahmen der Interessengemeinschaft für primäre Grundversorgung ein Tutorat von einer Pflegefachperson eingerichtet, die Experte für die Entwicklung von Betreuungsplänen ist. Die Einführung der elektronischen Patientenakte (EPR) soll in Zukunft auch die Übermittlung von Informationen zwischen Fachleuten erleichtern.

Das Pilotprojekt machte auch deutlich, dass die Rollen und Verantwortlichkeiten der einzelnen Berufsgruppen innerhalb der Praxis von Anfang an geklärt werden müssen, damit jeder seinen Platz findet und sich nicht durch den Einstieg der Pflegefachperson bedroht fühlt. Obwohl es theoretisch kaum Überschneidungen zwischen der Rolle der Pflegefachperson und derjenigen der Medizinischen Praxis-Assistentin gibt, waren diese beim Start des Projekts besorgt darüber, dass ihnen nicht nur einige ihrer Tätigkeiten und Verantwortlichkeiten weggenommen werden, sondern dass sie auch die besondere Beziehung zum behandelnden Arzt verlieren. Außerdem wurde beobachtet, dass die Zusammenarbeit am häufigsten in Form von Tandems (Arzt – Pflegefachperson, Arzt – Medizinische Praxis-Assistentin) und seltener in Form eines Trios stattfand. Die Art und Weise der Zusammenarbeit

zwischen der Pflegefachperson und der Medizinischen Praxis-Assistentin sollte in jeder Praxis stärker formalisiert werden, um die Teamarbeit zu stärken und sicherzustellen, dass die Rollen jedes Einzelnen gewahrt bleiben. Eine bessere Definition der Rollen sowie eine Erweiterung der eigenen Kompetenzen der Pflegefachpersonen würde verhindern, dass einige von ihnen nur wenig Autonomie entwickeln und lediglich medizinisch delegierte Tätigkeiten durchführen.

Dieses Pilotprojekt hat gezeigt, dass die Implementierung einer neuen Rolle innerhalb von Primärversorgungspraxen nicht spontan geschieht, sondern Zeit und Engagement seitens jeder Fachperson erfordert, damit die neuen Instrumente und Prozesse integriert, Rollen ausgehandelt und Vertrauen aufgebaut werden können, um das reibungslose Funktionieren der interprofessionellen Arbeit und damit die Qualität der Versorgung zu gewährleisten. Die Beobachtung der teilnehmenden Praxen und ihres Umsetzungsgrades des MOCCA-Modells zeigte auch, dass eine Offenheit für Interprofessionalität unter den Beteiligten eine Voraussetzung für den Erfolg des Modells war.

Koordination mit externen Partnern

Abgesehen vom gemeinsamen Versorgungsplan sieht das MOCCA-Modell in seiner Konzeption keine weiteren spezifischen Instrumente zur Unterstützung der Koordination der Versorgung mit Partnern außerhalb der Praxis vor. Um die Akzeptanz des neuen Versorgungsmodells MOCCA bei den Partnern im Kanton zu erleichtern, stellte das Forschungsteam von Unisanté das Projekt der Association Vaudoise d'Aide et de Soins à Domicile (AVASAD) und den verschiedenen Organisationen der häuslichen Pflege und Betreuung (CMS) vor, die an der Versorgung der Patienten in den am MOCCA-Projekt beteiligten Praxen beteiligt sind. So hat sich der Widerstand, der zu Beginn des Projekts bei einigen Pflegefachpersonen aus dem häuslichen Bereich entstanden sein mag, die sich durch diese neue Rolle bedroht fühlten, teilweise gelegt, insbesondere aufgrund des Bewusstseins der Vorteile, eine gut identifizierte und verfügbare Kontaktperson in den Hausarztpraxen zu haben. Da dieses Bewusstsein in den Spitälern nicht geschärft wurde, stießen einige der Pflegefachpersonen auf starken Widerstand seitens der Liaison Pflegefachpersonen, die die Rolle der PHCN nicht verstanden und sich durch ihre proaktive Haltung etwas verunsichert fühlten. Auch die Größe dieser Einrichtungen und die mit großen Teams verbundene Fluktuation verhinderten, dass sich ein Vertrauensverhältnis zwischen den Partnern entwickeln konnte. Eine groß angelegte Informationskampagne würde das Bewusstsein für die Vorteile dieses neuen Versorgungsmodells schärfen, insbesondere im Hinblick auf die Qualität und Kontinuität der Versorgung, und die Einrichtung von Betriebsvereinbarungen könnte die Weitergabe von Informationen und die Zusammenarbeit erleichtern.

5) Finanzierung

Die Pilotstudie, einschließlich der Gehälter der acht Pflegefachpersonen, wird derzeit vollständig von der Gesundheitsdirektion des Kantons Waadt finanziert. Die von den Pflegefachpersonen in den Pilotpraxen erbrachten Leistungen werden daher nicht über die Patienten abgerechnet. Es wird jedoch eine Blankorechnung durchgeführt, um am Ende des Projektes die mögliche Vergütung der Pflegefachpersonen unter Berücksichtigung des aktuellen Preissystems abschätzen zu können und realistische Finanzierungsmodelle vorzuschlagen. Es ist zu beachten, dass es derzeit keinen gesetzlichen Rahmen für die Vergütung von Pflegeleistungen in der Praxis gibt. Einige Pflegeleistungen können im Rahmen der Verordnung über die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) abgerechnet werden, andere, insbesondere Koordinations- und Präventionsleistungen, sind nicht erstattungsfähig. Kurzfristig scheint die beste Lösung auf einer Mischfinanzierung von öffentlichem Gesundheitswesen und KLV zu beruhen. Längerfristig können auch andere Finanzierungsformen in Betracht gezogen werden, wie z. B. Kopfpauschalen- oder Mischmodelle.

6) Veröffentlichungen

- Schütz, M., Senn, N. & Cohidon, C. (2020). Le projet pilote MOCCA : une nouvelle organisation des cabinets de médecine de famille dans le canton de Vaud, Suisse. *Revue française des affaires sociales*, 337-350.

- Schutz, M., Schwarz, J., Marti, J., et al. Protocol for an implementation and realist evaluation of a new organisational model for primary care practices in the canton of Vaud, Switzerland. *BMJ Open* 2020;10:e040154. doi:10.1136/bmjopen-2020-040154

mediX Zürich-Altstetten

Die Grosspraxis *mediX Altstetten* gehört dem gesamtschweizerisch tätigen Verein *mediX schweiz* an, einem Zusammenschluss von neun regionalen Ärztenetzen. Regional ist sie der *mediX zürich AG* zugeordnet, die aus Einzelpraxen, Gruppenpraxen und Grosspraxen im Kanton Zürich, Kanton Aargau und Kanton Schwyz besteht. Die *mediX Praxis Altstetten* ist eine der Grosspraxen in der Stadt Zürich.

1) Geschichte und Projektziele

Die *mediX Praxis Altstetten* wurde 2016 neben dem Bahnhof Altstetten neu eröffnet. Die Praxis weiss sich der Managed Care, der koordinierten medizinischen Versorgung mit Budgetverantwortung, verpflichtet, um so eine qualitativ hochstehende und kosteneffektive medizinische Grundversorgung zu fördern. Der *mediX Praxis Altstetten* ist es wichtig, mit diesem Ansatz sowohl einer Über- wie auch Unterversorgung entgegenzuwirken.

2) Angebotene Dienste

In der *mediX Praxis Altstetten* wird ein breites Spektrum von ambulanten Dienstleistungen angeboten, das neben der Grundversorgung durch ärztliches, pflegerisches und Assistenzpersonals über die verschiedenen Spezialisten beschreiben lässt. An dieser Stelle sollen vor allem die Patientenedukation und Selbstmanagementunterstützung, Hausbesuche, Koordination des Behandlungspfades, und die psychiatrische Versorgung hervorgehoben werden. Modernste Informatik ermöglicht einen optimalen Informationsaustausch und schnelle Vergabe von Terminen, auch online.

3) Organisation

Das interprofessionelle Team setzt sich aktuell aus acht Ärzten/innen für allgemeine innere Medizin, zehn medizinische Spezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen, zwei Advanced Practice Nurses (APN), 12 medizinischen Praxisassistenten/innen (MPA)/Praxiskoordinatoren/innen (MPK), einer Pflegefachfrau, zwei Psychologen/innen und zwei Ernährungsberater/innen zusammen.

Die Zusammenarbeit insbesondere der Rollen zwischen (Allgemein)-Ärzten/innen, APN und MPA/MPK erfordert von allen Beteiligten die Bereitschaft, die Aufgaben neu aufzuteilen und die Kompetenzen und Verantwortlichkeiten zu klären. Während die MPKs chronisch kranke Patienten, wie z.B. Diabetiker oder Asthmatiker anhand des Chronic Care Managements nach standardisierten Vorgehensweisen beraten, betreuen APNs darüber hinaus chronisch kranke Patienten in komplexen Situationen und multimorbide Patienten. Zudem übernehmen die APNs Hausbesuche, um Interventionen/Therapien an die häuslichen Bedingungen und das Lebensumfeld des Patienten anpassen zu können und Patienten und deren Angehörige situationsgerecht in der Integration der Interventionen im Alltag zu unterstützen und zu schulen. Ziel ist die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz, um Krankheitsexazerbationen und Spitaleinweisungen zu verringern. APNs behandeln in der Praxis auch weniger komplexe Notfälle und führen Nachkontrollen nach den Vorgaben der *mediX-Guidelines* durch. Alle diese Aufgaben finden auf Delegation und in Absprache mit dem zuständigen Hausarzt statt.

Wie aus dem Geschäftsbericht 2019 der *mediX zürich AG* ersichtlich wird, versteht sich das Ärztenetz als «selektive Organisationsgemeinschaft», in dem von den dazugehörigen Ärzten ein hohes Mass an Verbindlichkeit bezüglich der Teilnahme an internen Qualitätszirkeln erwartet wird. Die Mitgliedschaft setzt zudem die Bereitschaft voraus, nach Richtlinien, die vom Ärztenetz erarbeitet werden, und unter sorgfältigem Einsatz von finanziellen Ressourcen zu arbeiten.

4) Koordination der Zusammenarbeit

Management der internen Koordination

Die Hausärzte übernehmen die Koordination und Verantwortung für die medizinische Versorgung der Patienten. Sie sind die erste Ansprechperson und fungieren als Gatekeeper in der Gesundheitsversorgung. Zusammen mit

dem Patienten und/oder Patientin berät der Hausarzt auf der Grundlage der *mediX*-Richtlinien, welche Diagnostik und Behandlung zur Anwendung kommen. Die Hausärzte delegieren Aufgaben intern an andere Professionen, wie z.B. APN und MPK, die selbständig oder unter Supervision Konsultationen/Beratungen durchführen. Das Ausmass der Selbständigkeit von APNs richtet sich nach der Berufserfahrung und dem aufgebauten Vertrauen zwischen Arzt und APN. Welche Koordinationsgefässe innerhalb der Praxis für den Austausch dieser beiden Professionen geschaffen wurden, ist den Dokumenten nicht zu entnehmen.

Übergeordnete Koordination / Kollaborationen / Netzwerke

Dem *mediX*-Netzwerk und somit auch der *mediX Praxis Altstetten* ist die Zuweisung zu Spezialisten aus der «Preferred-Provider-Liste» äusserst wichtig. Die Auswahl der Spezialisten geschieht nach einem Preferred-Provider-Konzept, das anhand klinischer Qualitätserfahrungen und administrativen Kosteneinschätzungen die Bewertung der Spezialisten strukturierter, transparenter und vergleichbarer macht als zuvor. Die Aufnahme von Spezialisten in das Netz der *mediX zürich AG* sollte die vertikale Integration fördern.

Zudem koordinieren die Hausärzte Verlegungen zu und von stationären Einrichtungen wie Spitälern und Rehabilitationskliniken und Überweisungen zu Spezialisten. Auch mit Pflegeheimen und der Spitex wird eine enge Zusammenarbeit gepflegt. Hier übernehmen insbesondere APNs eine wichtige Brücken- und Koordinationsfunktion.

Die *mediX zürich AG* führt als regionales Ärztenetz einmal pro Woche moderierte Qualitätszirkel durch, die in verschiedene lokale Untergruppen unterteilt sind. Der Besuch von mindestens 20 solcher Sitzungen für Allgemeinpraktiker/innen resp. drei für Spezialisten/innen ist für *mediX*-Ärzte/innen verpflichtend. Die Qualitätszirkel dienen der Qualitätssicherung und -verbesserung. Inhalt dieser Treffen sind das Erstellen von neuen und das Überarbeiten von bestehenden Guidelines anhand eines vorgegebenen Vernehmlassungszyklus und Themenarbeit wie z.B. kritische medizinische Ereignisse, Managed Care Prozesse, Hospitalisation oder Forschungsergebnisse. Auch für MPA/MPK finden regelmässige von Fachpersonen moderierte Qualitätszirkel zu professionsspezifischen Themen statt. Zudem werden MPA, die die Zusatzausbildung zu MPK mit beratender Funktion im Chronic Care Management (CCM) absolvieren wollen, finanziell unterstützt. 2019 haben zudem vier Qualitätszirkel zu spezifischen CCM-Themen für diese neue Berufsgruppe stattgefunden. Diese Massnahmen zeigen, wie stark diese Professionen innerhalb des Netzwerks gefördert werden, um mehr Verantwortung in der Patientenversorgung übernehmen zu können. Für APNs gibt es nichts Vergleichbares.

Die *mediX*-Guidelines beziehen sich mehrheitlich auf in der Grundversorgung häufigen Krankheiten zu Themenfeldern wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Urologische Krankheiten, Hauterkrankungen usw. und Krankheitssymptome mit diagnostischen Vorgehensweisen und meist pharmakologischen Therapieregimen/Interventionen. Sie enthalten jedoch kaum genauer definierte pflegerische Interventionen. Andere Guidelines widmen sich gesondert spezifischen diagnostischen Verfahren, wie z.B. Laboruntersuchungen, bildgebende Verfahren, oder übergeordneten Themen wie Medikamentensicherheit. Sie sind im Internet frei zugänglich und können so auch von Gesundheitsfachleuten ausserhalb des *mediX*-Netzes genutzt werden. Für Patienten steht ebenfalls frei zugänglich Informationsmaterial sogenannte Gesundheitsdossiers zu verschiedenen Gesundheitsthemen zur Verfügung. Neu sind einzelne Themen auch als Filmmaterial aufbereitet.

5) Finanzielle und rechtliche Belange

Die Leistungen der einzelnen Ärzte/innen werden über TARMED abgerechnet. Zusätzlich pflegt die *mediX zürich AG* und somit auch die *mediX Praxis Altstetten* mit ausgewählten Krankenversicherern sog. Managed-Care-Kooperationspartnerschaften (namentlich mit Atupri, Concordia, CSS, EGK, Helsana Gruppe, RVK Gruppe, Sanitas, SLKK, Swica und der Visana Gruppe). Das verpflichtet die Ärzte des Netzwerks, neben der Gatekeeperfunktion, für eine optimale Koordination innerhalb der gesamten Behandlungskette zu sorgen. Sie befolgen Qualitätssicherungsmassnahmen, Behandlungsrichtlinien und Wirtschaftlichkeitsüberlegungen und verpflichten sich, wo möglich Generika und/oder Produkte einer Konsensliste zu verschreiben (vgl. Jahresbericht *mediX zürich AG*). Diese Steuerungsvergütungen gehen an das Ärztenetz und nicht direkt an den einzelnen Arzt. «Die Hausärzte werden jedoch für diese Koordinationsaufgaben über ihr Ärztenetz honoriert.» («Gute Medizin zu einem fairen Preis»).

Den Verantwortlichen des Netzwerks und auch der *mediX Praxis Altstetten* ist es wichtig, dass dieses System der Finanzierung auf der dreifachen Freiwilligkeit beruht: Patienten wählen ihr Versorgungs- bzw. Versicherungsmodell freiwillig, die Krankenkassen handeln freiwillig Steuerungsvergütungen aus und die Ärzte verpflichten sich aus freien Stücken, ihre Versorgung nach qualitätssteigernden und wirtschaftlichen Kriterien auszuüben und mit Versicherern Verträge auszuhandeln. Übergeordnete vereinheitlichte politische Regulierungen sehen sie als Hindernis für dieses System.

6) Veröffentlichungen

- Baumberger, E., Baumberger, J., Huber, F., & Köpe, Ch (Hrsg.). (2019). *Manged Care Swiss made. Entwicklung, Bedeutung, und Perspektiven der koordinierenden Grundversorgung im Schweizer Gesundheitswesen*. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik.
- Steinbrüchel-Boesch, C. (2019). *Advanced Practice Nurses in der Hausarztpraxis*.

mediX Zurich-Altstetten

Le grand cabinet *mediX Altstetten* appartient à l'association nationale *mediX suisse*, une fédération de neuf réseaux régionaux de médecins. Au niveau régional, il est attribué à *mediX zürich AG*, qui regroupe des cabinets individuels, des cabinets de groupe et des grands cabinets dans le canton de Zurich, le canton d'Argovie et le canton de Schwyz. Le cabinet *mediX Altstetten* est l'un des grands cabinets de la ville de Zurich.

1) Historique et objectifs du projet

Le cabinet *mediX Altstetten* a ouvert en 2016 à côté de la gare d'Altstetten. Le cabinet s'est engagé à pratiquer du Managed Care, des soins médicaux coordonnés avec responsabilité budgétaire, afin de promouvoir des soins médicaux de base de haute qualité et rentables. Il est important pour le cabinet *mediX Altstetten* de contrecarrer à la fois la surutilisation et la sous-utilisation des soins avec cette approche.

2) Services offerts

Le cabinet *mediX Altstetten* propose un large éventail de services ambulatoires, des soins de base dispensés par le personnel médical, infirmier et assistant, aux soins spécialisés. À ce stade, il convient de mettre l'accent sur l'éducation du patient et le soutien à l'autogestion, les visites à domicile, la coordination du parcours de soins et les soins psychiatriques. Les technologies de l'information les plus modernes permettent un échange optimal d'informations et une attribution rapide des rendez-vous, également en ligne.

3) Organisation

L'équipe interprofessionnelle se compose actuellement de huit médecins généralistes, 10 médecins spécialistes provenant de différentes disciplines, deux infirmières de pratique avancée (APN), 12 assistant-e-s médicales/aux, une infirmière, deux psychologues et deux nutritionnistes.

La collaboration, notamment entre les médecins (généralistes), les APN et les assistant-e-s médicales/aux, nécessite la volonté de toutes les personnes impliquées de réaffecter les tâches et de clarifier les compétences et les responsabilités. Alors que les assistant-e-s médicales/aux ayant une formation complémentaire (medizinische Praxiskoordinator:innen (MPK)) conseillent les personnes souffrant de maladies chroniques, par exemple les personnes diabétiques ou asthmatiques, sur la base du Chronic Care Model et en suivant des procédures standardisées, les APN s'occupent également des malades chroniques en situation complexe et des patients multimorbides. En outre, les APN effectuent des visites à domicile afin d'être en mesure d'adapter les interventions/thérapies aux conditions et au cadre de vie du patient et de soutenir et former les patients et leurs proches à l'intégration des interventions dans la vie quotidienne d'une manière appropriée à la situation. L'objectif est d'accroître les compétences d'autogestion afin de réduire les exacerbations de la maladie et les admissions à l'hôpital. Les APN traitent également les urgences moins complexes dans la pratique et effectuent des contrôles de suivi selon les spécifications des directives mediX. Toutes ces tâches se font sur délégation et en concertation avec le médecin de famille responsable.

Comme le montre le rapport annuel 2019 de mediX zürich AG, le réseau de médecins se considère comme une "communauté organisationnelle sélective" dans laquelle un haut degré d'engagement est attendu des médecins associés en ce qui concerne la participation aux cercles de qualité internes. L'adhésion requiert également la volonté de travailler selon les directives élaborées par le réseau de médecins et en faisant un usage prudent des ressources financières.

4) Coordination

Coordination des soins à l'intérieur du cabinet

Les médecins généralistes assument la coordination et la responsabilité des soins médicaux dispensés aux patients. Ils sont le premier point de contact et font office de gatekeeper. En collaboration avec le/la patient-e, le

médecin généraliste détermine, sur la base des directives mediX, le diagnostic et le traitement à appliquer. Les médecins généralistes délèguent des tâches en interne à d'autres professionnels, telles que les APN et les assistant-e-s médicales/aux, qui effectuent les consultations de manière indépendante ou sous supervision. Le degré d'autonomie des APN dépend de leur expérience professionnelle et de la confiance établie entre le médecin et l'APN. Les documents ne montrent pas clairement quels canaux de coordination ont été créés au sein du cabinet pour permettre l'échange entre ces deux professions.

Coordination avec les partenaires externes

Pour le réseau mediX et donc aussi pour le cabinet *mediX Altstetten*, l'attribution à des spécialistes de la "Preferred Provider List" est extrêmement importante. La sélection des spécialistes se fait selon un concept de fournisseur de soins privilégié qui, sur la base de l'expérience en matière de qualité clinique et des estimations des coûts administratifs, rend l'évaluation des spécialistes plus structurée, transparente et comparable qu'auparavant. L'inclusion de spécialistes dans le réseau de mediX zürich AG devrait favoriser l'intégration verticale.

En outre, les médecins généralistes coordonnent les transferts vers et depuis les établissements hospitaliers tels que les hôpitaux et les cliniques de réadaptation, ainsi que l'orientation vers des spécialistes. Une coopération étroite est également maintenue avec les maisons de retraite et Spitex. C'est là que les APN, en particulier, assument une importante fonction de liaison et de coordination.

En tant que réseau régional de médecins, mediX zürich AG organise une fois par semaine des cercles de qualité modérés, qui sont divisés en différents sous-groupes locaux. La participation à au moins 20 réunions de ce type pour les médecins généralistes et trois pour les spécialistes est obligatoire. Les cercles de qualité servent à assurer et améliorer la qualité. Le contenu de ces réunions est la création de nouvelles guidelines et la révision des guidelines existantes sur la base d'un cycle de consultation spécifique et de travaux sur des sujets tels que les événements médicaux critiques, les processus de gestion des soins, l'hospitalisation ou les résultats de la recherche. Des cercles de qualité animés par des spécialistes sur des sujets spécifiques à la profession sont également organisés régulièrement pour les assistant-e-s médicales/aux. En outre, les assistant-e-s médicales/aux qui souhaitent suivre une formation complémentaire en tant que MPK avec une fonction de conseil dans la gestion des maladies chroniques (CCM) sont soutenus financièrement. En 2019, quatre cercles de qualité sur des sujets spécifiques à la gestion des maladies chroniques (CCM) ont également eu lieu pour ce nouveau groupe professionnel. Ces mesures montrent à quel point ces professions sont promues au sein du réseau pour être en mesure d'assumer davantage de responsabilités dans les soins aux patients. Il n'y a rien de comparable pour les APN.

La majorité des guidelines de mediX se réfèrent à des maladies courantes dans les soins primaires, telles que les maladies cardiovasculaires, les maladies urologiques, les maladies de la peau, etc. ainsi qu'aux symptômes de la maladie avec des procédures de diagnostic et surtout des thérapies/interventions pharmacologiques. Cependant, ils ne contiennent guère d'interventions infirmières plus précisément définies. D'autres directives sont consacrées séparément à des procédures de diagnostic spécifiques, telles que les tests de laboratoire, les procédures d'imagerie, ou à des sujets généraux tels que la sécurité des médicaments. Ils sont librement accessibles sur Internet et peuvent donc également être utilisés par les professionnels de la santé en dehors du réseau mediX. Les patients ont également accès gratuitement à du matériel d'information, appelé "dossiers de santé", sur différents thèmes de santé. Les sujets individuels sont désormais également disponibles sous forme de film.

5) Questions financières et juridiques

Les prestations des différents médecins sont facturées via TARMED. En outre, mediX zürich AG et donc aussi le cabinet *mediX Altstetten* entretiennent des partenariats de coopération dits de Managed Care avec des assureurs maladie sélectionnés (à savoir Atupri, Concordia, CSS, EGK, Helsana Group, RVK Group, Sanitas, SLKK, Swica et Visana Group). Cela oblige les médecins du réseau, en plus de leur fonction de gatekeeper, à assurer une coordination optimale dans toute la chaîne de traitement. Ils suivent les mesures d'assurance qualité, les directives de traitement et les considérations économiques et s'engagent à prescrire des génériques et/ou des produits d'une liste de référence lorsque cela est possible (cf. rapport annuel de mediX zürich AG). Ces indemnités de contrôle vont au réseau des médecins et non directement au médecin individuel. "Cependant, les généralistes

sont rémunérés pour ces tâches de coordination via leur réseau de médecins." («Gute Medizin zu einem fairen Preis»).

Il est important pour les responsables du réseau, mais aussi pour le cabinet *mediX Altstetten*, que ce système de financement repose sur un triple volontariat : Les patients choisissent volontairement leur modèle de soins ou d'assurance, les assureurs maladie négocient volontairement les tarifs de pilotage et les médecins s'engagent librement à pratiquer leurs soins selon des critères de qualité et d'économie et à négocier des contrats avec les assureurs. Ils considèrent que les réglementations politiques unifiées et globales constituent un obstacle à ce système.

6) Publications

Baumberger, E., Baumberger, J., Huber, F., & Köpe, Ch (Hrsg.). (2019). *Manged Care Swiss made. Entwicklung, Bedeutung, und Perspektiven der koordinierenden Grundversorgung im Schweizer Gesundheitswesen*. Bern: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik.

Steinbrüchel-Boesch, C. (2019). *Advanced Practice Nurses in der Hausarztpraxis*.

Sanacare Gruppenpraxis Schwyz

Sanacare ist eine unabhängig agierende Schweizer Aktiengesellschaft der beiden Aktionäre Concordia und Sanitas. Die *Sanacare Gruppenpraxis Schwyz* bestehend seit 2008 ist Teil der Sanacare Gruppenpraxen in der Schweiz.

Beim Standort Schwyz wurde im Jahr 2019 im Rahmen des erweiterten Projekts «ANP-Uri» zusätzlich eine neue Berufsrolle eingeführt, die der Advanced Practice Nurse (APN). Das Gesamtprojekt, das im Juni 2020 zum Abschluss kam, wurde damals durch das Institut für Hausarztmedizin & Community Care (IHAM&CC) Luzern wissenschaftlich begleitet.

1) Hintergrund, Ziele und Geschichte des Projekts

Im Vordergrund des Projekts stand eine nachhaltige Weiterentwicklung der hausärztlichen Grundversorgung durch die Zusammenarbeit zwischen den Hausärztinnen und Hausärzten, einer APN und Medizinischen Praxisassistentinnen (MPA).

Das Projekt wurde nach Abschluss in die Routineversorgung übernommen. In diesem Rahmen kam es zu diversen Personalwechseln bei allen Professionen und damit zusammenhängend zu Anpassungen und Weiterentwicklungen in den Aufgabenbereichen insbesondere der APN. Die Zielsetzung jedoch blieb erhalten.

2) Angebotene Dienste

Behandelt werden erwachsene Patienten jeden Alters von Schwyz und Umgebung, unabhängig davon, ob sie noch zuhause oder in einem Pflegeheim leben. Die Praxis ist zentral in Schwyz gelegen und zu festgelegten Öffnungszeiten belegt. Ausserhalb der Öffnungszeiten werden Anrufe direkt an den Notfalldienst des Partners Medphone weitergeleitet.

Die Aufgabenfelder der APN während des Projekts beinhaltete Behandlungen weniger komplexer Akuterkrankungen wie z.B. Infektionen der oberen Luftwege oder HWIs, die Behandlung multimorbider Patienten mit Patientenedukation und Hausbesuche. Die Abgrenzung zu ärztlichen Aufgaben richtete sich nach der vorhandenen Expertise der APN. Mit zunehmender Erfahrung in der Behandlung von Patienten, wurden die Kompetenzen erweitert. Nach Beginn der Covid-19-Pandemie übernahm die APN auch einen Hauptteil der Testung und Behandlung von Covid-19-Patienten und entlastete so die Ärzte bei dieser Zusatzaufgabe.

Unter der veränderten Personalbesetzung nach Projektabschluss übernahm die APN neben den weniger komplexen akuten Behandlungen und Hausbesuchen auch die Visiten bei Sanacare-Patienten in den Pflegeheimen. Sie hat neu geriatrische Assessments bei Patienten über 75 Jahren eingeführt. Danach passt sie den Behandlungsplan in Zusammenarbeit mit den Patienten den Ergebnissen entsprechend an. Die Verantwortung für Tätigkeiten rund um die Covid-19-Pandemie wie Testung und Behandlung entfällt, dafür werden Impfsprechstunden unter der Leitung der APN angedacht. Inwieweit innerhalb dieser Sprechstunden auch Impfungen durch die APN durchgeführt werden sollen, ist dem Forschungsteams nicht bekannt.

3) Organisation

Die *Sanacare Gruppenpraxis Schwyz* besteht aus vier Ärzten (einem leitenden Arzt, zwei Allgemeinärzten, einem Assistenzarzt), einer leitenden medizinische Praxiskoordinatorin (MPK), sieben medizinischen Praxisassistentinnen (MPA) und einer APN.

Den verschiedenen Berufsgruppen und Funktionen sind jeweils Ansprechpartner zugeteilt. So gehen sowohl die APN wie auch die MPK mit Fragen rund um die Patientenversorgung oder betrieblichen Fragen zum leitenden Arzt. Für die MPAs ist die ihnen vorgesetzte MPK zuständig. Entscheide, die auf diesen Ebenen gefällt werden und das ganze Team betreffen, werden entsprechend wieder zurück ins Team getragen.

4) Koordination der Zusammenarbeit

Management der internen Koordination

Die interne Koordination der Versorgung findet auf verschiedenen Ebenen und unter Einbezug verschiedener Professionen statt. Bei der Zuteilung von Notfallpatienten findet die Triage beim Empfang der Praxis durch eine MPA statt. Kriterien der Zuteilung zu den entsprechenden Berufsgruppen (Arzt oder APN) richten sich einerseits nach dem Gesundheitszustand des Patienten und dem Ermessen der triagierenden MPA. Akute Notfälle werden von Ärzten behandelt. Die Zuteilung nicht akuter Notfälle orientiert sich an den jeweiligen Kompetenzen der Berufsgruppe, die in einer internen Kompetenzliste festgelegt sind. Z.B. werden Harnwegsinfekte, Symptome der oberen Luftwege, Lumbago, eher der APN zugeteilt. Laut den Interviewpartnern werden jedoch Patienten von den MPAs eher Ärzten zugeteilt, da diese die Leistungen vollständig abrechnen können. Bei der Behandlung chronisch kranker Patientinnen und Patienten andererseits kommen grundsätzlich verschiedene Abläufe bei der weiteren Behandlung vor; ein Arzt untersucht den Patienten zuerst und ruft die APN hinzu, wenn eine umfassendere Sicht der APN benötigt wird oder die ANP untersucht den Patienten zuerst und holt bei Bedarf den zuständigen Arzt dazu. Die Fallführung (unter Aufsicht) obliegt selten der APN und ist abhängig von der Entscheidung des jeweiligen Arztes.

Chronisch erkrankte Patienten werden nach dem Chronic Care Management-Konzept versorgt, das in allen Sanacare Gruppenpraxen zur Anwendung kommt. Dabei handelt es sich um ein strukturiertes Vorgehen in der Versorgung vordefinierter Patientengruppen (wie z.B. Diabetiker, Asthmatiker), bei denen sowohl MPA/MPK wie auch Ärzte involviert sind. Patienten, die aufgrund ihrer gesundheitlichen oder sozialen Situation eine individuell angepasste Versorgung brauchen, werden jedoch von der APN statt MPA übernommen. Dafür operationalisierte Kriterien wurden in den Interviews keine genannt.

Zwischen dem leitenden Arzt und der APN finden täglich eingeplante Supervisionen statt. Diese dienen zum einen der Absprache des Behandlungsplans eines Patienten und zum anderen der Weiterbildung der APN. Je nach Zeitpunkt der Supervision kann das bedeuten, dass der Behandlungsplan eines Patienten auch noch nach dessen Konsultation angepasst und der Patient darüber informiert werden muss. Dringende Fragen werden unkompliziert bilateral geklärt. Diese Koordinations- und Supervisionstreffen eröffnen für beide Professionen die Gelegenheit, die Patienten, ihre Probleme und Ressourcen umfassender wahrzunehmen und gezielte Interventionen durchzuführen oder unpassende zu stoppen.

Die Zusammenarbeit zwischen der APN und den Ärzten bleibt häufig auf den leitenden Arzt beschränkt. Er ist die direkte Ansprechperson für die APN. Die Berufsrolle der APN ist noch nicht soweit etabliert, dass sie von allen Ärzten in der Praxis in gleicher Weise genutzt wird.

Die Einführung der Rolle der APN führte anfangs zu grossem Misstrauen v.a. bei den angestellten MPA/MPKs, nicht aber bei den Ärzten. Die MPAs befürchteten, dass ihre Kompetenzen beschnitten würden. Dass es zu Grabenkämpfen zwischen den verschiedenen Professionen kam, lag u.a. an der mangelnden Klarheit bezüglich der Rollen und Verantwortlichkeiten, schlechter Kommunikation und Vorbereitung der bisherigen Mitarbeiter, am Wunsch einiger Fachkräfte, ihr Territorium zu schützen oder an der Angst, das eigene Fachgebiet teilen zu müssen. Eine traditionelle hierarchische Vorstellung zwischen den verschiedenen Berufen unterstützte diese Differenzen und Auseinandersetzungen.

Laut den Interviewpartnern müsste ein gewisses Mass an Bereitschaft zu Veränderungen und für ein neues Versorgungsmodell von allen involvierten Personen getragen werden. Als Voraussetzung dafür müsste von Anfang an auf Ängste und Befürchtungen, die im Zusammenhang mit neuen Berufsrollen auftreten, eingegangen werden. Unabdingbar bei der Einführung einer neuen Berufsrolle und somit eines neuen Versorgungsmodells ist eine klare Definition der Berufsrollen und -bilder und eine Klärung der jeweiligen Kompetenzen.

Übergeordnete Koordination / Kollaborationen / Netzwerke

Die Schnittstellen zu Leistungserbringern ausserhalb der Praxis entsprechen denen herkömmlicher Hausarztpraxen. Überweisungen zu medizinischen Spezialisten, Spitäler oder anderen Berufsgruppen

Verordnungen wie z.B. Physiotherapeuten geschehen via Verordnungen. Für die Auswahl von medizinischen Spezialisten besteht eine Prioritätenliste.

In der Region werden in den Alters- und Pflegeheimen die Bewohner und Bewohnerinnen nach Eintritt weiterhin von ihren bisherigen Hausärzten betreut. Keines der regionalen Pflegeheime verfügt über einen eigenen Hausarzt. Die *Sanacare Gruppenpraxis Schwyz* betreut ihre Patienten und Patientinnen auch weiterhin, wenn diese in ein Heim eingetreten sind. Diese Visiten übernimmt die APN, es sei denn eine spezifische Fragestellung, die ihr Fachwissen übersteigt, würde die Anwesenheit eines/r Arztes/Ärztin erfordern. Durch die Rolle der Pflegeexpertin stellt die APN ein ideales Bindeglied zwischen den Bewohnern/Bewohnerinnen, den Pflegenden der Heime und des Hausarztes der Sanacare Gruppenpraxis dar. So werden die Bewohner durch die APN nicht nur körperlich untersucht und Medikamente angepasst, sondern der ganze Pflegeprozess kann mit den Pflegenden der Pflegeheime auf die Situation hin angepasst werden. Zudem kann die APN Bewohner bei der Erstellung der Patientenverfügung beraten.

Nach Aussagen der Interviewpartner wurde die APN anfangs mit Skepsis bei den Pflegenden der Heime aufgenommen. Sie befürchteten ein Einmischen in ihre Belange. Dieses Misstrauen hatte sich aber gelegt, als sie erfuhren, welchen Mehrwert es für die Prozesse, den Informationsaustausch und das Wohlergehen der Bewohner hatte. Viele Fragen und Anliegen konnten so gleich vor Ort geklärt werden.

Die Sanacare AG entlastet die Gruppenpraxen vor allem in der Administration und bei koordinierenden Prozessen. Zudem bietet sie ein umfangreiches Fortbildungsangebot für Ärzte und MPAs an. Für APNs gibt es bis anhin kein solches Angebot.

5) Finanzielle und rechtliche Belange

Leistungen der Ärzte werden über TARMED abgerechnet. Während des Projekts wurden keine Leistungen der ANP verrechnet. Sie dokumentiert jedoch alle ihre Behandlungen und Tätigkeiten, damit ersichtlich wurde, was sie tatsächlich geleistet hatte und was der Nutzen diese Funktion sein könnte. Inwieweit eine Evaluation stattgefunden hat, entzieht sich dem Wissen des Forschungsteams.

Nach Projektabschluss hat sich jedoch die Concordia Krankenkasse bereit erklärt, dass Leistungen der APN über ihre Krankenkasse abgerechnet werden können. Alle anderen Leistungen der APN werden nicht abgerechnet.

Die Sanacare AG übernimmt die weiteren anfallenden Kosten, die nicht von der Concordia gedeckt werden. Da die Leitung der Sanacare AG dieses Modell jedoch fördern will, nimmt sie es in Kauf, dass diverse Leistungen nicht abgerechnet werden können. Auch sämtliche Koordinationsleistungen, alle Supervisionen, alle Besprechungen und Schulungen fallen in diese Kategorie – sie können nicht abgerechnet werden. Trotzdem bringen diese Besprechungen einen Mehrwert für die Patienten und bringen fachlich beide weiter, sowohl APN als auch Ärzte.

Wie es in den Interviews herauskam, ist es für die APN selbst manchmal frustrierend, dass sie mit ihrer Arbeit viel zur Qualitätsverbesserung beiträgt, ihr Beitrag in der Patientenversorgung aber über die Abrechnung nicht honoriert wird. Da müsste rechtlich gesehen noch einiges passieren, damit dieses Ungleichgewicht behoben würde.

Es unterliegt also dem Goodwill und den finanziellen Mitteln der Organisation, solchen Modellen zum Durchbruch zu verhelfen, solange die rechtlichen Grundlagen zur Finanzierung noch nicht geschaffen sind.

Sanacare Group Practice Schwyz

Sanacare est une société anonyme suisse indépendante, détenue par les deux actionnaires Concordia et Sanitas. Le cabinet de groupe Sanacare à Schwyz, qui existe depuis 2008, fait partie du groupe Sanacare.

Sur le site de Schwyz, un nouveau rôle professionnel a en outre été introduit en 2019 dans le cadre du projet élargi "ANP-Uri", celui d'infirmière en pratique avancée (APN). Le projet global, qui s'est achevé en juin 2020, a été accompagné scientifiquement à l'époque par l'Institut de médecine de famille et de soins communautaires (IHAM&CC) de Lucerne.

1) Contexte, objectifs et historique du projet

Le projet s'est concentré sur la pérennisation du développement des soins primaires par les médecins généralistes à travers une coopération entre les médecins généralistes, un-e APN et les assistant-e-s médicales/aux.

Après son achèvement, le projet a été repris dans le cadre des soins courants. Dans ce contexte, il y a eu divers changements de personnel dans toutes les professions et, en relation avec cela, des ajustements et des développements supplémentaires dans les domaines de responsabilité, notamment de l'APN. Cependant, l'objectif est resté le même.

2) Services offerts

Sont pris en charge les patients adultes de tous âges de Schwyz et de ses environs, qu'ils vivent encore chez eux ou dans une maison de retraite. Le cabinet est situé au centre de Schwyz et est occupé pendant des heures d'ouverture fixes. En dehors des heures d'ouverture, les appels sont directement transférés au service d'urgence du partenaire Medphone.

Les tâches de l'APN pendant le projet comprenaient le traitement de maladies aiguës moins complexes telles que les infections des voies respiratoires supérieures ou les infections respiratoires aiguës, le traitement des patients multimorbides avec éducation des patients et les visites à domicile. La distinction avec les tâches médicales était basée sur l'expertise existante de l'APN. Avec l'expérience croissante dans le traitement des patients, les compétences ont été élargies. Après le début de la pandémie de Covid 19, l'APN a également pris en charge une grande partie des tests et du traitement des patients atteints de Covid 19, déchargeant ainsi les médecins de cette tâche supplémentaire.

Dans le cadre du changement de personnel après l'achèvement du projet, l'APN a pris en charge les visites des patients de Sanacare dans les maisons de retraite, en plus des traitements aigus moins complexes et des visites à domicile. Elle a récemment introduit les évaluations gériatriques pour les patients de plus de 75 ans. Elle adapte ensuite le plan de traitement en fonction des résultats et en collaboration avec les patients. La responsabilité des activités liées à la pandémie Covid 19, telles que les tests et les traitements, est supprimée, et les consultations de vaccination sont envisagées sous la direction de l'APN. L'équipe de recherche ne sait pas dans quelle mesure les vaccinations seront effectuées par l'APN dans le cadre de ces consultations.

3) Organisation

Le cabinet de groupe Sanacare de Schwyz se compose de quatre médecins (un médecin-chef, deux médecins généralistes, un médecin assistant), un-e assistant-e médical-e avec formation complémentaire (medizinische Praxiskoordinator-innen (MPK)), sept assistant-e-s médicales/aux (MPA) et d'un-e APN.

Des personnes de contact sont affectées aux différents groupes professionnels. Ainsi, les APN et les MPK s'adressent au médecin-chef pour toute question concernant les soins aux patients ou les questions opérationnelles. Pour les MPA, le MPK qui leur est supérieur est responsable. Les décisions prises à ces niveaux qui affectent l'ensemble de l'équipe sont transmises à l'équipe en conséquence.

4) Coordination

Coordination des soins à l'intérieur du cabinet

La coordination interne des soins se fait à différents niveaux et avec la participation de différentes professions. Pour la répartition des patients qui consultent en urgence, le triage a lieu à l'accueil du cabinet par un MPA. Les critères d'attribution aux groupes professionnels correspondants (médecin ou APN) sont basés d'une part sur l'état de santé du patient et d'autre part sur la décision du/de la MPA de triage. Les urgences aiguës sont traitées par des médecins. L'attribution des urgences non aiguës est basée sur les compétences respectives du groupe professionnel, qui sont définies dans une liste interne de compétences. Par exemple, les infections des voies urinaires, les symptômes des voies respiratoires supérieures, les lombalgies, sont plus susceptibles d'être attribués à l'APN. Cependant, selon les personnes interrogées, les patients sont plus susceptibles d'être assignés aux médecins par les MPA, car ils peuvent facturer entièrement les services. Dans le traitement des malades chroniques, en revanche, il existe fondamentalement différentes procédures pour la suite du traitement : un médecin examine d'abord le patient et fait appel à l'APN si une vision plus complète de l'APN est nécessaire, ou l'ANP examine d'abord le patient et fait appel au médecin responsable si nécessaire. La gestion des cas (sous supervision) est rarement du ressort de l'APN et dépend de la décision du médecin concerné.

Les patients atteints de maladies chroniques sont pris en charge selon le concept de gestion des maladies chroniques (Chronic Care Management-Konzept), qui est appliqué dans tous les cabinets du groupe Sanacare. Il s'agit d'une approche structurée de la prise en charge de groupes de patients prédéfinis (par exemple, les diabétiques, les asthmatiques) impliquant à la fois les assistant-e-s médicales/aux et les médecins. Cependant, les patients qui ont besoin de soins adaptés individuellement en raison de leur état de santé ou de leur situation sociale sont pris en charge par l'APN au lieu de l'assistant-e médical-e (MPA). Aucun critère opérationnalisé n'a été mentionné durant les entretiens.

Des supervisions quotidiennes programmées ont lieu entre le médecin-chef et l'APN. Ceux-ci servent d'une part à convenir du plan de traitement d'un patient et d'autre part à la formation continue de l'APN. En fonction du moment de la supervision, cela peut signifier que le plan de traitement d'un patient doit être ajusté même après sa consultation et que le patient en ait été informé. Les questions urgentes sont clarifiées bilatéralement de manière informelle. Ces réunions de coordination et de supervision offrent aux deux professions la possibilité de percevoir les patients, leurs problèmes et leurs ressources de manière plus globale et de mettre en œuvre des interventions ciblées ou d'arrêter celles qui sont inappropriées.

La coopération entre l'APN et les médecins est souvent limitée au médecin-chef. Il est la personne de contact directe pour l'APN. Le rôle professionnel de l'APN n'est pas encore établi au point d'être exploité de la même manière par tous les médecins du cabinet.

L'introduction du rôle de l'APN a d'abord suscité une grande méfiance, surtout chez les assistant-e-s médicales/aux (MPA et MPK), mais pas chez les médecins. Les MPA craignaient que leurs compétences ne soient réduites. Le fait qu'il y ait eu une guerre de tranchées entre les différentes professions était dû, entre autres, au manque de clarté concernant les rôles et les responsabilités, à la mauvaise communication et à la mauvaise préparation du personnel précédent, au désir de certains professionnels de protéger leur territoire ou à la peur de devoir partager leur propre domaine d'expertise. Une vision hiérarchique traditionnelle entre les différentes professions a soutenu ces différences et ces conflits.

Selon les personnes interrogées, un certain degré de préparation au changement et à un nouveau modèle de soins devrait être assumé par toutes les personnes concernées. Pour ce faire, il est nécessaire d'aborder dès le départ les craintes et les angoisses liées aux nouveaux rôles professionnels. Une définition claire des rôles et une clarification des compétences respectives sont indispensables pour l'introduction d'un nouveau rôle professionnel et donc d'un nouveau modèle de soins.

Coordination avec les partenaires externes

Les interfaces avec les prestataires de services extérieurs au cabinet correspondent à celles des cabinets de médecine de famille classiques. L'orientation vers les médecins spécialistes, les hôpitaux ou d'autres groupes

professionnels, par exemple les physiothérapeutes, se fait par le biais d'ordonnances. Il existe une liste de priorité pour la sélection des médecins spécialistes.

Dans la région, les résidents des maisons de retraite et de repos continuent d'être suivis par leur ancien médecin généraliste après leur admission. Aucune des maisons de repos régionales ne dispose de son propre médecin résident. Le cabinet du groupe Sanacare de Schwyz continue de s'occuper de ses patients après leur entrée dans une maison de retraite. Ces visites sont effectuées par l'APN, sauf si un problème spécifique dépassant ses compétences nécessite la présence d'un médecin. Par son rôle d'expert en soins infirmiers, l'APN représente un lien idéal entre les résidents, le personnel soignant des maisons de retraite et le médecin généraliste du cabinet du groupe Sanacare. Ainsi, l'APN ne se contente pas d'examiner physiquement les résidents et d'adapter les médicaments, mais l'ensemble du processus de soins peut être adapté à la situation en collaboration avec le personnel soignant des maisons de retraite. En outre, l'APN peut conseiller les résidents sur la préparation de testaments de vie.

Selon les personnes interrogées, l'APN a d'abord été accueilli avec scepticisme par le personnel infirmier des maisons de retraite. Ils craignaient l'ingérence dans leurs affaires. Toutefois, cette méfiance s'est dissipée lorsqu'ils ont découvert la valeur ajoutée qu'elle apportait aux processus, à l'échange d'informations et au bien-être des résidents. De nombreuses questions et préoccupations ont ainsi pu être clarifiées sur place.

Sanacare AG soulage les cabinets de groupe principalement dans les processus d'administration et de coordination. Elle propose également un programme de formation complet pour les médecins et les MPA. Jusqu'à présent, il n'y a pas eu d'offre de ce type pour les APN.

5) Questions financières et juridiques

Les prestations des médecins sont facturés via TARMED. Pendant le projet, aucun service fourni par l'APN n'a été facturé. Cependant, elle a documenté tous ses traitements et activités afin que l'on puisse voir ce qu'elle a réellement fait et quels sont les avantages de cette fonction. L'équipe de recherche ne sait pas dans quelle mesure une évaluation a eu lieu.

Cependant, une fois le projet terminé, la compagnie d'assurance maladie de Concordia a accepté que les services fournis par l'APN soient facturés par sa compagnie d'assurance maladie. Tous les autres services fournis par l'APN ne seront pas facturés.

Sanacare AG prend en charge les autres frais encourus qui ne sont pas couverts par Concordia. Cependant, comme la direction de Sanacare AG veut promouvoir ce modèle, elle accepte que diverses prestations ne puissent être facturées. Tous les services de coordination, toutes les supervisions, toutes les réunions et formations entrent également dans cette catégorie - ils ne peuvent pas être facturés. Néanmoins, ces réunions apportent une valeur ajoutée aux patients et font progresser les APN et les médecins sur le plan professionnel.

Comme il est ressorti des entretiens, il est parfois frustrant pour l'APN elle-même de contribuer largement à l'amélioration de la qualité par son travail, mais que sa contribution aux soins des patients ne soit pas récompensée par la facturation. D'un point de vue juridique, il faudrait que beaucoup de choses se passent pour redresser ce déséquilibre.

Il appartient donc à la bonne volonté et aux ressources financières de l'organisation d'aider ces modèles à percer tant que les bases légales pour le financement des prestations infirmières ne sont pas encore établies.

Praxisgemeinschaft Bauma

Die *Praxisgemeinschaft Bauma* ist ein selbständiges Unternehmen mit zwei Hausärzten als Inhaber. Beide Ärzte gehören einem Ärztenetzwerk an, dem gegenüber sie sich ideell nicht aber unternehmerisch und materiell verpflichtet haben.

1) Geschichte und Projektziele

Die *Praxisgemeinschaft Bauma* entstand 2008, als sich ein vorher allein praktizierender Hausarzt mit einem Internisten zusammenschloss. Inzwischen wurde die Praxis durch verschiedene angestellte Ärztinnen und Ärzte und weiteres medizinisches interprofessionelles Fachpersonal erweitert. Die Praxisgemeinschaft verfolgt als Ziel, eine ganzheitliche ambulante Versorgung für eine ländliche Region des Kantons Zürich anzubieten. Das bedeutet, dass sie sowohl somatische Allgemeinmedizin als auch psychosomatische und psychosoziale bis hin zu spirituellen Fragestellungen miteinander verbinden.

2) Angebotene Dienste

Das ärztliche Angebot der *Praxisgemeinschaft Bauma* umfasst neben der hausärztlichen Betreuung auch Spezialgebiete wie Tauchmedizin, pädiatrische Entwicklungskontrollen ab Geburt, Infusionstherapien, diverse Laboruntersuchungen, Schlafapnoe-Abklärungen und vieles mehr.

An bestimmten Tagen können Termine innerhalb der Praxisräume von selbständig tätigen Fachpersonen gebucht werden, wie z.B. Ernährungsberatung, Ergotherapie und die ärztliche Versorgung in Urologie und physikalischer Medizin/Rehabilitation. Ein physiotherapeutisches Angebot befindet sich im gleichen Gebäude, ist aber nicht Teil der Gemeinschaftspraxis. Ausserhalb der Praxisräume besteht auch eine enge Zusammenarbeit mit einer Kunsttherapeutin und einem therapeutisch tätigen Theologen.

Durch das Zusammenspiel dieser verschiedenen Fachspezialisten gelingt es, den Patienten eine ganzheitliche Grundversorgung anzubieten, die weit über das rein somatische Befinden hinausgeht. Sogar Patientinnen und Patienten, die ihr häusliches Umfeld nicht mehr verlassen können, werden durch Hausbesuche der Advanced Practice Nurses (APN) umfassend versorgt. Durch sie werden Patienten mit komplexen sozio-psycho-somatischen Fragestellungen oft unter Einbezug des gesamten Familiensystems betreut.

Die Patienten werden durch Coaching/Patientenedukation in ihrer Selbständigkeit gefördert.

Auch medizinische Praxisassistent*innen (MPA) oder Praxiskoordinator*innen (MPK) bieten Sprechstunden an. Zu nennen sind zu Wundversorgung, Diabetesberatung, Lungenberatung, Deep Oszillation Therapie und kosmetische Fusspflege.

3) Organisation

Die Gemeinschaftspraxis wird von einem Facharzt für Allgemeinmedizin und einem Facharzt für Innere Medizin geleitet, unterstützt durch zwei weitere in Teilzeit angestellte Ärztinnen und einen Assistenzarzt, zwei APN und eine Psychotherapeutin. Die Gemeinschaftspraxis wird durch eine Praxismanagerin, zwei MPK und vier MPA komplettiert.

Die *Praxisgemeinschaft Bauma* zeichnet sich durch eine sehr flache Hierarchie, einen kollegialen Umgang und eine pragmatische Vorgehensweise aus. Das neue Versorgungsmodell mit einem multi- und interprofessionellen Ansatz, in dem jede Profession gleichwertig und gemäss ihrer Stärken eingesetzt wird, wird von allen sehr geschätzt.

4) Koordination der Zusammenarbeit

Management der internen Koordination

Die internen Koordinationsaktivitäten lassen sich in formelle Gefässe und informellen Austausch über Patienten aufteilen. Formell trifft sich das multi- und interprofessionelle Team jeden Morgen zu einem Rapport, in dem die zu behandelnden Patienten mit der jeweiligen Fragestellung kurz beschrieben werden. Dadurch ist allen Beteiligten ersichtlich, welche Professionen in der Behandlung eines Patienten involviert sind. Das erleichtert die Koordination der Behandlung, die Abstimmung der geplanten Massnahmen und die Vertretung beim Ausfall eines Teammitglieds. Zusätzlich findet einmal pro Woche eine sogenannte «Ärztessitzung» statt, in der neben dem ärztlichen Personal auch APN teilnehmen. Hier werden komplexe Fälle, medizinische Themen und ethische Fragestellungen besprochen.

Die Zuteilung der Patienten geschieht einerseits über die Triagefunktion durch MPA/MPK. Sie weisen je nach zeitlichen Ressourcen, Fragestellungen und weiteren Kriterien die Patienten entweder einem Arzt oder einer APN zu. Die Kriterien der Zuteilung sind vielfältig und hängen stark von dem Krankheitsbild der Patienten ab. Gerade bei psychosozialen und psychosomatischen Fragestellungen spielt die Beziehung und Vertrauensebene des Patienten zu der behandelnden Person eine entscheidende Rolle. Die Profession ist hier, sofern die Expertise vorhanden ist, eher sekundär. Manchmal spielt auch das Geschlecht eine entscheidende Rolle. Darüber hinaus haben auch einige Patienten Präferenzen und bevorzugen es, gezielt von einem Arzt oder einer APN versorgt zu werden. Immobilie Patienten werden eher durch APN betreut, da sie vornehmlich Hausbesuche durchführen. Weitere schriftlich festgelegte Kriterien zwischen einer Zuteilung zu Ärzten oder APNs existieren nicht. Es kann jedoch gesagt werden, je komplexer eine Patientensituation aufgrund von Multimorbidität und psychosozialen Faktoren desto eher ist eine APN involviert. Rein somatische Fragestellungen werden eher von einem Arzt behandelt. Oft unterstützen und ergänzen sich die beiden Professionen in der Behandlung fachlich gegenseitig. Eine offizielle Fallführung, welche über die gesamte Behandlungs- oder Lebensdauer aufrecht erhalten bleibt, wird nicht abgedeckt. Eine sorgfältig geführte, gemeinsame Dokumentation ist dafür die Grundlage.

Der Austausch über Patientensituationen findet nicht nur in diesen geplanten Treffen statt, dringende Fragen können auch niederschwellig und jederzeit während einer Konsultation gegenüber der anderen Berufsgruppe eingebracht werden. Voraussetzung, dass diese Vorgehensweise gut funktioniert, ist eine gute Kommunikation aller Beteiligten und eine gute Vertrauensebene. Alle müssen sich ihrer Kompetenzen und Unsicherheiten bewusst sein und bei Bedarf Hilfe einfordern.

Die Abgrenzung zwischen MPA/MPK und APN richtet sich nach der Komplexität der Behandlung. Diabetes- und Wundpatienten werden standardmässig durch MPA/MPK betreut. Die APN wird hinzugezogen, wenn ungewöhnliche oder erschwerende Faktoren hinzukommen. Das kann sein, wenn z.B. ein Patient aufgrund seines Berufes Malzeiten, Insulinverabreichung usw. nicht einhalten kann, oder wenn ein erschwerter Wundverlauf mit Komplikationen oder weiteren Komorbiditäten zusammen auftritt. Brauchen Diabetiker eine Anpassung der Medikation oder eine Medikamentenverordnung werden Ärzte involviert.

Der pragmatische Umgang mit den verschiedenen Rollen, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten entspricht dem pionierhaften Charakter der Gemeinschaftspraxis. Die Rollen entwickeln sich mit zunehmender Erfahrung der Beteiligten weiter und können sich je nach Expertise der verschiedenen Personen wieder ändern. Dieser Entwicklungsprozess ist noch nicht abgeschlossen. Die nicht konzeptionell vordefinierten Rollen, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen erschweren jedoch auch die Kommunikation dieses Versorgungsmodells nach aussen.

Übergeordnete Koordination / Kollaborationen / Netzwerke

Die zwei leitenden Ärzte der Gemeinschaftspraxis sind Mitglieder des Ärztenetzwerks Doccare und verpflichten sich damit, unter anderen die Werte von integrierter Versorgung und der Bereitschaft zu pionierhaften Projektion mitzutragen. Doccare arbeitet mit den meisten gängigen Krankenkassen zusammen, sodass die angeschlossenen Ärzte über einen Dienstleistungsvertrag das Hausarztmodell anbieten können.

Überweisungen zu Spezialisten aller Art werden auf die herkömmliche Art durchgeführt. Die Teammitglieder, insbesondere APN, pflegen und fördern eine enge Zusammenarbeit mit der somatischen und psychiatrischen

Spitex und den umliegenden Pflegeheimen. Manchmal werden die Hausbesuche so koordiniert, dass eine APN zeitgleich mit der Spitex vor Ort ist, um Absprachen und Klärungen zu vereinfachen.

In besonders komplexen Situationen werden Rundtischgespräche mit Vertretern aller in die Situation involvierten Organisationen, Institutionen (z. B. KESB, Hilfsorganisationen, Beistände) und Personen (z. B. Angehörige) organisiert, um gemeinsam das weitere Prozedere zu diskutieren und abzustimmen. Die Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst ist bislang noch nicht optimal umgesetzt, was sich darin zeigt, dass zum Teil die Praxis für Fragestellungen genutzt wird, die eigentlich von Sozialarbeitern der Gemeinde übernommen werden können.

5) Finanzielle und rechtliche Belange

Grundsätzlich werden die medizinischen Leistungen über Tarmed abgerechnet. Zudem werden gewisse Leistungen anderer Gesundheitsfachpersonen als delegierte ärztliche Aufgaben unter Supervision von Ärzten abgerechnet. Trotzdem gibt es in der Finanzierung aller erbrachten Leistungen ein grosses Defizit, da die gesetzliche Regelung noch keine eigenständige Abrechnung für nicht ärztliches Personal vorsieht. Auch die Koordination der Patientenversorgung, der interprofessionelle fachliche Austausch und die Supervision von verschiedenen Fachpersonen intern und extern kann nicht über die gängige Finanzierungsstruktur abgerechnet werden. Alle diese Faktoren stellen für diese Gemeinschaftspraxis grosse Hürden dar, um den Patienten eine ganzheitliche, integrative und angepasste Versorgung bieten zu können. Hier sehen die Fachpersonen der *Praxisgemeinschaft Bauma* von rechtlicher Seite her grossen Handlungsbedarf.

6) Veröffentlichungen

Gysin, S., Bischofberger, I., Meier, R., van Vught, A., Merlo, Ch., & Essig, S. (2020). Nurse Practitioners in Swiss family practices as potentially autonomous providers of home visits: An exploratory study of two cases. *Home Health Care Management & Practice* 1-6. doi: 10.1177/1084822320946289

Cabinet de groupe Bauma

Translated version

Le cabinet de groupe Bauma est une société indépendante dont les propriétaires sont deux médecins généralistes. Les deux médecins appartiennent à un réseau de médecins dans lequel ils sont engagés de manière idéale, mais pas sur le plan entrepreneurial et matériel.

1) Historique et objectifs du projet

Le cabinet de groupe Bauma a vu le jour en 2008 lorsqu'un médecin généraliste qui exerçait seul auparavant s'est associé à un interniste. Entre-temps, la pratique s'est étendue à divers médecins salariés et à d'autres professionnels de santé travaillant de manière interprofessionnelle. L'objectif de ce cabinet de groupe est d'offrir des soins ambulatoires globaux dans une région rurale du canton de Zurich. Cela signifie qu'ils combinent la médecine générale somatique à la médecine psychosomatique et psychosociale, allant jusqu'aux questions spirituelles.

2) Services offerts

Les services médicaux proposés par le cabinet du groupe Bauma comprennent non seulement les soins de médecine générale mais aussi des spécialités telles que la médecine de plongée, les contrôles du développement de l'enfant dès la naissance, les thérapies par perfusion, divers tests de laboratoire, les examens de l'apnée du sommeil, etc.

Certains jours, des rendez-vous peuvent être pris dans les locaux du cabinet par des spécialistes indépendants, tels que des conseillers en nutrition, des ergothérapeutes et des professionnels spécialisés en urologie et en médecine physique/réhabilitation. Un service de physiothérapie est situé dans le même bâtiment, mais ne fait pas partie du cabinet de groupe. Une étroite collaboration est par ailleurs entretenue avec un art-thérapeute et un théologien.

Grâce à l'interaction entre ces différents spécialistes, il est possible d'offrir aux patients des soins de base holistiques qui vont bien au-delà de l'état purement somatique. Même les patients qui ne peuvent plus quitter leur domicile sont pris en charge de manière complète grâce aux visites à domicile des infirmières en pratique avancée (APN). Ils prennent en charge des patients présentant des problèmes socio-psycho-somatiques complexes, souvent avec la participation de l'ensemble du système familial. Les patients sont en outre soutenus dans leur indépendance par le biais d'un coaching/éducation des patients.

Les assistant-e-s médicales/aux (MPA) ou les coordinateurs-trices médicales/aux (MPK) proposent également des heures de consultation. Il s'agit notamment du traitement des plaies, des conseils sur le diabète et sur les maladies pulmonaires, de la thérapie par oscillations profondes et des soins des pieds.

3) Organisation

Le cabinet de groupe est dirigé par un spécialiste en médecine générale et un spécialiste en médecine interne, soutenus par deux autres médecins employées à temps partiel et un médecin assistant, deux APN et un psychothérapeute. Le cabinet de groupe est complété par un chef de cabinet, deux MPK et quatre MPA.

Le cabinet de groupe Bauma se caractérise par une hiérarchie très plate, une interaction collégiale et une approche pragmatique. Le nouveau modèle de soins avec une approche multi et interprofessionnelle, dans lequel chaque profession est sollicitée de manière égale et en fonction de ses points forts, est très apprécié par tous.

4) Coordination

Coordination des soins à l'intérieur du cabinet

Les activités de coordination interne peuvent être divisées en canaux formels et en échanges informels concernant les patients. Formellement, l'équipe multi et interprofessionnelle se réunit chaque matin pour un rapport dans lequel les patients à traiter sont brièvement décrits avec leur problématique respective. Cela permet à toutes les personnes concernées de savoir clairement quelles professions sont impliquées dans le traitement d'un patient. Cela facilite la coordination du traitement, la coordination des mesures prévues et la substitution en cas d'absence d'un membre de l'équipe. En outre, une réunion dite "des médecins" a lieu une fois par semaine, à laquelle participent également les APN en plus du personnel médical. Des cas complexes, des sujets médicaux et des questions éthiques y sont abordés.

Les patients sont répartis via la fonction de triage par les assistant-e-s médicales/aux (MPA/MPK). En fonction du temps disponible, de la problématique et d'autres critères, ils assignent les patients soit à un médecin, soit à un-e APN. Les critères d'attribution sont multiples et dépendent fortement du tableau clinique du patient. En particulier dans le cas de problèmes psychosociaux et psychosomatiques, la relation et le niveau de confiance entre le patient et la personne qui le traite jouent un rôle décisif. La profession est ici secondaire, à condition que l'expertise soit présente. Parfois, le sexe joue également un rôle décisif. En outre, certains patients ont également des préférences et préfèrent être pris en charge spécifiquement par un médecin ou un-e APN. Les patients immobilisés sont plus susceptibles d'être pris en charge par les APN, car ces derniers/ères effectuent davantage de visites à domicile. Il n'y a pas d'autres critères écrits en ce qui concerne l'attribution d'un cas aux médecins ou aux APN. Cependant, on peut dire que plus la situation d'un patient est complexe en raison de la multimorbidité et de facteurs psychosociaux, plus l'intervention d'un-e APN est probable. Les problèmes purement somatiques sont plus susceptibles d'être traités par un médecin. Les deux professions se soutiennent et se complètent souvent dans la prise en charge. Une gestion de cas officielle, qui est maintenue pendant toute la durée du traitement ou de la vie, n'est pas couverte. Une documentation commune soigneusement gérée en est la base.

L'échange sur les situations des patients n'a pas seulement lieu lors de ces réunions programmées ; les questions urgentes peuvent également être soulevées avec d'autres groupes professionnels de manière peu contraignante et à tout moment lors d'une consultation. Pour que cette approche fonctionne bien, il faut une bonne communication entre toutes les personnes concernées et un bon niveau de confiance. Chacun doit être conscient de ses compétences et de ses lacunes et demander de l'aide si nécessaire.

La distinction entre MPA/MPK et APN dépend de la complexité du traitement. Les patients souffrant de diabète et de plaies sont pris en charge par MPA/MPK de manière standard. L'APN est appelé en cas de facteurs inhabituels ou de complication. Cela peut être le cas lorsque, par exemple, la profession du patient l'empêche de respecter les heures de repas, l'administration d'insuline, etc., ou lorsqu'une plaie s'aggrave en même temps que des complications ou d'autres comorbidités. Si les personnes diabétiques ont besoin d'un ajustement de leur médication ou d'une prescription de médicaments, les médecins sont impliqués.

La gestion pragmatique des différents rôles, compétences et responsabilités correspond au caractère pionnier du cabinet de groupe Bauma. Les rôles évoluent avec l'expérience croissante des personnes impliquées et peuvent encore changer en fonction de l'expertise des différentes personnes. Ce processus de développement n'est pas encore terminé. Le fait que les rôles, responsabilités et compétences ne sont pas conceptuellement prédéfinis rend toutefois la communication de ce modèle de soins aux partenaires externes difficile.

Coordination avec les partenaires externes

Les deux principaux médecins du cabinet de groupe sont membres du réseau de médecins Doccare et s'engagent ainsi à partager, entre autres, les valeurs des soins intégrés et la volonté de faire œuvre de pionnier. Doccare collabore avec la plupart des caisses d'assurance maladie courantes, afin que les médecins affiliés puissent proposer le modèle du médecin de famille via un contrat de service.

L'orientation vers des spécialistes de toutes sortes se fait de manière traditionnelle. Les membres de l'équipe, en particulier les APN, entretiennent et promeuvent une coopération étroite avec le Spitex somatique et psychiatrique

et les maisons de repos environnantes. Parfois, les visites à domicile sont coordonnées de manière à ce qu'un-e APN soit sur place en même temps que le Spitex afin de faciliter les arrangements et les démarches.

Dans les situations particulièrement complexes, des tables rondes sont organisées avec des représentants de toutes les organisations, institutions (par exemple, l'APEA, les organisations d'aide, les tuteurs) et personnes (par exemple, les parents) impliquées dans la situation afin de discuter et de convenir ensemble de la suite de la procédure. La coopération avec les services sociaux n'a pas encore été mise en œuvre de manière optimale, ce qui se traduit par le fait que le cabinet est parfois utilisé pour des questions qui pourraient en fait être prises en charge par les travailleurs sociaux de la municipalité.

5) Questions financières et juridiques

En principe, les services médicaux sont facturés via Tarmed. En outre, certains services fournis par d'autres professionnels de la santé sont facturés comme des tâches médicales déléguées sous la supervision de médecins. Néanmoins, il existe un important déficit dans le financement de tous les services fournis, car la réglementation légale ne prévoit pas encore de facturation indépendante pour le personnel non médical. La coordination des soins aux patients, les échanges interprofessionnels et la supervision de différents spécialistes en interne et en externe ne peuvent pas non plus être facturés par le système de financement actuel. Tous ces facteurs représentent des obstacles majeurs à la mise en œuvre de soins holistiques, intégratifs et adaptés. Les membres du cabinet de groupe Bauma estiment qu'il est nécessaire d'agir sur le plan juridique.

6) Publications

Gysin, S., Bischofberger, I., Meier, R., van Vught, A., Merlo, Ch., & Essig, S. (2020). Nurse Practitioners in Swiss family practices as potentially autonomous providers of home visits: An exploratory study of two cases. *Home Health Care Management & Practice* 1-6. doi: 10.1177/1084822320946289

Gesundheitszentrum Unterengadin

Anders als bei den anderen Modellen integrierter Versorgung handelt es sich bei dem Gesundheitszentrum Unterengadin um einen regionalen Zusammenschluss verschiedener Institutionen des Gesundheitsbereichs (Regionalspital mit dem Rettungsdienst, zwei Pflegeheimen, drei Pflegewohngruppen, Beratungsstelle, Spitex-Dienste, Rehabilitationsklinik sowie ein Mineral-Wellnessbad), um die Gesundheitsversorgung aller Altersgruppen einer ganzen Region sicherzustellen. Hausärzte sind darin keine eingeschlossen, sie stehen aber über Ein- und Zuweisungen in direktem Kontakt mit dem Gesundheitszentrum.

1) Geschichte und Projektziele

Das Gesundheitszentrums Unterengadin, als Stiftung organisiert, hat zum Ziel, für die Region Unterengadin die stationäre und ambulante Versorgung im Akut- und Langzeitbereich sicherzustellen.

In den Jahren 2000-2006 war die Gesundheitsversorgung des Unterengadins von vier grösseren Gesundheitsorganisationen geprägt, dem Regionalspital – einer Stiftung der damals 12 Trägergemeinden –, des Vereins der Spitex, einem Pflegeheim, das genossenschaftlich organisiert war, und der Aktiengesellschaft Mineralbad. Alle Organisationen standen entweder finanziell oder strukturell vor grossen Herausforderungen. Die Patientenversorgung war stark fragmentiert. Hinzu kam ein Pflegenotstand begünstigt durch die demografische Entwicklung und veränderte Bedürfnisse der Bevölkerung. Zu nennen sind hier die zunehmende Landflucht, wegfallende familiäre Strukturen, die eine Betreuung zuhause gewährleisten könnten, das Bedürfnis von Patientinnen und Patienten, so lange wie möglich zuhause betreut werden zu können und die starke Belastung pflegender Angehörigen. Alle diese Faktoren verlangten nach Anpassungen in der Gesundheitsversorgung. Wo anfangs Initiativen eines Austauschs zwischen den Leistungserbringern abgeblockt wurden, Beziehungen belastet und der Informationsfluss fragmentiert waren, formte sich durch die Notlage der Wille, sich auf einen Veränderungsprozess einzulassen. So konnte eine «Pflegekommission» lanciert werden. Stakeholder aller Organisationen wurden in die Veränderungsprozesse einbezogen. Transparente Vorlagen ermöglichten eine konstruktive Zusammenarbeit aller Beteiligten auf Augenhöhe. Am 1. Januar 2007 wurde das Gesundheitszentrum Unterengadin als Pilot – vorerst mit Beteiligung des Regionalspitals, der Spitex und des Mineralbads – gegründet.

2) Angebotene Dienste

Die angebotenen Dienste richten sich nach den im Gesundheitszentrum eingebundenen Organisationen. Zusammenfassend können sie in folgende Bereiche unterteilt werden: Prävention, Beratung, Medical Wellness, Hausarztmedizin, Therapien, ambulante Spezialärzte, Notfall- und Rettungsmedizin, ambulante und stationäre Spitalbehandlung, Rehabilitation, Pflege und Betreuung zuhause und Pflege und Wohnen im Alter.

3) Organisation

Beim Zusammenschluss wurden die meisten Betriebe in die Stiftung des Regionalspitals integriert, bei einzelnen wurde aber die vorbestehende Rechtsform beibehalten und die Zusammenarbeit und über Managementverträge definiert. Die Integration der Versorgung geschah vor allem durch den Zusammenschluss interner Dienstleistungen, wie Administration, Personaldienst, Informatikabteilung, Logistik und Marketing. Die Vorteile liegen darin, dass die Expertise in den unterstützenden Diensten konzentriert und Kosten eingespart werden konnten. So konnte der Fokus auf die Kernaufgaben der Betriebe verwendet werden, ohne dass dabei die Identität der einzelnen Betriebe verloren ging.

Wie in der Abbildung 1 ersichtlich wird, steht ein Stiftungsrat dem Gesundheitszentrum Unterengadin vor. Er besteht aus einem Präsidenten und je zwei Delegierten aus den Stiftungsgemeinden Zernez, Scuol, Valsot und Samnaun. Dem Vorstand steht der Stiftungsratspräsident vor unterstützt durch weitere Mitglieder aus der Politik. Die Geschäftsleitung wird aus den Direktoren der Betriebe und Querschnittsfunktionen zusammengesetzt.

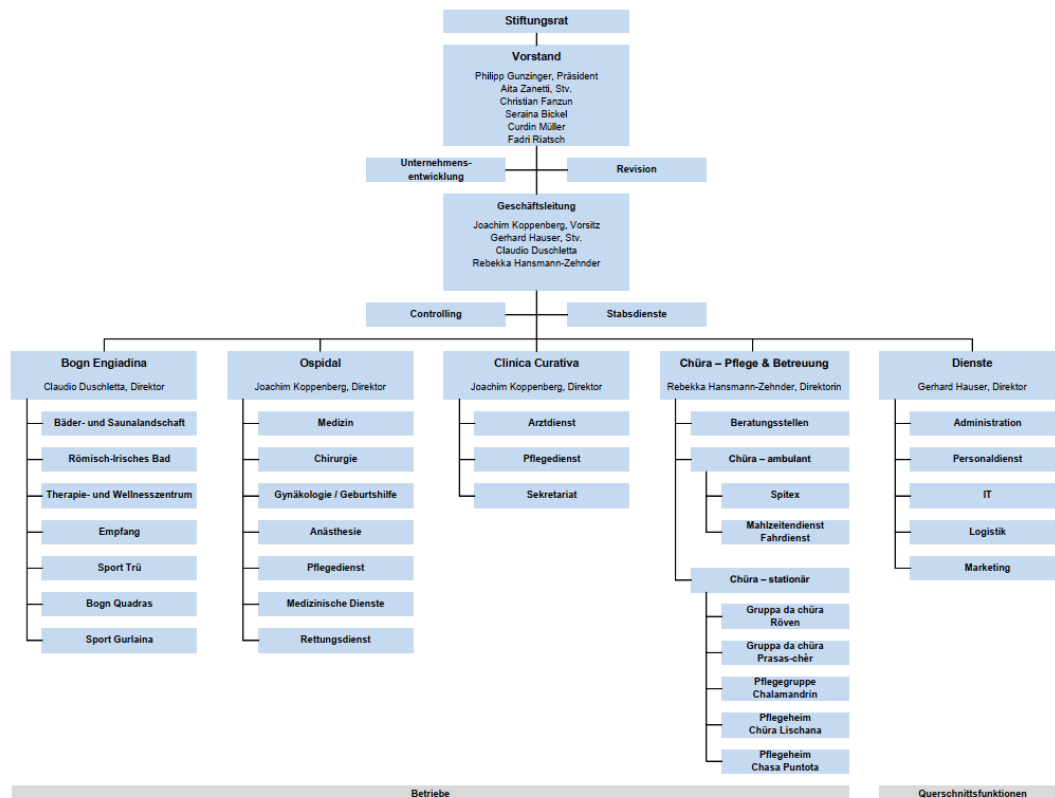


Abb. 1: Organigramm des Gesundheitszentrums Unterengadin (<https://cseb.ch/wp-content/uploads/2017/04/20210101-organisation-cseb.pdf>)

4) Koordination der Zusammenarbeit

Management der internen Koordination

Massgebend für die interne Koordination der Patientenversorgung ist der Patient selbst. Alle Schnittstellen zwischen den verschiedenen Einheiten innerhalb des Gesundheitszentrums Unterengadins sind so ausgerichtet, dass die Patientenpfade eine grösstmögliche Transparenz für Patienten und Angehörige aufweisen und der Informationsfluss zwischen allen Beteiligten gewährleistet ist. Um das zu gewährleisten wurden in Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Stakeholder Patientenpfade in einem für alle Betriebe verbindlichen Raster erarbeitet. Der koordinierte Spitalaustrittsprozess kann dies beispielhaft verdeutlichen. In ihm wurden aufgrund des Austrittsortes/der Austrittsart eines Patienten die auslösende und organisierende Profession bzw. Dienststelle, das Zeitintervall bis zum Austritt, die benötigten Formulare, und involvierten/zu informierenden Personen und/oder internen Betriebe und externen Organisationen definiert.

Durch ein unter allen internen Betrieben einheitliches IT-System, das übergeordnet von einer Informatikabteilung supportet wird, wird die Kommunikation zwischen den Betrieben zusätzlich erleichtert.

Um den zunehmend komplexen Patientensituation durch Multimorbidität und der zunehmenden Belastung pflegender Angehöriger zu begegnen, wurde eine neue Beratungsstelle eingerichtet. Diese übernimmt eine Schnittstellenfunktion zwischen ambulanten und stationären Angeboten. Ihre Hauptaufgaben sind Beratung und Case Management, die Vermittlung von Entlastungsangeboten, Anlaufstelle für pflegende Angehörige und Prävention im Alter. Das Gesundheitszentrum Unterengadin bietet weitere Beratungsangebote wie z.B. Elternberatung, Ernährungsberatung, psychoonkologische Beratung. Sie werden von unterschiedlichen Betrieben innerhalb des Gesundheitszentrums wahrgenommen.

Die Schaffung der übergeordneten unterstützenden Dienste entlastete die Betriebe, sodass Ressourcen für ihre Kernaufgaben, der Patientenversorgung, frei wurden. Die festgelegten Patientenpfade, ein verbesserter Informationsfluss und die neu entstandene Beratungsstelle trugen massgeblich dazu bei, dass die Patientenzufriedenheit zunahm und pflegende Angehörige besser unterstützt werden konnten. Das

Personalmanagement konnte durch die integrierte Versorgungsregion flexibel, bedarfsorientiert und sektorenübergreifend gestaltet werden. Die erhöhte Attraktivität der Gesundheitsregion trug auch dazu bei, dass die Rekrutierung von qualifiziertem Personal in Leitungs- und Fachfunktionen vereinfacht wurde.

Übergeordnete Koordination / Kollaborationen / Netzwerke

Die Zusammenarbeit mit Leistungserbringern ausserhalb des Gesundheitszentrums wie den Hausärzten, externen Kliniken und Organisationen richtet sich ebenfalls nach dem oben beschriebenen Patientenpfad. Alle involvierten oder zu informierenden externen Dienste, Organisationen und Fachpersonen sind hier wiederum unterschieden nach Austrittsart/-ort aufgelistet.

Verschiedene externe Beratungsangebote wie z.B. Angebote der Alzheimervereinigung und der ProSenectute sind über Links auf der Webseite des Gesundheitszentrums verknüpft und werden von der Beratungsstelle weiterempfohlen. Wie sich die Zusammenarbeit im Einzelnen gestaltet, ist dem Forschungsteam nicht bekannt.

5) Finanzielle und rechtliche Belange

Die Zahlungsmechanismen entsprechen den Vorgaben des Bundes und der Kantone. Die Spitäler rechnen anhand der Swiss DRG mit Beteiligung des Kantons ab, im Langzeitbereich wird mit BESA oder RAI-NH, bei den Spitex-Diensten mit RAI-HC abgerechnet und im ambulanten Bereich über TARMED. Wie das Mineralbad und die Beratungsstelle genau finanziert wird, erschliesst sich nicht aus den für uns zugänglichen Dokumenten.

Die Umstellung hin zu einer integrierten Versorgung verursachte initial erhöhte Kosten, die aber langfristig durch Einsparungen durch die unterstützenden Dienste und eine bessere wirtschaftliche Positionierung wieder relativiert werden. Es wurde festgestellt, dass das Gesundheitszentrum Unterengadin nun Kostendruck gegenüber besser aufgestellt ist als vergleichbare Regionen ohne integrierte Versorgung.

6) Veröffentlichungen

Giger, M.-A., Mitterlechner M., and Schmid, F. (2020). Vernetzte Gesundheit. Integrierte Versorgungsregionen: Zukunftsweisende Medizin und Pflege im Kanton Graubünden. KPMG AG

Centre de santé de Basse-Engadine

Contrairement aux autres modèles de soins intégrés, le centre de santé de Basse-Engadine est une association régionale de diverses institutions du secteur de la santé (hôpital régional avec service de secours, deux EMS, trois groupements externes d'EMS, un centre de conseil, les services de soins à domicile, une clinique de réadaptation ainsi qu'un centre thermal) afin d'assurer les soins de santé pour tous les groupes d'âge dans une région entière. Les médecins généralistes ne sont pas inclus dans l'association, mais ils sont en contact direct avec le centre de santé par le biais des admissions et des renvois.

1) Historique et objectifs du projet

Le centre de santé de la Basse-Engadine, organisé sous forme de fondation, a pour objectif d'assurer les soins hospitaliers et ambulatoires dans le secteur des soins aigus et de longue durée pour la région de la Basse-Engadine.

Dans les années 2000-2006, les soins de santé en Basse-Engadine étaient dominés par quatre grandes organisations de soins de santé : l'hôpital régional - une fondation des 12 municipalités commanditaires de l'époque - l'association des soins à domicile, un EMS organisé en coopérative, et la société anonyme Mineralbad. Toutes les organisations ont été confrontées à des défis majeurs, que ce soit sur le plan financier ou structurel. Les soins aux patients étaient très fragmentés. En outre, il y avait une pénurie de personnel infirmier favorisée par l'évolution démographique et les nouveaux besoins de la population. Il s'agit notamment de l'exode rural croissant, de la disparition des structures familiales qui pouvaient garantir les soins à domicile, du besoin des patients de pouvoir être soignés chez eux le plus longtemps possible et de la lourde charge qui pèse sur les proches aidants. Tous ces facteurs ont exigé des ajustements dans les soins de santé. Au départ, les initiatives d'échange entre prestataires de services étaient bloquées, les relations étaient tendues et le flux d'informations était fragmenté, mais la situation d'urgence a suscité la volonté de s'engager dans un processus de changement. Ainsi, une "Commission des soins" a été lancée. Les parties prenantes de toutes les organisations ont été impliquées dans les processus de changement. Des modèles transparents ont permis une coopération constructive entre toutes les parties prenantes. Le 1er janvier 2007, le centre de santé de Basse-Engadine a été fondé à titre pilote - initialement avec la participation de l'hôpital régional, des soins à domicile et du centre thermal « Mineralbad ».

2) Services offerts

Les services offerts dépendent des organisations impliquées dans le centre de santé. En résumé, ils peuvent être répartis dans les domaines suivants : prévention, conseil, bien-être médical, médecine de famille, thérapies, spécialistes ambulatoires, médecine d'urgence et de secours, traitements hospitaliers ambulatoires et hospitaliers, réadaptation, soins et soutien à domicile et soins et hébergement des personnes âgées.

3) Organisation

Lors de la fusion, la plupart des établissements ont été intégrés dans la fondation de l'hôpital régional, mais pour certaines d'entre elles, la forme juridique existante a été conservée et des contrats de coopération et de gestion ont été définis. L'intégration des soins a été principalement réalisée par la fusion de services internes tels que l'administration, les ressources humaines, l'informatique, la logistique et le marketing. Les avantages étaient que l'expertise dans les services de soutien pouvaient être concentrée et les coûts économisés. Ainsi, l'accent a pu être mis sur les tâches essentielles des établissements sans perdre l'identité de chacune d'entre elles.

Comme on peut le voir sur la figure 1, le centre de santé de Basse-Engadine est dirigé par un conseil d'administration. Il est composé d'un président et de deux délégués de chacune des communautés de fondation : Zernez, Scuol, Valsot et Samnaun. Le conseil d'administration est présidé par le président du conseil de la fondation et soutenu par d'autres membres issus du monde politique. Le conseil d'administration est composé des directeurs des établissements et des fonctions transversales.

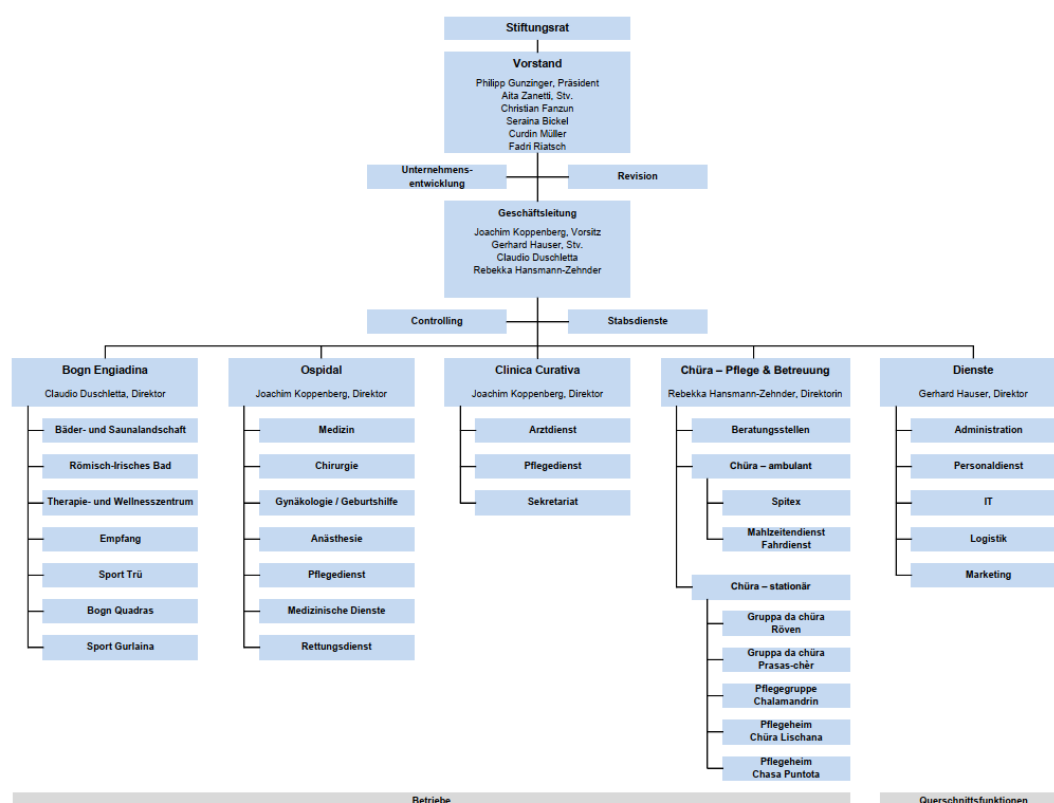


Fig. 1 : Organigramme du Basse-Engadine Health Centre (<https://cseb.ch/wp-content/uploads/2017/04/20210101-organisation-cseb.pdf>)

4) Coordination

Coordination des soins à l'intérieur du centre de santé

Le patient lui-même est décisif pour la coordination interne des soins au patient. Toutes les interfaces entre les différentes unités du centre de santé de Basse-Engadine sont alignées de manière à ce que les parcours des patients présentent la plus grande transparence possible pour les patients et leurs proches et que le flux d'informations entre toutes les personnes concernées soit garanti. Pour ce faire, les parcours des patients ont été élaborés en collaboration avec les parties prenantes responsables dans une grille contraignante pour toutes les unités. Le processus coordonné de sortie d'hôpital peut servir d'exemple pour illustrer cela. Dans ce document, la profession ou le service initiateur et organisateur, l'intervalle de temps jusqu'à la sortie, les formulaires requis et les personnes impliquées/à informer et/ou les entreprises internes et les organisations externes ont été définis sur la base du lieu de sortie/type de sortie d'un patient.

Un système informatique uniforme pour toutes les opérations internes, qui est soutenu par un département informatique, facilite encore la communication entre les opérations.

Afin de faire face à la situation de plus en plus complexe des patients due à la multimorbidité et à la charge croissante des proches aidants, un nouveau centre de conseil a été créé. Il sert d'interface entre les services ambulatoires et les services hospitaliers. Ses principales tâches sont le conseil et la gestion des cas, l'information sur les prestations d'aide, un point de contact pour les proches aidants et la prévention dans la vieillesse. Le centre de santé de Basse-Engadine offre d'autres services de conseil tels que le conseil aux parents, le conseil en nutrition et le conseil psycho-oncologique. Ils sont fournis par différentes organisations au sein du centre de santé.

La création des services de soutien supercoordonnés a soulagé les institutions, libérant des ressources pour leurs tâches essentielles de soins aux patients. La définition des parcours des patients, l'amélioration du flux d'informations et la création d'un centre de conseil ont largement contribué à accroître la satisfaction des patients et à mieux soutenir les proches aidants. Grâce à la région de soins de santé intégrés, la gestion du personnel a pu être rendue flexible, orientée vers la demande et intersectorielle. L'attractivité accrue de la région sanitaire a

également contribué à simplifier le recrutement de personnel qualifié dans les fonctions de direction et de spécialistes.

Coordination avec les partenaires externes

La collaboration avec les prestataires de soins extérieurs au centre de santé, tels que les médecins généralistes et les cliniques et organisations externes, est également basée sur le parcours du patient décrit ci-dessus.

Divers services de conseil externes, tels que ceux proposés par l'Association Alzheimer et ProSenectute, sont liés au site web du centre de santé et sont recommandés par le centre de conseil. L'équipe de recherche ne sait pas comment la coopération fonctionne en détail.

5) Questions financières et juridiques

Les mécanismes de paiement correspondent aux exigences de la Confédération et des cantons. Les hôpitaux facturent sur la base de Swiss DRG avec la participation du canton, le secteur des soins de longue durée sur la base de BESA ou RAI-NH, les services de soins à domicile utilisent RAI-HC et le secteur ambulatoire TARMED. Les documents dont nous disposons ne permettent pas de savoir exactement comment sont financés les bains thermaux et le centre de conseil.

Le passage aux soins intégrés a initialement entraîné une augmentation des coûts, mais celle-ci sera compensée à long terme par les économies réalisées par les services de soutien et un meilleur positionnement économique. Il a été constaté que le centre de santé de Basse-Engadine est aujourd'hui mieux positionné vis-à-vis des pressions sur les coûts que les régions comparables sans soins intégrés.

6) Publications

Giger, M.-A., Mitterlechner M., and Schmid, F. (2020). Vernetzte Gesundheit. Integrierte Versorgungsregionen: Zukunftsweisende Medizin und Pflege im Kanton Graubünden. KPMG AG

Medbase Winterthur Neuwiesen

Die Medbase mit ihren Arztpraxen und Apotheken ist ein Tochterunternehmen der Migros. Alle Mitarbeitenden von Medbase, auch die leitenden Ärzte, sind Angestellte der Organisation.

1) Geschichte und Projektziele

Im Jahr 2018 wurde am Standort des ambulanten *Medbase-Gesundheitszentrums in Winterthur Neuwiesen* die erste Clinical Nurse eingestellt, ihr Tätigkeitsfeld abgesteckt und seither weiterentwickelt. Das Hauptziel dieses Versorgungsmodells, wie es vom leitenden Arzt des Gesundheitszentrums formuliert worden ist, ist die Förderung der Interprofessionalität und damit verbunden die Schaffung einer qualitativ optimalen, ressourcenorientierten, interdisziplinären ambulanten Gesundheitsversorgung. Wie im internen Konzept beschrieben, soll es sich bei der Einführung der neuen Berufsgruppen Advanced Practice Nurse (APN) und Clinical Nurse (CN) um «die Manifestation eigenständiger Berufsgruppen handeln und nicht um die Etablierung von Funktionen wie Hilfspersonal, Arzt-Assistenzen oder «Ärzte-light». Es soll sich um selbstständige, ergänzende und nicht um ersetzende Funktionen in der Hausarztpraxis handeln. »

2) Angebotene Dienste

Das Medbase-Gesundheitszentrum Winterthur Neuwiesen ist zentral neben dem Bahnhof gelegen und verfügt über einen Fahrstuhl. Termine können für den ganzen Tag bis in die Abendstunden hinein und sogar am Samstagmorgen vereinbart werden. Während diesen Zeiten steht auch eine telefonische Beratung zur Verfügung (Telemedizin). Sonntags ist die Praxis geschlossen.

Das Angebot richtet sich nach den vorhandenen Fachgebieten und Berufsgruppen.

Die *Medbase Winterthur Neuwiesen* versteht sich als interprofessionelles Gesundheitszentrum. In ihm sind mehr als 20 Ärztinnen und Ärzte angestellt, die sowohl die Hausarztmedizin wie auch spezialisierte Disziplinen wie Psychiatrie, Pädiatrie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Dermatologie und Kardiologie abdecken. Verstärkt wird das interprofessionelle Team zurzeit durch zwei APNs und zwei Clinical Nurses (CN), deren Bestand in Kürze um zwei APNs erweitert wurde. Die APNs weisen je eine somatische und eine psychiatrische Fachspezialisierung aus. Zusätzlich ergänzen zahlreiche MPA's, ein Arztsekretariat, Pharmaassistenten und Mitarbeiter in der Telemedizinberatung das Team. Das Team beinhaltet zudem auch Fachpersonen für Physiotherapie, Ernährungsberatung, Psychologie, Massage und Homöopathie. Das gesamte Team umfasst rund 80 Mitarbeitende.

3) Organisation

Die behandelten Patienten nutzen das breit gefächerte Angebot, zum einen sind es Stammpatienten mit chronisch-somatischen Erkrankungen, zum anderen Patienten mit psychosomatischen Problemen, denen eine personelle Kontinuität in der Behandlung wichtig ist. Da sich die Praxis im Stadtzentrum und in Bahnhofsnähe befindet, kommen auch viele junge Patienten spontan vorbei. Ihnen ist eine schnelle Terminvergabe wichtig. Die personale Kontinuität stellt für solche Patienten in der Behandlung kein Hauptbedürfnis dar.

Das Medbase-Gesundheitszentrum zeichnet sich durch eine flache Hierarchie und ein kollegiales Miteinander unter den verschiedenen Professionen aus. Die Zusammenarbeit zwischen MPA/MPK, APN und CN gestaltet sich konfliktlos. Sie erleben sich als gegenseitige Unterstützung und Bereicherung. Durch die neuen Berufsrollen ist das interprofessionelle Team noch stärker zusammengewachsen.

Die Zusammenarbeit der APNs und CNs mit den Ärzten gestaltet sich je nach Ärzten unterschiedlich. Während die leitenden Ärzte und einige andere Hausärzte des Gesundheitszentrums die APNs als Fachkräfte auf Augenhöhe in der Behandlung der Patienten einsetzen, gibt es auch Hausärzte, die diesem interprofessionellen Ansatz und den neuen Berufsrollen aus der Pflege noch skeptisch gegenüberstehen. Ihnen ist es freigestellt,

inwieweit sie ihre hausärztliche Tätigkeit auch ohne APNs und CNs gestalten. Eine kürzlich stattgefundene interne Befragung über Interprofessionalität hat ergeben, dass den APNs und CNs ausreichend Kompetenz zugeschrieben wird sowie ein Mehrwert in der Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten erkennbar ist. Durch die Auswahl des both-directions-Ansatzes als Implementationsstrategie, konnte der leitende Arzt eine klare Vorstellung über die Zukunft der Praxis kommunizieren, welche direkt von den APNs und CNs umgesetzt wurde.

Sie wurden in der Umsetzung durch die Medbase-Geschäftsleitung unterstützt und in ihren Absichten bestärkt. Durch die flache Hierarchie und den kollegialen Umgang wurden die Vertreter der neuen Berufsgruppen in die Umsetzung einbezogen. Die Patienten äusserten sich durchwegs positiv über das neue Angebot. Eine konkrete Befragung ist in Planung.

Schwieriger gestaltete sich die klare Definition der Rollen und Einordnung der verschiedenen Berufsabschlüsse der neuen Berufsbilder innerhalb der Pflege. Viele Ärzte, aber auch andere Berufsgruppen, können die verschiedenen Berufsbezeichnungen innerhalb der Pflege nicht einordnen. Deshalb wurde ein Konzept erstellt, welches die Rollen, Aufgaben, Zuständigkeiten und Kompetenzen und von APN und CN definiert und die Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen untereinander beschreibt. Künftig wird im Bereich Chronic Care Management aufgrund des Scope of Practice auf die Rolle der/des APN fokussiert.

Übergeordnet bietet das Netzwerk der Medbase-Gesundheitszentren und -Apotheken den Mitarbeitenden die entsprechende Sicherheit und entlastet sie auch organisatorisch.

4) Koordination der Zusammenarbeit

Management der internen Koordination

Bei der Zuteilung der Patienten unterscheidet das Medbase-Gesundheitszentrum grundsätzlich zwischen zwei Patientengruppen: Patienten, die auf eine schnelle Terminvergabe angewiesen sind unabhängig der behandelnden Person, und Patienten, bei denen die personelle Kontinuität in der Behandlung Vorrang hat. Zur ersten Gruppe gehören Notfall-, Walk-in-Patienten und telefonische Anmeldungen von Patienten, denen eine möglichst schnelle Terminvergabe wichtig ist. Diese Patienten werden von einer MPA triagiert und je nach Fragestellung der eingerichteten Notfallspur, einem freien Allgemeinmediziner resp. APN oder sogar direkt einem Spezialisten zugeteilt. Die Notfallspur ist täglich von einem Arzt oder APN besetzt. Auch CNs können unkomplizierte Notfallpatienten übernehmen, sind aber nicht hauptverantwortlich der Notfallspur zugeteilt. Um die Zuweisung optimal zu gestalten, kennen alle Mitarbeitenden die Kompetenzen und Expertise der einzelnen Berufsgruppen und Fachpersonen. Jeder Patient wird vorgängig darüber in Kenntnis gesetzt, was APN und CN sind. Sämtliche Patienten haben die Möglichkeit, darüber zu entscheiden, ob die Versorgung durch eine APN/CN für sie vorstellbar ist.

Handelt es sich um Stammpatienten, richtet sich die Zuteilung der Patienten/innen nach Fachgebiet und Expertise. Dabei kann ein Patient/Patientin sowohl durch APN, Arzt oder durch CN im Tandem mit einem Arzt behandelt werden. Die Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen sind in einem Kompetenzhandbuch festgelegt und müssen stets aktualisiert werden durch eine Art Logbuch. Während eine CN unkomplizierte Behandlungen, standardisierte Untersuchungen, Instruktionen mit Beratungen und Hausbesuche in Absprache mit dem Hausarzt durchführt, übernehmen APNs auch komplexe Behandlungen, Untersuchungen und Beratungen. Hausbesuche von multimorbiden Patienten finden nur durch APNs statt. Jeder Besuch wird gleichen Tags mit dem zuständigen Hausarzt nachbesprochen. Die Hauptverantwortung bleibt bei allen Patienten beim Arzt. CN arbeiten immer und lediglich unter Supervision sowie in ärztlicher Delegation.

Um eine reibungslose Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen, eine gute Behandlungsqualität und angepasstes Fachwissen gewährleistet zu können, wurden in der *Medbase Winterthur Neuwiesen* verschiedene Koordinationsgefässe installiert. Während der Einarbeitungszeit und für Berufsanfänger als APN und CN gehören hierzu tägliche engmaschige Supervisionen und Teachings über Untersuchung und Behandlung. Daneben erfordert es viel Selbststudium, Eigenverantwortung und Engagement seitens der beginnenden APN und CN. Beide Berufsgruppen werden täglich einem ärztlichen Supervisor zugeteilt. Die Patienten werden am Morgen vor-

und abends nachbesprochen. Treten tagsüber Unklarheiten auf, können die Supervisoren jederzeit aufgesucht werden.

Bei erfahrenen APNs nimmt die Intensität und Häufigkeit der Supervisionen ab. Die Fallführung von chronisch und multimorbid erkrankten Patientinnen und Patienten liegt bei den APNs (nach Abschluss des Studiums und nach Registration SwissANP). Die Hauptverantwortung für die Behandlungen bleibt jedoch aufgrund der gesetzlichen Grundlagen bei den zuständigen Ärzten. Diese Vorgehensweise setzt ein grosses gegenseitiges Vertrauen und die realistische Einschätzung der eigenen Expertise und Grenzen. Zu jeder Zeit muss sichergestellt sein, dass die Patienten und Patientinnen nach Best-Practice Richtlinien behandelt werden, egal durch welche Profession sie behandelt werden.

Einmal pro Woche finden zudem interprofessionelle Sitzungen mit Ärzten, APNs und CNs statt, in denen entweder eine Patientensituation besprochen oder ein medizinisches Thema zur Qualitätssicherung vertieft wird. Alle drei Monate findet ergänzend im Sinne eines Coachings für alle APNs und CNs ein Workshop zu einem Fachthema durch einen Arzt statt.

Durch das Dokumentationssystem hat der zuständige Arzt jederzeit Zugang zu allen Behandlungsentscheiden und Verlaufseinträgen aller Patientendossiers aller Berufsgruppen innerhalb der *Medbase Winterthur Neuwiesen* und kann so, wenn nötig auch weiter informieren oder intervenieren. Die Kommunikation zwischen den verschiedenen Professionen und Disziplinen findet oft über interne Emails statt.

Die Vorteile des interprofessionellen Ansatzes zeigte sich u.A. in der Bewältigung der Herausforderungen der Covid-19-Pandemie. Ein Pflegefachmann HF mit Nachdiplomstudium in Intensivpflege übernahm aufgrund seiner Expertise die Organisation von Schutzmaterial, Containern usw. und die Schulung des Personals über die Übertragungswege und Schutzmassnahmen. Durch seine Initiative fanden diese Massnahmen bereits zu einem sehr frühen Zeitpunkt statt. Die Praxis wurde demnach auch als Testzentrum auserkoren. Die Untersuchungen und Testungen der Bevölkerung übernahmen mit Unterstützung der Ärzte mehrheitlich APNs und CNs. So wurden die Ärzte entlastet, damit sie sich weiterhin um ihre Nicht-Covid-Patienten kümmern konnten. An externen Task-Force-Sitzungen zur Pandemiebekämpfung nahmen die APNs als Verantwortungsträger des Gesundheitszentrums teil, da sie sich darin eine Expertise erarbeitet hatten. Der interprofessionelle Ansatz zeigte sich auch darin, dass die MPAs die Testung bei Personen übernahmen, die keine klinische Untersuchung brauchten. APN, CN und Ärzte übernahmen die anderen Patienten, jeweils zu zweit.

Übergeordnete Koordination / Kollaborationen / Netzwerke

Überweisungen zu internen und externen Spezialisten und Fachpersonen werden durch ärztliche Verordnungen in die Wege geleitet und mit Überweisungsberichten getätigt. Bevorzugt werden Fachpersonen der eigenen Praxis. Zudem besteht eine enge Zusammenarbeit mit anderen nahegelegenen Medbase-Gesundheitszentren mit anderen medizinischen Schwerpunkten.

Das grosse Netzwerk der Medbase-Gesundheitszentren und -Apotheken wirkt sich auch auf Fortbildungen und Qualitätssicherung aus. Für jede Berufsgruppe finden eigene und regelmässige Schulungsangebote auf übergeordneter Ebene statt. Es besteht eine gemeinsame Online-Wissensplattform, auf der Fachartikel ausgetauscht werden können oder Diskussionsforen eingerichtet sind. Auch die Kontaktaufnahme mit anderen Fachspezialisten wird über die internen E-Mail-Adressen erleichtert. Zudem finden regional alle drei Monate Sitzungen zu organisatorischen Fragen statt.

Bei aussenstehenden Partnern besteht vor allem mit dem Kantonsspital Winterthur (KSW) eine enge Zusammenarbeit. Bei Fragen und Verlegungen wird niederschwellig gegenseitig Kontakt aufgenommen. Dies wirkt sich auch auf die Bewältigung der Koordinationsaufgaben im Zusammenhang mit Covid-19 positiv aus und führte dazu, dass das KSW zusammen mit der Medbase das Covid-19-Impfzentrum in Winterthur aufgebaut hat und betreibt. Mit der Spitex besteht noch keine institutionalisierte Zusammenarbeit, da bisher nur wenige Patienten, die von der *Medbase Winterthur Neuwiesen* versorgt werden, auch Spitex-Dienste in Anspruch nehmen.

5) Finanzielle und rechtliche Belange

Die ärztlichen Leistungen werden nach dem Krankenversicherungsgesetz über Tarmed abgerechnet. Aufgaben, die von nicht-ärztlichem medizinischem Fachpersonal durchgeführt werden, können ebenfalls über Tarmed abgerechnet werden, wenn sie von Ärzten delegiert, oder unter Supervision durchgeführt wurden. Als Konsequenz dieser Regelung muss der Arzt miteinbezogen werden meistens auch physisch, auch wenn die nicht-ärztliche medizinische Fachperson diese Unterstützung gar nicht bräuchte.

Es gibt bereits einzelne Leistungen, die von nicht-ärztlichem medizinischem Personal seit je her durchgeführt werden, die ebenfalls abgerechnet werden können. Beispiele hierzu sind die Notfallüberwachung mit Monitor oder die Wundversorgung.

Viele Leistungen durch nicht-ärztliches medizinisches Personal, die denen der Ärzte in Art und Qualität entsprechen oder Bereiche abdecken, die bisher unterversorgt geblieben sind, können jedoch nicht oder nur zu einem kleineren Anteil abgerechnet werden. Dies schmälert heute noch das Einsatzpotential von APN und CN ein und muss noch genau evaluiert werden.

Nicht finanziert über das heutige Verrechnungssystem sind auch alle interprofessionellen Supervisionen, Koordinationsaufgaben und internen Fortbildungen. Doch genau diese sind es, welche sich laut Interviewpartnern durch den Wissenstransfer positiv auf die Qualität der Versorgung auswirken. Spezifische Evaluationen über den Zusammenhang Supervisionen/Koordinationsaufgaben und Versorgungsqualität im Kontext einer Hausarztpraxis, wurden bisher noch keine durchgeführt. Dadurch dass die *Medbase Winterthur Neuwiesen* ein grosses Gesundheitszentrum ist und auch von der Gesamtorganisation der Medbase unterstützt wird, können sie trotzdem interprofessionelle Angebote und Koordinationsaufgaben unterstützen und fördern.

Fazit

Durch die Einführung der neuen Berufsgruppen APN und CN ergibt sich eine Entlastung der Ärzte, so dass Patienten, unabhängig davon, ob sie regulär, als Walk-in Patienten oder Notfälle erscheinen, zeitnah versorgt werden können. Die Versorgungsqualität durch diese Berufsgruppen ist inzwischen bei den meisten Ärzten der *Medbase Winterthur Neuwiesen* anerkannt und wurde durch eine interne Studie über die Häufigkeit des Einsatzes von Antibiotika bei Infektionen der oberen Luftwege bestätigt. Trotzdem besteht weiterer Handlungsbedarf, die neuen Rollen auch innerhalb der Arztpraxis noch weiter zu etablieren. Der Einsatz von APNs und CNs verbesserte zudem die praxisinternen Prozesse und den fachlichen Austausch über Professionen hinweg, was zu einem verbesserten Teamklima führte. Der Mehraufwand durch Teachings und Supervisionen zahlte sich aus für APNs, CNs und Ärzte aus. Zudem helfen die Berufsgruppen APN und CN, die ärztlichen Ressourcen effizienter einzusetzen und sind eine starke Lösung nicht nur für Gebiete in der Agglomeration von Grossstädten, sondern insbesondere auch für periphere Regionen, die unter «Hausärzteschwund» resp. die asymmetrische Verteilung der hausärztlichen Ressourcen immer mehr leiden.

Medbase Winterthur Neuwiesen

Medbase, avec ses cabinets médicaux et ses pharmacies, est une filiale de Migros. Tous les employés de Medbase, y compris les médecins seniors, sont des employés de l'organisation.

1) Historique et objectifs du projet

En 2018, la première infirmière clinicienne a été engagée sur le site du centre médical ambulatoire Medbase à Winterthur Neuwiesen, son champ d'activité a été défini et a depuis été développé. L'objectif principal de ce modèle de soins, tel que formulé par le médecin-chef du centre médical, est de promouvoir l'interprofessionnalité et, associé à cela, de créer des soins ambulatoires interdisciplinaires de la meilleure qualité possible, axés sur les ressources. Comme décrit dans le concept interne, l'introduction des nouveaux groupes professionnels "Advanced Practice Nurse" (APN) et "Clinical Nurse" (CN) devrait être "la manifestation de groupes professionnels indépendants et non l'établissement de fonctions telles que le personnel de soutien, les assistants médicaux ou les "médecins légers". Ils doivent être indépendants, complémentaires et ne pas se substituer aux fonctions de la médecine familiale. »

2) Services offerts

Le centre médical Medbase Winterthur Neuwiesen bénéficie d'un emplacement central à côté de la gare ferroviaire et dispose d'un ascenseur. Les rendez-vous peuvent être fixés toute la journée, le soir et même le samedi matin. Pendant ces heures, une consultation téléphonique est également possible (télémédecine). Le cabinet est fermé le dimanche.

L'offre est basée sur les spécialités et les groupes professionnels disponibles.

Le cabinet Medbase Winterthur Neuwiesen se considère comme un centre médical interprofessionnel. Il emploie plus de 20 médecins qui couvrent à la fois la médecine familiale et des disciplines spécialisées telles que la psychiatrie, la pédiatrie, la gynécologie et l'obstétrique, la dermatologie et la cardiologie. L'équipe interprofessionnelle est actuellement renforcée par deux APN et deux infirmières cliniciennes (CN), dont le nombre sera bientôt augmenté de deux APN. Les APN ont chacun-e une spécialisation somatique et psychiatrique. En outre, de nombreux-ses assistant-e-s médicales/aux (MPA), une secrétaire médicale, des assistants pharmaceutiques et des conseillers en télémédecine complètent l'équipe. L'équipe comprend également des spécialistes en physiothérapie, en conseil nutritionnel, en psychologie, en massage et en homéopathie. L'équipe entière comprend environ 80 employés.

3) Organisation

Les patients traités utilisent le large éventail de services offerts ; d'une part, il y a les patients réguliers atteints de maladies chroniques somatiques, d'autre part, il y a les patients souffrant de problèmes psychosomatiques pour lesquels la continuité du personnel dans la prise en charge est importante. Le cabinet étant situé en centre-ville et à proximité de la gare, de nombreux jeunes patients viennent aussi spontanément. Il est important pour eux que les rendez-vous soient pris rapidement. Pour ces patients, la continuité du traitement n'est pas un besoin essentiel.

Le centre médical Medbase se caractérise par une hiérarchie plate et une coopération collégiale entre les différentes professions. La coopération entre assistant-e-s médicales/aux (MPA/MPK), APN et CN est sans conflit. Ils se vivent comme un soutien et un enrichissement mutuels. Les nouveaux rôles professionnels ont rapproché encore davantage l'équipe interprofessionnelle.

La collaboration des APN et CN avec les médecins varie selon les médecins. Alors que les médecins seniors et certains autres généralistes du centre médical travaillent sur un pied d'égalité avec les APN dans la prise en charge des patients, certains généralistes sont encore sceptiques quant à cette approche interprofessionnelle et aux

nouveaux rôles professionnels des infirmières. Ils sont libres de décider dans quelle mesure ils organisent leurs activités de médecin généraliste, même sans APN ni CN. Une récente enquête interne sur l'interprofessionnalité a montré que les APN et les CN sont considérés comme ayant une compétence suffisante et une valeur ajoutée dans le traitement et les soins des patients. En choisissant l'approche des deux directions comme stratégie de mise en œuvre, le médecin-chef a pu communiquer une vision claire de l'avenir du cabinet, qui a été directement mise en œuvre par les APN et les CN.

Ils ont été soutenus dans la mise en œuvre et encouragés dans leurs intentions par la direction de Medbase. En raison de la hiérarchie plate et de l'interaction collégiale, les représentants des nouveaux groupes professionnels ont été inclus dans la mise en œuvre. Les patients ont toujours été positifs à l'égard de ce nouveau service. Une enquête est en cours de planification.

La définition claire des rôles et la classification des différentes qualifications professionnelles des nouveaux profils professionnels au sein des soins infirmiers se sont avérées plus difficiles. De nombreux médecins, mais aussi d'autres groupes professionnels, ne parviennent pas à classer les différents titres professionnels au sein des soins infirmiers. C'est pourquoi un concept a été créé, qui définit les rôles, les tâches, les responsabilités et les compétences de l'APN et du CN et décrit la coopération entre les différentes professions. À l'avenir, dans le domaine de la gestion des maladies chroniques, l'accent sera mis sur le rôle de l'APN en raison de leur champ de compétences.

À un niveau supérieur, le réseau de centres de santé et de pharmacies Medbase offre aux employés la sécurité correspondante et les soulage également sur le plan organisationnel.

4) Coordination

Coordination des soins à l'intérieur du centre médical

Lors de l'affectation des patients, le centre médical Medbase fait essentiellement la distinction entre deux groupes de patients : les patients qui dépendent d'une attribution rapide de rendez-vous, quelle que soit la personne qui les traite, et les patients pour lesquels la continuité du traitement par le personnel est une priorité. Le premier groupe comprend les patients venus consulter en urgence, les patients venus sans rendez-vous et les inscriptions par téléphone de patients pour lesquels il est important d'obtenir un rendez-vous le plus rapidement possible. Ces patients sont triés par un-e assistant-e médical-e (MPA), et en fonction du problème, ils sont affectés aux urgences, à un médecin généraliste indépendant ou à un-e APN, voire directement à un spécialiste. Le service d'urgence est assuré quotidiennement par un médecin ou un infirmier auxiliaire. Les CN peuvent également prendre en charge des patients arrivés en urgence non complexes, mais ne sont pas principalement affectés aux urgences. Afin d'optimiser ce processus, tous les membres du personnel connaissent les compétences et l'expertise des différents groupes professionnels et spécialistes. Chaque patient est informé à l'avance de ce que sont les APN et les CN. Tous les patients ont la possibilité de décider si des soins par un-e APN/CN sont envisageables pour eux.

Si les patients sont des patients réguliers, l'attribution des patients est basée sur la spécialité et l'expertise. Un patient peut être traité par un-e APN, un médecin ou par un-e CN en tandem avec un médecin. Les compétences des différents groupes professionnels sont définies dans un manuel de compétences et doivent toujours être mises à jour grâce à une sorte de journal de bord. Alors qu'un-e CN effectue des soins non complexes, des examens standardisés, réalise des consultations et visites à domicile selon les instructions et en concertation avec le médecin généraliste, les APN prennent également en charge des traitements, des examens et des consultations complexes. Les visites à domicile des patients multimorbides sont uniquement effectuées par les APN. Chaque visite est débriefée le jour même avec le médecin généraliste responsable. La responsabilité principale de tous les patients incombe au médecin. Les CN travaillent toujours et uniquement sous supervision et délégation médicale.

Afin d'assurer une coopération harmonieuse entre les différents groupes professionnels, une bonne qualité des soins et des connaissances spécialisées adaptées, différents mécanismes de coordination ont été mis en place à Medbase Winterthur Neuwiesen. Pendant la période d'initiation et pour les nouveaux venus dans la profession en tant qu'APN et CN, cela comprend une supervision quotidienne étroite et un enseignement sur l'examen du

patient et le traitement. En outre, elle exige beaucoup d'auto-apprentissage, de responsabilité personnelle et d'engagement de la part des APN et des CN débutants. Les deux groupes professionnels sont affectés à un superviseur médical chaque jour. Les cas des patients sont discutés avant (le matin) et après (le soir). En cas d'incertitude pendant la journée, les superviseurs peuvent être consultés à tout moment.

Pour les APN expérimentés, l'intensité et la fréquence de la supervision diminuent. La prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques et multimorbides incombe aux APN (après la fin de leurs études et leur enregistrement auprès de SwissANP). Toutefois, la responsabilité principale des traitements incombe aux médecins responsables en raison de la base juridique. Cette approche exige une grande confiance mutuelle et une évaluation réaliste de ses propres compétences et limites. À tout moment, il faut s'assurer que les patients sont traités conformément aux recommandations de bonnes pratiques, quelle que soit la profession qui les traite.

Une fois par semaine sont organisées des réunions interprofessionnelles avec des médecins, des APN et des CN, au cours desquelles on discute de la situation d'un patient ou on traite en profondeur un sujet médical pour l'assurance qualité. Tous les trois mois, un atelier sur un sujet spécialisé est organisé par un médecin dans une optique de coaching pour tous les APN et CN.

Grâce au système de documentation, le médecin responsable a accès à tout moment à toutes les décisions de traitement et aux entrées d'avancement de tous les dossiers de patients de tous les groupes professionnels au sein du centre médical Medbase Winterthur Neuwiesen et peut ainsi, si nécessaire, également fournir des informations complémentaires ou intervenir. La communication entre les différentes professions et disciplines se fait souvent par le biais de courriels internes.

Les avantages de l'approche interprofessionnelle ont été démontrés, entre autres, dans la gestion des défis posés par la pandémie de Covid 19. Un infirmier spécialisé en soins intensifs a pris en charge, sur la base de son expertise, l'organisation du matériel de protection, des conteneurs, etc. et la formation du personnel sur les voies de transmission et les mesures de protection. Grâce à son initiative, ces mesures ont été prises à un stade très précoce. En conséquence, le cabinet a également été choisi comme centre de test. La majorité des examens et tests de la population ont été effectués par les APN et les CN avec le soutien des médecins. Cela a soulagé les médecins, qui ont pu continuer à s'occuper de leurs patients non atteints du Covid. Lors des réunions du groupe de travail externe sur la réponse à la pandémie, les APN ont participé en tant que responsables du centre médical, car elles/ils avaient développé une expertise dans ce domaine. L'approche interprofessionnelle s'est également traduite par la prise en charge par les MPA du dépistage des personnes qui n'avaient pas besoin d'un examen clinique. Les APN, CN et médecins ont pris en charge les autres patients par binômes.

Coordination avec les partenaires externes

Les orientations vers des spécialistes et des experts internes et externes sont initiées par des prescriptions médicales et effectuées avec des rapports d'orientation. La préférence est donnée aux spécialistes du cabinet du patient. En outre, il existe une coopération étroite avec d'autres centres de santé Medbase situés à proximité et spécialisés dans d'autres domaines médicaux.

Le vaste réseau de centres de santé et de pharmacies de Medbase a également un impact sur la formation et l'assurance qualité. Pour chaque groupe professionnel, il existe des cours de formation distincts et réguliers à un niveau supérieur. Il existe une plateforme commune de connaissances en ligne où l'on peut échanger des articles professionnels ou créer des forums de discussion. Le contact avec d'autres spécialistes est également facilité par les adresses électroniques internes. En outre, des réunions régionales sur les questions organisationnelles sont organisées tous les trois mois.

Il existe une étroite collaboration avec des partenaires externes, notamment avec l'hôpital cantonal de Winterthur (KSW). Dans le cas de questions et de transferts, un contact mutuel est établi sur la base d'un seuil bas. Cela a également un effet positif sur la gestion des tâches de coordination liées à Covid-19 et a conduit le KSW à mettre en place et à exploiter le centre de vaccination Covid-19 à Winterthur en collaboration avec Medbase. Il n'y a pas encore de coopération institutionnalisée avec les institutions de soins à domicile, car jusqu'à présent seuls

quelques patients pris en charge par Medbase Winterthur Neuwiesen utilisent également les services de soins à domicile.

5) Questions financières et juridiques

Les prestations médicales sont facturées via Tarmed, conformément à la loi sur l'assurance maladie. Les tâches effectuées par des professionnels de santé non médecins peuvent également être facturées via Tarmed si elles ont été déléguées par des médecins ou effectuées sous supervision. En conséquence de cette réglementation, le médecin doit généralement être impliqué physiquement, même si le professionnel de santé non médecin n'a pas besoin de ce soutien.

Il existe déjà des services individuels qui ont toujours été effectués par du personnel non médical et qui peuvent également être facturés. Il s'agit par exemple de la surveillance d'urgence à l'aide d'un moniteur ou du soin des plaies.

Cependant, de nombreux services fournis par le personnel soignant non-médecin, qui correspondent à ceux des médecins en termes de type et de qualité ou qui couvrent des domaines qui sont restés mal desservis jusqu'à présent, ne peuvent pas être facturés ou seulement dans une moindre mesure. Cela réduit encore le potentiel des APN et des CN et doit être évalué en détail.

Toutes les tâches de supervision interprofessionnelle, de coordination et de formation interne ne sont pas financées par le système de facturation actuel. Or, selon les personnes interrogées, ce sont précisément ces dernières qui ont un impact positif sur la qualité des soins grâce au transfert de connaissances. Des évaluations spécifiques du lien entre les tâches de supervision/coordination et la qualité des soins dans le contexte d'un cabinet de médecine générale n'ont pas encore été réalisées. Étant donné que Medbase Winterthur Neuwiesen est un grand centre médical et qu'il est également soutenu par l'organisation globale de Medbase, il peut néanmoins soutenir et promouvoir les services interprofessionnels et les tâches de coordination.

Conclusion

L'introduction des nouveaux groupes professionnels APN et CN a pour effet de soulager les médecins, de sorte que les patients peuvent être pris en charge rapidement, qu'ils consultent régulièrement, sans rendez-vous ou en urgence. La qualité des soins dispensés par ces groupes professionnels est désormais reconnue par la plupart des médecins du centre médical de Winterthur Neuwiesen et a été confirmée par une étude interne sur la fréquence d'utilisation des antibiotiques dans les infections des voies respiratoires supérieures. Néanmoins, il est encore nécessaire d'agir pour asseoir davantage les nouveaux rôles au sein de la pratique médicale. Le recours aux APN et aux CN a également permis d'améliorer les processus internes et les échanges interprofessionnels, ce qui a conduit à un meilleur climat d'équipe. L'effort supplémentaire fourni par l'enseignement et la supervision a été payant pour les APN, les CN et les médecins. En outre, les groupes professionnels APN et CN contribuent à une utilisation plus efficace des ressources médicales et constituent une solution solide non seulement pour les zones situées dans l'agglomération des grandes villes, mais aussi en particulier pour les régions périphériques, qui souffrent de plus en plus de la "pénurie de médecins généralistes" ou de la répartition asymétrique des ressources.

Appendix 4: Strengths, weaknesses, barriers, facilitators, and other characteristics of the coordinated care models

	Type A				Type B		Type C	
	Intermed	MOCCA	Praxisgemeinschaft Bauma	mediX Zürich-Altstetten*	Sanacare Schwyz	Medbase Winterthur Neuwiesen	Réseau Santé Balcon du Jura (RSBJ)	Gesundheitszentrum Unterengadin*
STRENGTHS	Strengthened management of complex patients. New services offered through the integration of primary care nurses into the GP practice (e.g., therapeutic education and care coordination). Personalized and person-centered care (bio-psycho-social approach).	Strengthened management of complex patients. New services offered through the integration of primary care nurses into the GP practice (e.g., therapeutic education and care coordination). Personalized and person-centered care (bio-psycho-social approach).	Personalized and person-centered care of complex to very complex patients within ambulatory and home care. High patient and staff satisfaction due to highly established interprofessional collaboration.	Reduction of unnecessary treatments due to budget accountability. Integration and coordination of patient pathway. Cost reduction and high-quality care. Large flexibility in appointment allocation.	Enhanced care for the elderly. Interprofessional collaboration between GPs and APNs enables a comprehensive view on the patient's situation. Reduction of administrative load. Head of practice is employed, employee social security protection.	Reduction of GPs' workload. Leaders of the practice get protection and backing as an employee. Large flexibility in appointment allocation; (appropriate) reactivity to unforeseen events.	Care continuum between healthcare settings (i.e., GP practice, hospital, nursing home, home care) and reduction of duplication of processes and services. Shared resources between healthcare sectors. Good integration in the regional and cantonal health system.	Robust in the face of cost pressure. Integration and coordination of patient pathways. Support system for family members. Functioning healthcare system available in the region.
WEAKNESSES	Model not financially profitable (currently not possible to cover all nurses cost). Success of the project depends strongly on the people involved and their personal and professional relationships.	Success of the project depends strongly on the attitudes and skills of the people involved. Coordination with external partners not included in the model. Not adapted to the current Swiss ambulatory care payment model.	No formalized concept for integrated care/involved healthcare professionals role description, implementation depending on success of the project depends strongly on the people involved and their personal and professional relationships. Insufficient reimbursement of APN and coordination services.	Interprofessional collaboration between GPs and APNs, within practices and across the network, not fully established. Due to the strong physician network, the model is based on a physician culture rather than an interprofessional culture.	No formalized concept for integrated care/involved healthcare professionals role description. Success of the project depends strongly on the people involved and their personal and professional relationships. Interprofessional collaboration not yet fully established.	Success of the project depends strongly on the attitude of practice leaders and their willingness to foster new roles. Limited development of the APNs role due to legal barriers.	Model not fully deployed because of financial integration difficulties (different reimbursement systems for each healthcare sector).	Risk of a monopolistic position in the region. Reflection needed on power imbalance between collaborative and smaller health providers. Despite defined care pathways, fragmentation not fully overcome.

	Type A				Type B		Type C	
	Intermed	MOCCA	Praxisgemeinschaft Bauma	mediX Zürich-Altstetten*	Sanacare Schwyz	Medbase Winterthur Neuwiesen	Réseau Santé Balcon du Jura (RSBJ)	Gesundheitszentrum Unterengadin*
BARRIERS	Difficulty in obtaining reimbursement for nursing services leads to financial insecurity for the self-employed primary care nurses and to subsequent difficulty in finding nurses for the job. Lack of political support. Difficulty in collaborating with hospitals and home care nurses (resistance to change, lack of knowledge of the new model of care and fear of losing responsibilities).	Care plans not yet integrated in patients' medical records and therefore not easily shared between professionals. Difficulty in working collaboratively (due to lack of interprofessional training, unwillingness of some physicians to collaborate with the nurse and free up time for coordination). Difficulty to collaborate with liaison nurses in hospitals (lack of knowledge of the MOCCA model and frequent staff changes).	Financial and legal barriers to invoicing APN and coordination services. Missing internal conceptional role definition impedes communication to external stakeholders. Collaboration with municipality desired but not yet established.	No information available	Conflicts between medical assistant and APN due to unclear role definition. Top-down implementation in the model and poor communication. Current reimbursement system makes it difficult to value/promote certain functions and services.	Unclear role definition. Some resistance to interprofessional collaboration. Desire to protect one's own territory. Payment system complicates coordination of care.	Lack of interoperability of the health information systems of each health sector. Current reimbursement system makes it difficult to value/promote case manager role or health promotion and prevention services.	Initial fear of power positions in health region. Mutual mistrust of different stakeholders (e.g., healthcare providers). Different organizational cultures. Occurrence of delicate situations within the collaboration of stakeholders during the change process.
FACILITATORS	Same vision of care, and of ways of working, and good relationship between the GP and the primary care nurse. Shared motivation to promote a new model of care and to work collaboratively. Presence of motivated and idealist nurses willing to work partly on a voluntary basis. Financing of the scientific evaluation by Innosuisse. Use of a shared care plans.	Political support by the canton. Scientific, professional, and logistical support during the implementation phase. Clear and formal definition of roles and responsibilities. Non-directive management style in the GP practice. The presence of GPs motivated to change their practice and work collaboratively.	Same vision of care between the GP and the APN. Shared motivation to work collaboratively and build sustainable relationships.	Personal engagement of GPs and APNs. Learning from mistake. Idealism and endurance. First positive results reduced resistance.	Positive experience of collaboration of GP and APN in another practice. High conviction of the regional leadership and the leading GP, continuous support for the implementation of the APN.	Practice leading physicians fostering new profession roles. Leaders of the organization supporting the leading physicians. APNs engaging in development of interprofessional collaboration. Clear definition of roles.	Strong political support from the municipalities. Creation of the RSBJ responds to an economic necessity (without which the supply of care in the region might not have been maintained).	The subdivision of the change process into small, manageable steps, enables equal and transparent communication between the participants across all project phases, respectful interaction and creative solutions that are adapted to the needs of the stakeholders.

	Type A				Type B		Type C	
	Intermed	MOCCA	Praxisgemeinschaft Bauma	mediX Zürich-Altstetten*	Sanacare Schwyz	Medbase Winterthur Neuwiesen	Réseau Santé Balcon du Jura (RSBJ)	Gesundheitszentrum Unterengadin*
INFLUENCE OF FINANCIAL ASPECTS ON COORDINATION AND PROFESSIONAL ROLES	The lack of a clear legal basis for the reimbursement of coordination services leads some insurance companies to deny reimbursement. As a result, given that in this model primary care nurses are self-employed, some of them refuse to provide services to patients from specific insurances; others provide these services on a voluntary basis. The work of the primary care nurses is therefore little recognized and not attractive.	For this pilot project, the salary of the primary care nurses were financed by the Public Health Department of the Canton of Vaud. Without this funding, the model is currently not profitable, so it will be difficult to find practices interested in hiring primary care nurses.	As the payment of coordination services and services provided by the APNs are not regulated, the sustainability of the model depends on the idealism of the physicians and their willingness to take financial and legal risks. The coordination services themselves are not affected.	Budget accountability, contracts with insurances (Managed Care) and functional integration across the network enables the financing of coordination services not covered otherwise. Integration of APNs in a small practice do not pay off.	Only APN services of patients from one insurance company are invoiced. All other services, as they could not be reimbursed, were financed by Sanacare AG. These reimbursement difficulties resulted in reduced appreciation and esteem of APNs role within the team and limiting patients' referral to the APNs.	Many regulations, arrangements, and agreements to make reimbursable collaboration and coordination actions (e.g., supervision) visible; so that APN services can be legally billed. This limits the scope and role development of APNs to their full potential.	Difficult to value some activities in an organization that has different payment mechanisms in each health sector. The merger has made it possible to release resources to finance health promotion and prevention services (otherwise not covered).	Different payment mechanisms, for each institution may support the individual character of the institutions and might be an obstacle to overcome the fragmentation of the healthcare system.
REPORTED LONG-TERM EFFECTS OF THE MODEL	Better chronic disease management and care coordination, which tend to reduce the risk of complications, hospitalizations, emergency department use and duplicated diagnostic tests, and supposedly reduce healthcare costs. Patient-centered care leads to higher patient and professional's satisfaction.	Better chronic disease management and care coordination, which tend to reduce the risk of complications, hospitalizations, emergency department use and duplicated diagnostic tests, and supposedly reduce healthcare costs. Patient-centered care leads to higher patient and professional's satisfaction.	Reduction of hospitalizations and secondary admissions to long-term care institutions. Patients more likely to be integrated into the labor market.	Reduction of patient costs through hospitalization, unnecessary treatments, and poly-medication reductions. Reduction of medication errors.	Hospitalization reductions, because chronic patients are helped and followed regularly, therefore avoiding exacerbations of the disease or complications.	Reduction of patient costs by a reduction in hospitalizations, reduction of unnecessary treatments. Reduction of personnel costs (salaries of APNs cheaper than those of physicians).	Improved efficiency: healthcare waste and redundancy eliminated, operating costs reduced, cost containment improved. Maintenance of the full range of care (e.g., ambulatory, acute and long-term care) in a mountainous region.	Increased attractiveness of the health region. Attractive workplaces. Facilitated recruitment of specialists and healthcare managers. Decreased rehospitalization rates. Benefit from the synergy of healthcare and tourism.

*No interview could be conducted for this CoCM; the summary is based on data from the documentation only.
Note: GP=general practitioner, APN=advanced practice nurse.