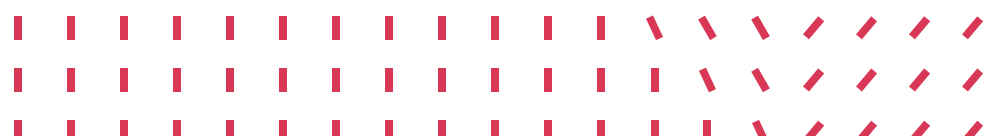


**Opti-Q Multimorbidität –  
Optimierung der Behandlungs-  
qualität von multimorbiden  
Patienten: Evaluation des Piloten**

**Bericht zuhanden Gesundheitsförderung Schweiz**

Luzern, den 26. September 2024



**| Autorinnen und Autoren**

Andreas Balthasar, Prof. Dr. (Projektleitung)

Stefan Essig, Dr. med. Dr. phil. (Projektmitarbeit)

Zora Föhn, Dr. des. (Projektmitarbeit)

INTERFACE Politikstudien

Forschung Beratung AG

Seidenhofstrasse 12

CH-6003 Luzern

Tel +41 (0)41 226 04 26

Rue de Bourg 27

CH-1003 Lausanne

Tel +41 (0)21 310 17 90

[www.interface-pol.ch](http://www.interface-pol.ch)

**| Auftraggeber**

Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH)

**| Zitiervorschlag**

Balthasar, Andreas; Essig, Stefan; Föhn, Zora (2024): Optimierung der Behandlungsqualität von multimorbiden Patienten (Opti-Q): Evaluation des Piloten. Bericht zuhanden Gesundheitsförderung Schweiz. Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.

**| Laufzeit**

Mai 2020 bis Oktober 2024

**| Projektreferenz**

Projektnummer: 20-09

<b>Zusammenfassung</b>	<b>4</b>
<b>Résumé</b>	<b>7</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>10</b>
1.1 Ausgangslage	10
1.2 Ziel des Projekts und Fragestellungen	10
1.3 Methodik	10
1.4 Dank	11
<b>2. Konzeption Opti-Q</b>	<b>12</b>
2.1 Rolle des Konzepts	12
2.2 Rolle der Organisation und Prozesse	14
2.3 Rolle der Produkte	15
2.4 Rolle weiterer Faktoren	20
<b>3. Implementation Opti-Q</b>	<b>22</b>
3.1 Rekrutierung von Teams	22
3.2 Umsetzung Opti-Q in den rekrutierten Teams	24
<b>4. Wirkung</b>	<b>33</b>
4.1 Wirkung bei den Fachpersonen	33
4.2 Wirkung bei den Patientinnen und Patienten	36
<b>5. Nachhaltigkeit und Diffusionspotenzial</b>	<b>40</b>
<b>6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen</b>	<b>42</b>
6.1 Schlussfolgerungen	42
6.2 Empfehlungen	45
<b>Anhang</b>	<b>48</b>
A 1 Experteninterviews	48
A 2 Wirkungsmodell	49
A 3 Fallstudien	50
A 4 Expertenberichte	72
A 5 «Lessons Learned»-Bericht	100

# Zusammenfassung

## Ausgangslage

Nichtübertragbare Krankheiten (NCD), Suchtproblematiken und psychische Erkrankungen stellen die Gesundheitsversorgung vor grosse Herausforderungen. Die verstärkte Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) ist deshalb wichtig. Vor diesem Hintergrund unterstützte die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) das Pilotprojekt «Optimierung der Behandlungsqualität von multimorbiden Patienten (Opti-Q)». GFCH finanzierte Opti-Q von 2020 bis 2022 massgeblich mit. An seiner Sitzung vom 25. November 2022 entschied der Stiftungsrat von GFCH, die Projektfinanzierung von Opti-Q zu stoppen und den Vertrag auf den nächstmöglichen Termin aufzulösen. Dieser Entscheid wurde dadurch begründet, dass die Zielgruppen nicht in der gewünschten Form für eine Teilnahme am Projekt hätten gewonnen werden können. Der Verein QualiCCare als Trägerorganisation von Opti-Q hat sich Ende 2022 entschlossen, Opti-Q in kleinerem Rahmen als Piloten umzusetzen und aus eigenen Mitteln zu finanzieren.

## Untersuchungsgegenstand

Opti-Q wurde vom Verein QualiCCare in Zusammenarbeit mit 20 Trägerorganisationen konzipiert und durchgeführt. Ziel war es, im Kanton Waadt erarbeitete Praxisempfehlungen für die Behandlung von multimorbiden Patienten/-innen auf nationaler Ebene hinsichtlich Praktikabilität und Wirksamkeit wissenschaftlich zu überprüfen. Für die Umsetzung der Praxisempfehlungen wurden interprofessionell Anwendungshilfen entwickelt. Diese umfassen einen Versorgungspass, ein Assessment des Gesundheitszustands, eine Medikationscheckliste und eine elektronische Liste mit Angeboten zur Förderung des Selbstmanagements. Die Anwendungshilfen wurden in einer zwölf-monatigen Pilotphase zwischen Anfang 2023 und März 2024 mit 13 rekrutierten Teams bestehend aus Hausarztpraxen, Apotheken und/oder Spitex bei 34 Patienten/-innen getestet.

## Zielsetzung und Evaluationsdesign

Der vorliegende Bericht enthält die Ergebnisse der Evaluation der Pilotphase von Opti-Q.<sup>1</sup> Zudem werden zentrale Ergebnisse des «Lessons Learned»-Berichts (siehe Abschnitt A 7 im Anhang), der insbesondere die Konzeption und die Implementation von Opti-Q zwischen 2020 und 2022 aufgearbeitet hat, integriert. Ziel der vorliegenden Evaluation ist es, die Chancen der Ideen und Produkte von Opti-Q mit Blick auf deren nachhaltige Verankerung in der schweizerischen Gesundheitsversorgung zu beurteilen. Die vorliegende Evaluation basiert neben den Erkenntnissen des «Lessons Learned»-Berichts methodisch auf vier Hauptansätzen: Erstens wurden Fallstudien von konkreten Behandlungssituationen mittels teilnehmender Beobachtung und Interviews mit den daran beteiligten Fachpersonen und den Patienten/-innen, des durch die Teams ausgefüllten Logbuchs und mittels Nachbefragungen der Patienten/-innen und Fachpersonen durchgeführt. Zweitens basiert die Evaluation auf dem Schlussbericht von QualiCCare<sup>2</sup>, weiteren Dokumenten von QualiCCare, ausgewerteten Vor- und Nachbefragungen von Patienten/-innen und Fachpersonen durch QualiCCare und auf dem Informationsaustausch mit den Projektverantwortlichen von QualiCCare und GFCH. Drittens wurden elf Experteninterviews mit Stakeholdern aus dem Projektumfeld geführt, die durch ihre Mitarbeit in der Begleitgruppe zur Erarbeitung von Opti-Q beigetragen haben (siehe Abschnitt A 1 im

<sup>1</sup> Die Initialphase und das Pilotprojekt sind nicht immer klar abgrenzbar

<sup>2</sup> Czock, Astrid; Khanna, Alisha; Frei, Christian; Fraefel, Anna (2024): Schlussbericht Projekt «Opti-Q Multimorbidität» – Optimierung der Behandlungsqualität von multimorbiden Patient:innen, Baden.

Anhang). Viertens wurden Experten/-innen um eine schriftliche Expertise (siehe Abschnitt A 6 im Anhang) gebeten; dies, um zusätzliche Aussensichten auf Opti-Q aus den Perspektiven der Hausarztmedizin, der Apotheken und aus dem Ausland einfließen lassen zu können.

### Erkenntnisse der Evaluation

#### Konzeption des Pilotprojekts Opti-Q

Das Ziel von Opti-Q, die interprofessionelle Versorgung multimorbider Patienten/-innen zu fördern und diese stärker als Partner/-innen in ihre Behandlung einzubeziehen, ist wichtig und wird von allen Seiten als sehr relevant erachtet. Den Ansatz, für die Anwendung von Praxisempfehlungen für die Versorgung multimorbider Patienten/-innen interprofessionell Anwendungshilfen zu entwickeln, ist zielführend. Auch war es zweckmässig, viele Stakeholder in die Entwicklung des Konzepts von Opti-Q einzubinden. Allerdings zeigt ein Blick in die internationale Literatur, dass es für eine Intervention wie Opti-Q schwierig ist, ein «bestes Vorgehen» zu bestimmen. Ein Grund dafür liegt laut systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen in der dürftigen Evidenzlage zur Wirksamkeit von Interventionen zu Gunsten von multimorbiden Patienten/-innen. Die Wirksamkeit hänge mit der Vielzahl von Einflussfaktoren, eingesetzten Tools und erhobenen Outcomes zusammen. Es bestand somit für Opti-Q von Anfang an ein grosses Risiko, dass die Implementation scheitern könnte. Zudem fehlte zu Beginn des Projekts eine differenzierte Bedarfsanalyse bei Leistungserbringenden und Patienten/-innen, die klar machte, welchen Bedürfnissen Opti-Q entsprechen sollte. Kritisch zu betrachten ist zudem, dass die Hausarztpraxen für das Projekt als Drehscheiben im Sinne eines klassischen Modells der Versorgung definiert wurden. Weiter hat die Tatsache, dass Opti-Q beim Start nicht auf validierte Anwendungshilfen aufbauen konnte, viele Ressourcen und viel Zeit in Anspruch genommen.

Die entwickelten Anwendungshilfen wurden von den Umsetzungspartnern, den Patienten/-innen und von externen Experten/-innen mehrheitlich als nützlich beurteilt. Damit die Anwendungshilfen besser in den Praxisalltag integriert werden können und somit in der Handhabung zweckmässiger sind, wünschen sich die Fachpersonen aber einfachere und elektronisch verfügbare Anwendungshilfen, die stärker an bestehende Produkte und Routinen anknüpfen. Besonders kritisiert wurde die interprofessionelle Fortbildung, insbesondere von den Fachpersonen, die selbst nicht an der Fortbildung teilgenommen haben. Diese beurteilten die Fortbildung als zu zeitintensiv, als wenig hilfreich und als praxisfern.

#### Umsetzung des Pilotprojekts Opti-Q

Von 13 Teams, die für das Pilotprojekt Opti-Q rekrutiert wurden, führten elf das Pilotprojekt mit Patienten/-innen durch. Diese setzten die Anwendungshilfen bei 34 Patienten/-innen ein. Nach Aussage der befragten Teammitglieder war es nicht einfach, geeignete Patienten/-innen aus der Zielgruppe für das Pilotprojekt zu finden und zur Mitwirkung zu motivieren. Auch erwies sich die Umsetzung von Opti-Q als sehr zeitaufwändig und der Zusatzaufwand konnte nur ungenügend oder gar nicht abgerechnet werden. Die Umsetzung von Opti-Q gelang fast nur dort, wo Teams über genügend personelle Ressourcen verfügten, beispielsweise weil sie von Medizinstudierenden im Praktikum unterstützt werden. Als Erfolgsfaktor erwies sich auch ein Vertrauensverhältnis zwischen Hausarztpraxen und Apotheken bereits vor Projektbeginn. Ein solches scheint in Kantonen ohne Selbstdispensation häufiger gegeben zu sein.

#### Wirkung des Pilotprojekts Opti-Q

Da 11 Teams das Pilotprojekt Opti-Q durchgeführt haben, kann die Breitenwirkung von Opti-Q zum Zeitpunkt der Evaluation als sehr gering beurteilt werden. Die Teams, welche die Anwendungshilfen eingesetzt haben, bewerteten diese mehrheitlich positiv. Allerdings

ist davon auszugehen, dass sie diese nach Projektende eher nicht mehr einsetzen werden. Die Anwendungshilfen werden dafür als zu komplex und als zu aufwändig eingeschätzt.

Als Stärke von Opti-Q wird von den Fachpersonen insbesondere die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Apotheke hervorgehoben. Die interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb der Teams (z.B. zwischen Hausarzt/Hausärztin und Medizinische/-r Praxisassistent/-in [MPA]/Medizinische/-r Praxiskoordinator/-in [MPK]) hat sich hingegen kaum verändert. Die Fachpersonen erwähnen zudem den Nutzen des Medikationschecks für die Betreuung der Patienten/-innen positiv. Durch den zusätzlichen Austausch über die Medikamente wachse das Verständnis für die Medikamente und die Einnahmetreue steige. Weiter würden durch das Vier-Augen-Prinzip Probleme mit den Medikamenten eher entdeckt und durch den Austausch von Hausarztpraxis und Apotheke über die Medikamente eher Aspekte angesprochen, welche die Lebensqualität der Patienten/-innen beeinträchtigen.

Die Patienten/-innen haben die entwickelten Anwendungshilfen und insbesondere den Versorgungspass grundsätzlich geschätzt. Sie lobten, dass sie durch die längeren Konsultationen mehr Zeit für den Austausch mit den Fachpersonen gehabt hätten. Es gibt den Patienten/-innen und ihren Angehörigen Sicherheit, durch den Versorgungspass zusätzliche Informationen über ihre Gesundheit zu haben, die sie immer mitnehmen können. Weiter erleichtert der Versorgungspass den Austausch mit den Fachpersonen.

#### **Nachhaltigkeit und Diffusionspotenzial des Pilotprojekts Opti-Q**

Aufgrund der schwierigen Rekrutierung von mitwirkenden Teams, der aufwändigen Einarbeitung dieser Teams in das Projekt, aufgrund der Herausforderung, geeignete Patienten/-innen für die Teilnahme am Projekt zu finden, des hohen Zeitaufwands für die Implementation der Anwendungshilfen sowie der fehlenden Möglichkeit, diesen hohen Zeitaufwand abzurechnen, hat Opti-Q in seiner jetzigen Form kaum Nachhaltigkeits- und Diffusionspotenzial.

#### **Schlussfolgerung**

Das Ziel von Opti-Q, die interprofessionelle Versorgung multimorbider Patienten/-innen zu fördern und diese stärker als Partner/-innen in ihre Behandlung einzubeziehen, ist hoch relevant. Den Ansatz, für die Anwendung von Praxisempfehlungen für die Versorgung multimorbider Patienten/-innen interprofessionell Anwendungshilfen zu entwickeln, ist zielführend. Die Evaluation zeigt aber, dass die gesteckten Ziele von Opti-Q nicht erreicht worden sind. Zwar wurden relevante Grundlagen erarbeitet, aber die Umsetzung von Opti-Q in der Hausarztpraxis stellte sich aufgrund der Komplexität und des Aufwandes für die Umsetzungspartner als schwierig heraus. Es ist Opti-Q nicht gelungen, die Zielgruppe mit den Angeboten zu erreichen und Wirkung zu erzielen. Damit die Anliegen von Opti-Q und die relevanten Inhalte der erarbeiteten Produkte nachhaltig verankert werden können, braucht es in erster Linie Vereinfachungen, die sich an den Bedürfnissen der beteiligten Fachpersonen und der Patienten/-innen orientieren. Dazu formuliert der vorliegende Bericht sechs Empfehlungen (siehe Abschnitt 6.2).

# Résumé

## **Opti-Q Multimorbidité – Optimisation de la qualité de la prise en charge des patient·e·s multimorbides : évaluation du projet pilote**

### **Contexte**

Les maladies non transmissibles (MNT), les addictions et les maladies psychiques posent des défis importants au domaine des soins. C'est pourquoi il est important de renforcer la prévention dans le domaine des soins (PDS). Dans ce contexte, la Fondation Promotion Santé Suisse (PSCH) a soutenu le projet pilote « Optimisation de la qualité de la prise en charge des patient·e·s multimorbides (Opti-Q) ». De 2020 à 2022, PSCH a largement contribué au financement du projet Opti-Q. Lors de sa réunion du 25 novembre 2022, le Conseil de fondation de PSCH a décidé de mettre fin au financement du projet Opti-Q et de résilier le contrat à l'échéance la plus proche. Cette décision a été motivée par le fait que les groupes cibles n'auraient pas pu être réunis sous la forme voulue aux fins d'une participation au projet. En sa qualité d'organisation responsable d'Opti-Q, l'association QualiCCare a décidé fin 2022 de mettre en œuvre le projet dans un cadre plus restreint sous la forme d'un projet pilote et de le financer avec ses propres fonds.

### **Objet de l'étude**

Le projet Opti-Q a été conçu et réalisé par l'association QualiCCare en collaboration avec 20 organisations responsables. L'objectif de ce projet était d'évaluer scientifiquement l'applicabilité et l'efficacité au plan national des recommandations pratiques relatives à la prise en charge des patient·e·s multimorbides élaborées dans le canton de Vaud. Des aides à l'application ont été mises en place au niveau interprofessionnel en vue de la mise en œuvre des recommandations pratiques. Ces aides comprennent un passeport de soins, une évaluation de l'état de santé, une check-list de médication et une liste électronique d'offres de promotion de l'autogestion. Durant une phase pilote de douze mois, entre le début de l'année 2023 et mars 2024, les aides à l'application ont été testées auprès de 34 patient·e·s avec 13 équipes recrutées, composées de cabinets de médecine générale, de pharmacies et/ou de services d'aide et de soins à domicile.

### **Objectif et schéma d'évaluation**

Le présent rapport contient les résultats de l'évaluation de la phase pilote du projet Opti-Q<sup>3</sup>. Il inclut en outre les principaux résultats du rapport « Lessons Learned » (voir section A 7 en annexe), qui portait notamment sur la conception et la mise en œuvre du projet Opti-Q entre 2020 et 2022. L'objectif de cette évaluation est d'apprécier les opportunités offertes par les idées et les produits d'Opti-Q du point de vue de leur ancrage durable dans la chaîne de prise en charge suisse. Outre les résultats du rapport « Lessons Learned », elle se fonde sur quatre approches méthodologiques principales : premièrement, des études de cas de situations de prise en charge concrètes ont été réalisées au moyen d'une observation participante et d'entretiens avec les professionnel·le·s et les patient·e·s concerné·e·s, du journal tenu par les équipes et d'enquêtes de suivi auprès des patient·e·s et des professionnel·le·s. Deuxièmement, l'évaluation s'appuie sur le rapport final de QualiCCare<sup>4</sup>, d'autres documents de QualiCCare, l'analyse des enquêtes avant et après le projet menées auprès de patient·e·s et de professionnel·le·s par QualiCCare et les échanges

<sup>3</sup> La phase initiale et le projet pilote ne peuvent pas toujours être clairement délimités.

<sup>4</sup> Czock, Astrid ; Khanna, Alisha ; Frei, Christian ; Fraefel, Anna (2024) : Rapport final du projet « Opti-Q Multimorbidité » – Optimisation de la qualité de la prise en charge des patient·e·s multimorbides, Baden.

d'informations entre les responsables de projet de QualiCCare et de PSCH. Troisièmement, onze entretiens d'expert·e·s ont été menés avec des parties prenantes du contexte du projet ayant contribué à l'élaboration du projet Opti-Q par leur participation au groupe d'accompagnement (voir section A 1 en annexe). Quatrièmement, une expertise écrite a été demandée à des expert·e·s (voir section A 6 en annexe) afin de disposer d'éclairages extérieurs supplémentaires sur le projet Opti-Q du point de vue de la médecine générale, des pharmacies et de l'étranger.

### Résultats de l'évaluation

#### Conception du projet pilote Opti-Q

L'objectif du projet Opti-Q de promouvoir la prise en charge interprofessionnelle des patient·e·s multimorbides et de les impliquer davantage dans leur traitement en tant que partenaires est important et jugé très pertinent par toutes les parties. L'approche consistant à développer des aides à l'application au niveau interprofessionnel aux fins de l'application de recommandations pratiques relatives à la prise en charge des patient·e·s multimorbides est efficace. Il s'est également avéré judicieux de faire participer de nombreuses parties prenantes au développement du concept d'Opti-Q. Toutefois, il ressort de la littérature internationale qu'il est difficile de définir la « meilleure approche » pour des interventions telles que le projet Opti-Q. Selon plusieurs revues systématiques et des méta-analyses, l'une des raisons réside dans la faible quantité de données probantes disponibles concernant l'efficacité des interventions en faveur des patient·e·s multimorbides. L'efficacité serait fonction des nombreux facteurs d'influence, des outils utilisés et des outcomes recueillis. Dès le début, il existait donc un risque important d'échec de la mise en œuvre du projet Opti-Q. De plus, aucune analyse différenciée des besoins des prestataires et des patient·e·s identifiant clairement les besoins auxquels Opti-Q devait répondre n'avait été réalisée au début du projet. La définition des cabinets de médecine générale comme plaque tournante du projet au sens d'un modèle classique de prise en charge doit également être considérée d'un œil critique. Par ailleurs, le fait que le projet Opti-Q n'ait pas pu s'appuyer sur des aides à l'application validées au moment de son lancement a mobilisé beaucoup de ressources et de temps.

Les aides à l'application développées ont été majoritairement jugées utiles par les partenaires de mise en œuvre, les patient·e·s et des expert·e·s externes. Afin qu'elles puissent être mieux intégrées à la pratique quotidienne et que leur utilisation soit ainsi plus efficace, les professionnel·le·s souhaiteraient néanmoins qu'elles soient plus simples et disponibles sous forme électronique et que leur lien avec les produits et protocoles soit plus fort. La formation interprofessionnelle a été particulièrement critiquée, notamment par les professionnel·le·s qui n'y ont eux/elles-mêmes pas participé. Ils et elles estiment qu'elle dure trop longtemps, qu'elle est peu utile et qu'elle est éloignée de la pratique.

#### Mise en œuvre du projet pilote Opti-Q

Onze des treize équipes recrutées pour le projet pilote Opti-Q l'ont mené avec des patient·e·s. Elles ont utilisé les aides à l'application auprès de 34 patient·e·s. Selon les membres des équipes interrogés, il n'a pas été facile de trouver des patient·e·s adéquats parmi le groupe cible défini pour le projet pilote et de les convaincre d'y participer. De plus, la mise en œuvre d'Opti-Q s'est avérée très chronophage, et le surcroît de travail n'a pu être qu'insuffisamment décompté, voire pas du tout. La mise en œuvre a réussi presque uniquement dans les équipes disposant de ressources en personnel suffisantes, par exemple dans les équipes soutenues par des étudiant·e·s en médecine en stage. L'existence d'une relation de confiance entre les cabinets de médecine générale et les pharmacies avant même le début du projet s'est également avérée être un facteur de réussite. Il semble que ce soit plus souvent le cas dans les cantons qui n'autorisent pas la remise de médicaments par les cabinets de médecine générale.

### Impact du projet pilote Opti-Q

Étant donné que onze équipes ont mis en œuvre le projet pilote Opti-Q, son impact peut être considéré très faible à la date d'évaluation. Les équipes ayant eu recours aux aides à l'application les jugent positivement dans la majorité. On peut toutefois supposer qu'elles ne les utiliseront plus après la fin du projet. Les aides à l'application sont en revanche considérées comme trop complexes et trop fastidieuses.

L'un des points forts d'Opti-Q soulignés par les professionnel·le·s est notamment l'amélioration de la collaboration interprofessionnelle entre les cabinets de médecine générale et les pharmacies. Par contre, la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes (p. ex. collaboration médecin généraliste et assistant·e médical·e [AM] / coordinateur·trice en médecine ambulatoire [CMA]) a très peu évolué. Les professionnel·le·s jugent par ailleurs positivement l'utilité du contrôle de médication pour la prise en charge des patient·e·s. Les échanges supplémentaires au sujet des médicaments améliorent la compréhension et l'observance du traitement. Le principe du double contrôle permet en outre de détecter plus précocement les problèmes avec les médicaments, et les échanges entre le cabinet de médecine générale et la pharmacie concernant les médicaments permettent d'aborder des aspects qui impactent la qualité de vie des patient·e·s.

Les patient·e·s ont globalement apprécié les aides à l'application développées, notamment le passeport de soins, de même que le fait d'avoir plus de temps pour échanger avec les professionnel·le·s grâce à l'allongement de la durée des consultations. Avec le passeport de soins, les patient·e·s et leurs proches sont ainsi assurés d'obtenir davantage d'informations sur leur santé, qu'ils peuvent emporter. Le passeport de soins simplifie également les échanges avec les professionnel·le·s.

### Viabilité et potentiel de diffusion du projet pilote Opti-Q

En raison de la difficulté à recruter des équipes participantes, de la complexité de l'initiation de ces équipes au projet, de la difficulté à trouver des patient·e·s adéquat·e·s pour le projet, du temps important nécessaire pour la mise en œuvre des aides à l'application et de l'impossibilité de décompter ce temps, le potentiel de viabilité et de diffusion du projet Opti-Q dans sa forme actuelle est extrêmement limité.

### Conclusion

L'objectif du projet Opti-Q de promouvoir la prise en charge interprofessionnelle des patient·e·s multimorbides et de les impliquer davantage dans leur traitement en tant que partenaires est très pertinent. L'approche consistant à développer des aides à l'application au niveau interprofessionnel aux fins de l'application de recommandations pratiques relatives à la prise en charge des patient·e·s multimorbides est efficace. L'évaluation montre toutefois que les objectifs visés par Opti-Q n'ont pas été atteints. Des bases pertinentes ont certes été élaborées, mais la mise en œuvre du projet dans les cabinets de médecine générale s'est avérée difficile en raison de la complexité et de la charge de travail pour les partenaires de mise en œuvre. Opti-Q n'a pas réussi à atteindre le groupe cible avec les offres et à produire les effets escomptés. Afin de permettre un ancrage durable des ambitions nourries par le projet Opti-Q et des contenus pertinents des produits développés, il faut avant tout des mesures de simplification orientées vers les besoins des professionnel·le·s participant·e·s et des patient·e·s. Le présent rapport formule six recommandations à ce sujet (voir section 6.2).

# 1. Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

Interface Politikstudien Forschung Beratung evaluierte das Pilotprojekt «Optimierung der Behandlungsqualität von multimorbiden Patienten» (Opti-Q) des Vereins QualiCCare im Auftrag der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) von März 2020 bis August 2024 begleitend.

Ziel von Opti-Q ist die wissenschaftliche Prüfung der Anwendung von Praxisempfehlungen für die Behandlung multimorbider Patienten/-innen aus dem Kanton Waadt in Bezug auf Praktikabilität und Wirksamkeit auf nationaler Ebene. Inhaltlich geht es um den Einbezug des Patienten/der Patientin als Partner/-in bei seiner/ihrer Behandlung, die Förderung seiner/ihrer Autonomie, die Erhaltung der Lebensqualität sowie die Chancengleichheit beim Zugang zu einer adäquaten und koordinierten Versorgung. GFCH hat 2019 beschlossen, Opti-Q während der Jahre 2020 bis 2024 mit 2 Millionen Franken zu unterstützen.

An seiner Sitzung vom 25. November 2022 entschied der Stiftungsrat von GFCH, die Projektfinanzierung von Opti-Q zu stoppen und den Vertrag auf den nächstmöglichen Termin aufzulösen. Mit diesem Entscheid ging einher, dass QualiCCare 200'000 Franken von den bisher von GFCH ausbezahlten 1,5 Millionen Franken zurückzahlen musste, so dass das Projekt Opti-Q schlussendlich mit 1,3 Millionen Franken von GFCH unterstützt wurde. Dieser Entscheid wurde dadurch begründet, dass die Zielgruppen nicht in der gewünschten Form für eine Teilnahme am Projekt hätten gewonnen werden können. Im Auftrag von GFCH hat Interface im Jahr 2023 die «Lessons Learned» des Prozesses, der zu diesem Entscheid geführt hat, in einem separaten Bericht aufgearbeitet (siehe Abschnitt A 7 im Anhang).

QualiCCare als Trägerorganisation von Opti-Q hat sich Ende 2022 dazu entschlossen, Opti-Q trotz des Entscheides von GFCH in kleinerem Rahmen als Piloten umzusetzen und aus eigenen Mitteln zu finanzieren. Der Pilot wurde durch Interface im Rahmen des Evaluationsmandats von GFCH evaluiert. Der vorliegende Bericht fasst die Ergebnisse der Evaluation des Pilotprojekts zusammen.<sup>5</sup> Er schliesst Ergebnisse aus dem «Lessons Learned»-Bericht ein, der insbesondere die Konzeption und die Implementation von Opti-Q zwischen 2020 und 2022 aufgearbeitet hat.

## 1.2 Ziel des Projekts und Fragestellungen

Die Evaluation des Projekts Opti-Q verfolgte einerseits das Ziel, die Projektverantwortlichen im Laufe der Arbeiten darin zu unterstützen, die Wirksamkeit von Opti-Q laufend zu optimieren. In diesem Sinne unterstützte die Projektevaluation den Projektträger von Opti-Q bei der Umsetzung des Projekts. Andererseits galt es, mit der Projektevaluation die Chancen von Opti-Q mit Blick auf die nachhaltige Verankerung der Projektidee in der schweizerischen Gesundheitsversorgung nach Projektende zu beurteilen.

## 1.3 Methodik

Die vorliegende Evaluation basiert neben den Erkenntnissen des «Lessons Learned»-Berichts (siehe Abschnitt A 7 im Anhang) methodisch auf vier Hauptansätzen: Erstens wurden Fallstudien von konkreten Behandlungssituationen mittels teilnehmender Beobachtung und Interviews mit den daran beteiligten Fachpersonen und Patienten/-innen, mittels

---

<sup>5</sup> Die Initialphase und das Pilotprojekt sind nicht immer klar abgrenzbar.

des durch die Teams ausgefüllten Logbuchs und mittels Nachbefragungen der Patienten/-innen und Fachpersonen durchgeführt. Zweitens basiert die Evaluation auf dem Schlussbericht von QualiCCare<sup>6</sup>, weiteren Dokumenten von QualiCCare, ausgewerteten Vor- und Nachbefragungen von Patienten/-innen und Fachpersonen durch QualiCCare und dem Informationsaustausch mit den Projektverantwortlichen von QualiCCare und GFCH. Drittens wurden elf Experteninterviews mit Stakeholdern aus dem Projektumfeld geführt, die durch ihre Mitarbeit in der Begleitgruppe zur Erarbeitung von Opti-Q beigetragen haben (siehe Abschnitt A 1 im Anhang). Viertens wurden Experten/-innen um eine schriftliche Expertise gebeten; dies, um zusätzliche Aussensichten auf Opti-Q aus den Perspektiven der Hausarztmedizin, der Apotheken und aus dem Ausland einfließen lassen zu können (siehe Abschnitt A 6 im Anhang).

#### 1.4 Dank

Das Evaluationsteam von Interface bedankt sich bei allen Beteiligten für das entgegengebrachte Vertrauen und die Zeit, die sie für die ausführlichen Gespräche und für die Zusammenstellung von Unterlagen aufgewendet haben.

---

<sup>6</sup> Czock, Astrid; Khanna, Alisha; Frei, Christian; Fraefel, Anna (2024): Schlussbericht Projekt «Opti-Q Multimorbidität» – Optimierung der Behandlungsqualität von multimorbiden Patient:innen, Baden.

## 2. Konzeption Opti-Q

In diesem Kapitel werden wichtige Faktoren herausgearbeitet, welche die Entwicklung von Opti-Q massgeblich beeinflusst haben. Dabei unterscheiden wir zwischen Faktoren, die sich dem Konzept, den Produkten sowie der Organisation und den Prozessen von Opti-Q zuordnen lassen. Zudem gehen wir auf weitere Faktoren ein, die für die Entwicklung von Opti-Q relevant waren.

### 2.1 Rolle des Konzepts

Die Gespräche mit an der Konzeption des Projektes beteiligten Akteuren und die verfügbaren Dokumente weisen auf verschiedene konzeptionelle Stärken von Opti-Q hin:

- Die Erarbeitung des Konzeptes ist *breit abgestützt*, verschiedene relevante Verbände und Organisationen und ihre Expertisen wurden in die Erarbeitung einbezogen.
- Das *Thema*, das durch das Projekt bearbeitet wird, stösst auf grosses Interesse. Die Frage, wie man multimorbide Patienten/-innen interprofessionell besser betreuen kann und der Ansatz, Patienten/-innen stärker als Partner/-innen bei seiner/ihrer Behandlung miteinzubeziehen, erachten die Akteure als sehr relevant.

Gleichzeitig weisen die verfügbaren Dokumente und geführten Gespräche mit beteiligten Akteuren jedoch auf verschiedene konzeptionelle Defizite hin:

- Die *Interventionspartner*, das heisst die Berufsgruppen, über welche die Zielgruppe erreicht werden soll, sind im Antrag wenig spezifiziert. Gemäss Antrag arbeitet Opti-Q mit einer breiten Palette von Leistungserbringenden zusammen, wie Ärzteschaft, medizinischem Pflege- und Betreuungspersonal, Therapeuten/-innen, Apothekern/-innen, Angehörigen, Sozialarbeitenden, Patienten/-innen, medizinischen Praxisassistenten/-innen, Psychologen/-innen und Psychiatern/-innen. Die konzeptionellen Grundlagen legen nicht explizit dar, was welche Berufsgruppe konkret tun soll, damit die Ziele von Opti-Q erreicht werden.
- Es fehlte zu Beginn des Projekts eine *differenzierte Bedarfsanalyse* bei Leistungserbringenden und den Patienten/-innen, die klar machen würde, wo der Schuh wirklich drückt, beziehungsweise welchem Bedürfnis Opti-Q entsprechen soll.
- Als Drehscheibe wurden «wieder» die *Hausarztpraxen*, «wieder» im Sinne eines klassischen Modells der Versorgung, definiert. Das Problem der Überlastung der Hausärzteschaft hat die Projektentwicklung massgeblich behindert. Zwar hatten viele Hausarztpraxen vor Projektbeginn noch eine Teilnahme signalisiert – aufgrund der Komplexität des Projekts und der Belastung durch die Corona-Pandemie haben sie später aber von einer Teilnahme abgesehen.
- Die im Konzept dargestellten *Anwendungshilfen*, die eingesetzt werden sollen, sind im Antrag noch wenig spezifisch festgehalten. Zwar wurde klar kommuniziert, dass die Praxisempfehlungen für die Behandlung multimorbider Patienten/-innen aus dem Kanton Waadt in der Praxis getestet werden. Welche Anwendungshilfen aber genau eingesetzt werden sollten, war noch nicht definiert. Es wurde in den Gesprächen die Ansicht vertreten, Opti-Q hätte den Charakter eines Forschungsprojekts, bei dem Anwendungshilfen und Evaluationsinstrumente erst entwickelt und erprobt werden mussten. Das Projekt sei beim Start noch nicht bereit gewesen für den Praxistest.
- Ein Interviewpartner stellte die Frage, ob das Projekt möglicherweise zu stark auf *spezifische regionale Rahmenbedingungen* ausgerichtet gewesen sei. Die Grundlagen für die vorgesehenen Anwendungshilfen sind für den Kanton Waadt entwickelt worden.

Dort hätten die Apotheken eine andere Rolle als in vielen Deutschschweizer Kantonen, in welchen eine Selbstdispensation durch die Ärzte/-innen möglich ist.

- Die Mehrheit der Anwendungshilfen richtete sich an Leistungserbringer. Interviewpartner/-innen vertraten die Ansicht, die *Patienten/-innen* seien zu wenig ins Zentrum des Projekts gestellt worden. Auch der Versorgungspass, der als Instrument für Patienten/-innen konzipiert wurde, sollte diesen nicht direkt abgegeben werden. Vielmehr sollte er an die Hausärzte/-innen gehen, die ihn anschliessend an ihre Patienten/-innen weitergeben sollten.
- Weiter wurde darauf hingewiesen, dass die *Definition der Population* von Patienten/-innen, die Opti-Q adressiert, im Sinne von klar definierten Komorbiditäten und/oder Bedürfnissen zu wenig spezifisch gewesen sei. Die Umsetzbarkeit des Projekts sei also von Anfang an aufgrund der Breite des Vorhabens gefährdet gewesen. Dabei sei die Definition absichtlich unspezifisch gewesen, da man diejenige Population habe eruieren wollen, die von einem Versorgungspass und einer interprofessionellen Behandlung besonders würde profitieren können.

Die genannten Punkte wurden auch von den Umsetzungspartnern und den institutionellen Partnern genannt. Folgende drei Punkte wurden von den Umsetzungspartnern und den institutionellen Partnern, die nicht direkt an der Konzeption des Projekts beteiligt waren, zusätzlich genannt oder besonders betont:

- Es wurde die Frage aufgeworfen, ob multimorbide *Patienten/-innen die geeignete Zielgruppe* für das Projekt sind. Einerseits handle es sich dabei um eine sehr heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Bedürfnissen. Gleichzeitig handle es sich aber auch um eine Gruppe, bei der aufgrund verschiedener möglicher Einschränkungen (kognitiv, sprachlich, eingeschränkte Mobilität) die Umsetzung des Pilotprojekts besonders anspruchsvoll sein könne.
- Verschiedentlich wurde die Eignung der Umsetzung des Pilotprojekts durch *Teams* aus Hausarztpraxis und Apotheke in Frage gestellt. Dies insbesondere in Kantonen mit Selbstdispensation, wo tendenziell eine Konkurrenzsituation zwischen Hausärzten/-innen und Apothekern/-innen besteht. Als Alternative wurden Teams bestehend aus Hausärzten/-innen und Spitex oder aus Hausärzten/-innen und Physiotherapeuten/-innen genannt. Die meisten Umsetzungspartner befürworteten jedoch die Umsetzung durch die vorgesehenen Teams; dies, weil es die Beziehung und Zusammenarbeit stärke.
- Die *Einbindung der Patienten/-innen* wurde auch von diesen Akteuren angesprochen. Durch die Abgabe des Versorgungspasses direkt an die Patienten/-innen würden auch solche Patienten/-innen am Projekt teilnehmen, die keinen Hausarzt/keine Hausärztin haben. Gerade solche Patienten/-innen könnten laut Aussage eines Interviewpartners besonders vom Versorgungspass profitieren.

Die drei externen Experten/-innen haben sich mit dem Konzept von Opti-Q vertraut gemacht und haben es wie folgt beurteilt:

- Die Expertisen bestätigen die grosse Bedeutung der für das Projekt gewählten Themen. Multimorbidität, Interprofessionalität und Patientenzentriertheit seien zentrale Aspekte der Versorgung. Dabei basiere Opti-Q auf *international relevanten Konzepten*. Beispielsweise stütze sich das Projekt auf Ideen, die für die personenzentrierte Betreuung von multimorbiden Patienten/-innen als wichtig erachtet werden.
- Das Thema sei *insbesondere in der Schweiz zentral*, da die generellen Herausforderungen durch spezifische Eigenschaften des Schweizer Gesundheitswesens noch verschärft würden. Die föderalistische Struktur, die Dominanz der spezialisierten Versorgung, das komplexe, weitgehend auf Einzelleistungen basierende Vergütungssystem,

die grosse Zahl kleiner Anbieter und das Fehlen vernetzter elektronischer Daten würden die Bereitstellung einer integrierten Versorgung, die auf die Bedürfnisse des Patienten als Ganzes ausgerichtet sei, erschweren.

- Allerdings sei die Planung einer Intervention wie Opti-Q schwierig, da sich *nicht einfach ein «bestes Vorgehen»* bestimmen lasse. Ein Grund dafür sei die laut systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen dürftige Evidenzlage zur Wirksamkeit von Interventionen zu Gunsten von multimorbiden Patienten/-innen. Die Wirksamkeit hänge mit der Vielzahl von Einflussfaktoren, eingesetzten Tools und erhobenen Outcomes zusammen.
- Bei der Implementation von Interventionen wie Opti-Q seien *Schwierigkeiten bekannt und zu erwarten*. Beispielsweise nehme nur ein kleiner Teil der Patienten/-innen in jeder Hausarztpraxis Interventionen in Anspruch, so dass es schwierig sei, angestrebte Veränderungen im Beratungsverhalten von Praxispersonal zu erreichen. Zudem würden bei weit gefassten Einschlusskriterien wahrscheinlich einige Personen ohne komplexe Probleme eingeschlossen, während andere Patienten/-innen mit dem grössten Nutzenpotenzial nicht an der Massnahme teilnehmen würden. Das Risiko für einen fehlenden Wirkungsnachweis sei entsprechend hoch. Projekte in diesem komplexen Interventionsbereich seien in anderen Ländern häufig gescheitert. Im Konzept sei der Theorie und dem Mechanismus der Veränderung, den wahrscheinlichen Schwierigkeiten bei der Implementation und den Herausforderungen bei der Evaluation darum grosse Aufmerksamkeit zu schenken.
- Um die *geeignete Zielgruppe* für ein derartiges Projekt zu definieren, schlägt eine Expertise andere Wege vor. Im Gegensatz zu den sehr breiten Einschlusskriterien von Opti-Q sei zu prüfen, ob Patienten/-innen mit starker Fragilität, häufigen Krankenhausaufenthalten, geringer Gesundheitskompetenz oder fehlender sozialer Unterstützung priorisiert werden könnten. Dort, wo Pflegenetze aufgebaut sind, könnten Pflegende einbezogen werden, um die Intervention den in Frage kommenden Patienten/-innen vorzuschlagen.
- Für die Festlegung der *richtigen Teammitglieder* erachten die Experten/-innen bei der Durchführung eines kritischen Medikationsreviews eine/-n Arzneimittelspezialisten/-in als zentral. Die zentrale Rolle der Apotheker/-innen bei Opti-Q wird entsprechend unterstützt. Eine Expertise ergänzt, dass eine interprofessionelle Entscheidungsfindung über die von Apothekern/-innen gemachten Vorschläge in einem formellen Mechanismus vorgesehen werden müsse, ähnlich gemeinsamen Sitzungen des *Case Conferencing*. Opti-Q beinhalte keine solchen Mechanismen. Eine andere Expertise weist darauf hin, dass für andere, nicht-pharmakologische Aktivitäten das Tandem Hausärzte/-innen/Apotheker/-innen als «Monopol» eher nicht gerechtfertigt sei.

## 2.2 Rolle der Organisation und Prozesse

Die Organe des Projekts waren kompetent besetzt. Projektteam, Vorstand sowie Begleit- und Steuergruppe bestanden aus Experten/-innen, die über einen grossen Erfahrungsschatz in Praxis, Wissenschaft und Implementation von Versorgungsprojekten verfügen. Die Steuergruppe hatte eine strategische, die Begleitgruppe eine inhaltlich-fachliche Rolle. Das Projektteam setzte sich unermüdlich und mit sehr hohem Engagement für die Entwicklung von Opti-Q ein.

Die Gespräche mit den Involvierten bei Opti-Q und GFCH wie auch die verfügbaren Dokumente weisen jedoch auf verschiedene Defizite hin:

- Die Diskussionen in der *Steuergruppe* sollen inhaltlich zwar wertvoll, jedoch wenig ergebnisorientiert gewesen sein. Es sei wenig gelungen, Vorbehalte und kritische Äusserungen konstruktiv in die Weiterentwicklung einzubeziehen. Dadurch habe die Steuergruppe eine Negativität in das Projekt gebracht, die sich auf die Motivation des

Projektteams ausgewirkt habe. Zudem habe jemand im «Driver Seat» gefehlt, der oder die sichergestellt habe, dass Entscheidungen getroffen wurden, die das Projekt voranbringen. Es habe am Mut zur Vereinfachung des Projekts gefehlt.

- Das *Projektteam* sei durch die zahlreichen notwendigen Arbeiten (Entwicklung verschiedener Anwendungshilfen, Konkretisierung der Weiterbildungsinhalte, Rekrutierung von Interventionspartnern, administrative Arbeiten, Monitoring des Projektfortschritts usw.) überaus stark belastet gewesen. Personelle Wechsel und Ausfälle infolge Krankheit hätten dieses Problem noch verschärft. Zudem habe das Projektteam nicht in ausreichendem Mass auf gewisse, für den Projekterfolg wichtige Kompetenzen zurückgreifen können. Erwähnt wurde insbesondere, dass ein Hausarzt/eine Hausärztin im Team die Rekrutierung hätte erleichtern können und dass eine Kommunikationsfachperson gefehlt habe. Auch gab es Stimmen, welche die Arbeit des Projektteams als manchmal etwas zu theoretisch beschrieben. Es sei der Eindruck entstanden, dass es am «Drang zur Umsetzung im Feld» gefehlt habe und Empfehlungen zum Vorgehen nur zögerlich umgesetzt worden sei.
- Es habe nur verzögert Klarheit bezüglich Ausgestaltung der Anwendungshilfen und Interventionsmechanismen des Projekts gegeben. Dies habe zur Folge gehabt, dass die *Rekrutierung* erst spät habe gestartet werden können. Problematisch sei gewesen, dass die in die Steuer- und Begleitgruppe einbezogenen Organisationen keine Verantwortung für die Rekrutierung übernommen hätten. Es habe insbesondere unter den beteiligten Hausärzten/-innen keinen Enthusiasmus gegeben, an Opti-Q teilzunehmen. Vielmehr sei die Rekrutierung in erster Linie den Mitarbeitenden des Projektteams übertragen worden, die im Setting Hausarztpraxis wenig bekannt und verankert gewesen seien. Ohne nötige Unterstützung der betroffenen Fachgesellschaften sei es schwierig gewesen, Hausärzte/-innen und Apotheker/-innen zur Teilnahme zu bewegen.

Die Mitglieder der Begleitgruppe äusserten sich wie folgt zu ihrer Arbeit in diesem Gremium:

- Die inhaltlichen Arbeiten lagen in der Kompetenz der *Begleitgruppe* und ihrer Fokusgruppen. Die Begleitgruppe war breit abgestützt. Aus Sicht der Mitglieder konnten sie sich gut einbringen, und ihre Inputs wurden berücksichtigt. Einige Mitglieder bemängelten, dass die Grösse der Gruppe dazu geführt habe, dass nicht alle Stimmen gleich gehört worden seien. QualiCCare habe sich intensiv darum bemüht, die Stakeholder in den Prozess einzubeziehen, was aus Sicht einiger Mitglieder manchmal zu einer fast zu starken Abhängigkeit von den Inputs der Begleitgruppe geführt habe. Die heterogene Zusammensetzung habe unterschiedliche Sichtweisen und Involvierungsgrade mit sich gebracht, was zu langen Diskussionen und gelegentlich zu einem schwerfälligen und redundanten Prozess geführt habe. Ein Mitglied der Begleitgruppe merkte an, dass es möglicherweise sinnvoll gewesen wäre, in der Begleitgruppe Experten/-innen und Ansätze aus der Implementierungsforschung stärker zu berücksichtigen.

### 2.3 Rolle der Produkte

Die von Opti-Q entwickelten Anwendungshilfen (Versorgungspass, Assessment, Medikationscheckliste und Liste Selbstmanagementförderungsangebote) wurden von Mitgliedern des Projektteams und der Steuergruppe mehrheitlich als qualitativ hochstehend und wertvoll beurteilt. Folgende Schwierigkeiten in deren Erarbeitung wurden angesprochen:

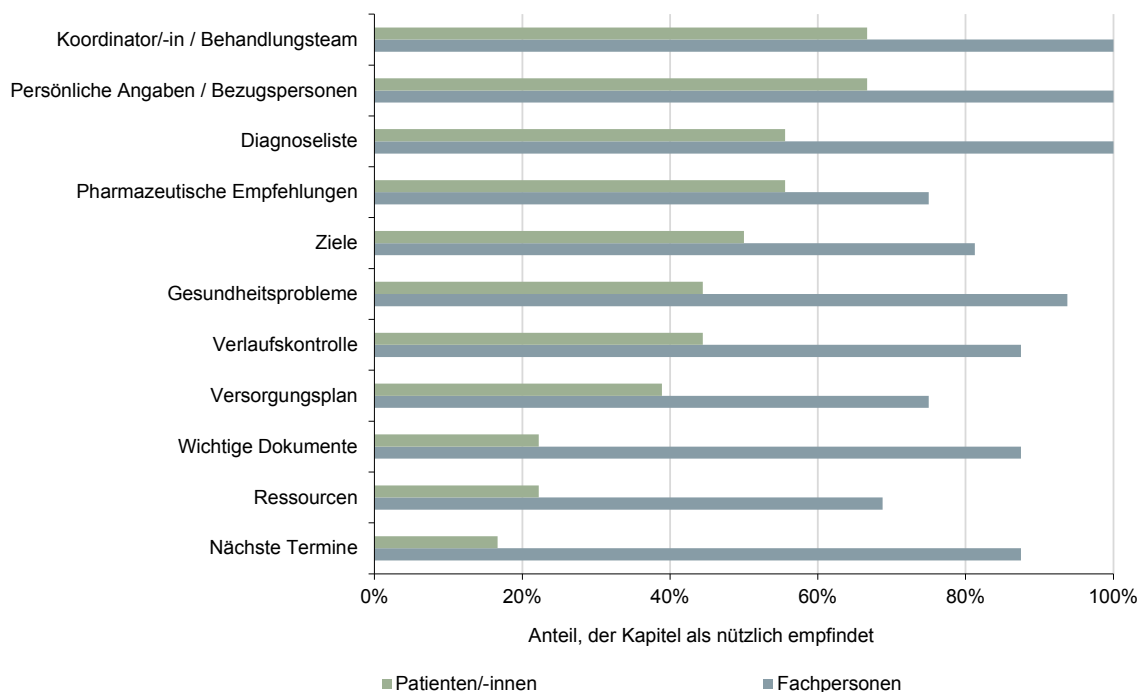
- Die Produkte von Opti-Q seien *erst spät im Projekt* zur Verfügung gestanden. Deren Entwicklung habe viel Zeit, Energie und Ressourcen beansprucht. Der Aufwand, der für die Erstellung dieser Anwendungshilfen benötigt wurde, sei stark unterschätzt worden.

- Die Zusammenarbeit mit SwissIPE für die Entwicklung der interprofessionellen Fortbildung wurde kritisch bewertet. Es wurde argumentiert, die Fortbildung basiere auf einer kanadischen Idee. Es sei kaum möglich gewesen, Ablauf und Inhalt ausreichend an die Bedürfnisse von Opti-Q anzupassen. Die Partnerschaft mit SwissIPE sei aber zu Beginn vereinbart worden, so dass es nicht möglich gewesen sei, auf einen anderen Partner auszuweichen. Auch habe SwissIPE kaum Werbung gemacht und bei der Kommunikation wenig Unterstützung geboten.

Im Folgenden wird die Beurteilung der von Opti-Q entwickelten Anwendungshilfen entlang der Produkte vorgenommen. Sie beruht auf Einschätzungen von Fachpersonen, welche die Anwendungshilfen anwendeten, von Patienten/-innen als Nutzer/-innen der Anwendungshilfen und von Mitgliedern der Begleitgruppe als institutionelle Partner/-innen:

- Der *Versorgungspass* wird als wichtigstes Element von Opti-Q mit dem grössten Potenzial bezeichnet. Der Pass scheint von Patienten/-innen und Fachpersonen gut angenommen worden zu sein. Die Patienten/-innen schätzten es, eine Übersicht über ihren Gesundheitszustand und die beteiligten Leistungserbringer bei sich zu tragen. Die Nachbefragung der Patienten/-innen (n = 18) und der Fachpersonen (n = 16) zeigt, dass die Fachpersonen fast den ganzen Versorgungspass als nützlich erachteten. Beide Gruppen erachteten insbesondere folgende Kapitel als hilfreich: «Koordinator/-in / Behandlungsteam», «Persönliche Angaben / Bezugsperson» sowie «Diagnoseliste». Die Patienten/-innen hoben zusätzlich das Kapitel «Pharmazeutische Empfehlungen» positiv hervor. Als wenig nützlich werden von den Patienten/-innen die Kapitel «Wichtige Dokumente», «Ressourcen» und «Nächste Termine» beurteilt.

**D 2.1: Beurteilung der Nützlichkeit der Kapitel des Versorgungspasses durch die Patienten/-innen und Fachpersonen**



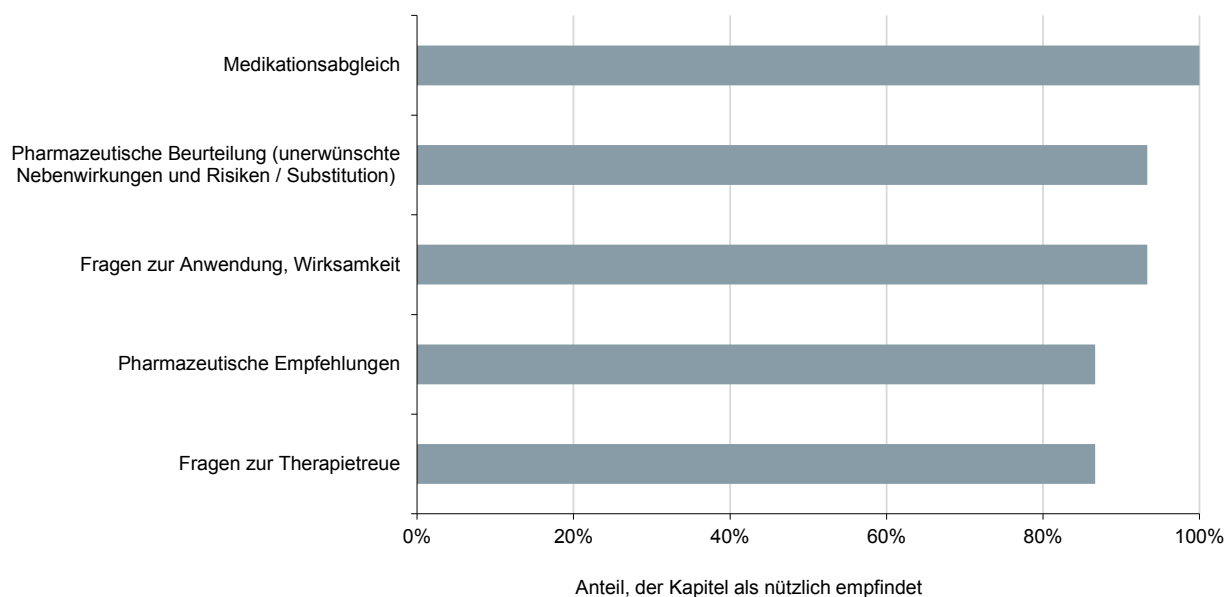
Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Patienten/-innen (n = 18) und Fachpersonen (n = 16).

- Mehrere Patienten/-innen wünschen sich den *Versorgungspass* in einem kleineren Format. Dies würde es ihnen erleichtern, den Versorgungspass jederzeit zur Hand zu haben. Die Tatsache, dass der Pass nur in gedruckter Form zur Verfügung steht, begrüßen die Patienten/-innen – dies aufgrund des Datenschutzes und der Möglichkeit zur Nutzung ohne Technikaffinität. Die meisten Fachpersonen wünschen sich, dass der Pass mittelfristig in elektronischer Form zur Verfügung steht. Die institutionellen Partner kritisierten, dass das System des Versorgungspasse auf gut organisierte Patienten/-innen ausgelegt sei und er für viele Patienten/-innen, beispielsweise für solche mit Suchtproblemen, nicht niederschwellig genug sei.
- Auch das *Assessment* beurteilten die Befragten mehrheitlich als nützlich. 94 Prozent der in der Nachbefragung befragten Patienten/-innen erachten das Assessment als (eher) nützlich. Alle Patienten/-innen, die an der Nachbefragung teilnahmen, sind der Ansicht, dass beim Assessment alle wichtigen Fragen zu ihrem Gesundheitszustand gestellt wurden (59% stimmten zu, 41% stimmten eher zu) und dass die Fragen angemessen waren (82% stimmten zu, 18% stimmten eher zu). Die Leistungserbringenden erachten das Assessment im Sinne eines Leitfadens für gesundheitliche Fragen als hilfreich. Gleichzeitig wurde teilweise kritisiert, dass das Assessment für die Anwendung in der Hausarztpraxis sehr umfangreich sei, was dessen Zweckmässigkeit einschränke.
- Die Befragten beurteilten die *Medikationscheckliste* mehrheitlich als nützlich. 94 Prozent der in der Nachbefragung befragten Patienten/-innen erachten den Medikationscheck als (eher) nützlich. Die Medikationscheckliste sei als wichtige Diskussionsgrundlage und als Übersichtsinstrument von Bedeutung, vor allem dann, wenn viele verschiedenen Spezialisten in die Behandlung involviert seien. Allerdings wurde auch darauf hingewiesen, dass das Konzept einer Medikationscheckliste nicht neu sei und stärker auf bestehende Checklisten hätte zurückgegriffen werden können. Zudem wurde betont, dass die Medikationscheckliste in Kantonen, die Selbstdispensation zulassen, aufgrund der Konkurrenzsituation zwischen Hausarztpraxen und Apotheken weniger zu Anwendung komme. Als Nachteil des Assessments und der Medikationscheckliste wurde hervorgehoben, dass diese Anwendungshilfen nicht elektronisch verfügbar und nicht mit den Informationssystemen der Hausarztpraxen und der Apotheken verbunden seien. So haben die Apotheken in ihren Systemen keinen Zugriff auf die Ergebnisse des Assessments und die Hausarztpraxen keinen auf die Medikationscheckliste. In der Nachbefragung der Fachpersonen wurden jene, welche die Medikationscheckliste verwendet haben (n = 15), nach der Nützlichkeit der einzelnen Kapitel gefragt. Alle Kapitel wurden von jeweils über 85 Prozent der befragten Fachpersonen als nützlich bewertet, als am nützlichsten wurde das Kapitel «Medikationsabgleich» bewertet (100%).

---

**D 2.2: Beurteilung der Nützlichkeit der Kapitel der Medikationscheckliste durch die Fachpersonen**


---




---

Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Fachpersonen (n = 15).

---

- Die Liste der *Selbstmanagementförderungsangebote* wurde gemäss Interviewpartner/-innen und Beobachtungen des Evaluationsteams vor Ort nur wenig genutzt. Dies scheint weniger mit der Konzeption der Liste als mit ihrer mangelnden Bekanntheit in Zusammenhang gestanden zu sein (siehe Abschnitt 3.2.6).
- Die Beurteilung der von *SwissIPE* angebotenen *Fortbildung* war eher kritisch. Insbesondere war die Verpflichtung zur Teilnahme an einer eineinhalb-tägigen Fortbildung für die Interventionspartner sehr umstritten. Die Fortbildung sei für etliche potenzielle Interventionspartner ein zentrales Hindernis für die Mitwirkung gewesen. Verschiedene Gründe wurden dafür vorgebracht: Erstens wurde erwähnt, dass jene, die sich grundsätzlich für Opti-Q interessieren, in der Regel mit der Bedeutung und den Praktiken interprofessioneller Zusammenarbeit bereits vertraut seien. Zweitens wurde darauf hingewiesen, dass die Botschaft der Fortbildung bei einigen Empfängern die folgende war: «Ihr macht bisher keine echte Interprofessionalität – hier lernt ihr, wie das geht». Dies habe eher abstoßend gewirkt. Drittens wurde der Anspruch, dass im Kernteam zwingende ein/-e Apotheker/-in einzubeziehen ist, als sehr hoch erachtet. Zusätzlich wurde auch der Inhalt der Fortbildung kritisiert: So bemängelten verschiedene Teams, dass zu wenig auf die konkrete Umsetzung der Anwendungshilfen von Opti-Q im Versorgungsalltag eingegangen worden sei.

Die externen Experten/-innen haben in ihren Expertisen die Anwendungshilfen wie folgt beurteilt:

- Die Anwendungshilfen seien *gut ausgewählt* worden, sowohl aufgrund ihrer Ähnlichkeit mit international empfohlenen Produkten als auch wegen der bisher mangelhaften Implementation dieser Produkte.
- Die Anwendungshilfen würden viele evidenzbasierte Elemente für die Betreuung von multimorbiden Patienten/-innen nutzen. Allerdings seien die Anwendungshilfen *noch wenig ausgereift und nur in Teilen implementierbar*. Zudem seien die Instrumente insgesamt wenig patientenzentriert, eher überfrachtet und deshalb wenig praktikabel.

- Ohne eine *gemeinsame elektronischen Akte*, auf die Patienten/-innen und Fachpersonen zugreifen können, und die soweit möglich mit Informationen aus elektronischen Datensystemen der verschiedenen Berufsgruppen ausgefüllt ist, sei die Implementation der Anwendungshilfen chancenlos. Ohne Echtzeitzugriff auf die Akten sei es für eine Fachkraft zudem unmöglich, in Abwesenheit des Patienten/der Patientin zu arbeiten, ohne zuvor die Informationen aus den Unterlagen zu kopieren. Dies laufe auf die derzeitige Situation mit mehreren, nicht gemeinsam genutzten Akten hinaus, was den Nutzen stark mindere.
- Ein weiteres grundsätzliches Problem sei die *fehlende Einbettung* der Anwendungshilfen in bestehende Versorgungskonzepte. In einer Expertise wird die Vermutung aufgeführt, dass die Anwendungshilfen krankheitsspezifische Überprüfungen nicht ersetzen können, da diese vermutlich weiterhin von verschiedenen Ärzten/-innen durchgeführt werden. Dadurch würden viele der potenziellen Vorteile von Opti-Q verloren gehen. Hinzu komme, dass Patienten/-innen mit Erkrankungen wie Diabetes vermutlich ohnehin wüssten, dass sie wegen ihrer gesundheitlichen Probleme untersucht werden. Für diese Patienten/-innen erschliesse sich die Relevanz und der Wert der Anwendungshilfen wahrscheinlich kaum.
- Die Begleitung der Patienten/-innen mit einem *Versorgungspass* wird grundsätzlich als gut beurteilt. Viele wichtige Aspekte seien enthalten. Das Produkt sei anwenderfreundlich aufgebaut und könne den Fachpersonen im Kernteam bei der Datensammlung und der Kommunikation mit Patienten/-innen hilfreich sein. Die Aushändigung eines Dokuments an die Patienten/-innen trage dazu bei, sie in ihre Versorgung einzu beziehen und an der Verantwortung für das Management ihrer Gesundheit zu beteiligen. Allerdings sei das Dokument für Patienten/-innen möglicherweise zu komplex. Es sei schwer vorstellbar, dass der Versorgungspass systematisch genutzt und aktuell gehalten werde. Zu häufig gebe es Änderungen der Medikation, neue Testergebnisse und zusätzliche involvierte Fachpersonen. Zudem könne das Dokument – aufgrund des Umfangs und der Komplexität – sowohl von den Patienten/-innen als auch von den Fachpersonen leicht als lästige bürokratische Angelegenheit empfunden und vernachlässigt werden. Entsprechend lasse ein nicht aktuell gehaltener Versorgungspass auch Sicherheitsbedenken aufkommen. Vor diesem Hintergrund regten die Expertisen an, den Versorgungspass mit Fokus auf die wichtigsten Ziele und wichtigsten aktuell relevanten gesundheitlichen Probleme deutlich zu vereinfachen, um dessen Zweckmässigkeit zu steigern.
- Die Belastung und daraus abgeleitete Bedürfnisse der multimorbiden Patienten/-innen durch ein *Assessment* zu erfassen, sei grundsätzlich sinnvoll und relevant für die Zuteilung von Ressourcen. Das Dokument soll die Probleme der Patienten/-innen identifizieren und quantifizieren, wodurch der Versorgungsbedarf festgestellt werden könne. Die Auswirkungen des Assessments seien aber wahrscheinlich begrenzt, da es sich in erster Linie um eine Informationssammlung handle, die nicht direkt mit der Verbesserung des Managements der festgestellten Probleme verbunden sei. Ausserdem beurteilten die Experten/-innen die Themen und die Zusammenstellung der Fragen an einigen Stellen im Dokument als verbesserungswürdig. Das Opti-Q-Assessment sei eine Zusammenstellung von vielen einzelnen Variablen, die mit Multimorbidität assoziiert seien. Es sei dadurch zu umfangreich und komplex; die Gefahr sei gross, dass Patienten/-innen und Befrager/-innen überfordert werden.
- Ein *Medikationscheck* wird als wichtiger Bestandteil der Betreuung von multimorbiden Patienten/-innen beurteilt. Das Formular zur Übermittlung der Vorschläge an den Hausarzt/die Hausärztin sei klar und strukturiert. Die Beurteilung der Medikation, die auch in Abwesenheit der Patienten/-innen durchgeführt werden könne, resultiere potenziell in Änderungen der Medikation. Diese Änderungen müssten aber so schnell wie möglich in den Behandlungsprozess überführt werden. Dies bedeute im Projekt mit papierbasierten Unterlagen einen Besuch des/der Patienten/-in in der

Hausarztpraxis oder Apotheke und somit eine Verzögerung bei der Umsetzung der Medikationsanpassungen und der Bereitstellung der Informationen für andere beteiligte Gesundheitsberufe, beispielsweise die häusliche Pflege. Ausserdem fehle bei der pharmazeutischen Empfehlung der Entscheid des/der Patienten/-in, ob er/sie mit der Empfehlung der Fachperson einverstanden ist. Auch andere Stellen des Medikationschecks werden als verbesserungswürdig beurteilt. Dabei unterscheiden sich die Vorschläge der Experten/-innen, wie ein Medikationscheck im Idealfall ablaufen sollte.

- Die *Fortbildung*, wie sie durchgeführt wurde, beurteilten die Experten/-innen unterschiedlich. Einerseits sei das Schulungsprogramm gut geplant. Es verwende gute, interaktive und partizipative Lehrmethoden. Andererseits wurde bemängelt, dass die Fortbildung primär Interprofessionalität als Konzept unterrichte; Herausforderungen bei der Betreuung von multimorbiden Patienten/-innen stünden nicht im Fokus. Es wurde vorgeschlagen zu schulen, wie die Anwendungshilfen von Opti-Q eingesetzt werden können, beispielsweise mit Anwendung von Fallvignetten, um imaginierte Situationen mit multimorbiden Patienten/-innen durchzuspielen. Nicht zuletzt wurde in Frage gestellt, ob eine der Intervention vorangestellte Fortbildung das beste Vorgehen darstelle. Möglicherweise seien interprofessionelle Qualitätszirkel besser geeignete Gefässe. Auch die Möglichkeit einer Schulung und Begleitung der Mitarbeitenden in den Hausarztpraxen wurde skizziert: Die Anwendung der Instrumente würde durch Übungen, Beobachtungen und Feedbacks im Team erlernt werden.

#### 2.4 Rolle weiterer Faktoren

Die Umsetzung von Opti-Q hatte mit verschiedenen nicht beeinflussbaren Herausforderungen zu kämpfen. Zu erwähnen sind insbesondere Erkrankungen von Schlüsselpersonen, Kündigungen, der Fachkräftemangel und die Corona-Pandemie:

- Die *Erkrankungen von Schlüsselpersonen* haben gemäss den Befragten verzögernd gewirkt. Auch die Tatsache, dass Führungspersonen ersetzt werden mussten, habe es erschwert, zeitgerecht Entscheidungen bezüglich Ausgestaltung der Anwendungshilfen und Eingrenzung der Interventionspartner zu fällen.
- QualiCCare habe sehr professionell auf *Kündigungen* reagiert und rasch wieder kompetente Personen einstellen können. Gleichwohl habe dadurch Wissen neu aufgebaut werden müssen. Zudem seien gewisse Aspekte der Intervention mit den neuen Mitarbeitenden erneut diskutiert und allenfalls neu bewertet worden. Dies habe den Projektfortschritt verzögert.
- Der *Fachkräftemangel* im Gesundheitswesen und insbesondere der Abgang von Medizinischen Praxisassistenten/-innen sowie Pharma-Assistenten/-innen seien vermutlich aufgrund der Pandemie erst spät bemerkt worden. Ohne die Unterstützung dieser Berufsgruppen sei es den Hausärzten/-innen und den Apothekern/-innen nicht möglich gewesen, sich zusätzlich an Projekten zu beteiligen.
- Auch die *Corona-Pandemie* habe einen Einfluss auf die Projektentwicklung gehabt. Die Interviewpartner/-innen waren sich einig darin, dass die Pandemie die Personalsituation in Hausarztpraxen und Apotheken verschärft und die Durchführung von Projekten wie Opti-Q erschwert hat. Allerdings sei die Pandemie für die Planung und die Organisation des Projekts dank Kommunikation über Distanz mit digitalen Anwendungshilfen wenig relevant gewesen.

Auch GFCH hat die Entwicklung von Opti-Q in der Untersuchungsperiode mitbeeinflusst. Positiv hervorzuheben ist die grosszügige finanzielle Unterstützung und die jederzeit leichte Zugänglichkeit der für Opti-Q zuständigen Mitarbeitenden von GFCH. Im Zusammenhang mit der Projektauswahl und der -begleitung wurden jedoch verschiedentlich auch kritische Überlegungen eingebracht:

- Die Projektbegleitung durch GFCH wurde als vorwiegend *beobachtend* wahrgenommen. Es wurde vorgebracht, dass GFCH ihr Wissen, zum Beispiel betreffend Kommunikation mit Multiplikatoren und Projektmanagement, stärker hätte einbringen und auf diese Weise die Projektentwicklung hätte unterstützen können.
- Zwischen der Projektleitung von Opti-Q und GFCH sei *nicht ausreichend offen über Herausforderungen diskutiert* worden. Das Projektteam habe gezögert, Schwierigkeiten frühzeitig zu kommunizieren, um die Finanzierung nicht zu gefährden.

## 3. Implementation Opti-Q

In diesem Kapitel wird die Umsetzung von Opti-Q in der Praxis skizziert. Basis dazu sind die teilnehmenden Beobachtungen, die vom Evaluationsteam geführten Gespräche mit Leistungserbringenden und Patienten/-innen, die Befragungen der Fachpersonen und Patienten/-innen durch QualiCCare und Informationen aus dem Schlussbericht von QualiCCare (QualiCCare 2024). Zudem werden wichtige Erfolgsfaktoren und Hindernisse der Implementation von Opti-Q im Versorgungsalltag herausgearbeitet.

### 3.1 Rekrutierung von Teams

QualiCCare nutzte verschiedene Kanäle und Wege, um Teams für das Opti-Q-Pilotprojekt zu rekrutieren. Diese können dem Schlussbericht von QualiCCare (QualiCCare 2024) entnommen werden. Beispiele für unternommene Anstrengungen sind:

- Kontaktaufnahme mit verschiedenen Stakeholdern
- Direkter E-Mail-Versand an die 800 Mitglieder des Aargauischen Ärzteverbandes
- Anschreiben von sieben kantonalen Ärzte- und/oder Apothekerverbänden und Netzwerken
- Gespräche mit potenziellen Projektteilnehmern
- Bewerbung über den QualiCCare-Newsletter und in 28 LinkedIn-Posts
- Erwähnung in Newslettern und/oder Sozialen Medien neun anderer Organisationen
- Vorstellung bei 25 verschiedenen Organisationen, Verbänden, organisationsinternen Gremien sowie 130 Hausarztpraxen und Apotheken
- Vorstellung an neun Veranstaltungen und Kongressen
- Werbung für Opti-Q via Werbematerial/Stand an acht Veranstaltungen
- Publikation von sieben Artikeln in Fachzeitschriften
- Präsentation in drei Podcasts und Webinaren

Für die Rekrutierung wurden von QualiCCare verschiedene Kommunikationsmaterialien erstellt. Die meisten Materialien sind auf Deutsch, Französisch und Italienisch verfügbar\*, einige nur auf Deutsch und Französisch\*\*<sup>7</sup>:

- Informationsflyer für Fachpersonen und Patienten/-innen\*
- Factsheet für Fachpersonen\*
- Dokument mit detaillierten Informationen zum Projekt für Fachpersonen\*\*
- Aufwand-Ertrag-Tabelle für Fachpersonen\*\*
- Erklärvideos für Fachpersonen und Patienten/-innen\*\*
- Aufgabenpfad für Fachpersonen und Patienten/-innen\*
- Poster und Roll-ups für Veranstaltungen\*
- Testimonials von Ärzten/-innen über ihre Motivation zur Teilnahme am Projekt

Aufgrund der Schwierigkeiten, Teilnehmende für das Projekt zu gewinnen, wurde im August 2022 eine nicht repräsentative Feldanalyse zu Erfolgsfaktoren und Hindernissen für die Teilnahme am Projekt durchgeführt. Von den 56 angeschriebenen Leistungserbringern<sup>8</sup> haben sich 19 beteiligt. Die Feldanalyse ergab, dass das Thema des Projekts von den Fachpersonen als sehr wichtig erachtet wird und dass die Instrumente von Opti-Q

<sup>7</sup> \* bedeutet, dass die Materialien auf Deutsch, Französisch und Italienisch verfügbar sind. \*\* bedeutet, dass die Materialien auf Deutsch und Französisch verfügbar sind.

<sup>8</sup> Angeschrieben wurden Ärzte/-innen, Apotheker/-innen, Medizinische Praxisassistenten/-innen (MPA)/Medizinische Praxiskoordinatoren/-innen (MPK) und Pflegefachpersonen (APN).

mehrheitlich als relevant angesehen werden. Die Hauptgründe für eine Nichtteilnahme waren fehlende Ressourcen, die geringe Aufwandsentschädigung, die fehlende Beziehung zwischen Apothekern/-innen und Hausärzten/-innen und der Versorgungspass in Papierformat. Ausserdem wurde die eineinhalb-tägige interprofessionelle Fortbildung als Behandlungsteam mehrheitlich als zu lang und als zu aufwändig empfunden.

Aufgrund der Ergebnisse dieser Befragung wurden für das weitere Vorgehen drei Anpassungen am Projekt vorgenommen:

- Die *Fortbildung* für Teilnehmer/-innen wurde optional erklärt, wenn diese bereits eine Aus-, Weiter- oder Fortbildung zur interprofessionellen Zusammenarbeit absolviert hatten.
- Projektteilnehmer/-innen, die bereits eigene strukturierte Vorlagen für Assessments und Medikationscheck verwendet hatten, konnten nach Abgleich und Validierung durch das Opti-Q-Projektteam ihre *eigenen Tools benutzen*.
- Die Vorgaben für die *Zusammensetzung des Kernteams* wurden flexibler gestaltet. Hausärzte/-innen, Medizinische Praxisassistenten/-innen (MPA)/Medizinische Praxiskoordinatoren/-innen (MPK) und Pflegefachpersonen (APN) sowie Apotheker/-innen oder die Spitex konnten abhängig von den lokalen Begebenheiten Teil des Kernteams werden. Auch andere Berufsgruppen konnten in das Kernteam integriert werden.

Durch diese Anstrengungen und Projektanpassungen konnten zwischen Ende 2021<sup>9</sup> und Ende 2022 13 Teams rekrutiert werden. Die 13 rekrutierten Teams aus neun Kantonen und allen drei Sprachregionen konnten 34 Patienten/-innen in das Opti-Q Pilotprojekt einschliessen. Der Antrag von QualiCCare hatte den Einschluss von rund 100 Hausarztpraxen mit 3'000 Patienten/-innen vorgesehen. Eine Übersicht über die rekrutierten Teams, die Anzahl Patienten/-innen pro Team und die Teilnahme der Teams an der Evaluation findet sich in der Darstellung D 3.1. Alle Teams wurden für eine teilnehmende Beobachtungen und für Gruppengespräche angefragt. Diejenigen, die abgesagt haben, begründeten ihre Absage mit zu wenigen oder keinen Patienten/-innen, die in das Projekt eingeschlossen wurden, oder mit fehlenden zeitlichen Ressourcen.

---

<sup>9</sup> Gemäss Schlussbericht von QualiCCare wurden Ende 2021 die ersten Stakeholder kontaktiert und waren die 13 Teams bis Ende 2022 rekrutiert.

**D 3.1: Rekrutierte Teams für Opti-Q und ihre Teilnahme an der Evaluation**

Rekrutierte Teams	Anzahl PAT	Teilnehmende Beobachtung		(Gruppen-)Gespräch					Befragung		Log- buch
		HA-Praxis	Apotheke	HA	APO	MPA/MPK	PA	PAT	NB PAT	NB FP	
Kernteam 1	8	x	x	x	x	x		x	6	3	x
Kernteam 2	8			x	x	x	x	x	2	1	x
Kernteam 3	5			x	x	x	x	x	4	4	x
Kernteam 4	3								2	3	x
Kernteam 5	2	x	x	x	x				2	2	x
Kernteam 6	2			x	x			x	1	3	x
Kernteam 7	2	x							2	2	x
Kernteam 8	1		x		x				1	2	x
Kernteam 9	1			x					1	2	x
Kernteam 10	1								0	1	
Kernteam 11	1								0	0	
Kernteam 12	0								0	0	
Kernteam 13	0								0	0	

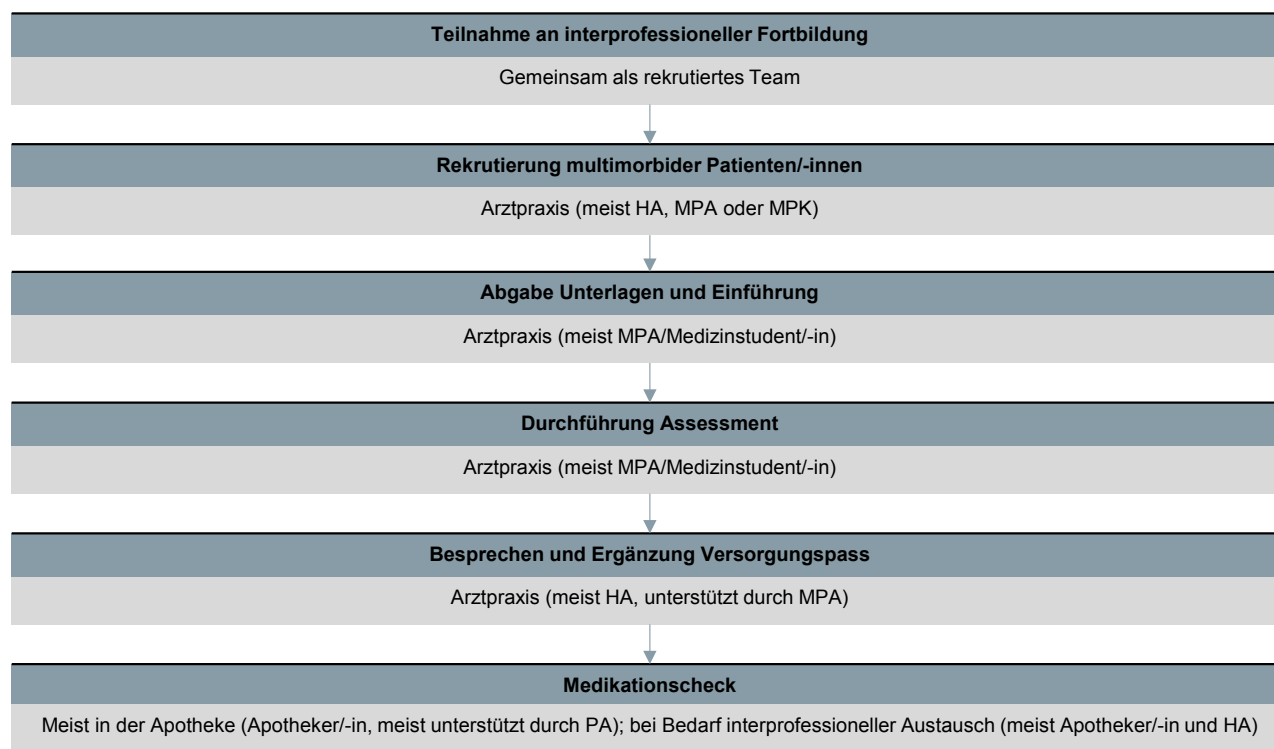
Quelle: Darstellung Interface, basierend auf den durchgeführten Erhebungen.

Legende: PAT = Patienten/-innen, HA = Hausarzt/Hausärztin, APO = Apotheker/-in, NB Pat. = Nachbefragung Patienten/-innen, NB FP = Nachbefragung Fachpersonen.

**3.2 Umsetzung Opti-Q in den rekrutierten Teams**

Die Umsetzung von Opti-Q in den rekrutierten Teams wird für jedes Team im Rahmen von Fallstudien im Anhang (siehe Abschnitt A 5) beschrieben. Zusammenfassend zeigen die Fallstudien, dass sich das Vorgehen (Work-Flow) der Teams, die Opti-Q umgesetzt haben, in sechs Etappen gliedern lässt (siehe Darstellung D 3.2).

**D 3.2: Work-Flow der rekrutierten Teams bei der Umsetzung von Opti-Q**



Quelle: Darstellung Interface.

Legende: HA = Hausarzt/Hausärztin, MPA = Medizinische/-r Praxisassistent/-in, MPK = Medizinische/-r Praxiskoordinator/-in, PA = Pharma-Assistent/-in.

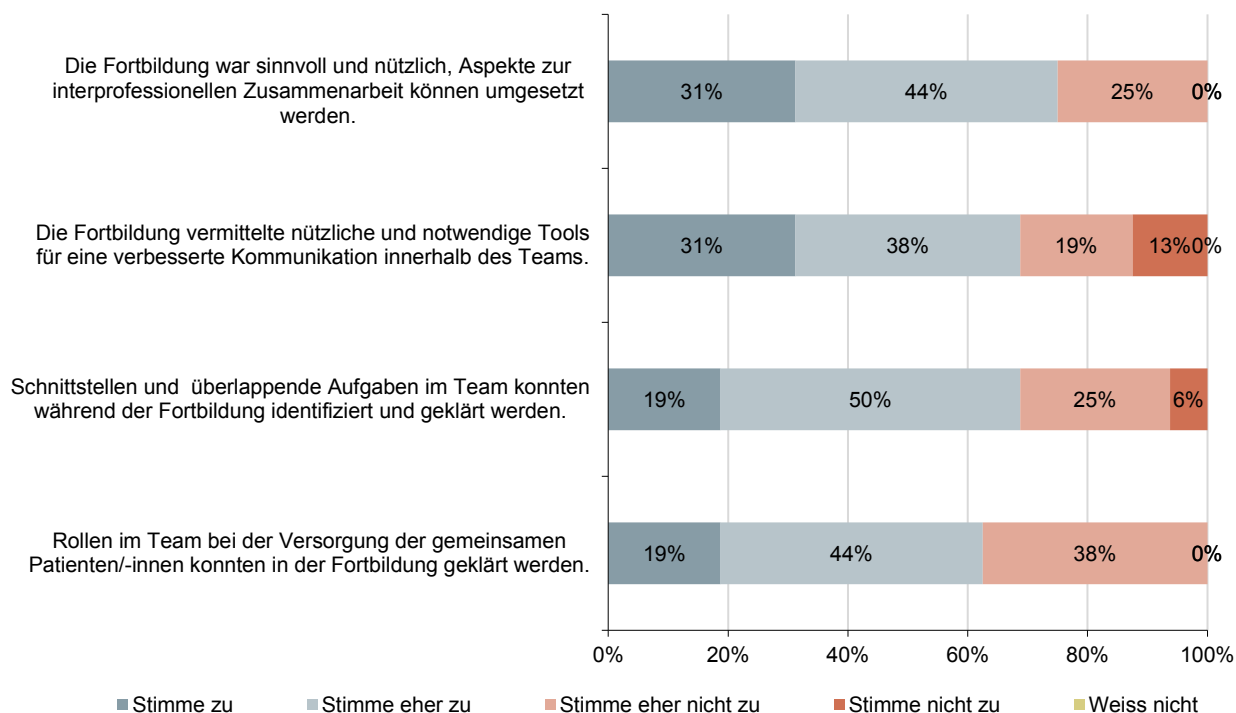
### 3.2.1 Teilnahme an Fortbildung

Als Einführung in das Projekt gab es für die Teams eine individuelle Kick-off-Sitzung und eine Fortbildung zur interprofessionellen Zusammenarbeit des Vereins Swiss IPE. An der Kick-off-Sitzung wurden dem Team das Vorgehen im Pilot-Projekt vorgestellt und offene Fragen geklärt. An der Fortbildung zur interprofessionellen Zusammenarbeit beteiligten sich mehrere Teams gemeinsam. Die Fortbildung umfasste einen Basistag, einen einstündigen Online-Follow-up nach ungefähr einem Monat sowie einen zusätzlichen halben Tag nach weiteren zwei bis drei Monaten an einem zentralen Ort. Basierend auf der Anpassung, die im Abschnitt 3.1 erläutert wurde, konnten sich Teams von der Fortbildung suspendieren lassen, wenn sie bereits eine Aus-, Weiter- oder Fortbildung zur interprofessionellen Zusammenarbeit absolviert hatten. Davon machten drei Praxen eines Ärztenetzes Gebrauch. Eine weitere Hausarztpraxis nahm nicht an der Fortbildung teil, weil sie lediglich eine/-n Patienten/-in begleiten wollte und den Aufwand deshalb als unverhältnismäßig beurteilte. Die anderen Teams nahmen an der Fortbildung teil, und zwar in der Regel vor der Rekrutierung der Patienten/-innen für das Pilotprojekt. Allerdings partizipierten bei einigen Teams nicht alle Mitglieder oder einzelne Personen waren nicht an allen Tagen anwesend. Von den 16 Fachpersonen, welche die Fragen zur Fortbildung beantwortet haben, haben lediglich 38 Prozent, also sechs Personen, an der gesamten interprofessionellen Fortbildung teilgenommen. Vier der 16 Personen haben teilgenommen, aber nicht an allen Tagen (23%).

Die Nachbefragung hat ergeben, dass die Mehrheit der Fachpersonen die Fortbildung zur interprofessionellen Zusammenarbeit nützlich und sinnvoll fand. Der Aussage, dass einige Aspekte aus der Fortbildung in der täglichen Praxis umgesetzt werden konnten, stimmten 31 Prozent zu, 44 Prozent stimmten der Aussage eher zu. Die Mehrheit der Befragten gab

an, dass sie in der Fortbildung nützliche und notwendige Tools für eine verbesserte Kommunikation im Team vermittelt bekommen haben (31% stimmten zu, 38% stimmten eher zu). Wenige Befragte sind dagegen der Ansicht, dass sie in der Fortbildung Schnittstellen innerhalb des Projektteams (19% stimmten zu, 50% stimmten eher zu) und Rollen in der Versorgung der gemeinsamen Patienten/-innen klären konnten (19% stimmten zu, 44% stimmten eher zu).

**D 3.3: Beurteilung der Fortbildung zur interprofessionellen Zusammenarbeit durch die Fachpersonen**



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Fachpersonen (n = 16).

Die Gespräche des Evaluationsteams mit den rekrutierten Teams haben Unterschiede zwischen den Sprachregionen bezüglich Beurteilung der Fortbildung aufgezeigt:

- Wie aus den Gesprächen hervorgeht, empfanden die Teams aus der *Romandie* die Fortbildung überwiegend als dynamisch, nützlich und gut organisiert. Besonders geschätzt wurde die Möglichkeit, im Sinne der Interprofessionalität als Team teilzunehmen, sich besser kennenzulernen und den Austausch mit anderen Teams zu pflegen. Diese Teams betonten zudem, dass die Fortbildung dazu beigetragen habe, das Projekt und die einzusetzenden Anwendungshilfen besser zu verstehen.
- Die interviewten Teams aus der *Deutschschweiz* empfanden die Fortbildung mehrheitlich als zu zeitintensiv. Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung sei die Teilnahme als Team schwer zu organisieren, weil dadurch mehrere Personen gleichzeitig in einer Hausarztpraxis oder Apotheke fehlten. Zudem wurde kritisiert, dass der Fokus auf der Interprofessionalität und der Kommunikation gelegen habe und nicht auf dem Projekt selbst. Dies wurde als wenig hilfreich für die praktische Umsetzung des Projekts angesehen. Der fachliche Mehrwert der Fortbildung wurde als gering eingeschätzt. Den Austausch zwischen den Leistungserbringenden und die Gelegenheit, sich als rekrutiertes Team besser kennenzulernen, schätzten jedoch auch die teilnehmenden Teams aus der Deutschschweiz.

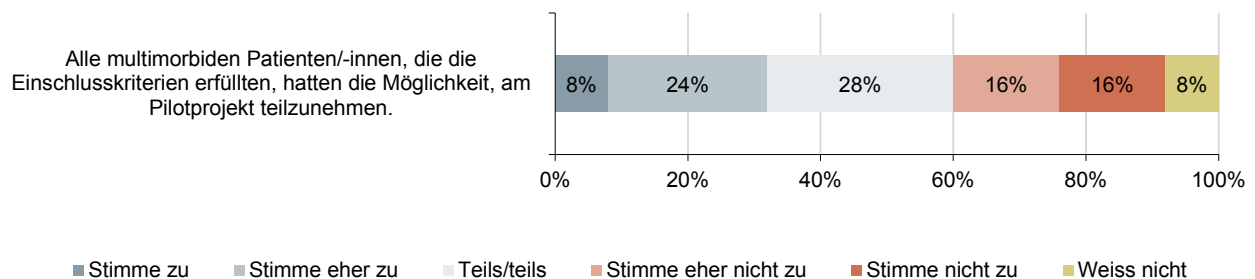
Dieser wahrgenommene Unterschied könnte gemäss Aussagen von QualiCCare auch darauf zurückzuführen sein, dass die Kurse in der Romandie und der Deutschschweiz von jeweils unterschiedlichen Personen geleitet wurden.

### 3.2.2 Rekrutierung Patienten/-innen

Die Rekrutierung der Patienten/-innen war in allen Teams Sache der Hausarztpraxen. Die Anfragen erfolgten in der Regel über die Hausärzte/-innen selbst oder über die MPA/MPK, die den Patienten/-innen das Projekt während einer Konsultation oder telefonisch vorstellten und anfragten, ob sie an einer Teilnahme interessiert seien.

Nur rund ein Drittel (32%) der 25 Fachpersonen, die sich zu dieser Frage äusserten, gaben an, dass alle multimorbiden Patienten/-innen aus ihrer Hausarztpraxis oder Apotheke, welche die Einschlusskriterien erfüllten, die Möglichkeit hatten, am Pilotprojekt teilzunehmen. Gründe dafür waren vor allem der zeitliche Aufwand, der Opti-Q im Versorgungsalltag bedeutet, die kleine Schnittmenge an Patienten/-innen zwischen Hausarztpraxis und Apotheke und die Notwendigkeit, dass die Patienten/-innen über gewisse Kompetenzen, zum Beispiel sprachliche und kognitive, verfügen mussten, um an Opti-Q teilzunehmen. Daher blieben alle rekrutierten Teams unter der angestrebten Zahl von zehn eingeschlossenen Patienten/-innen.

#### D 3.4: Möglichkeit der Patienten/-innen zur Teilnahme an Opti-Q



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Fachpersonen (n = 25).

### 3.2.3 Abgabe Unterlagen und kurze Einführung

Die Abgabe der Unterlagen, insbesondere des Versorgungspasses, erfolgte in der Hausarztpraxis oder via Post nach der Rekrutierung. Der Quervergleich der Fallstudien hat gezeigt, dass der Versorgungspass die am häufigsten eingesetzte Anwendungshilfe von Opti-Q war. In der Nachbefragung gaben 86 Prozent der 21 befragten Patienten/-innen an, dass ihnen ein Versorgungspass ausgehändigt wurde (n = 18). In den Logbüchern wurde bei allen 31 erfassten Patienten/-innen Zeit für den Austausch zum Versorgungspass eingetragen. Die Patienten/-innen wurden meist gebeten, bereits vor der ersten Konsultation, bei der die Produkte von Opti-Q verwendet wurden, den Pass soweit möglich auszufüllen (z.B. Baseline-Fragebogen, persönliche Angaben und Bezugspersonen, Ressourcen, Ziele). Es zeigt sich, dass es für die Patienten/-innen teilweise schwierig war, diese Inhalte selbstständig anzugeben. Daher erfolgte das Ausfüllen meist in Zusammenarbeit mit einer/einem MPA.

Gemäss dem Logbuch wurde der Austausch zum Versorgungspass selten vom Hausarzt/von der Hausärztin übernommen, sondern meist durch eine/-n MPA/MPK. In den Hausarztpraxen, in denen ein/-e Medizinstudent/-in ein Praktikum absolvierte, übernahmen oftmals diese die Aufgabe. Als Dauer für den Austausch mit dem/der Patienten/-in

zum Versorgungspass wurde zwischen 10 und 150 Minuten mit einem Median von 20 Minuten angegeben.

**3.2.4 Durchführung Assessment**

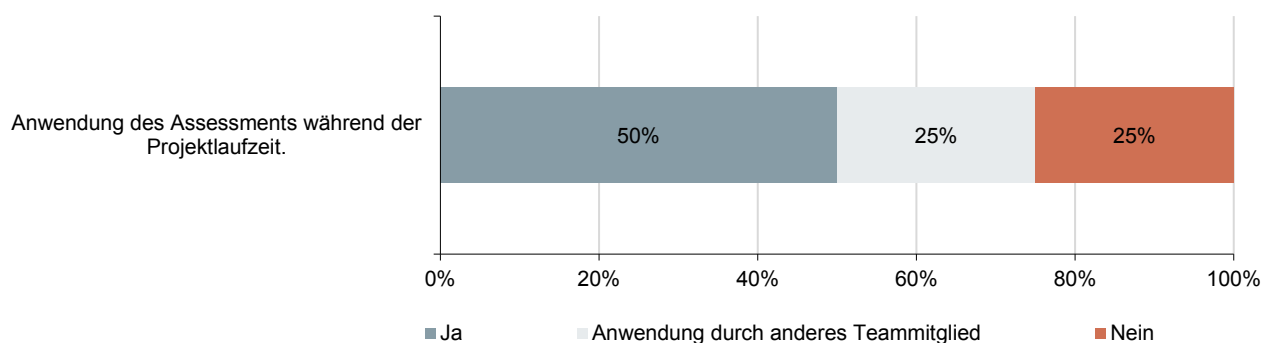
Die meisten Teams haben mit ihren Patienten/-innen während der Pilotlaufzeit ein Assessment durchgeführt. In der Nachbefragung gaben 81 Prozent der 21 befragten Patienten/-innen an (n = 17), dass bei ihnen während der Pilotlaufzeit eine Standortbestimmung durchgeführt worden sei. In den Logbüchern wurde für 78 Prozent der 31 Patienten/-innen Zeit für die Durchführung des Assessments eingetragen (n = 24). Damit war das Assessment die am zweithäufigsten eingesetzte Anwendungshilfe von Opti-Q.

Die Durchführung des Assessments mit den Patienten/-innen erfolgt häufig nicht durch den Hausarzt/die Hausärztin selbst, sondern beispielsweise durch eine/-n MPA/MPK oder eine/-n in der Hausarztpraxis mitarbeitende/-n Medizinstudenten/-in. Die Ergebnisse wurden gemäss den Praxisbesuchen anschliessend oft mit dem Hausarzt/der Hausärztin besprochen. Als Dauer für die Durchführung des Assessments wurde in den Logbüchern zwischen 15 und 120 Minuten angegeben, mit einem Median von 60 Minuten.

Der Aufwand für die Anwendung des Assessments verwendet werden musste, stellte für viele rekrutierten Teams eine Hürde dar. Die meisten Fachpersonen betrachten diesen im vollen Versorgungsalltag als unrealistisch hoch. In der Nachbefragung der Fachpersonen wurden der hohe Zeitaufwand und die fehlenden personellen Ressourcen in der Hausarztpraxis/Apotheke als Hauptgründe für die Nichtanwendung des Assessments genannt. Hinzu kommt, dass gemäss Aussagen in den Gesprächen die langen Sitzungen, besonders für ältere Patienten/-innen, ermüdend waren und gewisse Patienten/-innen durch die persönlichen Fragen im Assessment abgeschreckt wurden.

Von den befragten 24 Fachpersonen wendeten 50 Prozent das Assessment an. Jene Fachpersonen, die an der Nachbefragung teilnahmen und gänzlich auf die Durchführung des Assessments verzichteten (n = 12), gaben als Gründe den grossen Zeitaufwand (58%), ungenügende Personalressourcen in der Hausarztpraxis/Apotheke (50%), ungenügende Abgeltung (25%) oder dass die Patienten/-innen das Assessment nicht relevant gefunden haben (25%) an.

**D 3.5: Anwendung des Assessments während der Pilotlaufzeit**

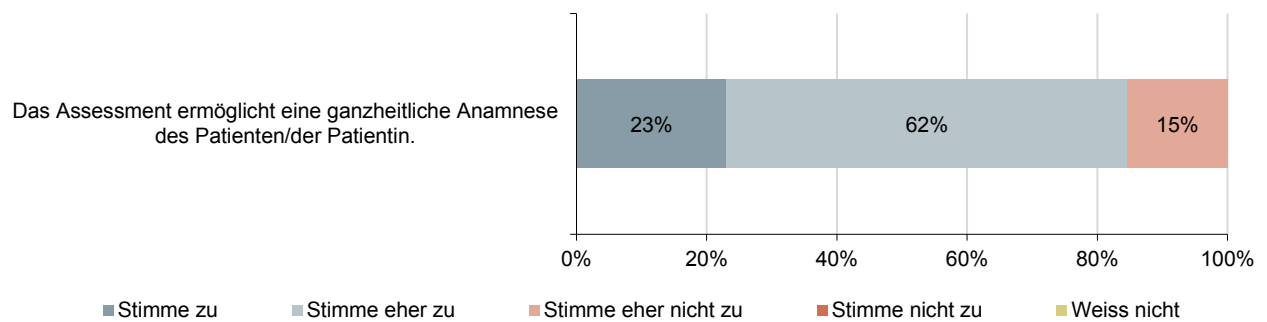


Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Fachpersonen (n = 24).

Gemäss den Gesprächen dient die Implementierung des Assessments den Fachpersonen dazu, verschiedene Gesundheitsfaktoren strukturiert zu erfassen und damit schnell ein ganzheitliches Bild des Gesundheitszustandes ihrer Patienten/-innen zu gewinnen. Die

meisten befragten Fachpersonen gaben an, dass das Assessment eine ganzheitliche Anamnese des/der Patienten/-in ermögliche (85% stimmten [eher] zu). Nach Aussagen eines Arztes/einer Ärztin braucht es normalerweise bis zu einem Jahr, bis er/sie die Patienten/-innen und ihre (Gesundheits-)Geschichte richtig kennt. Durch das Assessment werde dieser Prozess stark beschleunigt. Die Hälfte der befragten Fachpersonen konnte durch das Assessment vereinzelte Probleme aufdecken, die ihnen vor dem Assessment nicht bekannt waren (54%).

**D 3.6: Beurteilung der ganzheitlichen Anamnese durch das Assessment**

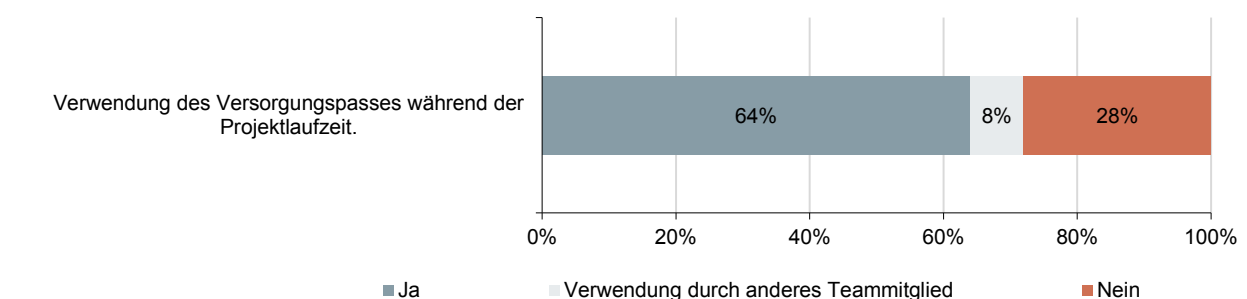


Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Fachpersonen (n = 13).

**3.2.5 Besprechung und Ergänzung Versorgungspass**

Von den befragten Fachpersonen (n = 25) gaben 72 Prozent an, dass sie selbst oder ein anderes Teammitglied den Versorgungspass verwendet haben. Hauptgründe, weshalb der Versorgungspass nicht verwendet wurde, sind, dass die Patienten/-innen den Versorgungspass nicht relevant fanden (n = 6) oder dass die Anwendung ein zu grosser Zeitaufwand bedeutete (n = 6).

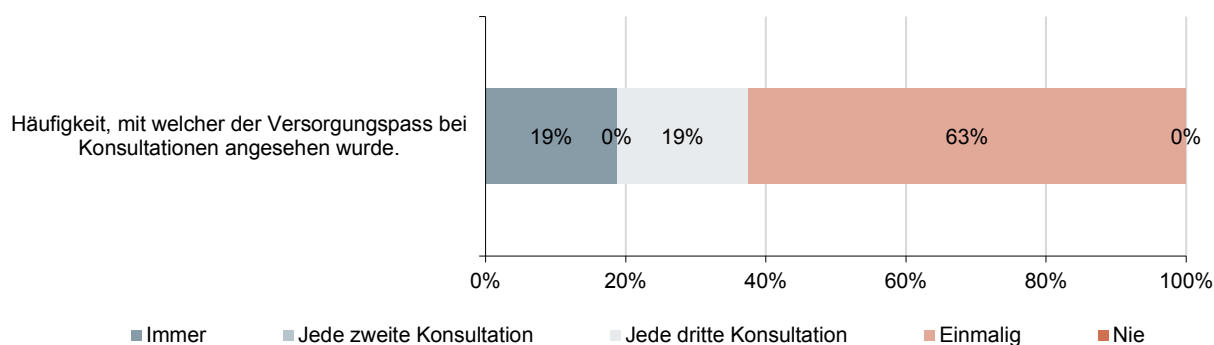
**D 3.7: Verwendung des Versorgungspasses während der Pilotlaufzeit**



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Fachpersonen (n = 25).

Der Grossteil der befragten Fachpersonen, die den Versorgungspass angewendet haben (n = 16), haben diesen nur einmal angewendet (63%). Lediglich 19 Prozent haben den Versorgungspass bei jeder Konsultation angewendet. Dieser Befund deckt sich mit den Angaben in den ausgefüllten Logbüchern – bei fast keinen Patienten/-innen wurde mehrmals Zeit für das Ausfüllen des Versorgungspasses eingetragen, wobei dies auch mit der eingeschränkten Dauer des Piloten zusammenhängen könnte.

D 3.8: Häufigkeit der Verwendung des Versorgungspasses während der Pilotlaufzeit



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Fachpersonen (n = 16).

In fast allen Hausarztpraxen wurden die Diagnoseliste und die Medikationsliste nicht handschriftlich in den Versorgungspass eingetragen. Meist druckten die Leistungserbringenden die Informationen aus ihren elektronischen Systemen aus und legten sie in den Pass. Die befragten Fachpersonen beurteilten dieses Verfahren nicht nur als effizienter, sondern auch als notwendig, da sonst bei multimorbiden Patienten/-innen mit häufigen Anpassungen der Diagnose- und Medikationslisten der Platz im Versorgungspass schnell knapp geworden wäre. Die Tatsache, dass die Informationen nicht handschriftlich eingetragen, sondern ausgedruckt und eingelegt werden, sollte gemäss Rückmeldungen der Fachpersonen bei der zukünftigen Gestaltung eines Versorgungspasses berücksichtigt werden. Darüber hinaus wurde von verschiedenen Patienten/-innen und Leistungserbringenden ein Deckblatt mit den wichtigsten Informationen, wie Allergien, aktuellen Diagnosen und andere für die Behandlung wichtigen Faktoren, gewünscht. Dies sei notwendig, damit die Informationen – beispielsweise im Notfall – schnell nachgeschlagen werden können.

Insbesondere die befragten Patienten/-innen schätzen den *Versorgungspass* sehr. Es gab aber auch verschiedentlich Kritik daran: Erstens sei nicht klar, ob der Versorgungspass in der Sprache der Patienten/-innen oder der Fachpersonen verfasst werden soll. Zweitens erwies es sich als Problem, wenn Informationen via Versorgungspass weitergegeben wurden, der/die Patient/-in diesen aber vergas, ihn an die Konsultation mitzunehmen. Damit keine Informationen vergessen oder verloren gehen, müssten dann alle Informationen zusätzlich online und somit doppelt erfasst werden. Drittens wird die ausschliesslich analoge Form der Informationsweitergabe als problematisch angesehen, da sich Leistungserbringende so vor einem Termin nicht vorbereiten können. Das Problem stellt sich insbesondere für Apotheker/-innen. In Hausarztpraxen ist es einfacher, den Versorgungspass durchzusehen, während Patienten/-innen im Wartezimmer warten. In Apotheken gibt es kein Wartezimmer, sodass die Patienten/-innen bei der Durchsicht des Versorgungspasses anwesend sind. Schliesslich wurden *Gesundheitsziele*, die im Versorgungspass angegeben werden müssen, sehr unterschiedlich bewertet: von sehr hilfreich, um die Patienten/-innen mehr zu Akteuren ihrer eigenen Gesundheit zu machen, bis sehr zeitaufwändig und kaum nützlich für die Fachpersonen.

### 3.2.6 Besprechung der Selbstmanagement-Förderungsangebote

Die Liste der Selbstmanagement-Förderungsangebote wurde gemäss Interviewpartner/-innen und der teilnehmenden Beobachtungen nur wenig genutzt. Lediglich ein Drittel der befragten Patienten/-innen (33%) gab an, von ihren Fachpersonen über

Angebote in ihrer Region, wie Selbsthilfegruppen, Bewegungskurse oder Ernährungskurse, informiert worden zu sein. Dies deckt sich mit der Befragung der Fachpersonen. Auf die Frage, wie hilfreich die Liste von Angeboten zur Selbstmanagement-Förderung war, antworteten 25 Prozent mit «Weiss nicht» und 21 Prozent gaben an, dass die Beratung durch ein anderes Team-Mitglied durchgeführt worden sei und sie sich daher zu dieser Frage nicht würden äussern können. Jene, welche die Liste kennen, empfanden diese fast ausschliesslich als (eher) hilfreich.

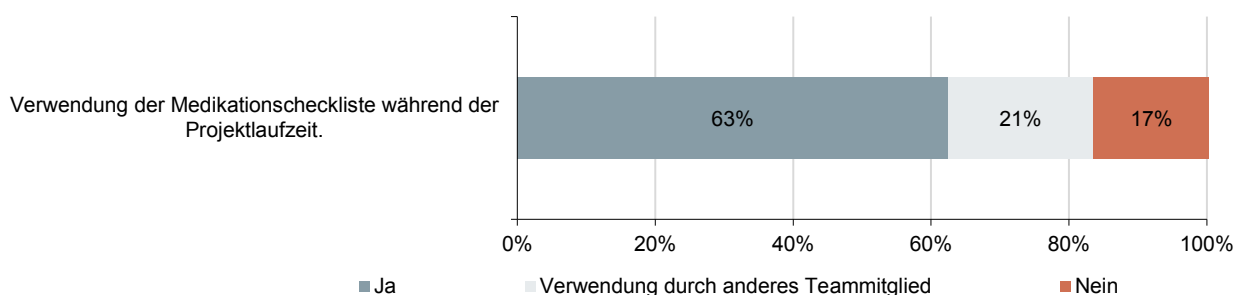
### 3.2.7 Medikationsüberprüfung

Nach dem Ausfüllen des Versorgungspasses und dem Assessment in der Hausarztpraxis gingen die Patienten/-innen in den rekrutierten Teams aus Kantonen ohne Selbstdispensation zur Medikationsüberprüfung in die Apotheke. Der Medikationscheck wurde in der Regel von einer/einem Apotheker/-in oder einer/einem Pharma-Assistenten/-in durchgeführt. In Hausarztpraxen aus Kantonen mit Selbstdispensation, die keine Apotheke im rekrutierten Team aufwiesen, erfolgte der Medikationscheck durch den Arzt/die Ärztin, teilweise zusammen mit der/dem MPK. Als Teil der Medikationsüberprüfung wurde ein kurzer Fragebogen ausgefüllt. In den Logbüchern wurde für 78 Prozent der 31 Patienten/-innen Zeit für die Durchführung des Medikationschecks eingetragen (n = 24). In der Nachbefragung der Patienten/-innen gaben 76 Prozent der 21 Patienten/-innen an, dass bei ihnen während der Pilotlaufzeit eine Überprüfung der Medikamente durchgeführt worden sei (n = 16). Damit wurde die Medikationsüberprüfung ähnlich oft eingesetzt wie das Assessment.

Die Zeit, die im Logbuch für den Medikationscheck vermerkt wurde, beträgt zwischen 5 und 200 Minuten, mit einem Median von 30 Minuten. Die Dauer von 200 Minuten bezieht sich auf einen Spezialfall und einen über drei Besuche verteilten Check (75 Minuten, 30 Minuten und 95 Minuten). Hinzu kommt der Zeitaufwand für den interprofessionellen Austausch und Absprachen mit anderen Fachpersonen nach der Medikationsüberprüfung. Häufig wurde dafür keine Zeit im Logbuch eingetragen. Bei den Patienten/-innen, bei denen die Zeit für den interprofessionellen Austausch eingetragen wurde, lag diese zwischen 5 und 55 Minuten, mit einem Median von 15 Minuten.

Die meisten Teams führten die Medikationsüberprüfung durch und wendeten die Medikationscheckliste an. Die Mehrheit der befragten Fachpersonen (84%) gab an, dass sie oder Teammitglieder die Medikationscheckliste während der Laufzeit des Piloten verwendet hätten. Hauptgrund dafür, dass die Medikationsüberprüfung nicht gemacht wurde, war der grosse zeitliche Aufwand (n = 3).

**D 3.9: Verwendung der Medikationscheckliste während der Pilotlaufzeit**



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Fachpersonen (n = 24).

In Kantonen mit Selbstdispensation wurde für die Medikationsüberprüfung meist der ausgedruckte Medikationsplan aus der Hausarztpraxis verwendet. In Kantonen ohne Selbstdispensation wurde in der Regel die Medikationsliste verwendet, welche die Apotheken üblicherweise für die Patienten/-innen bereits in ihrem System erfasst hatten. Für die Medikationsüberprüfung wurde meist ein separater Raum gewählt. Dort wurde die Liste gemeinsam mit den Patienten/-innen hinsichtlich Wechselwirkungen, nicht mehr benötigter Medikamente, günstigeren Alternativen, Präferenzen sowie konkreter Fragen besprochen.

Der *Medikationscheck* wurde von den Apothekern/-innen überwiegend als nützlich bewertet, insbesondere von solchen in selbstdispensierenden Kantonen, in denen Medikamente an verschiedenen Orten bezogen werden. In diesen Fällen wird ein Abgleich aller Medikamente an einem zentralen Ort als besonders relevant beurteilt. Als wichtiger Erfolgsfaktor für die sorgfältige Umsetzung des Medikationschecks in der Apotheke gilt ein abgetrennter Bereich für dessen Durchführung. Ein Raum mit Privatsphäre sei wichtig, damit ein offenes Gespräch mit den Patienten/-innen möglich sei. Nach Aussagen eines/einer Apothekers/-in sind viele Apotheken ungenügend für Konsultationen dieser Art ausgerüstet. Damit der Apothekenbetrieb während des Medikationschecks normal weitergeführt werden kann, brauche es im Idealfall ein/-e zweite/-n Apotheker/-in, damit die Besprechung nicht durch Rezeptkontrollen gestört werde. Seien diese Voraussetzungen erfüllt, seien Medikationschecks in der Apotheke mit ausgewählten Patienten/-innen gut durchführbar. Allerdings brauche es dafür eine angemessene Finanzierung.

## 4. Wirkung

In diesem Kapitel werden die Wirkungen beleuchtet, die durch die Teilnahme an Opti-Q erzielt wurden. Dabei werden die Wirkungen bei den Multiplikatoren/-innen des Projekts, also den Fachpersonen und den Patienten/-innen, evaluiert.

Die Ergebnisse zu den Wirkungen basieren nicht auf repräsentativen Daten. Sie beruhen zum einen auf den vom Evaluationsteam durchgeführten Gesprächen. Zum anderen beruhen sie auf den Befragungen von Patienten/-innen sowie Fachpersonen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass einerseits nur wenige Patienten/-innen sowie Fachpersonen am Projekt beteiligt waren. Andererseits hat nur ein Teil davon die Fragebogen ausgefüllt.

### 4.1 Wirkung bei den Fachpersonen

Gemäss dem Wirkungsmodell von Opti-Q (siehe Abschnitt A 2 im Anhang) waren Effekte auf den Ebenen *Wissen*, *Einstellungen* und *Verhalten* bei den Multiplikatoren/-innen des Pilotprojekts vorgesehen.

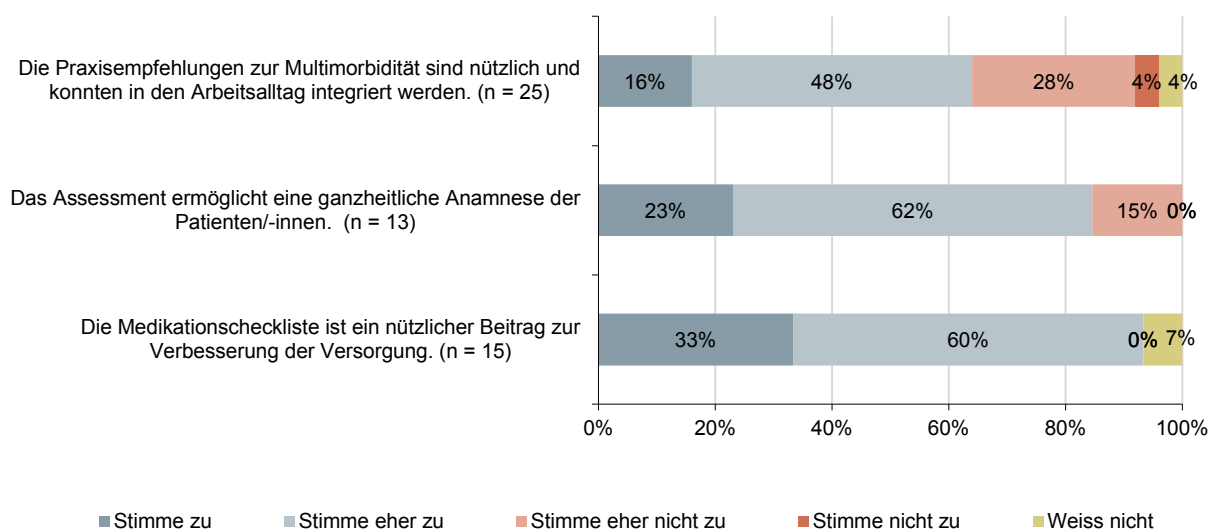
#### I Wissen: Kennen die Praxisempfehlungen und Anwendungshilfen

Die Teams, die Opti-Q aktiv in ihrem Alltag angewendet haben, kennen die Praxisempfehlungen und Anwendungshilfen von Opti-Q. Da die Anzahl der Teams mit 13 aber sehr gering geblieben ist, war die Anzahl der Fachpersonen, die sich mit den Praxisempfehlungen und Anwendungshilfen auseinandergesetzt haben, und damit auch die Breitenwirkung zum Zeitpunkt der Evaluation sehr gering.

#### I Einstellung: Akzeptieren die Praxisempfehlungen und Anwendungshilfen

Die Praxisempfehlungen und Anwendungshilfen werden von den Fachpersonen im Allgemeinen als eher positiv beurteilt. In der Nachbefragung der Fachpersonen stimmte die Mehrheit der Befragten der Aussage, dass die Praxisempfehlungen zur Multimorbidität nützlich sind und in den Praxisalltag integriert werden konnten, (eher) zu (64%, n = 16). Im Hinblick auf das Assessment wurde festgestellt, dass dieses eine ganzheitliche Anamnese der Patienten/-innen ermöglicht (85%, n = 11). Dem Medikationscheckliste wurde mehrheitlich ein nützlicher Beitrag zur Verbesserung der Versorgung attestiert (93%, n = 14). Auch wenn der Beitrag der Praxisempfehlungen und Anwendungshilfen als positiv bewertet wurden, blieb deren Anwendung in der Praxis und die Akzeptanz tief. Gründe dafür sind gemäss geführten Gesprächen die fehlende Zeit und Abrechenbarkeit.

## D 4.1: Akzeptanz der Praxisempfehlungen und Anwendungshilfen durch die Fachpersonen



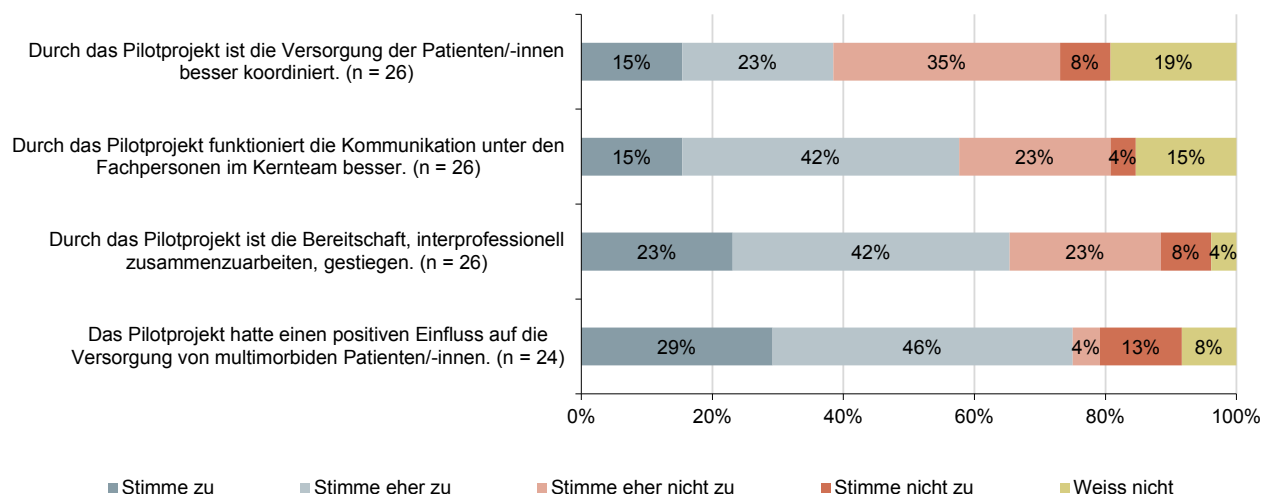
Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Fachpersonen.

#### I Verhalten: Interprofessionelle Versorgung der Patienten/-innen gemäss den Praxisempfehlungen

In der Nachbefragung der Fachpersonen stimmte nur eine Minderheit der Befragten der Aussage zu, dass die Versorgung der Patienten/-innen durch Opti-Q besser koordiniert wird (38% stimmten [eher] zu). Dennoch scheint eine Wirkung im Hinblick auf die interprofessionelle Zusammenarbeit erzielt worden zu sein: 65 Prozent der Befragten gaben an, dass die Bereitschaft, interprofessionell zusammenzuarbeiten, (eher) gestiegen sei. Um zu beurteilen, wie sich die interprofessionelle Zusammenarbeit tatsächlich verändert hat, können drei Aspekte betrachtet werden: die *interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb eines Teams* (z.B. innerhalb der Hausarztpraxis oder innerhalb der Apotheke), die *interprofessionelle Zusammenarbeit im Opti-Q-Kernteam* (meist Hausarztpraxis mit Apotheke) und die *interprofessionelle Zusammenarbeit mit weiteren Fachpersonen* ausserhalb des Opti-Q-Kernteams.

- *Interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb eines Teams*: Die befragten Teams sehen keinen signifikanten Einfluss von Opti-Q auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der bestehenden Teams einer Hausarztpraxis oder Apotheke. MPA/MPK und Pharma-Assistenten/-innen haben zwar Aufgaben übernommen, beispielsweise die Koordination des Projektes innerhalb des Kernteams, das Ausfüllen von Fragebögen und die Unterstützung der Patienten/-innen bei der Formulierung von Gesundheitszielen. Ähnliche Aufgaben gehörten aber bereits vor Opti-Q zu ihrem Arbeitsalltag. Gemäss Aussagen in den Gesprächen haben ausserhalb des Projektrahmens keine spürbaren Veränderungen bezüglich interprofessioneller Zusammenarbeit innerhalb der Teams stattgefunden. Die Möglichkeit zur vermehrten Verantwortungsübernahme wurde besonders in denjenigen zwei Teams betont, in denen Studierende Aufgaben von Opti-Q in den Hausarztpraxen übernehmen konnten.

D 4.2: Beurteilung der Wirkungen des Pilotprojekts durch die Fachpersonen



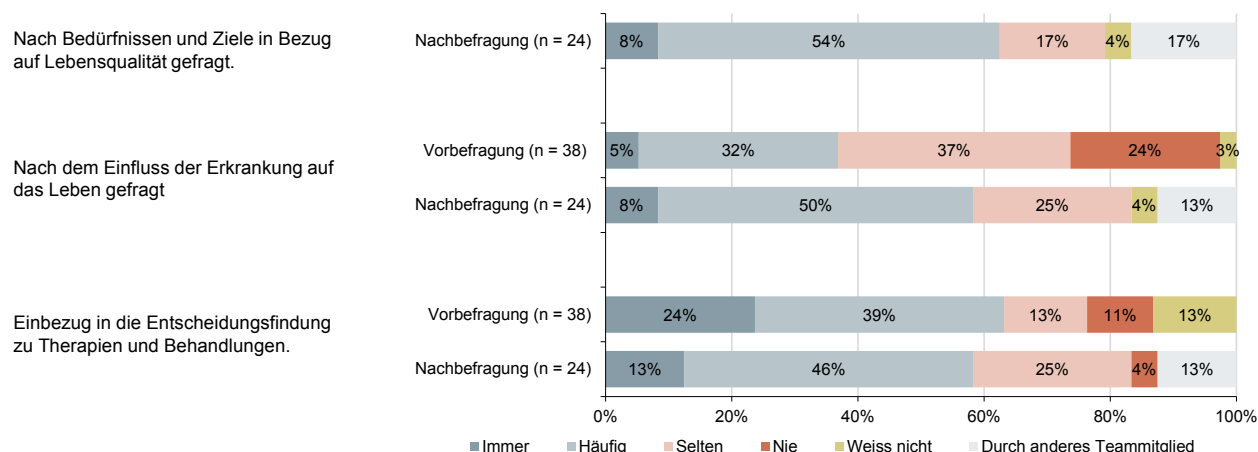
Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Fachpersonen.

- *Interprofessionelle Zusammenarbeit im Opti-Q-Kernteam:* Die Mehrheit der rekrutierten Kernteams berichtete, dass sich durch ihre Teilnahme an Opti-Q der Austausch zwischen der Hausarztpraxis und der Apotheke, insbesondere zwischen Hausärzten/-innen und Apothekern/-innen, verbessert und verstärkt habe. Diese verstärkte Zusammenarbeit wurde auch von den Patienten/-innen bemerkt und explizit als positive Wirkung hervorgehoben. Besonders positiv wurde der Austausch in Teams bewertet, die in Kantonen ohne Selbstdispensation tätig sind. So berichtete etwa ein/-e Apotheker/-in, dass der Kontakt und die Kommunikation mit dem Hausarzt/der Hausärztin zwar schon vor Opti-Q bestanden hätten, durch das Projekt jedoch zielgerichteter geworden sei. Auch wurde in dieser Apotheke bereits vor Opti-Q ein Medikationscheck durchgeführt, die Resultate werden durch das Pilotprojekt nun aber häufiger mit den Fachpersonen der Hausarztpraxis besprochen.
- *Interprofessionelle Zusammenarbeit mit weiteren Fachpersonen* ausserhalb des Opti-Q-Kernteams (z.B. mit anderen Fachärzten/-innen, Sozialarbeitenden usw.): Diese Zusammenarbeit hat durch Opti-Q nicht zugenommen. Ein/-e Patient/-in berichtete, dass er/sie seinen/ihren Versorgungspass allen Spezialisten/-innen gezeigt habe, sich aber nur wenige den Pass angesehen hätten. Das habe ihn/sie enttäuscht. Er/sie wäre froh gewesen, wenn die Information, dass es Opti-Q gibt, breiter gestreut worden wäre.

In den Gesprächen wurden konkrete Beispiele vorgebracht, wie das Opti-Q-Pilotprojekt durch eine interprofessionellere Kommunikation und Zusammenarbeit der Versorgungsqualität dienen kann:

- Das Projekt kann Hausärzten/-innen helfen, ein *realistischeres Bild* davon zu erhalten, welche Medikamente die Patienten/-innen einnehmen, beispielsweise auch zusätzlich verschriebene Medikamente durch Spezialisten/-innen oder solche, die nicht rezeptpflichtig sind.
- Der *Versorgungspass* kann helfen, Unterschiede in den Informationen zu erkennen, welche die Hausarztpraxis und die Apotheke über denselben/dieselbe Patienten/-in haben.

**D 4.3: Kommunikation mit und Einbeziehung von Patienten/-innen in die Versorgung durch die Fachpersonen**



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Vor- und Nachbefragung von Fachpersonen.

Legende: Die Antwortmöglichkeit «Wurde von einem anderen Projektteam-Mitglied gefragt» war in der Vorbefragung nicht vorhanden.

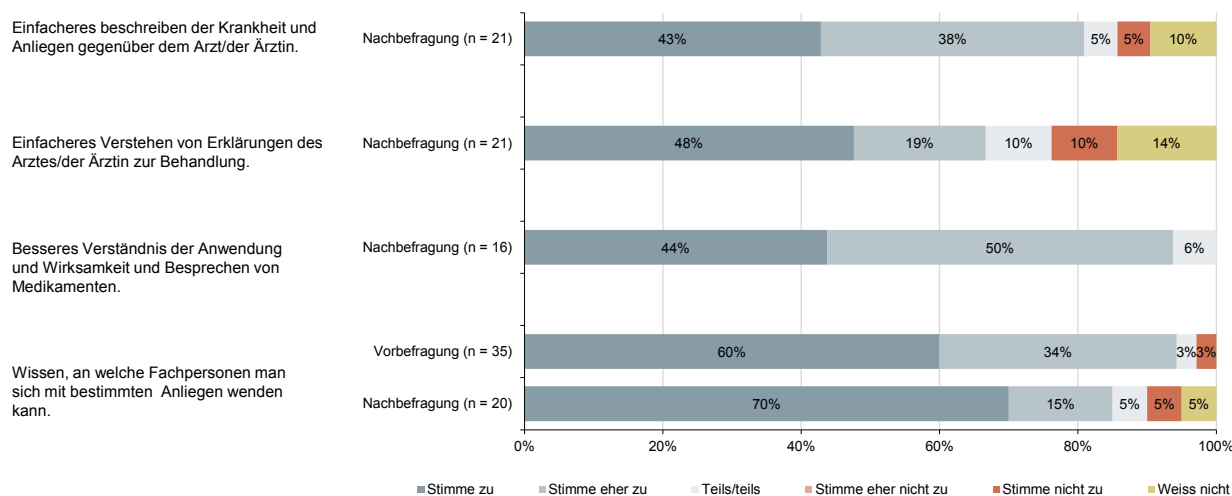
**4.2 Wirkung bei den Patientinnen und Patienten**

Gemäss dem Wirkungsmodell von Opti-Q (siehe Abschnitt A 1 im Anhang) waren auch bei den Patienten/-innen Wirkungen auf den Ebenen *Wissen*, *Einstellungen* und *Verhalten* vorgesehen.

**I Wissen: Haben bessere Gesundheitskompetenz**

Die grosse Mehrheit der Befragten gab in der Nachbefragung an, dass sie durch das Opti-Q-Pilotprojekt und die Anwendungshilfen (Versorgungspass, Medikationscheck), ihre Krankheit oder weitere Anliegen gegenüber den Ärzten/-innen einfacher hätten beschreiben können (81%). Zudem würden sie Erklärungen der Ärzte/-innen zu Behandlungen besser verstehen (67%) und durch den Medikationscheck ein besseres Verständnis der Anwendung und der Wirksamkeit von Medikamenten haben (94%). Letzteres wird auch durch die Gespräche bestätigt: Apotheker/-innen wiesen darauf hin, dass beim Medikationscheck deutlich wurde, dass viele Patienten/-innen nicht genau wissen, warum sie bestimmte Medikamente einnehmen. Die wiederholte Erklärung durch die Apotheker/-innen kann gemäss Erfahrung der Fachpersonen das Verständnis und dadurch auch das Vertrauen und die Compliance bei der Einnahme der Medikamente fördern. Der Anteil der Patienten/-innen, die wissen, an welche Fachpersonen sie sich mit welchen Anliegen wenden können, war sowohl in der Vor- als auch in der Nachbefragung mit rund 85 Prozent hoch.

**D 4.4: Beurteilung der Kommunikation über die Versorgung mit den Fachpersonen durch die Patienten/-innen**



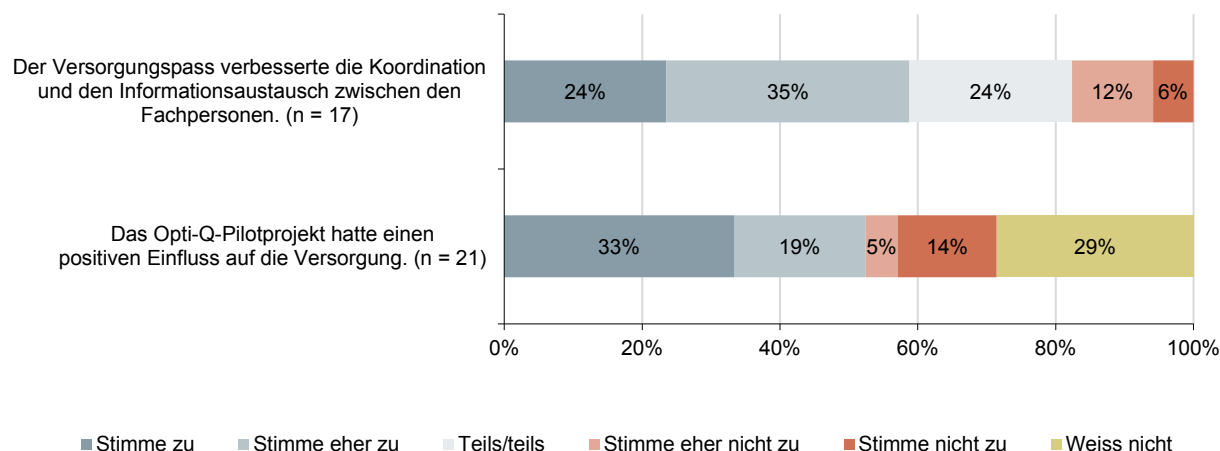
Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Vor- und Nachbefragung von Patienten/-innen.

In den Gesprächen wurde deutlich, dass es die Mehrheit der Patienten/-innen schätzte, durch Opti-Q erweiterten Einblick in die eigene Diagnostik und Medikation zu erhalten. Einige Patienten/-innen bewerteten das neu gewonnene Wissen jedoch als gering, da sie bereits zuvor gut über ihren Gesundheitszustand und die Medikation informiert waren. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass vor allem engagierte Patienten/-innen für das Opti-Q-Pilotprojekt ausgewählt wurden. Eine Gesundheitsfachperson berichtete von einem Fall, bei dem die umfassende Übersicht über alle Diagnosen und Medikamente negative Auswirkungen auf den/die Patienten/-in hatte. Die Tatsache, dass er/sie auf diese Weise direkt mit der Realität ihrer Gesundheit konfrontiert wurde, habe ihn/sie verunsichert.

**I Einstellung: Akzeptieren ihre Krankheit und verbessern Zufriedenheit mit Versorgung**  
 Die interviewten Fachpersonen gehen nicht davon aus, dass sich die Akzeptanz der Krankheit durch das Projekt verbessert hat. Sie glauben, dass Akzeptanzbildung ein langwieriger Prozess ist und dass die Laufzeit des Piloten dafür zu kurz war.

Fragen zur Akzeptanz fehlen in der Befragung der Patienten/-innen. Hingegen konnten sich die Patienten/-innen zur Entwicklung der Koordination und des Informationsaustausches zwischen den Fachpersonen aufgrund von Opti-Q äussern. Rund die Hälfte der Befragten gab an, dass die Koordination durch den Versorgungspass verbessert worden sei (59%) und dass Opti-Q einen positiven Einfluss auf die Versorgung gehabt habe (52%). In den Gesprächen berichteten Patienten/-innen, dass ihnen der Versorgungspass ein verstärktes Gefühl von Sicherheit gegeben habe, da er alle relevanten Informationen zu ihrer Gesundheit zusammenfasst. Dieses Gefühl würde weiter dadurch gestärkt, dass auch Angehörige leichten Zugang zu diesen Informationen haben und wissen, wo sie bei Bedarf nachsehen können. Hinzu kommt, dass durch Opti-Q die Fachpersonen einen intensiveren Austausch mit den Patienten/-innen hatten – mit längeren Konsultationen und persönlicheren Gesprächen. Nach Einschätzung der Fachpersonen kann dies die Beziehung zu den Patienten/-innen positiv beeinflussen. Im normalen Versorgungsaustausch würde die Zeit für einen längeren Austausch oft fehlen.

D 4.5: Beurteilung der Verbesserung der Versorgung durch Opti-Q



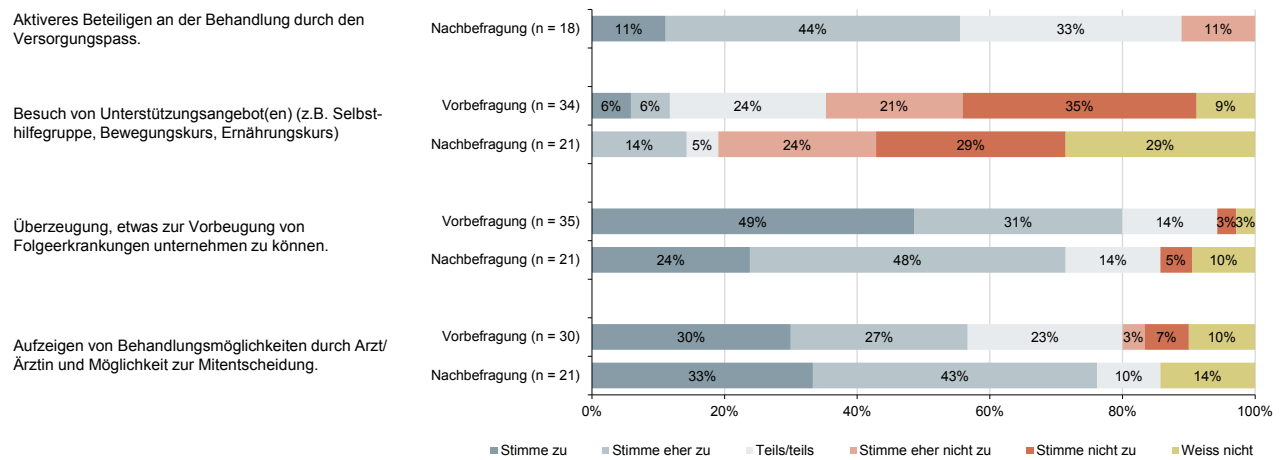
Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Patienten/-innen.

**I Verhalten: Beteiligen sich aktiv an der Behandlung und integrieren Krankheiten in den Alltag**

Nach Einschätzung verschiedener Fachpersonen fördert der Versorgungspass das Verantwortungsbewusstsein der Patienten/-innen für ihre eigene Gesundheit. Dass der Versorgungspass in der Obhut der Patienten/-innen ist, signalisiere ihnen, dass auch ihre Gesundheit in ihrer eigenen Verantwortung liegt. Verschiedene Fachpersonen betrachten die Gesundheitsziele im Versorgungspass als besonders interessant und wichtig, da sie die Patienten/-innen zu aktiven Akteuren/-innen ihrer eigenen Gesundheit machen.

Die Hälfte der Patienten/-innen gab in der Nachbefragung an, sich durch den Versorgungspass aktiver an der Behandlung zu beteiligen (55%). Ansonsten sind im Vergleich der Vor- und Nachbefragung der Patienten/-innen wenige positiven Effekte zu erkennen. So gaben in der Nachbefragung weniger Personen als in der Vorbefragung an, Unterstützungsangebote, wie Selbsthilfegruppen oder Bewegungskurse, zu besuchen. Auch der Anteil derer, die überzeugt sind, etwas zur Vorbeugung von Folgeerkrankungen unternehmen zu können, ist in der Nachbefragung im Vergleich zur Vorbefragung leicht zurückgegangen. Was hingegen zugenommen hat, ist der Anteil an Patienten/-innen, die angeben, dass ihnen die Ärzte/-innen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten aufzeigen und sie so im Sinne der Shared-Decision-Making die Möglichkeit zur Mitentscheidung haben.

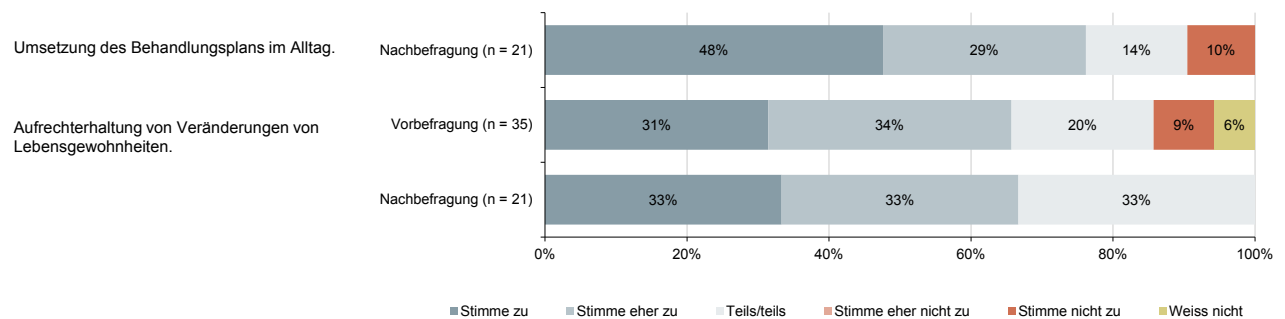
**D 4.6: Beurteilung der aktiven Beteiligung an der Versorgung durch die Patienten/-innen**



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Vor- und Nachbefragung von Patienten/-innen.

In Bezug auf das Verhaltensziel der Integration der Behandlung in den Alltag gaben drei Viertel der Patienten/-innen in der Nachbefragung an, dass sie ihren Behandlungsplan im Alltag umsetzen (77%). Alle Patienten/-innen wiesen in der Nachbefragung darauf hin, dass sie Änderungen ihrer Lebensgewohnheiten (z.B. gesunde Ernährung und Bewegung) zumindest teilweise hätten beibehalten können. Damit hat sich der Wert, verglichen mit der Vorbefragung, leicht verbessert.

**D 4.7: Integration von gesundheitsförderndem Verhalten in den Alltag durch die Patienten/-innen**



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Vor- und Nachbefragung von Patienten/-innen.

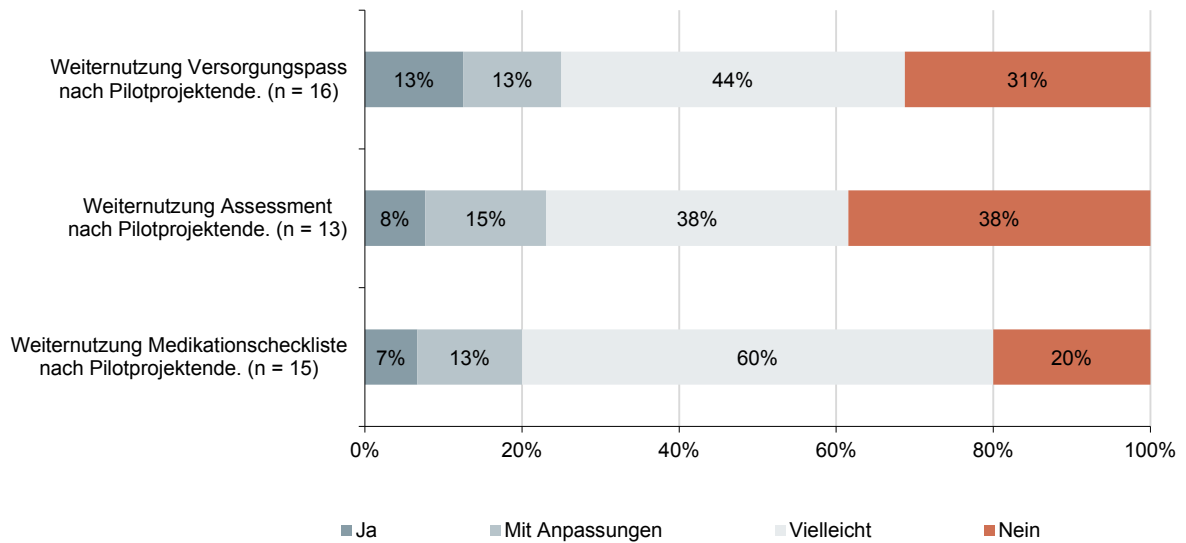
## 5. Nachhaltigkeit und Diffusionspotenzial

Das Ziel von Opti-Q, multimorbide Patienten/-innen interprofessionell koordinierter und effizienter zu betreuen, und der Ansatz, Patienten/-innen als Partner/-innen in ihre Behandlung stärker einzubeziehen, erachten alle Befragten als sehr relevant erachtet. Die interprofessionelle Betreuung von multimorbiden Patienten/-innen ist von grosser gesellschaftlicher Bedeutung, insbesondere weil es sich dabei um eine wachsende Patientengruppe handelt, die erhebliche Gesundheitskosten verursacht. Hilfreiche Ansätze, die sich diesem Thema annehmen, sollten verbreitet und nachhaltig verankert werden.

Die Laufzeit des Piloten war auf ein Jahr begrenzt. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass es Opti-Q auch bei einer längeren Projektlaufzeit nicht gelungen wäre, sich wie gewünscht zu verbreiten und nachhaltig zu verankern:

- Das Projekt erforderte eine *komplexe Organisation und Einarbeitung*, einschliesslich Fortbildung für die rekrutierten Kernteams. Hinzu kommt, dass es für viele der rekrutierten Teams nicht einfach war, Patienten/-innen für das Projekt zu finden. Dies lag einerseits an der kleinen Schnittmenge an gemeinsamen Patienten/-innen zwischen Hausarztpraxis und Apotheke. Andererseits stellt Opti-Q gewisse sprachliche und kognitive Anforderungen an die eingeschlossenen Patienten/-innen, die insbesondere multimorbide Patienten/-innen oftmals gerade nicht erfüllen. Dies ist auch im Hinblick auf den chancengleichen Zugang relevant und mindert die Zweckmässigkeit der Produkte von Opti-Q.
- Die Patienten/-innen schätzten die *Anwendung* der entwickelten Produkte. Die Umsetzung erwies sich aber für die ohnehin oft stark belasteten Teams – aufgrund des hohen Zeitaufwandes im Versorgungsalltag – in der aktuellen Form als nicht realistisch. Dies zeigt sich auch in der Nachbefragung der Fachpersonen, wo nur einige Wenige angeben, die Anwendungen auch nach Projektende weiterverwenden zu wollen. Ein Grossteil der Befragten ist sich nicht sicher, ob eine Weiterverwendung in Frage kommt, oder würde die Anwendungen nur nach Anpassungen weiterverwenden. Gewünschte Anpassungen sind insbesondere Kürzungen, elektronische Verfügbarkeit und Integration in lokale Informationssoftwares. Die letzten beiden Aspekte wurden insbesondere beim Versorgungspass gewünscht.

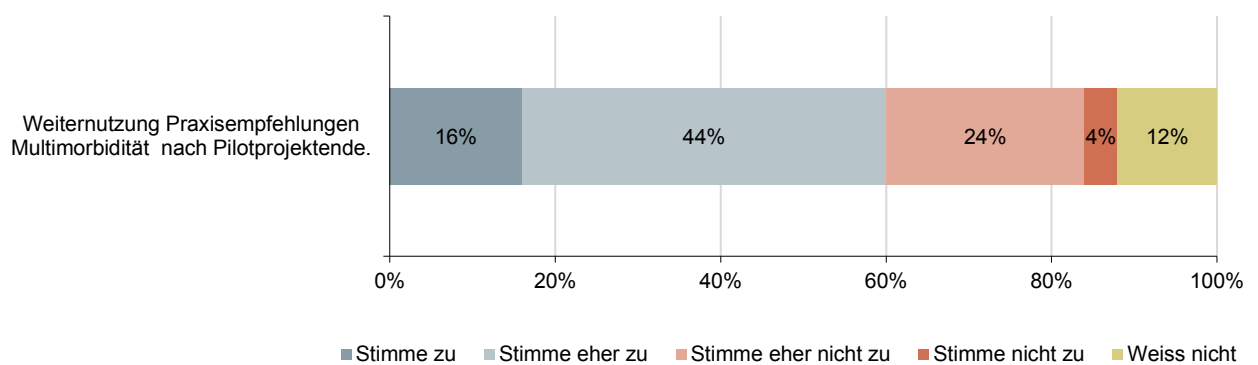
**D 5.1: Beurteilung der Weiterverwendung der Anwendungshilfen nach Opti-Q durch die Fachpersonen**



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Fachpersonen.

Anders sieht die Situation bezüglich der potenziellen Weiterverwendung der Praxisempfehlungen aus. Diesbezüglich stimmten 60 Prozent der befragten Fachpersonen (eher) zu, sie nach Pilotprojektende weiterverwenden zu wollen.

**D 5.2: Beurteilung der Weiterverwendung der Praxisempfehlungen nach Opti-Q durch die Fachpersonen**



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Fachpersonen (n = 25).

Die Tatsache, dass die meisten Leistungserbringer die Anwendungshilfen von Opti-Q nach Projektende nicht oder nur vielleicht weiterverwenden werden, hängt insbesondere damit zusammen, dass ein grosser Teil der Arbeit, die mit der Anwendung der entwickelten Produkte verbunden ist, nicht abgerechnet werden kann.

Eine wesentliche Grundlage für das Funktionieren des Projekts in einem Team war das Vertrauensverhältnis zwischen Hausarzt/Hausärztin und Apotheker/-in innerhalb eines rekrutierten Teams. In den Kantonen mit Selbstdispensation besteht eine Konkurrenzsituation zwischen Apothekern/-innen und Hausärzten/-innen, die das Projekt nicht zu überwinden vermochte.

## 6. Schlussfolgerungen und Empfehlungen

In diesem Kapitel zieht das Evaluationsteam – ausgehend von den Erkenntnissen – ein Fazit zum Pilotprojekt und formuliert Empfehlungen für zukünftige Projektteams, die zu Opti-Q ähnliche Projekte planen.

### 6.1 Schlussfolgerungen

Nachfolgend werden die Erkenntnisse aus der Evaluation zusammengefasst und die Evaluationsfragen beantwortet.

#### I Konzept

Die Frage, wie multimorbide Patienten/-innen interprofessionell besser betreut werden können, und der Ansatz, Patienten/-innen als Partner in ihre Behandlung stärker einzubeziehen, werden von allen Befragten als sehr relevant erachtet. Internationale Experten/-innen heben hervor, das Thema sei insbesondere in der Schweiz zentral, weil die generellen Herausforderungen durch die Eigenschaften des Schweizer Gesundheitswesens noch verschärft würden. Denn die föderalistische Struktur des Landes, die Dominanz der spezialisierten Versorgung, das komplexe, weitgehend auf Einzelleistungen basierende Vergütungssystem, die grosse Zahl kleiner Anbieter und das Fehlen vernetzter elektronischer Daten würden die Bereitstellung einer integrierten Versorgung erschweren, die auf die Bedürfnisse der Patienten/-innen als Ganzes ausgerichtet sei.

Die Entwicklung des Konzepts von Opti-Q war breit abgestützt, verschiedene relevante Verbände und Organisationen und deren Expertise wurden in die Entwicklung eingebunden. Laut den externen Experten/-innen ist es aber schwierig, das beste Vorgehen in diesem komplexen Interventionsbereich zu bestimmen. Ein Grund dafür sei die laut systematischen Übersichtsarbeiten und Metaanalysen dürftige Evidenzlage zur Wirksamkeit von Interventionen zu Gunsten von multimorbiden Patienten/-innen. Es besteht ein grosses Risiko, dass Projekte in diesem Interventionsbereich scheitern. Ein besonderes Problem von Opti-Q bestand zusätzlich darin, dass zu Beginn des Projektes keine differenzierte Bedarfsanalyse direkt bei den Leistungserbringern durchgeführt wurde.

Kritisch zu betrachten ist zudem, dass das Konzept von Opti-Q – einmal mehr – die Hausarztpraxen als Drehscheiben im Sinne eines klassischen Modells der Versorgung definiert hat. Das Problem der Überlastung der Hausärzteschaft, die keine Zeit findet, am Projekt teilzunehmen, wird die Umsetzung des Projekts massgeblich behindern. Zwar haben viele Hausarztpraxen vor Beginn eine Teilnahme signalisiert, aufgrund der Komplexität des Projekts und der Belastung durch die Corona-Pandemie haben sie später aber von einer Teilnahme absehen.

Opti-Q konnte beim Start nicht auf validierte Anwendungshilfen aufbauen, sondern musste diese zuerst entwickeln. Dies hat viele Ressourcen und Zeit in Anspruch genommen. Auch wenn der Versorgungspass, das Assessment des Gesundheitszustands, der Medikationscheck und die elektronische Liste mit Angeboten zur Förderung des Selbstmanagements von den Umsetzungspartnern, den Patienten/-innen und externen Experten/-innen mehrheitlich als nützlich beurteilt wurden, wurden zu wichtigen Aspekten Vorbehalte geäussert. Insbesondere wünschten sich die Fachpersonen einfachere und elektronisch verfügbare Anwendungshilfen. Zudem wurde kritisiert, dass die Anwendungshilfen zu wenig an bestehende Konzepte anknüpften. Das gilt zum Beispiel für den Medikationscheck, wo

stärker auf bestehende Checklisten hätte zurückgegriffen werden können. Ausserdem beurteilen die Experten/-innen die Zusammenstellung der Themen und Fragen und das methodische Vorgehen an einigen Stellen des Versorgungspasses und des Assessments als verbesserungswürdig. Besonders kritisiert wurde die interprofessionelle Fortbildung, die zumindest anfänglich eine Voraussetzung für die Teilnahme am Projekt war. Sie wurde als zu zeitintensiv, als wenig hilfreich und als praxisfern eingeschätzt.

### I Umsetzung

Das Opti-Q-Pilotprojekt wurde mit 13 rekrutierten Teams durchgeführt. Die Teams setzten die Anwendungshilfen bei 34 Patienten/-innen ein. Zwei der Teams rekrutierten keine Patienten/-innen, die anderen elf Teams führten Opti-Q mit einem bis acht Patienten/-innen durch. Eine Herausforderung, die für viele Teams die Rekrutierung von Patienten/-innen erschwert hat, ist die geringe Schnittmenge an gemeinsamen Patienten/-innen der beteiligten Hausarztpraxen und Apotheken. Die meisten Patienten/-innen waren nicht bereit, die Apotheke für die Teilnahme am Projekt zu wechseln. Bemerkenswert ist, dass kein Team Patienten/-innen eingeschlossen hat, die sich selbst als mit schlechtem Gesundheitszustand bezeichneten. Diverse komorbide Patienten/-innen wurden aufgrund sprachlicher oder kognitiver Hürden nicht in das Projekt eingeschlossen. Gerade weil Opti-Q schon so viel Zeit in Anspruch nahm, waren die Teams nicht bereit, noch mehr Zeit aufzuwenden, um etwa sprachliche Hürden für diese Patienten/-innen zu überwinden.

Die meisten Teams bestanden aus Hausarztpraxis und Apotheke, einige nur aus einer Hausarztpraxis. Ein Team schloss auch Pflegefachpersonen ein, die bei der Spitex arbeiten. Die meisten rekrutierten Teams handhabten den Einsatz von Opti-Q ähnlich: zunächst rekrutierten die Hausarztpraxen die Patienten/-innen und informierten diese über das Projekt. Danach erfolgte das Assessment in der Hausarztpraxis und die Patienten/-innen füllten zusammen mit den Fachpersonen den Versorgungspass aus, soweit sie das in der Vorbereitung noch nicht gemacht hatten. Die meisten Patienten/-innen gingen anschliessend zu einem Medikamentencheck in die Apotheke. Häufig fand dann ein Austausch zwischen Apotheke und Hausarztpraxis über die in der Apotheke getroffenen Feststellungen statt. Viele Aufgaben innerhalb von Opti-Q übernahmen MPA, MPK und, vereinzelt, auch Pharma-Assistenten/-innen.

Grundsätzlich war es für die Kernteams aufwändig, sich mit den verschiedenen Anwendungshilfen vertraut zu machen. Es war eine komplizierte Einarbeitung notwendig. Das Projekt verlangte viele und teilweise aufwändige Austausche. Die Intervention hatte viele Inhalte, die gleichzeitig vermittelt werden sollten. Eine wesentliche Grundlage für das Funktionieren des Projekts in einem Team war das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt/Ärztin und Apotheker/-in innerhalb eines rekrutierten Teams. In Kantonen mit Selbstdispensation war diese Voraussetzung aufgrund der Konkurrenzsituation zwischen Hausarztpraxis und Apotheke oftmals nicht gegeben. Dies wird durch die Tatsache bestätigt, dass die meisten Teams, die Opti-Q umgesetzt haben, in Kantonen ohne Selbstdispensation angesiedelt sind.

Die Umsetzung von Opti-Q erfordert zusätzliche Zeit im Versorgungsalltag, was insbesondere für die oft bereits stark ausgelasteten Hausarztpraxen eine Herausforderung darstellte. Der Praxisalltag erlaubt es nicht, mehr als wenige Minuten pro Patienten/-in für ein Projekt wie Opti-Q einzusetzen. Es bleibt unklar, wie der durch Opti-Q entstehende Mehraufwand für die Leistungserbringenden langfristig abgerechnet werden könnte. In der aktuellen Form konnte Opti-Q nur umgesetzt werden, wo Ärzte/-innen und Apotheker/-innen bereit waren, zusätzliche, das heisst nicht direkt abrechenbare Zeit, in das Projekt zu investieren. In zwei Teams gab es Medizinstudierende, die ihr Praktikum in einer beteiligten Hausarztpraxis absolvierten und einen Grossteil der Arbeit für Opti-Q

übernehmen konnten. Diese zusätzliche Unterstützung hat die Umsetzung von Opti-Q in den Hausarztpraxen erleichtert.

#### I Wirkung bei den Fachpersonen und den Patienten/-innen

Die Teams, die Opti-Q aktiv in ihrem Alltag angewendet haben, kennen die Praxisempfehlungen und Anwendungshilfen von Opti-Q. Da die Anzahl der Teams mit 13 aber gering geblieben ist, ist die Breitenwirkung von Opti-Q zum Zeitpunkt der Evaluation klein. Auch wenn der Beitrag der Praxisempfehlungen und Anwendungshilfen als positiv bewertet wird, wurden diese in der Hausarztpraxis selten angewandt. Zudem war die Akzeptanz für die Praxisempfehlungen und Anwendungshilfen bescheiden. Massgeblich dafür sind die fehlende Zeit und Abrechenbarkeit. Zudem wurden die Produkte als mehrheitlich zu wenig «anschlussfähig» beurteilt. Das bedeutet, dass sie kaum an bestehenden Produkten und Routinen anknüpfen, was zu Doppelspurigkeiten und Ineffizienzen führte.

Wo Opti-Q jedoch umgesetzt wurde, hat es die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen der Hausarztpraxis und der Apotheke, insbesondere zwischen Ärzten/-innen und Apothekern/-innen, verbessert und verstärkt. Hingegen gibt es keine Hinweise auf einen Einfluss von Opti-Q auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der bestehenden Teams einer Hausarztpraxis oder einer Apotheke. MPA/MPK und Pharma-Assistenten/-innen haben zwar Aufgaben übernommen, wie die Koordination des Projektes, das Ausfüllen von Fragebögen und die Unterstützung der Patienten/-innen bei der Formulierung von Gesundheitszielen. Ähnliche Aufgaben gehörten aber bereits vor Opti-Q zu ihrem Arbeitsalltag. Auch gibt es keine Hinweise darauf, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit mit weiteren Fachpersonen ausserhalb des Opti-Q-Kernteams (z.B. mit anderen Fachärzten/-innen, Sozialarbeitenden usw.), durch Opti-Q zugenommen hat.

Die Fachpersonen hoben den Nutzen des Medikationschecks für die Betreuung der Patienten/-innen hervor. Durch den zusätzlichen Austausch über die Medikamente sei das Verständnis für die Medikamente und die Einnahmetreue gestiegen. Weiter seien durch das Vier-Augen-Prinzip eher Probleme mit den Medikamenten entdeckt und durch den Austausch von Hausarztpraxis und Apotheke über die Medikamente eher Aspekte angesprochen worden, welche die Lebensqualität der Patienten/-innen beeinträchtigen.

Gemäss Nachbefragung der beteiligten Patienten/-innen hat sich durch Opti-Q die Kommunikation zwischen ihnen und den Fachpersonen mehrheitlich verbessert. Die grosse Mehrheit der Befragten gab an, dass sie dank Opti-Q ihre Krankheit oder weitere Anliegen gegenüber den Ärzten/-innen einfacher beschreiben können. Zudem würden sie Erklärungen der Ärzte/-innen zu Behandlungen besser verstehen. Der Medikationscheck würde zu einem besseren Verständnis der Anwendung und der Wirksamkeit von Medikamenten beitragen. Auch der Anteil der Patienten/-innen, die in der Nachbefragung angaben, dass ihnen die Ärzte/-innen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten hätten aufzeigen können und sie so im Sinne des Shared-Decision-Making die Möglichkeit zur Mitentscheidung gehabt hätten, hat gegenüber der Vorbefragung zugenommen.

Rund die Hälfte der befragten Patienten/-innen gab an, dass die Koordination durch den Versorgungspass verbessert worden sei und dass Opti-Q einen positiven Einfluss auf ihre persönliche Gesundheitsversorgung gehabt habe. Diese Verbesserung ist insbesondere darauf zurückzuführen, dass die Patienten/-innen durch Opti-Q einen intensiveren Austausch mit den Fachpersonen hatten, dies dank länger dauernden Konsultationen und persönlicheren Gesprächen.

Auch gab der Versorgungspass den Patienten/-innen ein verstärktes Gefühl von Sicherheit, da er alle relevanten Informationen zu ihrer Gesundheit zusammenfasst und so sie

selbst, weitere Fachpersonen und auch Angehörige leichteren Zugang zu diesen Informationen haben. Das Wissen, das die Patienten/-innen durch den Versorgungspass dazugewonnen haben, wird von diesen hingegen als gering eingeschätzt. Dies liegt vermutlich daran, dass für das Pilotprojekt insbesondere Patienten/-innen ausgewählt wurden, die bereits gut über ihren Gesundheitszustand und die Medikation informiert waren.

Nach Einschätzung verschiedener Fachpersonen fördert der Versorgungspass das Verantwortungsbewusstsein der Patienten/-innen für ihre eigene Gesundheit. Dass der Versorgungspass in ihrer Obhut ist, signalisiert ihnen, dass ihre Gesundheit auch in ihrer eigenen Verantwortung liegt. Dies deckt sich teilweise mit der Einschätzung der Patienten/-innen: Die Hälfte der Patienten/-innen gab in der Nachbefragung an, sich durch den Versorgungspass aktiver an der Behandlung zu beteiligen. Drei Viertel der Patienten/-innen gaben an, dass sie ihren Behandlungsplan im Alltag umsetzen. Hingegen ist gemäss Fachpersonen nicht davon auszugehen, dass sich die Akzeptanz der Krankheit durch das Projekt verbessert hat.

### I Nachhaltigkeit und Diffusionspotenzial

Das Ziel von Opti-Q, multimorbide Patienten/-innen interprofessionell koordinierter und effizienter zu betreuen, und der Ansatz, Patienten/-innen als Partner/-innen in ihre Behandlung stärker einzubeziehen, werden von allen Seiten als sehr relevant erachtet. Hilfreiche Ansätze, die sich diesem Thema annehmen, sollten verbreitet und nachhaltig verankert werden. Dennoch ist es Opti-Q während der Projektlaufzeit nicht gelungen, sich wunschgemäss zu verbreiten und nachhaltig zu verankern. Zurückzuführen ist dies insbesondere auf die schwierige Rekrutierung von Teams, die aufwändige Einarbeitung dieser Teams in das Projekt, die Herausforderung, geeignete Patienten/-innen für die Teilnahme am Projekt zu finden, den hohen Zeitaufwand für die Implementation der Anwendungshilfen sowie auf die fehlenden Möglichkeiten, diesen hohen Zeitaufwand abzurechnen. Aufgrund dessen hat Opti-Q in seiner jetzigen Form kaum Nachhaltigkeits- und Diffusionspotenzial.

## 6.2 Empfehlungen

Die folgenden Empfehlungen richten sich an zukünftige Projektteams, die Konzepte verfolgen, die Opti-Q ähnlich sind.

### Empfehlung 1: Gesammeltes Wissen nutzen und Produkte weiterentwickeln

Wir empfehlen zukünftigen Projektteams, das durch Opti-Q gewonnene Wissen zu nutzen und die entstandenen Produkte weiterzuentwickeln.

QualiCCare hat viel Zeit und Kompetenz investiert, um die Praxisempfehlung zur interprofessionellen Versorgung von multimorbiden Patienten/-innen in praxistaugliche Anwendungshilfen zu übersetzen. In diesem Prozess sind Instrumente entstanden, die insbesondere von den Patienten/-innen geschätzt werden.<sup>10</sup> Gleichzeitig ist in diesem Prozess viel Expertenwissen generiert worden. Dieses Wissen soll genutzt und die entstandenen Produkte sollen weiterentwickelt werden.

<sup>10</sup> Die Instrumente finden sich unter <https://qualiccare.ch/projekt/aktuelle-projekte/multimorbiditaet> und <https://gesundheitsfoerderung.ch/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/projektfoerderung/gefoiderte-projekte/projekt-opti-q>, Zugriff am 24.09.2024.

**Empfehlung 2: Rückmeldungen zu Konzept- und Produktentwürfen aus der Fachwelt einholen**

Wir empfehlen zukünftigen Projektteams, dem Einholen von Rückmeldungen aus der nationalen und internationalen Fachwelt zum Konzept und zu den Produkten in einer frühen Phase grosses Gewicht beizumessen.

QualiCCare hat das Konzept und die Anwendungshilfen für Opti-Q gut ausgewählt. Allerdings verschärfen laut Expertisen spezifische Eigenschaften des Schweizer Gesundheitswesens die generellen Herausforderungen der Versorgung multimorbider Patienten/-innen zusätzlich. Ausserdem beurteilen die Experten/-innen die Anwendungshilfen an einigen Stellen als inhaltlich oder methodisch verbesserungswürdig. Entsprechend wird empfohlen, Opti-Q-ähnliche Konzepte und Produkte frühzeitig durch nationale und internationale Experten/-innen reviewen zu lassen.

**Empfehlung 3: Den Herausforderungen bei der Implementation während der Konzeptphase grosse Aufmerksamkeit schenken**

Wir empfehlen zukünftigen Projektteams, sich vorausschauend detailliert mit dem spezifischen Bedarf der Fachpersonen und den wahrscheinlichen Hindernissen der Implementation von Massnahmen zugunsten der Verbesserung der interprofessionellen Versorgung multimorbider Patienten/-innen zu befassen und den Projektplan entsprechend auszurichten.

Die Weiterentwicklung von Anwendungshilfen zugunsten der Verbesserung der interprofessionellen Versorgung multimorbider Patienten/-innen ist wichtig. Ein bestes Vorgehen zu ihrer Implementation lässt sich aber aus Opti-Q und aus der Fachliteratur nicht ableiten. Ähnliche Projekte im Ausland sind – wie Opti-Q – ebenfalls auf Probleme bei der Implementation gestossen. Daher soll bei der Konzeption zukünftiger Projekte in diesem Themenfeld dem Bedarf der involvierten Fachpersonen und den Einschlusskriterien für die Patienten/-innen hohe Aufmerksamkeit geschenkt werden. Auch die Theorie und der Mechanismus, beispielsweise wie Fachpersonen für eine Änderung des Beratungsverhaltens und Patienten/-innen für eine Studienteilnahme motiviert werden können, sollen möglichst genau verstanden werden. Wahrscheinliche Herausforderungen bei der Implementation können auf diese Weise konzeptionell aufgenommen und Risiken für das Projekt reduziert werden.

**Empfehlung 4: Einfach anwendbare Produkte anbieten**

Wir empfehlen zukünftigen Projektteams, die Anwendung von Opti-Q-ähnlichen Produkten für die Umsetzungspartner zu vereinfachen, indem Anwendungshilfen gekürzt und digital verknüpft werden.

QualiCCare ist es nicht in ausreichendem Masse gelungen, die Umsetzungspartner für die Teilnahme am Projekt zu gewinnen. Auch konnten die rekrutierten Teams nur sehr begrenzt zur Anwendung der entwickelten Produkte im Versorgungsalltag bewegt werden. Dies hängt insbesondere damit zusammen, dass deren Anwendung für die rekrutierten Teams zu zeitaufwändig war. Entsprechend wird empfohlen, Opti-Q-ähnliche Produkte und deren Anwendung einfach zu halten und an bestehende Versorgungsroutinen anzuknüpfen. Wichtig sind auch eine elektronische Umsetzung und eine Verknüpfung mit bestehenden Daten.

**Empfehlung 5: Hilfestellungen und Inputs auf Bedürfnisse der Fachpersonen ausrichten**

Wir empfehlen zukünftigen Projektteams, die interprofessionelle Arbeit verstärkt zu unterstützen: durch den Einsatz von interprofessionellen Qualitätszirkeln und durch individuelle Beratungen zu Anwendungshilfen und zur Arbeit in den lokalen Teams vor Ort.

QualiCCare hat den rekrutierten Teams für die Implementation der Anwendungshilfen und die Zusammenarbeit in den lokalen Teams wenig konkrete Hilfestellungen angeboten. Insbesondere bot die interprofessionelle Fortbildung den Teams zu wenig praktisch umsetzbaren Input. In Zukunft sollten der Inhalt und die Form der Wissensvermittlung besser auf die Bedürfnisse der Fachpersonen ausgerichtet werden. Dabei könnten sich interprofessionelle Qualitätszirkel sowie individuelle Beratungsangebote betreffend die Nutzung der Anwendungshilfen und die Teamarbeit vor Ort als wertvoll erweisen. Dafür müssten entsprechende Ressourcen und fachliche Kompetenzen eingeplant werden.

**Empfehlung 6: Regionale Gegebenheiten berücksichtigen**

Wir empfehlen zukünftigen Projektteams, ihre Projekte mit einem stärkeren Fokus auf regionale Gegebenheiten durchzuführen. Komplexe Interventionen sollten vermehrt in Regionen mit ähnlichen Kontextbedingungen in der Gesundheitsversorgung durchgeführt werden.

Opti-Q war an den verschiedenen Standorten der Teams mit unterschiedlichen Herausforderungen konfrontiert. Beispielsweise bestanden regionale Unterschiede in der Qualität der Zusammenarbeit zwischen Apotheken und Hausarztpraxen, der Beurteilung der interprofessionellen Fortbildung und der Rolle der Fachpersonen in der Versorgungslandschaft. Bei der Diffusion von Opti-Q-ähnlichen Projekten sollte die Aufmerksamkeit darum stark auf regionale Gegebenheiten gelegt werden. Es erscheint erfolgsversprechend, komplexe Projekte wie Opti-Q vermehrt auf Regionen mit ähnlichen Kontextbedingungen auszurichten. Projekte könnten in einer Region mit ähnlichen Kontextbedingungen erprobt und – im Erfolgsfall – in einem zweiten Schritt auf Regionen mit anderen Ausgangsbedingungen ausgeweitet werden.

**Empfehlung 7: Rekrutierung über «Peer zu Peer»-Verfahren**

Wir empfehlen zukünftigen Projektteams, für die Rekrutierung von Interventionspartnern ein «Peer zu Peer»-Verfahren zu nutzen, weil dieses die grössten Erfolgchancen hat.

Die Rekrutierung von Interventionspartnern ist in der Regel eine grosse Herausforderung. Umso wichtiger ist es, diese Aufgabe frühzeitig und strategisch gut fundiert anzugehen. Die Praxis zeigt, dass Rekrutieren am ehesten erfolgreich ist, wenn Vorbilder und Vorreiter einbezogen werden, zum Beispiel in Form einer Kooperation mit einem der universitären Zentren für Hausarztmedizin oder – noch besser – den einschlägigen Berufsverbänden, damit diese Verantwortung für die Rekrutierung übernehmen. Die «Peer zu Peer»-Rekrutierung nutzt den Vertrauensbonus, den Peers, zum Beispiel Leitungspersonen universitärer Zentren für Hausarztmedizin oder Führungspersonen von Berufsverbänden, geniessen, um Projektpartner/-innen zu gewinnen.

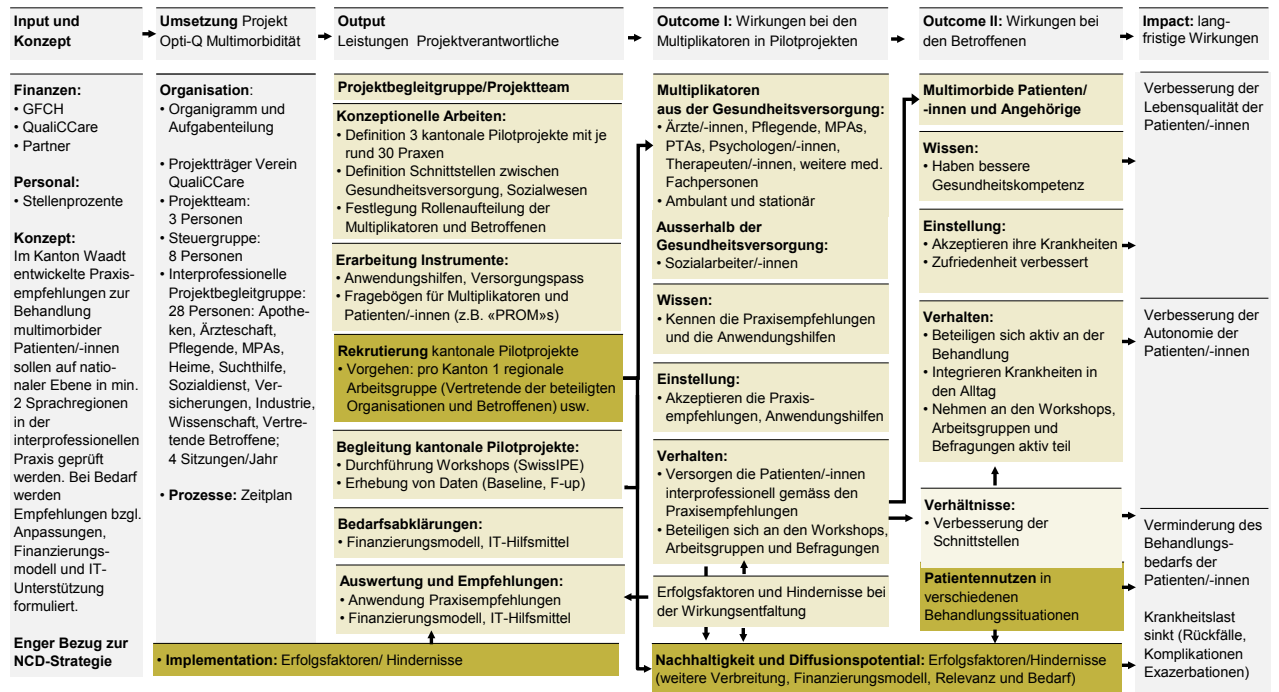
# Anhang

## A 1 Experteninterviews

<b>DA 1: Interviewpartner/-innen institutionelle Partner</b>		
<i>Vorname</i>	<i>Institution</i>	<i>Zu vertretende Sicht</i>
Christian Frei	Swica	Versicherungen
Christoph Bosshard	FMH, Vorstand QCC	Ärzte/-innen
Franziska Adam	Spitex Schweiz	Pflegeschwestern
Isabelle Peytremann-Bridevaux	Unisanté	Wissenschaft
Jonas Wenger	Fachverband Sucht	Suchthilfe
Leonie Chinet	PROFA-Stiftung, ehem. diabetesschweiz	Ligen
Lisa Bachofen	Dachverband der Vereinigungen von Angehörigen psychisch Erkrankter	Angehörige
Michel Wenger	Sanacare	Hausärzte/-innen
Niklaus Stulz	Psych. Dienste Winterthur	Psychologen/-innen/Psychiatrische Dienste
Patrick Staeger	Patient	Patienten/-innen
Samuel Allemann	Universität Basel	Apotheker/-innen/Wissenschaft
<b>DA 2: Interviewpartner/-innen «Lessons Learned»</b>		
<i>Person</i>	<i>Funktion im Zusammenhang mit Opti-Q zum Zeitpunkt des Gesprächs</i>	
Caroline Krzywicki	Projektleiterin Opti-Q	
Astrid Czock	Geschäftsführerin QualiCCare	
Christian Frei	Leitung Steuer- und Begleitgruppe Opti-Q, Vertreter Versicherungen, SWICA, Vorstand QualiCCare	
Marc Müller	Mitglied Steuer- und Begleitgruppe Opti-Q, Vertreter Hausärzteschaft, mfe, Vorstand QualiCCare	
Patrick Staeger	Mitglied Steuer- und Begleitgruppe Opti-Q, Patientenvertreter	
Sébastien Jotterand	Hausarzt mit Interesse an Opti-Q, der sich schliesslich gegen eine Beteiligung entschieden hat	
Karin Lörvall	Projektleiterin Gesundheitsförderung Schweiz	

A 2 Wirkungsmodell

DA 3: Wirkungsmodell Opti-Q



Quelle: Darstellung Interface, in Zusammenarbeit mit QualiCCare.

### A 3 Fallstudien

In diesem Abschnitt werden die 13 im Rahmen des Opti-Q-Pilotprojekts rekrutierten Teams vorgestellt, sortiert nach der Anzahl eingeschlossenen Patienten/-innen und der Teilnahme an der Evaluation. Die Fallstudien bieten einen Einblick in die konkrete Anwendung von Opti-Q. Präsentiert werden die Rahmenbedingungen, der Einbezug der Fachpersonen in die Umsetzung von Opti-Q, die teilnehmenden Patienten/-innen, die Anwendung von Opti-Q und die Selbsteinschätzung der Wirkung durch die Patienten/-innen und die Fachpersonen. Da die Anzahl der pro Fall eingeschlossenen Patienten/-innen variiert und teilweise sehr klein ist, basieren die integrierten Antworten oft auf sehr geringen Fallzahlen.

#### A 3.1 Kernteam 1

##### I Rahmenbedingung

Das Team arbeitet in einer *Stadt in der Westschweiz*, in einem *Kanton ohne Selbstdispensation*.

##### I Involvierte Fachpersonen bei der Umsetzung von Opti-Q

In der *Hausarztpraxis* war hauptsächlich der Hausarzt/die Hausärztin, ein/-e Medizinstudent/-in, der/die in der Hausarztpraxis ein Praktikum machte, und ein/-e MPK in die Umsetzung von Opti-Q involviert. Die Anfrage der Patienten/-innen zur Teilnahme an Opti-Q lief über den/die MPK, der Austausch zum Versorgungspass und das Assessment über den/die Medizinstudenten/-in.







In der *Apotheke* war der/die Apotheker/in und ein/-e Pharma-Assistent/-in in die Umsetzung von Opti-Q involviert. Den Medikationscheck führte teilweise der/die Apotheker/-in, meist der/die Pharma-Assistent/-in durch. Der Austausch mit der Hausarztpraxis lief über den/die Apotheker/-in.

##### I Teilnahme an der interprofessionellen Fortbildung

Der/die Apotheker/-in und der/die Medizinstudent/-in haben an der *interprofessionellen Fortbildung* teilgenommen, der/die Medizinstudent/-in nicht an allen Tagen. Es fehlen Angaben zur Teilnahme des/der Pharma-Assistenten/-in und des Hausarztes/der Hausärztin.

##### I Eingeschlossene Patienten/-innen

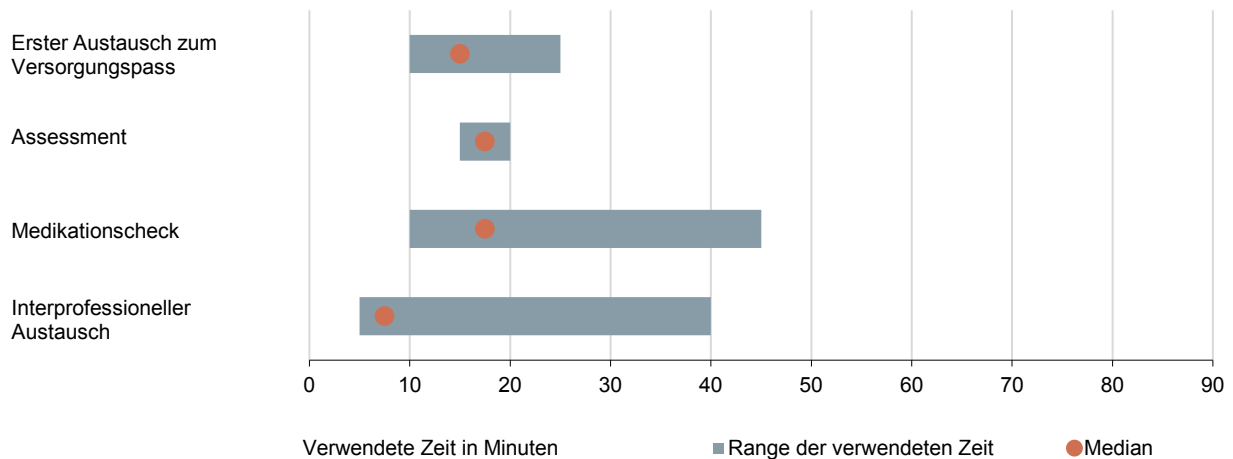
Es wurden *acht Patienten/-innen* in die Umsetzung von Opti-Q eingeschlossen. Aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen im Team wurde darauf verzichtet, mehr Patienten/-innen in das Projekt einzubeziehen. Die Beschreibung der Patienten/-innen basiert auf den Angaben von sechs Patienten/-innen, welche die Nachbefragung ausgefüllt haben:

Weiblich 		Männlich 	
< 60-Jahre 	60- bis 80-Jahre	> 80-Jahre 	
Guter Gesundheitszustand 	Mässiger Gesundheitszustand 	Schlechter Gesundheitszustand	

**I** Verwendete Zeit für die Anwendungshilfen von Opti-Q

Die folgende Darstellung zeigt die Range der verwendeten Zeit für die Anwendungshilfen von Opti-Q pro Patienten/-in.

**D 6.1: Zeitlicher Aufwand pro Anwendungshilfe von Opti-Q**

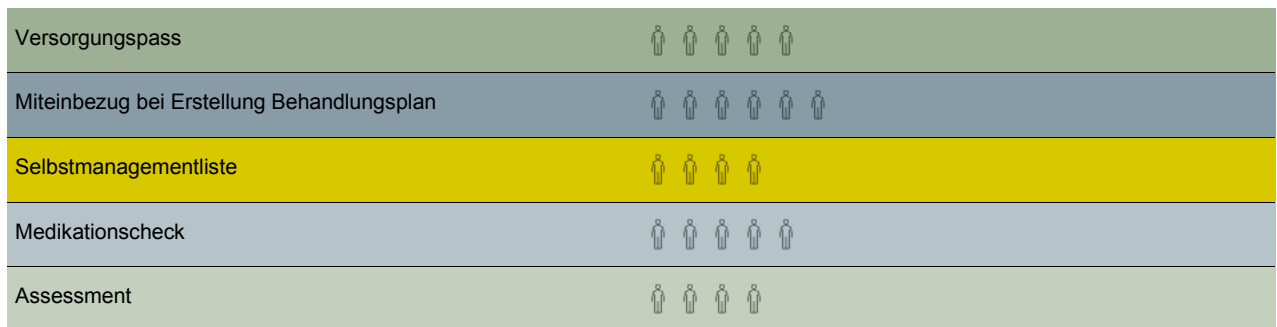


Quelle: Darstellung Interface, basierend auf dem Logbuch des rekrutierten Teams (n = 8).

Legende: Das Team hat zusätzlich Zeit in das Logbuch eingetragen, um die Akten vorzubereiten (30–60 Minuten pro Patienten/-in, Median: 45 Minuten).

**I** Einsatz der Anwendungshilfen von Opti-Q

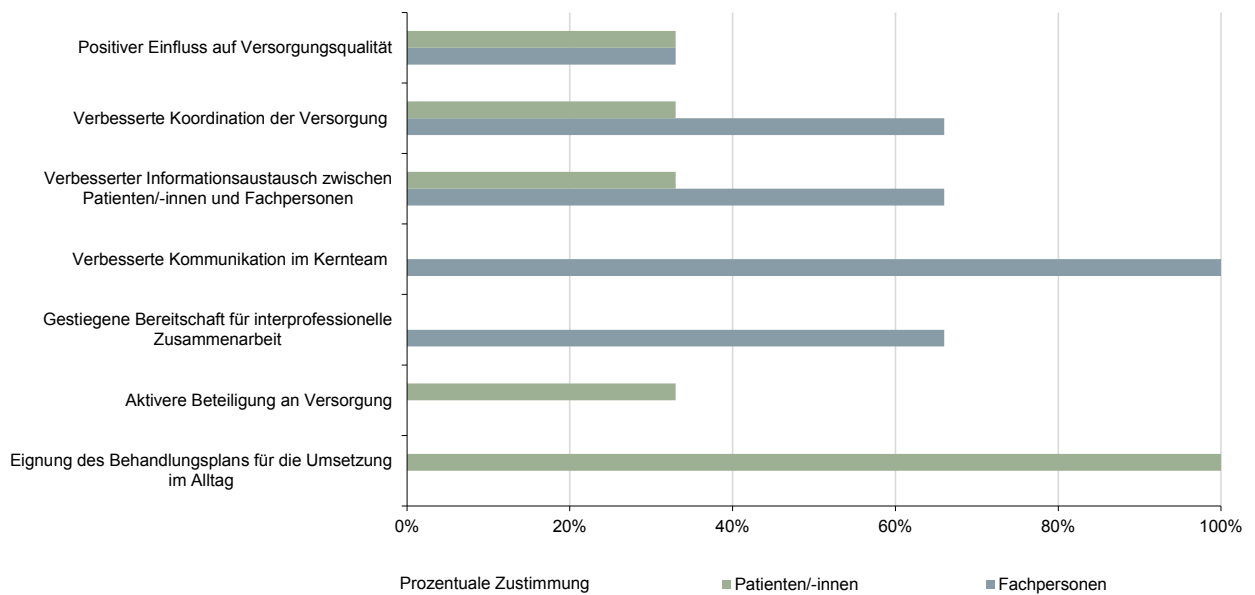
Die folgende Darstellung zeigt, für wie viele Patienten/-innen die fünf Anwendungshilfen von Opti-Q angewendet wurden.



**I** Wirkung von Opti-Q bei den Patienten/-innen und den Fachpersonen

Die Wirkungen des Pilotprojekts Opti-Q bei den Patienten/-innen (n = 6) und den Fachpersonen (n = 3) in Bezug auf Versorgungsqualität, Koordination, Kommunikation, interprofessionelle Zusammenarbeit und Beteiligung an der Versorgung sind in der folgenden Darstellung abgebildet. Es wird die Zustimmung zur positiven Wirkung in den abgefragten Kategorien aufgezeigt. Die ersten drei Fragen wurden bei den Nachbefragungen sowohl den Patienten/-innen als auch den Fachpersonen gestellt. Die weiteren Fragen wurden entweder den Fachpersonen oder den Patienten/-innen gestellt.

**D 6.2: Wirkung von Opti-Q bei den Patienten/-innen und Fachpersonen**



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Patienten/-innen (n = 6) und Fachpersonen (n = 3).

**I Fazit**

Die Darstellung zeigt, dass der Einfluss von Opti-Q auf die Versorgung von den Fachpersonen positiver eingeschätzt wird als von den Patienten/-innen. Es zeigt sich weiter, dass sich die Kommunikation in diesem Team durch Opti-Q klar verbessert hat. Der Besuch des Evaluationsteams vor Ort machte zudem deutlich, dass es sich bei diesem rekrutierten Team um eines mit besonders hoher Motivation für die Umsetzung von Opti-Q in der Praxis handelt. Die Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Apotheke hat gut funktioniert. Die Unterstützung des/der Medizinstudenten/-in in der Hausarztpraxis hat geholfen, mit den knappen Ressourcen für die Umsetzung von Opti-Q umzugehen.

**A 3.2 Kernteam 2**

**I Rahmenbedingung**

Das Team arbeitet in einer *ländlichen Region in der Westschweiz*, in einem *Kanton ohne Selbstdispensation*.

**I Involvierte Fachpersonen bei der Umsetzung von Opti-Q**

In der *Hausarztpraxis* war ein Hausarzt/eine Hausärztin und ein/-e Medizinstudent/-in in die Umsetzung von Opti-Q involviert. Der Austausch zum Versorgungspass und das Assessment liefen über den/die MPA.

In der *Apotheke* war der/die Apotheker/-in und der/die Pharma-Assistent/-in in die Umsetzung von Opti-Q einbezogen. Den Medikationscheck führte ein/-e Apotheker/-in zusammen mit einem/einer Pharma-Assistenten/-in durch. Der Austausch mit der Hausarztpraxis lief ebenfalls über diese beiden Fachpersonen.

**I Teilnahme an der interprofessionellen Fortbildung**

Keine Fachperson hat an der *interprofessionellen Fortbildung* teilgenommen.

**I** Eingeschlossene Patienten/-innen

Es wurden *acht Patienten/-innen* in die Umsetzung von Opti-Q eingeschlossen. Aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen im Team wurde darauf verzichtet, mehr Patienten/-innen einzubeziehen. Die Beschreibung der Patienten/-innen basiert auf den Angaben von zwei Patienten/-innen, welche die Nachbefragung ausgefüllt haben:

Weiblich		Männlich	
< 60-Jahre	60- bis 80-Jahre	> 80-Jahre	
Guter Gesundheitszustand	Mässiger Gesundheitszustand	Schlechter Gesundheitszustand	

**I** Verwendete Zeit für die Anwendungshilfen von Opti-Q

Die folgende Darstellung zeigt die Range der verwendeten Zeit für die Anwendungshilfen von Opti-Q pro Patienten/-in.

**D 6.3: Zeitlicher Aufwand pro Anwendungshilfe von Opti-Q**



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf dem Logbuch des rekrutierten Teams (n = 8).

Legende: Für den Medikationscheck wurde nur bei zwei Patienten/-innen Zeit im Logbuch erfasst, pro Patienten/-in gibt es jedoch drei beziehungsweise vier Einträge.

**I** Einsatz der Anwendungshilfen von Opti-Q

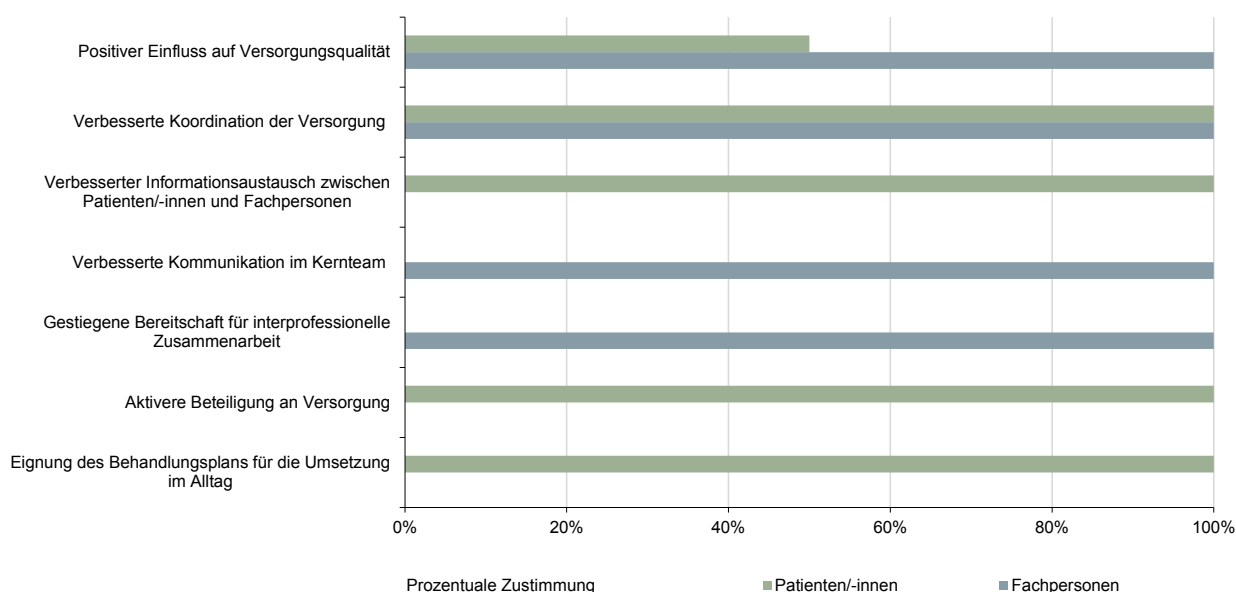
Die folgende Darstellung zeigt, für wie viele Patienten/-innen die fünf Anwendungshilfen von Opti-Q angewendet wurden.

Versorgungspass	2
Miteinbezug bei Erstellung Behandlungsplan	2
Selbstmanagementliste	0
Medikationscheck	2
Assessment	2

**I Wirkung von Opti-Q bei den Patienten/-innen und den Fachpersonen**

Die Wirkungen des Pilotprojekts Opti-Q bei den Patienten/-innen (n = 2) und den Fachpersonen (n = 1) in Bezug auf Versorgungsqualität, Koordination, Kommunikation, interprofessionelle Zusammenarbeit und Beteiligung an der Versorgung sind in der folgenden Darstellung abgebildet. Es wird die Zustimmung zur positiven Wirkung in den abgefragten Kategorien aufgezeigt. Die ersten drei Fragen wurden bei den Nachbefragungen sowohl den Patienten/-innen als auch den Fachpersonen gestellt. Die weiteren Fragen wurden entweder den Fachpersonen oder den Patienten/-innen gestellt. Die Fallzahlen sind sehr gering.

**D 6.4: Wirkung von Opti-Q bei den Patienten/-innen und Fachpersonen**



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Patienten/-innen (n = 2) und Fachpersonen (n = 1).

Legende: Zum Item «Verbesserter Informationsaustausch zwischen Patienten/-innen und Fachpersonen» haben die Fachpersonen keine Einschätzung abgegeben.

**I Fazit**

Die Darstellung zeigt, dass die Patienten/-innen und die Fachperson die Wirkung von Opti-Q positiv einschätzen. Der Besuch vor Ort zeigte ein motiviertes Team, das überdurchschnittlich viele Patienten/-innen in Opti-Q eingeschlossen hat. Gemäss Logbuch wurde bei zwei Patienten/-innen ein Medikationscheck durchgeführt. Bei diesen beiden Patienten/-innen wurde mehrmals Zeit für den Medikationscheck eingetragen und also überdurchschnittlich viel Zeit dafür investiert. Trotz der guten Voraussetzungen haben nur wenige Fachpersonen und Patienten/-innen die Nachbefragung ausgefüllt – diese haben die Wirkung von Opti-Q jedoch sehr positiv beurteilt.

**A 3.3 Kernteam 3**

**I Rahmenbedingung**

Das Team arbeitet in einer *ländlichen Region in der Westschweiz*, in einem *Kanton ohne Selbstdispensation*.

**I Involvierte Fachpersonen bei der Umsetzung von Opti-Q**

In der *Hausarztpraxis* war ein Hausarzt/eine Hausärztin und ein/-e MPA in die Umsetzung von Opti-Q involviert. Der Austausch zum Versorgungspass und das Assessment liefen über den/die MPA.













In der *Apotheke* war ein/-e Apotheker/-in und ein/-e Pharma-Assistent/-in in die Umsetzung von Opti-Q involviert. Den Medikationscheck führte ein/-e Pharma-Assistent/-in durch. Der Austausch mit der Hausarztpraxis lief über den/die Apotheker/-in und den/die Pharma-Assistenten/-in.

**I Teilnahme an der interprofessionellen Fortbildung**

Der Hausarzt/die Hausärztin und der/die Apotheker/-in haben an der *interprofessionellen Fortbildung* teilgenommen. Der/die MPA und der/die Pharma-Assistent/-in haben an der Fortbildung nicht teilgenommen.

**I Eingeschlossene Patienten/-innen**

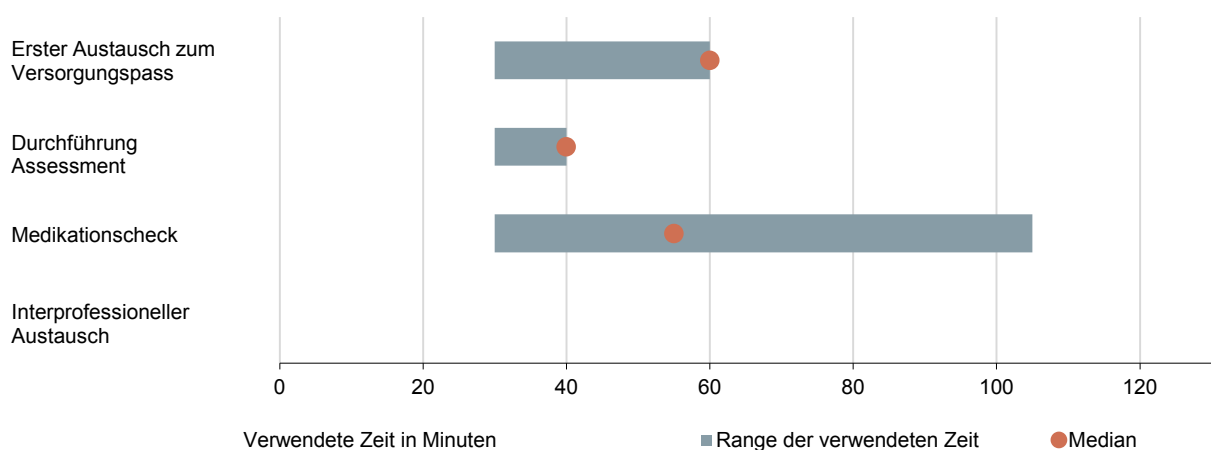
Es wurden *fünf Patienten/-innen* in die Umsetzung von Opti-Q eingeschlossen. Aufgrund grosser Belastung in der Hausarztpraxis wurde darauf verzichtet, mehr Patienten/-innen in das Projekt einzubeziehen. Die Beschreibung der Patienten/-innen basiert auf vier Patienten/-innen, die an der Nachbefragung teilgenommen haben:

Weiblich 		Männlich   		
< 60-Jahre 	60- bis 80-Jahre  	> 80-Jahre 		
Guter Gesundheitszustand 	Mässiger Gesundheitszustand   	Schlechter Gesundheitszustand		

**I Verwendete Zeit für die Anwendungshilfen von Opti-Q**

Die folgende Darstellung zeigt die Range der verwendeten Zeit für die Anwendungshilfen von Opti-Q pro Patienten/-in.

**D 6.5: Zeitlicher Aufwand pro Anwendungshilfe von Opti-Q**

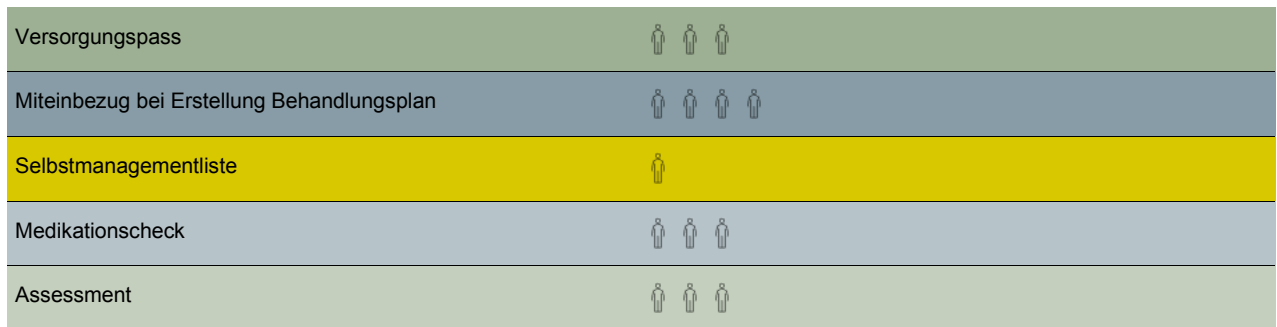


Quelle: Darstellung Interface, basierend auf dem Logbuch des rekrutierten Teams (n = 5).

Legende: Für den interprofessionellen Austausch wurden keine Daten erhoben.

**I Einsatz der Anwendungshilfen von Opti-Q**

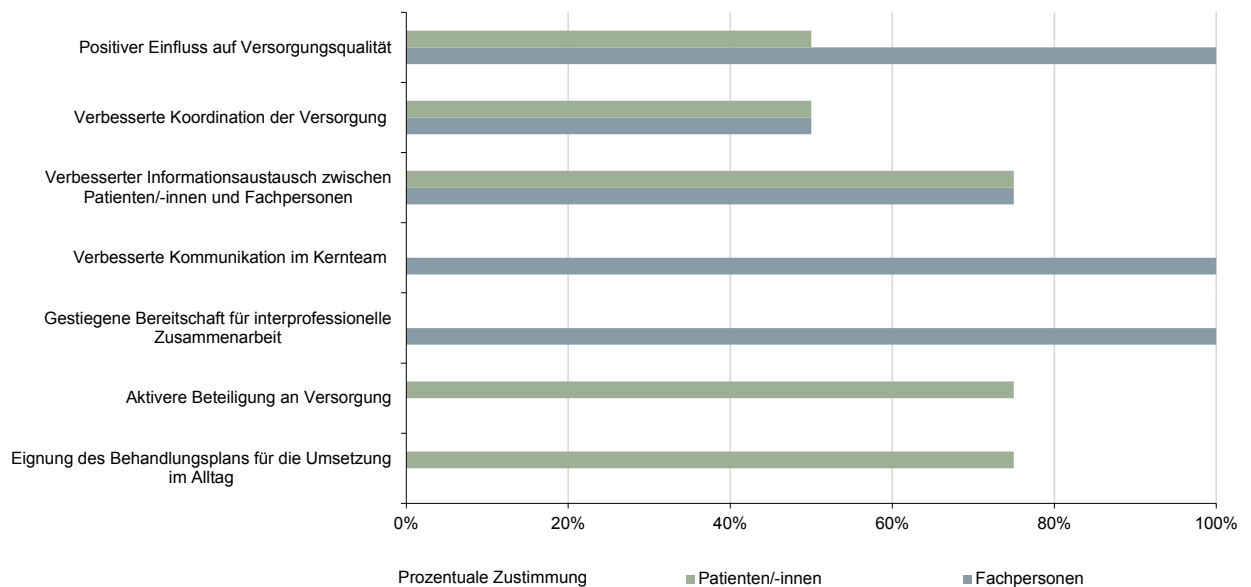
Die folgende Darstellung zeigt, für wie viele Patienten/-innen die fünf Anwendungshilfen von Opti-Q angewendet wurden.



**I Wirkung von Opti-Q bei den Patienten/-innen und den Fachpersonen**

Die Wirkungen des Pilotprojekts Opti-Q bei den Patienten/-innen (n = 4) und den Fachpersonen (n = 4) in Bezug auf Versorgungsqualität, Koordination, Kommunikation, interprofessionelle Zusammenarbeit und Beteiligung an der Versorgung sind in der folgenden Darstellung abgebildet. Es wird die Zustimmung zur positiven Wirkung in den abgefragten Kategorien aufgezeigt. Die ersten drei Fragen wurden bei den Nachbefragungen sowohl den Patienten/-innen als auch den Fachpersonen gestellt. Die weiteren Fragen wurden entweder den Fachpersonen oder den Patienten/-innen gestellt.

**D 6.6: Wirkung von Opti-Q bei den Patienten/-innen und Fachpersonen**



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Patienten/-innen (n = 4) und Fachpersonen (n = 4).

Legende: Beim Item «Verbesserte Koordination der Versorgung» hat ein/-e Patient/-in mit «Teils/teils», beim Item «Positiver Einfluss auf Versorgungsqualität» haben zwei Patienten/-innen mit «Weiss nicht» geantwortet.

**I Fazit**

Die Darstellung zeigt, dass die Fachpersonen die Wirkung durch Opti-Q auf die Versorgungsqualität und im Hinblick auf die interprofessionelle Zusammenarbeit sehr positiv einschätzen. Auch die Patienten/-innen konnten durch die Teilnahme an Opti-Q

profitieren, etwa durch eine aktivere Beteiligung oder eine verbesserte Koordination. Bei drei der fünf Patienten/-innen wurde das Pilotprojekt im Verlauf abgebrochen, dies aufgrund der Verschlechterung des Gesundheitszustands (Verschlechterung kognitiver Zustand, grosse Herzoperation, Schlaganfall). Der Besuch vor Ort zeigte auch hier ein motiviertes Team. Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung in der Hausarztpraxis wurde darauf verzichtet, mehr Patienten/-innen einzuschliessen. Die befragten Fachpersonen zeigten sich jedoch überzeugt, dass die Patienten/-innen von Opti-Q profitiert haben, insbesondere weil mehr Zeit für den Austausch mit ihnen verwendet wurde und durch die Diskussion persönlicher Themen, wie Gesundheitszielen, eine engere Bindung zwischen den Fachpersonen und den Patienten/-innen aufgebaut werden konnte. Die Zusammenarbeit zwischen Apotheke und Hausarztpraxis war in diesem Fall schon vor Opti-Q eng, auch aufgrund der räumlichen Nähe. Sie hat sich aber durch Opti-Q noch intensiviert.

### A 3.4 Kernteam 4

#### I Rahmenbedingung

Das Team arbeitet in einer *ländlichen Region in der Deutschschweiz*, in einem *Kanton mit Selbstdispensation*.

#### I Involvierte Fachpersonen bei der Umsetzung von Opti-Q







Von der *Hausarztpraxis* war ein Hausarzt/eine Hausärztin und ein/-e MPK in die Umsetzung von Opti-Q involviert. Der Austausch zum Versorgungspass und das Assessment liefen über die Pflegefachperson HF in Ausbildung. Auffällig an diesem Beispiel ist, dass auch die *Spitex* integriert wurde. Von der *Spitex* waren zwei Pflegefachpersonen HF in Ausbildung in die Umsetzung von Opti-Q involviert. Der Medikationscheck und der Austausch mit der Hausarztpraxis übernahmen die Pflegefachpersonen in Ausbildung.

#### I Teilnahme an der interprofessionellen Fortbildung

Der/die MPK hat an der *interprofessionellen Fortbildung* teilgenommen.

#### I Eingeschlossene Patienten/-innen

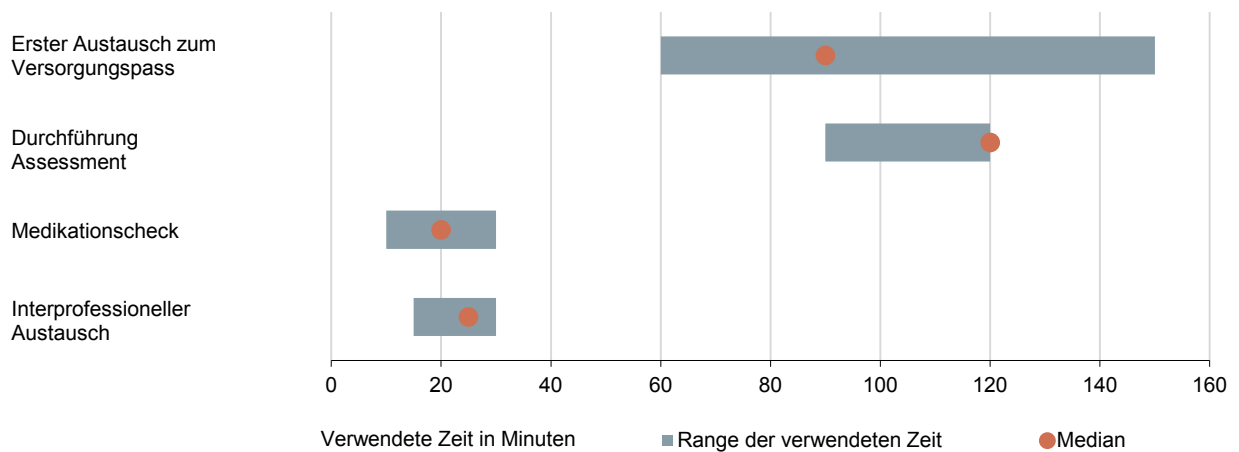
Es wurden *drei Patienten/-innen* in die Umsetzung von Opti-Q eingeschlossen. Die Beschreibung der Patienten/-innen basiert auf zwei Patienten/-innen, die an der Nachbefragung teilgenommen haben:

Weiblich 		Männlich 	
< 60-Jahre		60- bis 80-Jahre  	> 80-Jahre
Guter Gesundheitszustand  	Mässiger Gesundheitszustand		Schlechter Gesundheitszustand

#### I Verwendete Zeit für die Anwendungshilfen von Opti-Q

Die folgende Darstellung zeigt die Range der verwendeten Zeit für die Anwendungshilfen von Opti-Q pro Patienten/-in. Die Darstellung zeigt nur die aufgewendete Zeit durch die *Spitex*, da das Logbuch aus der Hausarztpraxis fehlt.

**D 6.7: Zeitlicher Aufwand pro Anwendungshilfe von Opti-Q**



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf dem Logbuch des rekrutierten Teams (n = 3).

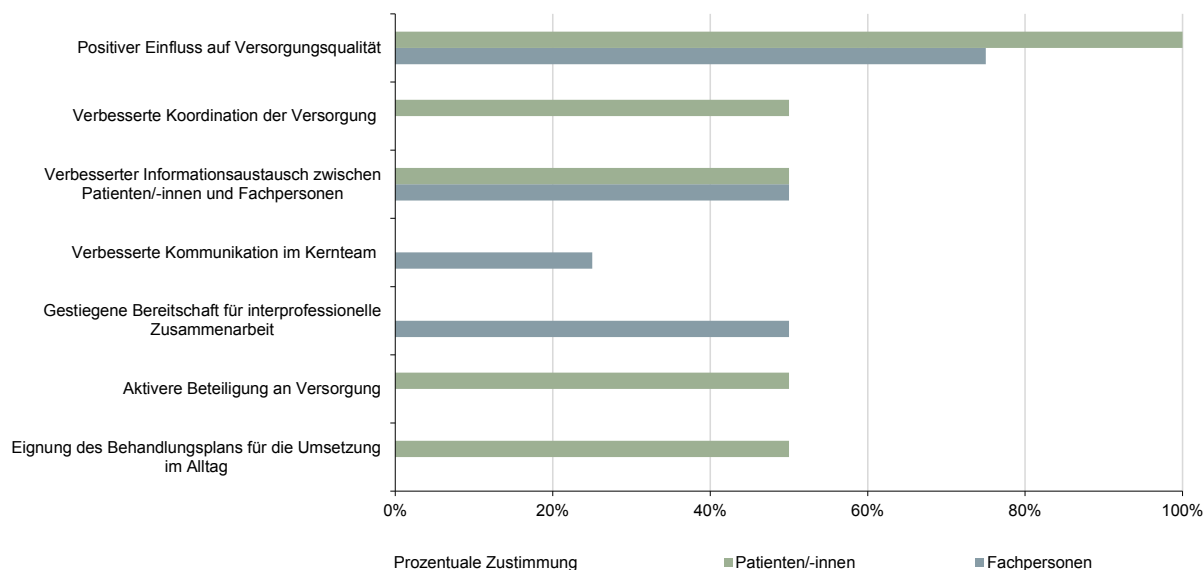
**Einsatz der Anwendungshilfen von Opti-Q**

Die folgende Darstellung zeigt, für wie viele Patienten/-innen die fünf Anwendungshilfen von Opti-Q angewendet wurden.

Versorgungspass	👤 👤
Miteinbezug bei Erstellung Behandlungsplan	👤 👤
Selbstmanagementliste	👤
Medikationscheck	
Assessment	👤 👤

**Wirkung von Opti-Q bei den Patienten/-innen und den Fachpersonen**

Die Wirkungen des Pilotprojekts Opti-Q bei den Patienten/-innen (n = 2) und den Fachpersonen (n = 4) in Bezug auf Versorgungsqualität, Koordination, Kommunikation, interprofessionelle Zusammenarbeit und Beteiligung an der Versorgung sind in der folgenden Darstellung abgebildet. Es wird die Zustimmung zur positiven Wirkung in den abgefragten Kategorien aufgezeigt. Die ersten drei Fragen wurden bei den Nachbefragungen sowohl den Patienten/-innen als auch den Fachpersonen gestellt. Die weiteren Fragen wurden entweder den Fachpersonen oder den Patienten/-innen gestellt.

**D 6.8: Wirkung von Opti-Q bei den Patienten/-innen und Fachpersonen**

Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung der Patienten/-innen (n = 2) und Fachpersonen (n = 4).

Legende: Bei den Items «Verbesserte Koordination der Versorgung» sowie «Verbesserte Kommunikation im Kernteam» antwortete jeweils eine Fachperson mit «Weiss nicht» und beim Item «Verbesserter Informationsaustausch zwischen Patienten/-innen und Fachpersonen» machten zwei Fachpersonen keine Angaben. Bei den beiden Items «Aktivere Beteiligung an Versorgung» und «Umsetzung von Behandlungsplan im Alltag» antwortete ein/-e Patient/-in mit «Teils/teils».

### I Fazit

Die Darstellung zeigt, dass die Patienten/-innen und Fachpersonen einen eher positiven Einfluss von Opti-Q auf die Versorgungsqualität sehen. Die Auswirkungen auf andere Aspekte, wie die interprofessionelle Zusammenarbeit oder die Kommunikation, werden dagegen unterschiedlich bewertet. Dieses rekrutierte Team ist das einzige, bei dem eine Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Spitex stattgefunden hat. Der Zeitaufwand für den Austausch über den Versorgungspass ist überdurchschnittlich hoch, was möglicherweise mit der Art der von der Spitex betreuten Patienten/-innen zusammenhängt.

### A 3.5 Kernteam 5

#### I Rahmenbedingung

Das Team arbeitet in einer *städtischen Region in der Westschweiz*, in einem *Kanton ohne Selbstdispensation*.

#### I Involvierte Fachpersonen bei der Umsetzung von Opti-Q





In der *Apotheke* war ein/-e Apotheker/-in und ein/-e Pharma-Assistent/-in in die Umsetzung von Opti-Q involviert. Den Medikationscheck führte ein/-e Pharma-Assistent/-in durch. Der Austausch mit der Hausarztpraxis lief über den/die Apotheker/-in und über eine Person in Ausbildung.

#### I Teilnahme an der interprofessionellen Fortbildung

Der/die Apotheker/-in hat an der *interprofessionellen Fortbildung* teilgenommen, der/die Pharma-Assistent/-in hat nicht teilgenommen. Aus der Hausarztpraxis hat der Hausarzt/die Hausärztin teilgenommen. Informationen zur Teilnahme von weiteren Personen aus der Hausarztpraxis fehlen.

**I** Eingeschlossene Patienten/-innen

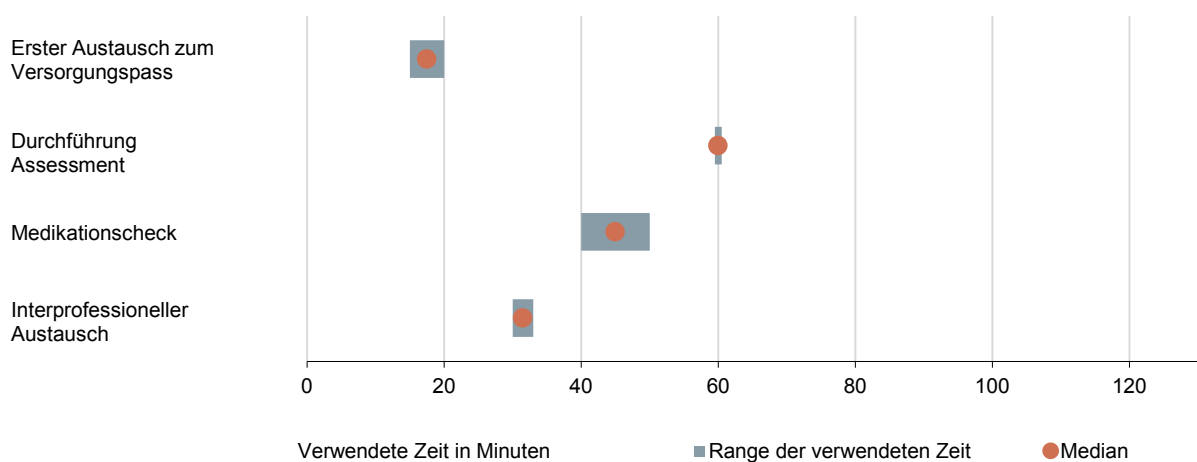
Es wurden zwei Patienten/-innen in die Umsetzung von Opti-Q eingeschlossen. Aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen im Team wurde darauf verzichtet, mehr Patienten/-innen in das Projekt einzubeziehen. Die Beschreibung der Patienten/-innen basiert auf zwei Patienten/-innen, welche die Nachbefragung ausgefüllt haben:

Weiblich 		Männlich	
< 60-Jahre	60- bis 80-Jahre 	> 80-Jahre 	
Guter Gesundheitszustand 	Mässiger Gesundheitszustand		Schlechter Gesundheitszustand

**I** Verwendete Zeit für die Anwendungshilfen von Opti-Q

Die folgende Darstellung zeigt die Range der verwendeten Zeit für die Anwendungshilfen von Opti-Q pro Patienten/-in.

**D 6.9: Zeitlicher Aufwand pro Anwendungshilfe von Opti-Q**







Quelle: Darstellung Interface, basierend auf dem Logbuch des rekrutierten Teams (n = 2).

Legende: Für alle angewendeten Anwendungshilfen haben sowohl Hausarztpraxis als auch Apotheke Zeit in das Logbuch eingetragen, diese wurden hier pro Patienten/-in addiert.

**I** Einsatz der Anwendungshilfen von Opti-Q

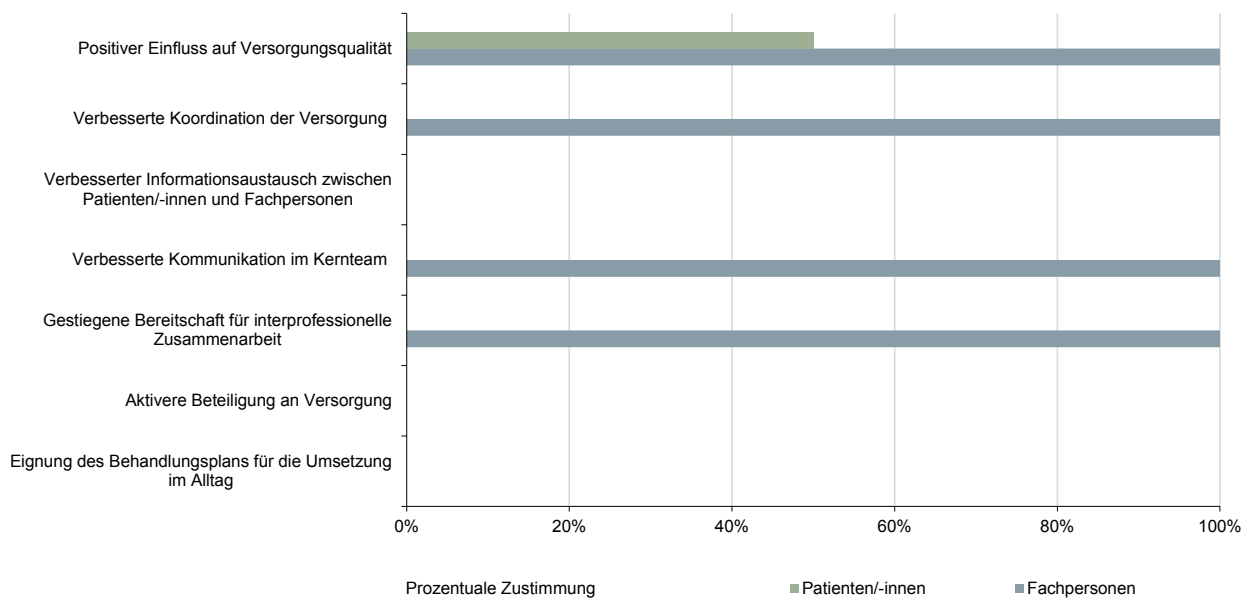
Die folgende Darstellung zeigt, für wie viele Patienten/-innen die fünf Anwendungshilfen von Opti-Q angewendet wurden.

Versorgungspass	
Miteinbezug bei Erstellung Behandlungsplan	
Selbstmanagementliste	
Medikationscheck	
Assessment	

**I Wirkung von Opti-Q bei den Patienten/-innen und den Fachpersonen**

Die Wirkungen des Pilotprojekts Opti-Q bei den Patienten/-innen (n = 2) und den Fachpersonen (n = 2) in Bezug auf Versorgungsqualität, Koordination, Kommunikation, interprofessionelle Zusammenarbeit und Beteiligung an der Versorgung sind in der folgenden Darstellung abgebildet. Es wird die Zustimmung zur positiven Wirkung in den abgefragten Kategorien aufgezeigt. Die ersten drei Fragen wurden bei den Nachbefragungen sowohl den Patienten/-innen als auch den Fachpersonen gestellt. Die weiteren Fragen wurden entweder den Fachpersonen oder den Patienten/-innen gestellt.

**D 6.10: Wirkung von Opti-Q bei den Patienten/-innen und Fachpersonen**



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Patienten/-innen (n = 2) und Fachpersonen (n = 2).

Legende: Bei den Items «Verbesserte Koordination der Versorgung», «Verbesserter Informationsaustausch zwischen Patienten/-innen und Fachpersonen», «Aktivere Beteiligung an Versorgung» und «Umsetzung von Behandlungsplan im Alltag» hat ein/-e Patient/-in mit «Teils/teils» und ein/-e Patient/-in nicht geantwortet.

**I Fazit**

Die Darstellung zeigt, dass die Fachpersonen zur Wirkung von Opti-Q sehr positiv eingestellt sind, während sich die Patienten/-innen skeptischer zeigen. Dieses rekrutierte Team zeigte sich beim Besuch vor Ort sehr davon überzeugt, dass die Versorgung von einer verbesserten Kommunikation zwischen Apotheken und Hausarztpraxen profitieren kann. Es schätzte die Teilnahme an der interprofessionellen Fortbildung und den engeren Austausch durch Opti-Q. Die Fachpersonen sind jedoch der Ansicht, dass der regelmässige telefonische Austausch über die gemeinsamen Patienten/-innen einen grösseren Nutzen schafft als die Kommunikation über den Versorgungspass. Der Versorgungspass wurde daher von den Fachpersonen weniger geschätzt und nicht konsequent genutzt. Dagegen wurde die Medikationscheckliste im Sinne einer klareren Leitlinie für den Austausch mit den Patienten/-innen sehr positiv bewertet.

**A 3.6 Kernteam 6**

**I Rahmenbedingung**

Das Team arbeitet in einer ländlichen Region in der *Deutschschweiz*, in einem *Kanton ohne Selbstdispensation*.

**I Involvierte Fachpersonen bei der Umsetzung von Opti-Q**

In der *Hausarztpraxis* war ein Hausarzt/eine Hausärztin sowie ein/-e MPA und ein/-e MPK in die Umsetzung von Opti-Q involviert. Der Austausch zum Versorgungspass und das Assessment liefen über den Hausarzt/die Hausärztin.




In der *Apotheke* war ein/-e Apotheker/-in und ein/-e Pharma-Assistent/-in in die Umsetzung von Opti-Q involviert. Den Medikationscheck führte der/die Apotheker/-in durch. Der Austausch mit der Hausarztpraxis lief über den/die Apotheker/-in und den/die Pharma-Assistent/-in.

**I Teilnahme an der interprofessionellen Fortbildung**

Der Hausarzt/die Hausärztin und der/die MPK haben an der *interprofessionellen Fortbildung* teilgenommen.

**I Eingeschlossene Patienten/-innen**

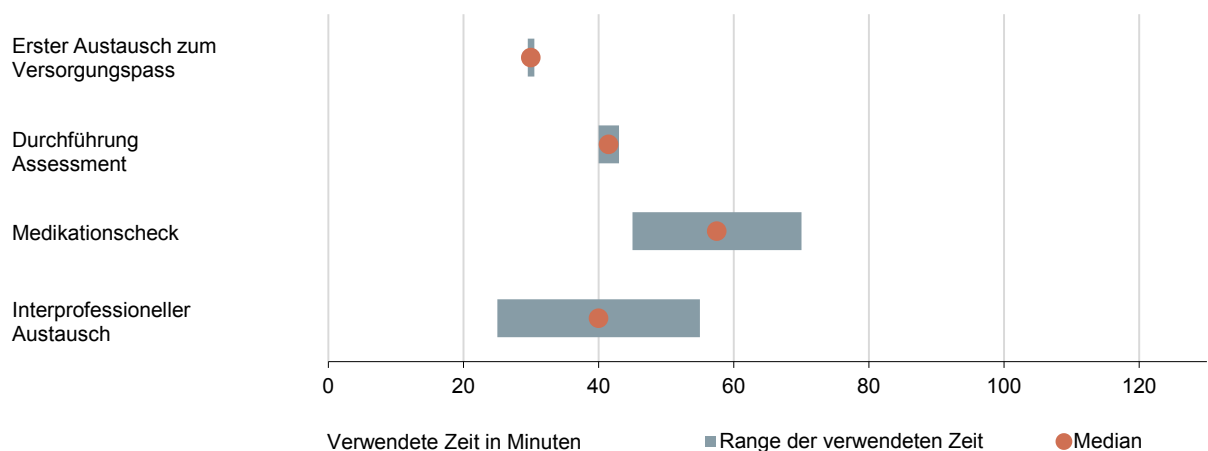
Es wurden *zwei Patienten/-innen* in die Umsetzung von Opti-Q eingeschlossen. Aufgrund der Schwierigkeiten, geeignete Patienten/-innen zu finden, die sprachlich und kognitiv in der Lage und ausreichend fit sind, am Projekt teilzunehmen, wurde davon abgesehen, mehr Patienten/-innen in das Projekt einzubeziehen. Die Beschreibung der Patienten/-innen basiert auf den Angaben eines/einer Patienten/-in, der/die die Nachbefragung ausgefüllt hat:

Weiblich		Männlich		
< 60-Jahre	60- bis 80-Jahre	> 80-Jahre		
Guter Gesundheitszustand	Mässiger Gesundheitszustand	Schlechter Gesundheitszustand		

**I Verwendete Zeit für die Anwendungshilfen von Opti-Q**

Die folgende Darstellung zeigt die Range der verwendeten Zeit für die Anwendungshilfen von Opti-Q pro Patienten/-in.





**D 6.11: Zeitlicher Aufwand pro Anwendungshilfe von Opti-Q**



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf dem Logbuch des rekrutierten Teams.

**I Einsatz der Anwendungshilfen von Opti-Q**

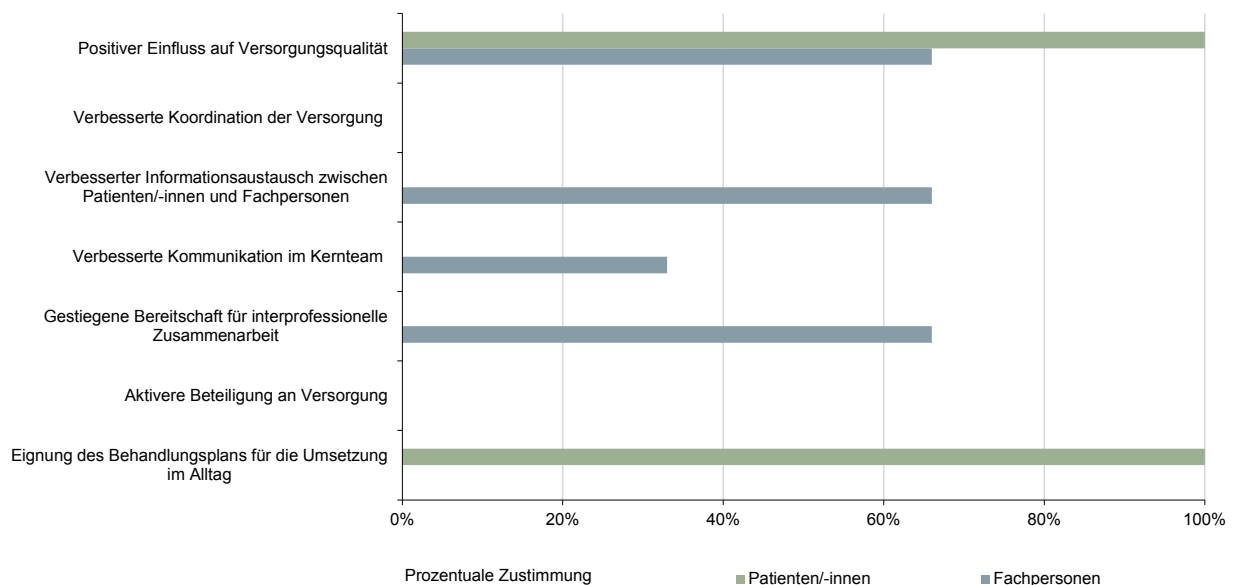
Die folgende Darstellung zeigt, für wie viele Patienten/-innen die fünf Anwendungshilfen von Opti-Q angewendet wurden.

Versorgungspass	
Miteinbezug bei Erstellung Behandlungsplan	
Selbstmanagementliste	
Medikationscheck	
Assessment	

**I Wirkung von Opti-Q bei den Patienten/-innen und den Fachpersonen**

Die Wirkungen des Pilotprojekts Opti-Q bei den Patienten/-innen (n = 1) und den Fachpersonen (n = 3) in Bezug auf Versorgungsqualität, Koordination, Kommunikation, interprofessionelle Zusammenarbeit und Beteiligung an der Versorgung sind in der folgenden Darstellung abgebildet. Es wird die Zustimmung zur positiven Wirkung in den abgefragten Kategorien aufgezeigt. Die ersten drei Fragen wurden bei den Nachbefragungen sowohl den Patienten/-innen als auch den Fachpersonen gestellt. Die weiteren Fragen wurden entweder den Fachpersonen oder den Patienten/-innen gestellt.

**D 6.12: Wirkung von Opti-Q bei den Patienten/-innen und Fachpersonen**



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Patienten/-innen (n = 1) und Fachpersonen (n = 3).

Legende: Beim Item «Verbesserter Informationsaustausch zwischen Patienten/-innen und Fachpersonen» hat eine Fachperson mit «Weiss ich nicht» geantwortet. Bei den Items «Verbesserte Koordination der Versorgung», «Verbesserter Informationsaustausch zwischen Patienten/-innen und Fachpersonen» und «Aktivere Beteiligung an Versorgung» hat ein/-e Patient/-in mit «Teils/teils» geantwortet.

**I Fazit**

Die Darstellung zeigt, dass der/die Patient/-in der Ansicht ist, dass Opti-Q einen positiven Einfluss auf seine/ihre Behandlung hatte. Ansonsten beurteilte er/sie die Wirkung jedoch als eher gering. Auch die Fachpersonen äusserten sich eher zurückhaltend. Nur eine Person ist der Ansicht, dass Opti-Q die Kommunikation im Kernteam verbessert habe. Der Besuch vor Ort ergab, dass bereits vor der Teilnahme an Opti-Q ein gelegentlicher Kontakt und Austausch zwischen dem Hausarzt/der Hausärztin und dem/der Apotheker/-in stattfand. Dieses Team betonte die Schwierigkeit, multimorbide Patienten/-innen für das Projekt zu finden, die kognitiv und körperlich fit genug seien und Lust hätten, an eigenen Gesundheitszielen zu arbeiten. Das Team schätzte insbesondere die informativen Seiten des Versorgungspasses und den Medikationscheck. Das Assessment hingegen fanden die Befragten weniger wichtig und mit zu vielen und teilweise zu persönlichen Fragen versehen.

**A 3.7 Kernteam 7**

**I Rahmenbedingung**

Das Team arbeitet in einer *städtischen Region in der Deutschschweiz*, in einem *Kanton mit Selbstdispensation*.

**I Involvierte Fachpersonen bei der Umsetzung von Opti-Q**








Dieses Team bestand ausschliesslich aus Fachpersonen einer Hausarztpraxis. In der *Hausarztpraxis* war ein Hausarzt/eine Hausärztin und ein/-e MPK in die Umsetzung von Opti-Q involviert. Der Austausch zum Versorgungspass lief über den/die MPK, das Assessment und der Medikationscheck wurden vom Hausarzt/von der Hausärztin und dem/der MPK durchgeführt.

**I Teilnahme an der interprofessionellen Fortbildung**

Von diesem Team hat niemand an der *interprofessionellen Fortbildung* teilgenommen.

**I Eingeschlossene Patienten/-innen**

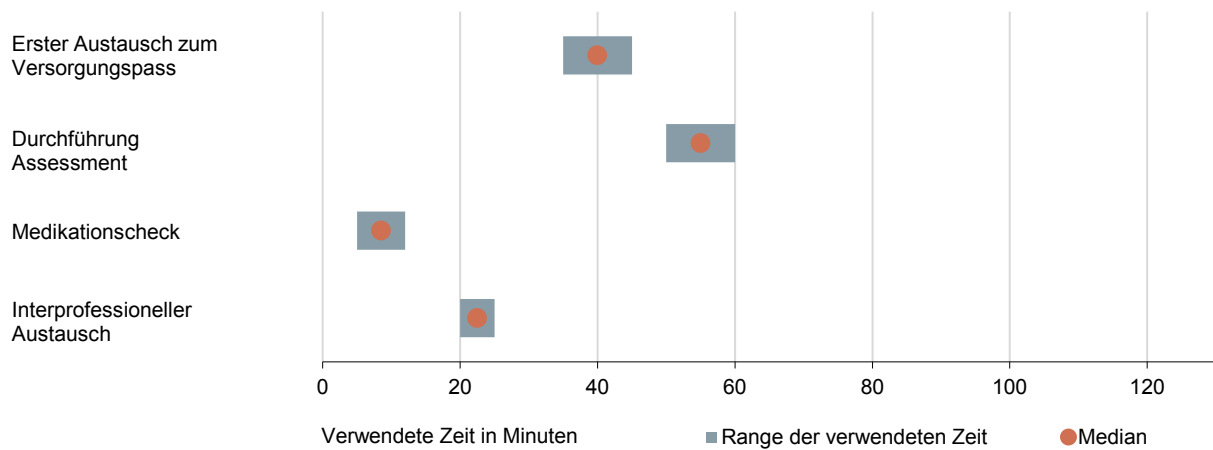
Es wurden *zwei Patienten/-innen* in die Umsetzung von Opti-Q eingeschlossen. Die Beschreibung der Patienten/-innen basiert auf zwei Patienten/-innen, welche die Nachbefragung ausgefüllt haben:

Weiblich 		Männlich 	
< 60-Jahre		60- bis 80-Jahre  	> 80-Jahre
Guter Gesundheitszustand  	Mässiger Gesundheitszustand 	Schlechter Gesundheitszustand	

**I Verwendete Zeit für die Anwendungshilfen von Opti-Q**

Die folgende Darstellung zeigt die Range der verwendeten Zeit für die Anwendungshilfen von Opti-Q pro Patienten/-in.

D 6.13: Zeitlicher Aufwand pro Anwendungshilfe von Opti-Q



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf dem Logbuch des rekrutierten Teams (n = 2).

**Einsatz der Anwendungshilfen von Opti-Q**

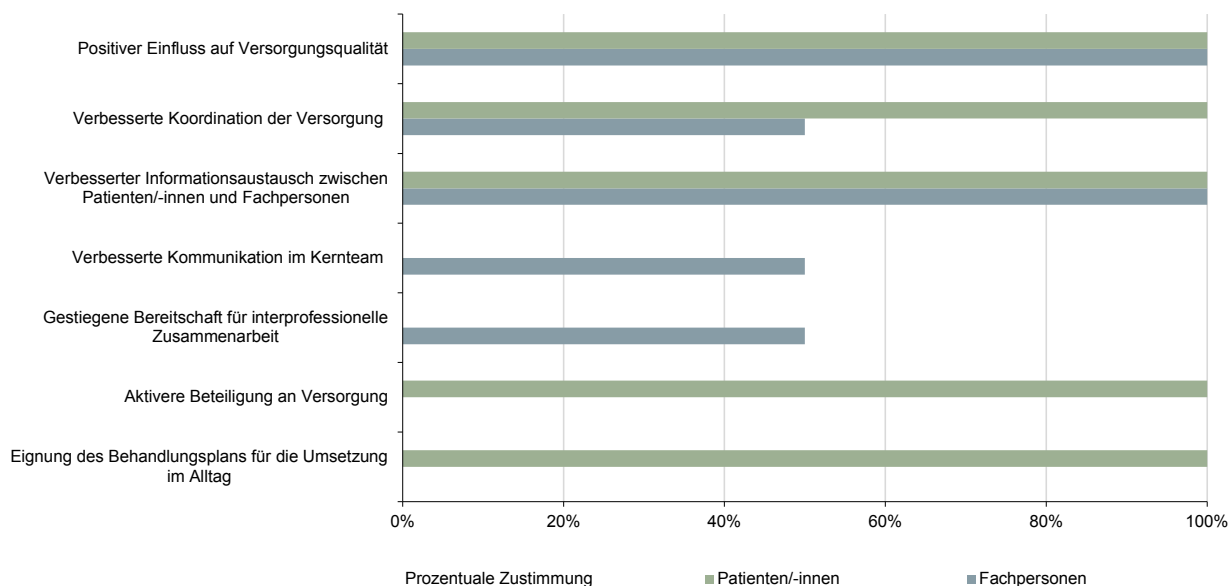
Die folgende Darstellung zeigt, für wie viele Patienten/-innen die fünf Anwendungshilfen von Opti-Q angewendet wurden.

Versorgungspass	2 Personen
Miteinbezug bei Erstellung Behandlungsplan	2 Personen
Selbstmanagementliste	1 Person
Medikationscheck	2 Personen
Assessment	2 Personen

**Wirkung von Opti-Q bei den Patienten/-innen und den Fachpersonen**

Die Wirkungen des Pilotprojekts Opti-Q bei den Patienten/-innen (n = 2) und den Fachpersonen (n = 2) in Bezug auf Versorgungsqualität, Koordination, Kommunikation, interprofessionelle Zusammenarbeit und Beteiligung an der Versorgung sind in der folgenden Darstellung abgebildet. Es wird die Zustimmung zur positiven Wirkung in den abgefragten Kategorien aufgezeigt. Die ersten drei Fragen wurden bei den Nachbefragungen sowohl den Patienten/-innen als auch den Fachpersonen gestellt. Die weiteren Fragen wurden entweder den Fachpersonen oder den Patienten/-innen gestellt.

D 6.14: Wirkung von Opti-Q bei den Patienten/-innen und Fachpersonen



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Patienten/-innen (n = 2) und Fachpersonen (n = 2).

**I Fazit**

Die Darstellung zeigt, dass die Wirkung von Opti-Q von den Patienten/-innen und auch von den Fachpersonen sehr positiv eingeschätzt wird. Dies gilt sowohl im Hinblick auf die Qualität der Versorgung, den Informationsaustausch zwischen Patienten/-innen und Fachpersonen als auch auf die aktive Beteiligung an der Versorgung. Dieses Team führte Opti-Q ohne Zusammenarbeit mit einer Apotheke und ohne die Teilnahme an der interprofessionellen Fortbildung durch. Das Team kritisierte, dass ähnliche Aspekte wie ein Medikationscheck oder die Formulierung von Gesundheitszielen bereits im internen System vorgesehen seien und die Dokumentation in analoger Form viel Zeit in Anspruch nehme. Dass das Team durch Opti-Q mehr Zeit für die Patienten/-innen hatte, wurde vom Team zwar geschätzt, gleichzeitig wurde aber betont, dass dieser Mehraufwand im getakteten Versorgungsalltag realistischerweise nicht umgesetzt werden könne.

**A 3.8 Kernteam 8**

**I Rahmenbedingung**

Das Team arbeitet in einer *grossen Gemeinde in der Deutschschweiz*, in einem *Kanton mit Selbstdispensation*.

**I Involvierte Fachpersonen bei der Umsetzung von Opti-Q**

In der *Hausarztpraxis* war ein Hausarzt/eine Hausärztin und ein/-e MPK in die Umsetzung von Opti-Q involviert. Der Austausch mit dem/der Patienten/-in zum Versorgungspass und das Assessment liefen über den/die MPK.



In der *Apotheke* war ein/-e Apotheker/-in in die Umsetzung von Opti-Q involviert. Den Medikationscheck führte der/die Apotheker/-in zusammen mit dem/der MPK durch. Der Austausch mit der Hausarztpraxis lief über den/die MPK.

**I Teilnahme an der interprofessionellen Fortbildung**

Der/die Apotheker/-innen, der Hausarzt/die Hausärztin und der/die MPK haben an der *interprofessionellen Fortbildung* teilgenommen.

**I** Eingeschlossene Patienten/-innen

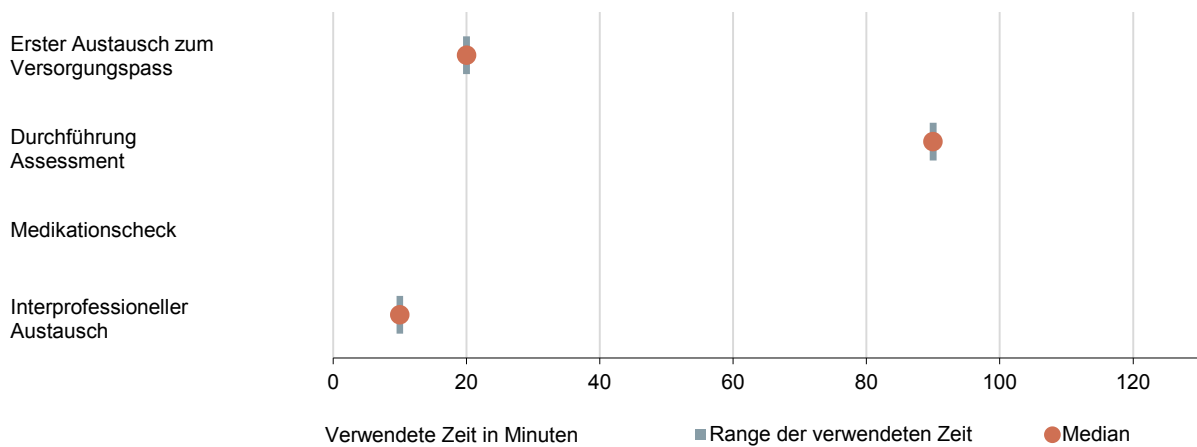
Es wurde *ein/-e Patient/-in* in die Umsetzung von Opti-Q eingeschlossen. Aufgrund fehlender Schnittmenge an Patienten/-innen zwischen Apotheke und Hausarztpraxis wurde darauf verzichtet, mehr Patienten/-innen in das Projekt einzubeziehen. Die Beschreibung des/der Patienten/-in basiert auf den Angaben des/der Patienten/-in, welche/-r die Nachbefragung ausgefüllt hat:

Weiblich		Männlich	
			
< 60-Jahre	60- bis 80-Jahre	> 80-Jahre	
Guter Gesundheitszustand	Mässiger Gesundheitszustand	Schlechter Gesundheitszustand	

**I** Verwendete Zeit für die Anwendungshilfen von Opti-Q

Die folgende Darstellung zeigt die Range der verwendeten Zeit für die Anwendungshilfen von Opti-Q pro Patienten/-in.

**D 6.15: Zeitlicher Aufwand pro Anwendungshilfe von Opti-Q**





Quelle: Darstellung Interface, basierend auf dem Logbuch des rekrutierten Teams (n = 1).

Legende: Für den Medikationscheck wurden keine Daten erhoben.

**I** Einsatz der Anwendungshilfen von Opti-Q

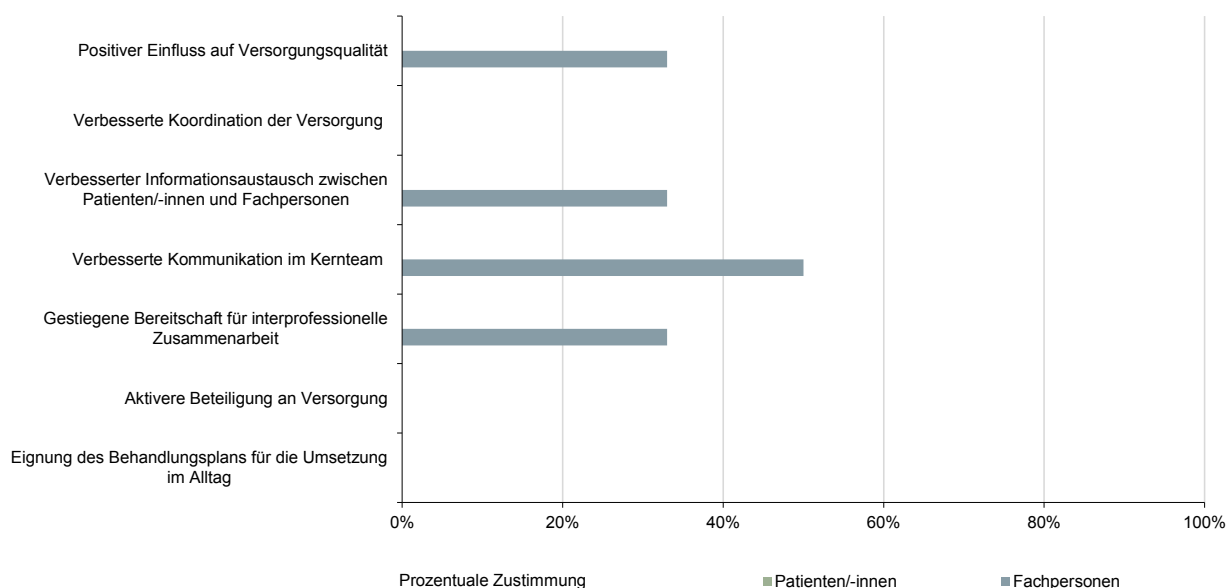
Die folgende Darstellung zeigt, für wie viele Patienten/-innen die fünf Anwendungshilfen von Opti-Q angewendet wurden.

Versorgungspass	
Miteinbezug bei Erstellung Behandlungsplan	
Selbstmanagementliste	
Medikationscheck	
Assessment	

**I Wirkung von Opti-Q bei den Patienten/-innen und den Fachpersonen**

Die Wirkungen des Pilotprojekts Opti-Q bei den Patienten/-innen (n = 1) und den Fachpersonen (n = 3) in Bezug auf Versorgungsqualität, Koordination, Kommunikation, interprofessionelle Zusammenarbeit und Beteiligung an der Versorgung sind in der folgenden Darstellung abgebildet. Es wird die Zustimmung zur positiven Wirkung in den abgefragten Kategorien aufgezeigt. Die ersten drei Fragen wurden bei den Nachbefragungen sowohl den Patienten/-innen als auch den Fachpersonen gestellt. Die weiteren Fragen wurden entweder den Fachpersonen oder den Patienten/-innen gestellt.

**D 6.16: Wirkung von Opti-Q bei den Patienten/-innen und Fachpersonen**



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Patienten/-innen (n = 1) und Fachpersonen (n = 3).

Legende: Beim Item «Verbesserte Koordination der Versorgung» und «Verbesserte Kommunikation im Kernteam» hat eine Fachperson mit «Weiss nicht» geantwortet. Beim Item «Positiver Einfluss auf Versorgungsqualität» gab es seitens Fachpersonen eine Person, die keine Angabe gemacht hat. Bei «Verbesserter Informationsaustausch zwischen Patienten/-innen und Fachpersonen» haben zwei Fachpersonen keine Angaben gemacht. Beim Item «Umsetzung von Behandlungsplan im Alltag» hat ein Patient mit «Weiss nicht» geantwortet.

**I Fazit**

Die Darstellung zeigt, dass die meisten Beteiligten die Wirkung als nicht sehr positiv einschätzen. Die Umsetzung von Opti-Q in diesem rekrutierten Team war aufgrund der fehlenden Schnittmenge der Patienten/-innen zwischen Hausarztpraxis und Apotheke schwierig. Laut Aussage des/der Apothekers/-in war die Hausarztpraxis aufgrund der Konkurrenzsituation durch die Selbstdispensation in diesem Kanton nicht bereit, Patienten/-innen an die Apotheke abzugeben. Dementsprechend wurde Opti-Q nur mit einem/einer Patienten/-in durchgeführt. Der /die Apotheker/-in bemängelt zudem die fehlende Kommunikation von Informationen zum/zur Patienten/in vor dem Termin des Medikationschecks, so dass die Möglichkeit der Vorbereitung fehlte. Die Kommunikation über den Versorgungspass wurde vom Apotheker/von der Apothekerin als nicht ausreichend angesehen.

### A 3.9 Kernteam 9

#### I Rahmenbedingung

Das Team arbeitet in einer *städtischen Region in der Deutschschweiz*, in einem *Kanton mit Selbstdispensation*.

#### I Involvierte Fachpersonen bei der Umsetzung von Opti-Q




In der *Hausarztpraxis* war ein/-e MPK und ein/-e MPA in die Umsetzung von Opti-Q involviert. Der Austausch zum Versorgungspass und das Assessment liefen über den/die MPK. Es fand während der Pilotlaufzeit kein vertiefter Medikationscheck statt.

#### I Teilnahme an der interprofessionellen Fortbildung

Der/die MPA und der/die MPK haben an der *interprofessionellen Fortbildung* teilgenommen.

#### I Eingeschlossene Patienten/-innen

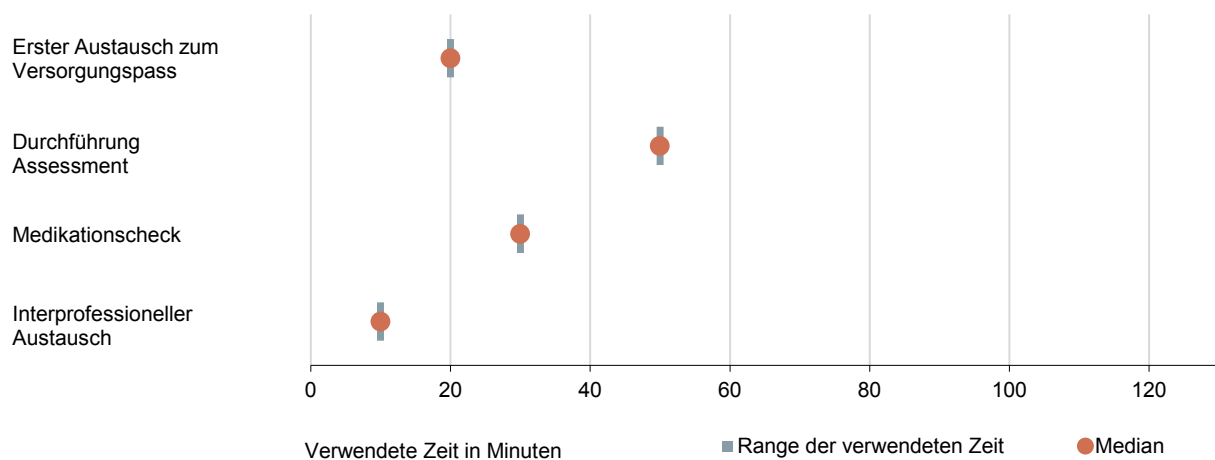
Es wurden *zwei Patienten/-innen* in die Umsetzung von Opti-Q eingeschlossen. Gestartet hat das Team mit drei Patienten/-innen, wovon zwei aus persönlichen Gründen abgebrochen haben. Weil das Projekt gemäss Fachpersonen zu viele zeitliche Ressourcen braucht, wurde im Team darauf verzichtet, weitere Patienten/-innen in das Projekt einzubeziehen. Das nachfolgende Patientenprofil beruht auf der Angabe einer Person, welcher die Nachbefragung beantwortet hat:

Weiblich		Männlich		
< 60-Jahre		60- bis 80-Jahre		> 80-Jahre
Guter Gesundheitszustand		Mässiger Gesundheitszustand		Schlechter Gesundheitszustand

#### I Verwendete Zeit für die Anwendungshilfen von Opti-Q

Die folgende Darstellung zeigt die Range der verwendeten Zeit für die Anwendungshilfen von Opti-Q pro Patienten/-in.





**D 6.17: Zeitlicher Aufwand pro Anwendungshilfe von Opti-Q**



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf dem Logbuch des rekrutierten Teams (n = 1).

**I Einsatz der Anwendungshilfen von Opti-Q**

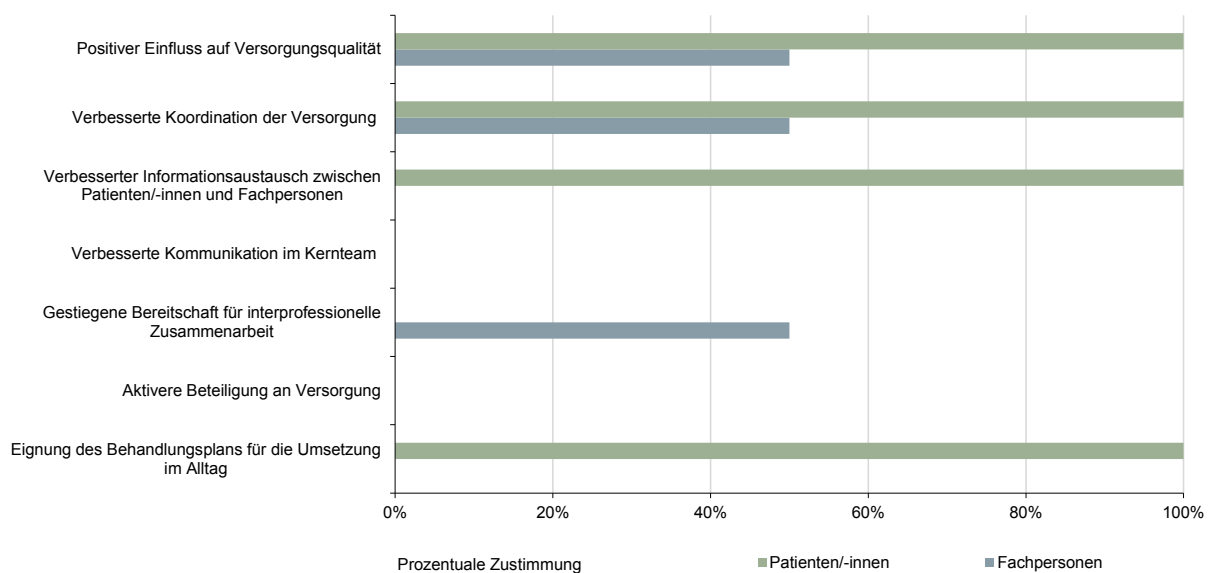
Die folgende Darstellung zeigt, für wie viele Patienten/-innen die fünf Anwendungshilfen von Opti-Q angewendet wurden.

Versorgungspass	
Miteinbezug bei Erstellung Behandlungsplan	
Selbstmanagementliste	
Medikationscheck	
Assessment	

**I Wirkung von Opti-Q bei den Patienten/-innen und den Fachpersonen**

Die Wirkungen des Pilotprojekts Opti-Q bei den Patienten/-innen (n = 1) und den Fachpersonen (n = 2) in Bezug auf Versorgungsqualität, Koordination, Kommunikation, interprofessionelle Zusammenarbeit und Beteiligung an der Versorgung sind in der folgenden Darstellung abgebildet. Es wird die Zustimmung zur positiven Wirkung in den abgefragten Kategorien aufgezeigt. Die ersten drei Fragen wurden bei den Nachbefragungen sowohl den Patienten/-innen als auch den Fachpersonen gestellt. Die weiteren Fragen wurden entweder den Fachpersonen oder den Patienten/-innen gestellt.

**D 6.18: Wirkung von Opti-Q bei den Patienten/-innen und Fachpersonen**



Quelle: Darstellung Interface, basierend auf der Nachbefragung von Patienten/-innen (n = 1) und Fachpersonen (n = 2).

Legende: Bei den Items «Es fand während der Projektlaufzeit keine vertiefte Beratung bezüglich Erkrankungen in der Apotheke statt» und «Verbesserte Kommunikation im Kernteam» antwortete eine Fachperson mit «Weiss nicht» und beim Item «Verbesserter Informationsaustausch zwischen Patienten/-innen und Fachpersonen» wurde von beiden Fachpersonen keine Angabe gemacht. Beim Item «Aktivere Beteiligung an Versorgung» antwortete ein/-e Patient/-in mit «Teils/teils».

**I Fazit**

Die Darstellung zeigt, dass der/die Patient/-in die Teilnahme an Opti-Q sehr positiv wahrnahm. Die Fachpersonen hingegen waren bei der Beurteilung zurückhaltender. Dieses rekrutierte Team führte Opti-Q in Eigenregie und ohne Kooperation mit einer Apotheke durch. Der zeitliche Aufwand für die Einarbeitung in Opti-Q inklusive der geforderten interprofessionellen Fortbildung wurde als zu intensiv empfunden. Ausserdem wurde die Fortbildung als wenig hilfreich für das Projekt wahrgenommen. Die Fachpersonen empfanden die analoge Version des Versorgungspasses ohne digitale Erfassungsmöglichkeit als wenig hilfreich. Daher verzichtete das Team nach Abbruch von zwei Patienten/-innen auf weitere Rekrutierungen.

**A 3.10 Kernteam 10**

**I Rahmenbedingung**

Das Team arbeitet in einer *ländlichen Region im Tessin*, in einem *Kanton ohne Selbstdispensation*.

**I Involvierte Fachpersonen bei der Umsetzung von Opti-Q**

In der *Hausarztpraxis* war ein Hausarzt/eine Hausärztin in die Umsetzung von Opti-Q involviert. Es hat kein Austausch zum Versorgungspass stattgefunden. Es war keine Zusammenarbeit mit einer *Apotheke* gegeben.

**I Teilnahme an der interprofessionellen Fortbildung**

Der Hausarzt/die Hausärztin hat an der *interprofessionellen Fortbildung* teilgenommen.

**I Eingeschlossene Patienten/-innen**



Es wurde *ein/-e Patient/-in* in die Umsetzung von Opti-Q eingeschlossen. Aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten wurde darauf verzichtet, mehr Patienten/-innen in das Projekt einzubeziehen. Der/die Patient/-in hat die Nachbefragung nicht ausgefüllt.

**I Verwendete Zeit für die Anwendungshilfen von Opti-Q**

Dazu fehlen die Angaben, weil kein Logbuch ausgefüllt wurde.

**I Einsatz der Anwendungshilfen von Opti-Q**

Die folgende Darstellung zeigt, für wie viele Patienten/-innen die fünf Anwendungshilfen von Opti-Q angewendet wurden.

Ausgehändigter Versorgungspass	
Miteinbezug bei Erstellung Behandlungsplan	
Information über Selbstmanagementliste	
Medikationscheck	
Assessment	

**I Wirkung von Opti-Q bei den Patienten/-innen und den Fachpersonen**

Die erzielten Wirkungen des Pilotprojekts Opti-Q bei diesem Team kann nicht evaluiert werden, weil der/die Patient/-in den Fragebogen nicht beantwortet hat und die Fachperson bei den Wirkungen «Weiss nicht» angegeben hat.

**I Fazit**

Die Fachperson ist aus dem Projekt ausgestiegen, weil die Umsetzung aufgrund von Sprachbarrieren sehr kompliziert war. Das Problem lag insbesondere darin, dass in der Apotheke italienisch gesprochen wird, die meisten Patienten/-innen aber deutschsprachig sind. Somit kam weder ein deutscher noch ein italienischer Versorgungspass in Frage. Als weitere Gründe gab die Fachperson an, dass der zeitliche Aufwand für die Erklärung des Projektes als zu gross empfunden wurde. Zudem würde sie bereits interprofessionell mit der Spitex, der Apotheke, dem Spital und weiteren Fachpersonen zusammenarbeiten. Sie sehe somit keinen zusätzlichen Nutzen im Versorgungspass. Das Assessment hingegen wurde angewendet und als nützlich empfunden.

**A 3.11 Kernteam 11****I Hintergrund**

Das Team arbeitet in einer *städtischen Region in der Deutschschweiz*, in einem *Kanton mit Selbstdispensation*. Dieses Team schloss eine/-n Patienten/-in in das Projekt ein und führte kein Logbuch. Weder die Fachpersonen noch der/die Patient/-in nahmen an der Befragung teil. Das rekrutierte Team war ausserdem nicht bereit, an der teilnehmenden Beobachtung oder den Gruppendiskussionen teilzunehmen. Als Grund wurde fehlende Zeit angegeben. Auch auf die Teilnahme an der interprofessionellen Fortbildung hat dieses Team verzichtet. Daher kann für dieses Team keine Aussage getroffen werden.

**A 3.12 Kernteam 12****I Hintergrund**

Das Team arbeitet in einer *städtischen Region in der Deutschschweiz*, in einem *Kanton mit einem Mischsystem (mit/ohne Selbstdispensation)*. Das Team hat keine Patienten/-innen in die Umsetzung von Opti-Q eingeschlossen und nicht an der Evaluation teilgenommen.

**A 3.13 Kernteam 13****I Hintergrund**

Das Team arbeitet in einer *städtischen Region in der Deutschschweiz*, in einem *Kanton mit Selbstdispensation*. Das Team hat keine Patienten/-innen eingeschlossen und nicht an der Evaluation teilgenommen.

**A 4 Expertenberichte**

Für die vorliegende Evaluation wurde von drei Experten/-innen eine schriftliche Expertise zur Umsetzung von Opti-Q eingeholt:

- Prof. Dr. Chris Salisbury (emeritierter Professor für Primary Health Care, Bristol Medical School, Universität Bristol, Grossbritannien)
- Prof. Dr. Stefan Neuner-Jehle (Assistenzprofessor für Chronische Krankheiten und Multimorbidität in der Hausarztmedizin, Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich und Zentrum für Hausarztmedizin und Community Care, Universität Luzern)
- Dr. Damien Cateau (Apotheker, Unisanté, Lausanne und Lehrbeauftragter, Abteilung Pharmazie, Universität Genf) und Prof. Dr. Marie-Paule Schneider (assoziierte Professorin für Patient compliance und Interprofessionalität, Abteilung Pharmazie, Universität Genf)

Auf den folgenden Seiten finden sich die drei Expertisen in der Reihenfolge der aufgeführten Experten/-innen.

# OptiQ review

## Introduction

This report provides a review of the OptiQ project, the problems it is designed to solve and the justification for the proposed solutions. It considers the advantages and disadvantages of the products and pathways employed and includes suggestions for improvement. It also provides a comparison with alternative, potentially more suitable approaches when for providing patient-centred, interprofessional care for multimorbid patients.

## The problem

The prevalence of multimorbidity is increasing. This is associated with a range of problems for patients, including poor quality of life, increased mortality, and a high burden of treatment.<sup>1,2</sup> Patients often see many different health professionals, leading to a lack of communication and co-ordination of care between them.<sup>3</sup> Each professional member of staff tends to focus on one aspect of the patient's care, driven by the staff member's interests and specialism, with no-one taking responsibility for the whole picture. Treatment plans can fail to take account of the individual patient's social circumstances, other health problems, or personal priorities. For individual health professionals, recommending appropriate treatment is difficult because most guidelines are based on evidence from patients with single health conditions and fail to account for the needs of patients with multiple conditions.<sup>4</sup> Patients with multimorbidity account for a high proportion of consultations and expenditure in both primary and secondary care. The fragmented nature of services means that there are both duplication and gaps in care, which are likely to be associated with inefficiency and both over and under treatment. From the perspective of society, multimorbidity is a problem of health equity because it is much more prevalent in areas of socio-economic deprivation.<sup>5</sup>

Many of these problems are exacerbated in Switzerland by the nature of the health care system. Despite well-funded and high quality provision of health care, the federalist structure, dominance of specialist care, complex payment system largely based on fee for service, large number of small providers and absence of linked electronic records all make it harder to provide integrated care organised around the patient's needs as a whole.<sup>6</sup>

## The proposed solution from OptiQ

The problems described above led to several key reports from international bodies.<sup>7-11</sup> The Canton of Vaud reviewed these reports and developed the consensus-based framework which underpins the OptiQ intervention.<sup>12</sup>

OptiQ is based on a patient-centred or person-centred care model. This is a widely recommended but nebulous concept that has been defined in various ways. The ambiguity of the concept makes it challenging to critique or compare interventions which claim to be 'patient-centred'.<sup>13</sup> In the context of the management of patients with multimorbidity, interventions based on a patient-centred model generally have the following characteristics:

- A focus on the **whole patient**, including consideration of the different physical, mental and social problems affecting the patient and how they interact.
- Identifying the **patient's own individual priorities**, capabilities and circumstances.
- **Promoting self management and shared decision making** – the idea that the patient is responsible for their own health, is the expert on their own needs, and should be given the information and opportunity to share in decisions about their care

- Encouraging **continuity of care** so that the individual usually consults with a health care professional that they know and trust, and who takes responsibility for co-ordinating their care when a range of specialists are also involved.
- A **care and support plan**, which is goal orientated and shared between the patient and health care professionals, often as a written document.

In addition to the above patient-centred concepts, several other strategies are common to interventions designed to improve management of patients with multimorbidity, including:

- Involving the skills of different health care professionals, both to maximise efficiency through role substitution (e.g. from doctors to nurses) and to ensure that patients benefit from the expertise of professionals such as pharmacists and physiotherapists
- Improved collaboration and communication between primary care and specialists
- Structured medication review, often conducted by a pharmacist to reduce unnecessary medication, simplify medication regimes, and encourage patient understanding and compliance in patients with complex medication regimes.

The OptiQ intervention draws on all of the above ideas, and also includes inter-professional training to clarify the aims of the intervention, the roles of different professionals and how to improve communication between them. OptiQ also provides financial support for the longer consultations anticipated for patients included in the program.

Stokes et al have published a review of intervention components included in published models of care for multimorbidity, and how these have changed in emphasis over time (see Appendix).<sup>14</sup> The online supplement to the paper provides a summary of these intervention components.<sup>15</sup>

## Evidence in support of this approach

Although there is broad consensus that management needs to be more patient-centred and the key components of complex interventions for multimorbidity, the evidence that supports each of these components (not specifically in multimorbidity) is inconsistent. Systematic reviews have identified some studies suggesting benefits in patient adherence, clinical outcomes and use of health services from patient-centred interventions, but results in other studies have been conflicting.<sup>16,17</sup> The argument for patient-centred care is sometimes based more on value judgements about good care rather than demonstrable evidence of effectiveness in improving health outcomes. This is not to undermine the importance of trying to design care models that are patient-centred, as it is arguable that this is valid end in itself.<sup>18</sup>

## Evidence for combined interventions for multimorbidity

In a systematic review of trials of combined interventions to improve management of multimorbidity, Smith *et al* identified 16 RCTs.<sup>19</sup> All of these interventions were multi-faceted, with most including combinations of care-coordination, self-management support and medicines management components. The review identified evidence of little or no impact on health-related quality of life, mental health, self-efficacy, patient health behaviours, healthcare utilisation, numbers of medicines or medication adherence. Most trials were of high quality, but the review authors judged the evidence uncertain because of heterogeneity between the populations, interventions and outcomes included.

Of particular relevance to OptiQ are four trials of interventions including medicines management included in the review. These had mixed effects on medication appropriateness and potentially inappropriate prescribing. This is consistent with an earlier Cochrane review of medicine management interventions to promote medication adherence, which concluded that most current interventions are complex and of limited effectiveness.<sup>20</sup> This is supported by a more recent review by McCahon et al,<sup>21</sup> which also usefully summarises the similarities and differences between medication review models.

Also of possible relevance to OptiQ is a systematic review of studies of personalised care planning.<sup>22</sup> This found small positive results for patients' ability to self-care, but not for generic health status. Most of the included trials were in patients with diabetes, rather than multimorbidity, so generalisability to the OptiQ population cannot be assumed.

The limited evidence for the benefits of complex interventions to improve care for multimorbidity should not necessarily be interpreted as evidence of a lack of benefit. Instead, it demonstrates uncertainty and the need for greater attention to the theory and mechanism of change, difficulties with implementation, and challenges for evaluation.<sup>23</sup>

## Implementation problems

The lack of benefit observed in previous studies of complex patient-centred interventions for multimorbidity partly be due to difficulties in implementation.<sup>24</sup> The large number of eligible patients, and the changes in staffing, training, practice recall systems and financial support needed, suggest that meaningful improvement requires a whole system change. If the new intervention is only provided to a small number of patients in a practice for a limited period, by health care professionals who are unfamiliar with the new approach, it is unlikely to become normalised. General practice sits within a complex health ecosystem which has traditionally been segregated by specialism and disease, and there may need to be co-ordinated changes in many different parts of the system to improve communication and co-ordination of care. Finally, most patients only have one or two reviews each year, and it is unrealistic to expect major patient or practice benefits after just one or two reviews. Although we do not yet have evidence of clinical benefits, it is likely it would take several cycles of reviews (therefore several years) before such effects would become apparent.

Throughout Europe there have been important changes in health care delivery and staffing since the Covid 19 pandemic. There has been an increase in remote working and in part-time working, and shortages of several types of staff. This makes it more difficult to offer the continuity of care and personalised care that is particularly important in patients with multiple long-term conditions.<sup>25,26</sup>

These issues are pertinent to the OptiQ approach. Only a very small proportion of eligible patients in each practice will be offered the OptiQ intervention, so it will be hard to achieve the intended changes in staff consultation behaviours. The inclusion criteria for OptiQ appear to be very broad. It will probably include some people without complex problems while other patients with the greatest potential to benefit do not receive the intervention. This reduces the potential to show benefit from the intervention.

## OptiQ - advantages and disadvantages of the products and pathways and how they might be improved

The OptiQ intervention largely reflects current ideas about best practice. The documents for patients and staff clearly set out the aims and strategies to be used in the program. Importantly, funding is provided to allow the core team to undertake an accredited program of training together to enhance shared understanding of the philosophy of the programme. Evaluation via a patient questionnaire is integrated into the process. The fact that OptiQ is established primarily as a service improvement initiative, with the backing of a broad consortium of national organisations, provides support and credibility and overcomes some of the problems of an intervention within the context of a research trial.

### Assessment/review tool.

This review seems very structured. It includes important questions about health, well-being and risk factors. Obtaining information about these and identifying problems such as frailty can provide a focus for discussion in subsequent consultations, although this depends on the information reaching someone who can provide help, presumably via the care passport. The impact of the review itself is likely to be limited since it is primarily an exercise in collecting information, and not directly connected to improving management of any problems identified.

Although the first step in care as described in 'Recommendations for clinical practice'<sup>12</sup> is to find out the person's main concerns, the checklist template does not start with an opportunity for patients to say what matters to them – this undermines the intention to treat 'patients as partners'. Instead, the review starts with structured questions about energy, walking etc., which might not necessarily feel relevant to the patient. This may undermine patient engagement with the exercise. Because the review moves between different topics with little obvious connection between them from the patient's point of view, this could easily lead to a 'tick box' mentality, especially when combined with staff perceptions of a shortage of time.

The assessment tool includes important sections of questions to screen for cognitive impairment, depression, and incontinence, and to enquire about social support. But these are omitted if the person answers positively to just two questions about feeling full of energy and having no difficulty in walking. I am not aware of any evidence for the sensitivity and specificity of this approach. I would recommend that the OptiQ developers review the evidence for whether the existing two screening questions reliably detect most people with poor physical or mental health, quality of life or social care problems in the context of multimorbidity. There are other brief screening tools for depression, anxiety and cognitive impairment which do have evidence to support them and may be more appropriate eg the PHQ2, GAD2 and 6 CIT or mini-COG.

The review tool covers several topics but perhaps spends too long on some topics while omitting others. There are quite a lot of questions about nutrition asked of everyone, which might not always be necessary. I would view questions about depression and anxiety to be a higher priority in patients with multimorbidity, since these are very common problems. There are individual questions about stress and memory problems in the context of loss of weight, but these do not properly address the issues.

In recent years there has been recognition of the problem of burden of treatment since patients with multimorbidity have numerous appointments, tests, medications and lifestyle recommendations.<sup>27</sup> It would be useful to include some questions about this in the review, for example using the Multimorbidity Treatment Burden Questionnaire.<sup>28</sup>

There are few questions about physical activity and exercise in the assessment. Given that exercise is one of the few interventions with good evidence of benefit in multimorbidity,<sup>29</sup> this could be a stronger focus of the review.

OptiQ obtains useful information about the patient's lifestyle and well-being. It seems a missed opportunity not to at the same time collect information about important health parameters such as BP and weight, which (for patients with multimorbidity) will otherwise have to be collected at other appointments. Similarly, not to use the review to check on whether the patient has had appropriate preventive activities e.g relevant vaccinations and screening activities (cervical smears, mammograms, bowel cancer screening etc) in line with national guidelines. Both of these activities are included in other well-developed models for multimorbidity, such as in the 3D intervention.<sup>30,31</sup>

In many countries, patients with conditions such as diabetes, asthma, hypertension or hypothyroidism have regular reviews every 6 or 12 months, at which clinical parameter are measured and treatment is reviewed. In the UK, these conditions are usually reviewed individually, mainly by specialist nurses in general practice who follow computerised checklists or templates to ensure that essential activities are undertaken (e.g. necessary blood tests, foot checks in patients with diabetes, asking about recent chest pain in patients with a history of angina) A patient with multimorbidity may therefore be invited to multiple different reviews with different nurses, each focused on a single health problem, but at which common issues such as smoking are discussed each time. Much of the logic for a holistic review in multimorbidity is to replace these disease-specific reviews with one extended review, at which all necessary tests and other essential activities can be done. This has potential benefits in terms of convenience for patients, efficiency for the health service, and fewer problems with communication and co-ordination.

Because the OptiQ assessment/review tool does not replace disease specific checks (which presumably continue to be done elsewhere by a range of different clinicians) many of the potential benefits of a holistic review appear to be lost. There is less potential for efficiency savings because the OptiQ is adding an additional review rather than replacing existing review programmes. The only apparent efficiency gains would come indirectly from improved health and wellbeing leading to fewer primary and/or secondary care consultations, but this is speculative. Furthermore, because patients with conditions such as diabetes presumably know they are going to be reviewed for their health conditions anyway, the relevance and value of the OptiQ review will probably be less apparent to them.

### Structured medication review (SMR)

The SMR tool appears to be similar to many other similar tools, such as the Medication Appropriateness Index.<sup>32</sup> It includes the main important topics such as patient understanding, adherence, side-effects, interactions etc. The tool appears to be designed for the pharmacist to go through the questions one by one for each of the patients' medications. Many patients with multimorbidity take 10-15 regular medications, so this process would be laborious and time-consuming, and (as previously noted), research evidence suggests this type of review is of limited benefit.<sup>20,21</sup> It is likely to be more efficient to start the review by asking the patient if they have any concerns about any of their tablets, and to focus the review on the relevant medications and also other treatments that the pharmacist in their experience knows are often problematic (e.g. steroids, anti-cholinergic drugs, sedatives). Another factor that could be considered in the reviews is ways to simplify complexity of treatment regimes, for example whether all medications could be taken once a day at the same time.

### Care passport

The care passport is intended to focus a discussion with the patient of their goals and how the health care system can help them achieve these goals. Providing a document to the patient helps to involve them in their care and to share in the responsibility for managing their health. Having a patient held document could improve also improve communication between the different health professionals involved with the patient. This includes ensuring they are aware of the other professionals involved, what the plan and priorities are for the patient, what medication, tests and preventive activities have been done already, and potentially reducing duplication of effort.

However, this is all very complex for a patient with multimorbidity. They are likely to be consulting many different health care professionals, to have numerous appointments, medications and tests, and their situation (test results, medication etc) is constantly changing. It is very hard to see how a paper care passport can be kept up to date in this scenario. It could easily become seen as a burdensome bureaucratic exercise by both patients and professionals. It also raises potential safety concerns if it becomes inaccurate. If it is not kept up-to-date it is likely to be ignored. Paper-based patient held records seem more likely to be feasible in patient groups with a specific reason to interact with the health service (e.g. antenatal care) and less likely to work where patients have complex problems which change frequently, as in multimorbidity. The idea behind a care passport is excellent, but I doubt it will be effective without a shared electronic record that the patient and all their health care professionals could access, and drawing as far as possible on information that is already entered on the electronic record systems maintained by the different professionals. I do not underestimate the challenge of introducing such a system, but I doubt that a care passport will work well without it.

### Training programme

The training programme appears to be well planned and uses good interactive and participatory teaching methods. The content covers important aspects of the philosophy of this intervention: patients as partners, shared decision-making, models of effective team working and leadership, understanding professional roles, communication, conflict resolution.

These topics are all important, but they are also very high level. The training challenges attitudes that have been developed and reinforced in professionals over their career, sometimes over decades. The

training is important to prompt clinicians to begin to question their attitudes, but these are unlikely to change radically in two days. The existing training programme could be considered as the first module in a series of courses and reinforcement exercises conducted over several months. These would include training in topics such as developing care plans with patients (see below).

Furthermore, problems with the implementation of patient-centred interventions for multimorbidity are not only due to staff attitudes. Some problems are structural (e.g. legal or institutional requirements on different professions) or related to payment mechanisms that make it necessary or more profitable to involve particular staff or to work in particular ways. Systems such as in Switzerland that place high value on patient choice, with direct access to specialists, make it hard to promote generalist primary care models which are more cost-effective if they act as gatekeepers to specialists. There may well be resistance from both specialists and patients to the idea of a generalist doctor or nurse doing holistic reviews of common long term health conditions in primary care.

Another barrier to holistic patient centred care is the available workforce. Some groups of staff may not have the appropriate range of skills, training or confidence to manage some of the problems they may face in a holistic review e.g. the patient with depression. This suggests the need to undertake an exercise to identify the range of skills needed by staff managing patients with multimorbidity, and a strategic approach to training to fill any skills gaps.

Many staff members may also need training in use of the tools themselves. Observation shows that clinicians often don't use tools in the ways intended by their designers. They take shortcuts, and leave out sections they are unfamiliar with or which feel more ephemeral. These can be the very areas that the designers of the new approach were trying to introduce e.g. shared decision making and treatment planning. People try to fit tools into old ways of working rather than changing ways of working facilitated by the tools.

In the context of OptiQ, staff are likely to need training to use several of the tools (assessment/review tool, medication review, care passport). This may be best achieved through rehearsal, observation and feedback e.g. role playing and observing staff in practice. One approach is to ask staff to practice use of the tool with a few patients and then to review what they did in a debrief afterwards, giving them the opportunity to discuss any problems they experience. Further training is particularly relevant to completion of the care passport, especially working collaboratively with the patient to identify goals and plans to work towards those goals.<sup>24</sup> These approaches are often unfamiliar to both patients and professionals.

## Comparison with alternative, potentially more suitable approaches

As previously discussed, OptiQ reflects many aspects of international guidelines, which is not surprising given the process of development.

Several trials of interventions for multimorbidity have recently been published from Germany,<sup>33</sup> Canada,<sup>34,35</sup> Ireland,<sup>36,37</sup> Spain,<sup>38</sup> USA,<sup>39</sup> Switzerland,<sup>40</sup> and Finland<sup>41</sup> which have reached similar conclusions to the trials included in previous systematic reviews,<sup>19,42</sup> although more positive results have been seen in one recent trial from Finland which found that an interprofessional care model incorporating pharmacist led medication review was cost-effective.<sup>41</sup> Given the mixed results of previous trials of similar interventions it would be unwise to rely too much on this one trial. Similar multimorbidity initiatives are currently being studied in the Netherlands,<sup>43</sup> Denmark,<sup>43,44</sup> and Portugal.<sup>45</sup>

It is difficult to make direct comparisons with OptiQ because of the interaction between interventions and the local health system context, or to recommend a particular model because there is a lack of consistent evidence that any particular approach is more effective than another. Considering the OptiQ intervention in relation to other well developed interventions in a range of countries, and taking into account the recommendations of recent reviews,<sup>1,19,42</sup> leads to the following recommendations:

- A clearer focus on those patients most likely to benefit from the extra input
- Start the review with questions about the patient's main health concerns, and what they would like to achieve from the review
- Include measurement of important health parameters e.g. BP and weight
- Include checks of preventive health activities (vaccinations, screening)
- Review the questions used to screen for depression, anxiety and cognitive impairment
- Assess and seek to minimise treatment burden
- Include more questions about physical activity and exercise
- Combine the current review and goal setting exercise with integrated regular review and management of the patient's long-term medical conditions. This would ideally be conducted in primary care with the input of a multidisciplinary team (the Primary Care Medical Home model)<sup>46</sup> or could be delivered by in a multi-speciality multimorbidity clinic in a hospital clinic.<sup>44</sup> The latter may be more acceptable in a country such as Switzerland, but is also likely to be more expensive and only feasible for a small proportion of the multimorbid population.
- Allow more flexibility in the SMR, and focus on specific medications which the patient or pharmacist recognise as potentially problematic
- Include an emphasis on simplifying complex medication review in the SMR.
- Explore options for an electronic shared care record instead of a paper record
- Expand the training to include the use of the specific tools (review, SMR, care passport) and in particular training on how to agree shared treatment plans with patients
- Recognise that it will take some time for patients and staff to become familiar with this new way of working before it would be realistic to expect benefits to become apparent.

## References

1. Skou ST, Mair FS, Fortin M, et al. Multimorbidity. *Nat Rev Dis Primers* 2022;8(1):48. doi: 10.1038/s41572-022-00376-4
2. Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, et al. Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ* 2015;350:h176. doi: 10.1136/bmj.h176
3. Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J, Bradley C. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *Bmj Open* 2013;3(9):e003610. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003610
4. Guthrie B, Payne K, Alderson P, et al. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ* 2012;345:e6341. doi: 10.1136/bmj.e6341
5. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380(9836):37-43. doi: 10.1016/s0140-6736(12)60240-2
6. Schussel  Fillietaz S, Berchtold P, Kohler D, Peytremann-Bridevaux I. Integrated care in Switzerland: Results from the first nationwide survey. *Health Policy* 2018;122(6):568-76. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.03.006
7. National Guideline Centre. Multimorbidity: clinical assessment and management. [London]: [National Institute for Health and Care Excellence] 2016
8. Muth C, van den Akker M, Blom JW, et al. The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. *BMC Medicine* 2014;12(1):223. doi: 10.1186/s12916-014-0223-1
9. American Geriatric Society Expert Panel. Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the american geriatrics society: american geriatrics society expert panel on the care of older adults with multimorbidity. *J Am Geriatr Soc* 2012;60(10):1957-68. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04187.x
10. Palmer K, Marengoni A, Forjaz MJ, et al. Multimorbidity care model: Recommendations from the consensus meeting of the Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the

Life Cycle (JA-CHRODIS). *Health Policy* 2018;122(1):4-11. doi:

<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.09.006>

11. World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services. Report by the Secretariat.: World Health Organisation; 2016 [Available from: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_39-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1) accessed 11/10/2017.
12. Cantonal Diabetes Program Canton of Vaud. Recommendations for Clinical Practice: Multimorbidity 2019 [Available from: [https://www.recodiab.ch/RPC\\_multimorbidite.php](https://www.recodiab.ch/RPC_multimorbidite.php).
13. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51(7):1087-110.
14. Stokes J, Man MS, Guthrie B, et al. The Foundations Framework for Developing and Reporting New Models of Care for Multimorbidity. *Ann Fam Med* 2017;15(6):570-77. doi: 10.1370/afm.2150
15. Stokes J, Man M, Guthrie B, et al. The Foundations Framework for developing and reporting new models of care for multimorbidity: supplement. 2017 [Available from: [https://www.annfammed.org/content/suppl/2017/11/10/15.6.570.DC1/Stokes\\_Supp\\_App.pdf](https://www.annfammed.org/content/suppl/2017/11/10/15.6.570.DC1/Stokes_Supp_App.pdf).
16. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-Centered Care and Outcomes:A Systematic Review of the Literature. *Med Care Res Rev* 2013;70(4):351-79. doi: 10.1177/1077558712465774
17. de Silva D. Helping people help themselves London: Health Foundation; 2011 [Available from: <https://www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves>.
18. Dowrick C. Patient-centred care for multimorbidity: an end in itself? *The Lancet* 2018;392(10141):4-5. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31386-2
19. Smith SM, Wallace E, Clyne B, et al. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community setting: a systematic review. *Systematic Reviews* 2021;10(1):271. doi: 10.1186/s13643-021-01817-z
20. Ryan RE, Santesso N, Lowe D, et al. Interventions to improve safe and effective medicines use by consumers: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014(4) doi: 10.1002/14651858.CD007768.pub3
21. McCahon D, Denholm RE, Huntley AL, et al. Development of a model of medication review for use in clinical practice: Bristol medication review model. *BMC Med* 2021;19(1):262. doi: 10.1186/s12916-021-02136-9
22. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, et al. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;3:CD010523. doi: 10.1002/14651858.CD010523.pub2
23. Smith SM, Bayliss EA, Mercer SW, et al. How to design and evaluate interventions to improve outcomes for patients with multimorbidity. *J Comorb* 2013;3:10-17.
24. Mann C, Shaw ARG, Guthrie B, et al. Can implementation failure or intervention failure explain the result of the 3D multimorbidity trial in general practice: mixed-methods process evaluation. *Bmj Open* 2019;9(11):e031438. doi: 10.1136/bmjopen-2019-031438
25. Engamba SA, Steel N, Howe A, Bachman M. Tackling multimorbidity in primary care: is relational continuity the missing ingredient? *Br J Gen Pract* 2019;69(679):92-93. doi: 10.3399/bjgp19X701201
26. Aboulghate A, Abel G, Elliott MN, et al. Do English patients want continuity of care, and do they receive it? *Br J Gen Pract* 2012;62(601):e567-75. doi: 10.3399/bjgp12X653624
27. Rosbach M, Andersen JS. Patient-experienced burden of treatment in patients with multimorbidity – A systematic review of qualitative data. *PLOS ONE* 2017;12(6):e0179916. doi: 10.1371/journal.pone.0179916
28. Duncan P, Murphy M, Man MS, et al. Development and validation of the Multimorbidity Treatment Burden Questionnaire (MTBQ). *Bmj Open* 2018;8(4):e019413. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019413
29. Bricca A, Harris LK, Jäger M, et al. Benefits and harms of exercise therapy in people with multimorbidity: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Ageing research reviews* 2020;63:101166. doi: 10.1016/j.arr.2020.101166
30. Salisbury C, Man MS, Chaplin K, et al. A patient-centred intervention to improve the management of multimorbidity in general practice: the 3D RCT. *Health Services and Delivery Research* 2019 doi: 10.3310/hsdr07050
31. Salisbury C, Man MS, Bower P, et al. Management of multimorbidity using a patient-centred care model: a pragmatic cluster-randomised trial of the 3D approach. *Lancet* 2018;392(10141):41-50. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31308-4
32. Hanlon JT, Schmadler KE. The medication appropriateness index at 20: where it started, where it has been, and where it may be going. *Drugs Aging* 2013;30(11):893-900. doi: 10.1007/s40266-013-0118-4

33. Muth C, Uhlmann L, Haefeli WE, et al. Effectiveness of a complex intervention on Prioritising Multimorbidity in Multimorbidity (PRIMUM) in primary care: results of a pragmatic cluster randomised controlled trial. *Bmj Open* 2018;8(2):e017740. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017740>
34. Fortin M, Stewart M, Ngangue P, et al. Scaling Up Patient-Centered Interdisciplinary Care for Multimorbidity: A Pragmatic Mixed-Methods Randomized Controlled Trial. *Ann Fam Med* 2021;19(2):126-34. doi: <https://dx.doi.org/10.1370/afm.2650>
35. Stewart M, Fortin M, Brown JB, et al. Patient-centred innovation for multimorbidity care: a mixed-methods, randomised trial and qualitative study of the patients' experience. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 2021;71(705):e320-e30. doi: <https://dx.doi.org/10.3399/bjgp21X714293>
36. McCarthy C, Clyne B, Boland F, et al. GP-delivered medication review of polypharmacy, deprescribing, and patient priorities in older people with multimorbidity in Irish primary care (SPPIRE Study): A cluster randomised controlled trial. *PLoS Med* 2022;19(1):e1003862. doi: 10.1371/journal.pmed.1003862
37. O'Toole L, Connolly D, Boland F, Smith SM. Effect of the OPTIMAL programme on self-management of multimorbidity in primary care: a randomised controlled trial. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 2021;71(705):e303-e11. doi: <https://dx.doi.org/10.3399/bjgp20X714185>
38. Del Cura-González I, López-Rodríguez JA, Leiva-Fernández F, et al. How to Improve Healthcare for Patients with Multimorbidity and Polypharmacy in Primary Care: A Pragmatic Cluster-Randomized Clinical Trial of the MULTIPAP Intervention. *J Pers Med* 2022;12(5) doi: 10.3390/jpm12050752
39. Tinetti ME, Hashmi A, Ng H, et al. Patient Priorities-Aligned Care for Older Adults With Multiple Conditions: A Nonrandomized Controlled Trial. *JAMA network open* 2024;7(1):e2352666. doi: <https://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.52666>
40. Jungo KT, Ansorg A-K, Floriani C, et al. Optimising prescribing in older adults with multimorbidity and polypharmacy in primary care (OPTICA): cluster randomised clinical trial. *BMJ* 2023;381:e074054. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/bmj-2022-074054>
41. Kari H, Aijo-Jensen N, Kortejarvi H, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a people-centred care model for community-living older people versus usual care - A randomised controlled trial. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP* 2022;18(6):3004-12. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.07.025>
42. Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016(3) doi: 10.1002/14651858.CD006560.pub3
43. Holm A, Lyhnebeck AB, Rozing M, et al. Effectiveness of an adaptive, multifaceted intervention to enhance care for patients with complex multimorbidity in general practice: protocol for a pragmatic cluster randomised controlled trial (the MM600 trial). *Bmj Open* 2024;14(2):e077441. doi: 10.1136/bmjopen-2023-077441
44. Bell C, Vedsted P, Kraus DGA, et al. Clinic for Multimorbidity: An Innovative Approach to Integrate General Practice and Specialized Health Care Services. *Int J Integr Care* 2023;23(2):25. doi: 10.5334/ijic.7015
45. Gil Conde M, Peyroteo M, Maria A, et al. Protocol for a cluster randomised trial of a goal-oriented care approach for multimorbidity patients supported by a digital platform. *Bmj Open* 2023;13(11):e070044. doi: <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-070044>
46. The College of Family Physicians of Canada. Patient's Medical Home 2022 [Available from: <https://patientsmedicalhome.ca/vision/physicians/>].

## Appendix

Adapted from:<sup>14</sup> Stokes J, Man MS, Guthrie B, et al. The Foundations Framework for Developing and Reporting New Models of Care for Multimorbidity. *Ann Fam Med* 2017;15(6):570-77. doi: 10.1370/afm.2150

Element category	Element	% of models which include each element		
		All models % (n=39)	Models >2010 (n=21)	Models <2010 (n=18)
Clinical focus	Self-management support	87	95	78
	Biopsychosocial approach	79	71	89
	Prevention focus	74	81	67
	Polypharmacy attention	72	67	78
	Shared decision making	56	57	56
	Mental health focus	54	62	44
	Guidelines/protocols focus	46	38	56
Organisation of care delivery	Case/care management	90	81	100
	Integration social/comm care	82	71	94
	Integration secondary care	74	76	72
	MDT/collaborative care	72	67	78
	Home care	54	33	78
	Co-location of services	33	38	28
	Scheduled chronic appts	31	43	17
	Extended appts	31	48	11
	Nurse led	28	29	28
	Group visits	21	14	28
	Single professional responsible	21	19	22
	24/7 support available	15	10	22
	Trained lay navigator/coach	8	14	0
Support for model delivery	Upskilling of pc workforce	79	81	78
	Education of professionals	69	67	72
	Telephone management	49	38	61
	Funding/payment change	41	43	39
	Clinical IT linkage	38	29	50
	Risk stratification tool	26	19	33
	Tele-health	10	10	11
	Primary care provider network	5	10	0

# Beurteilung des Projektes «Opti-Q» aus Perspektive der hausärztlichen Versorgung von multimorbiden Patienten<sup>1</sup>, inklusive Aspekte der Patientenzentriertheit und der interprofessionellen Versorgung

Stefan Neuner-Jehle

12. Februar 2024

Leiter Chronic Care, Institut für Hausarztmedizin, Universität und Universitätsspital Zürich, und  
Zentrum für Hausarztmedizin & Community Care, Universität Luzern. Kontakt: [stefan.neuner-jehle@usz.ch](mailto:stefan.neuner-jehle@usz.ch)

## 1. Hintergrund, Trägerschaft, Kernelemente und Zielsetzung von «Opti-Q»

---

### Hintergrund

Mit zunehmender Alterung der Gesellschaft und verbesserten diagnostisch-therapeutischen Möglichkeiten hat die Anzahl multimorbider Patienten (MMPs) international (1) und national (2) stark zugenommen. Da solche MMPs entsprechend der Vielzahl und Komplexität ihrer Erkrankungen einen erhöhten Versorgungsbedarf aufweisen, drohen angesichts beschränkter Ressourcen im gesundheitlichen Versorgungssystem Versorgungsengpässe (Unterbehandlung). Damit ist die Betreuungsqualität dieser vulnerablen, meist älteren Patienten gefährdet. Unser fragmentiertes und wenig koordiniertes Gesundheitssystem trägt dazu bei, dass MMPs nicht optimal betreut werden, zum Beispiel durch Parallel- oder Überbehandlungen. Es ist also nötig, MMPs möglichst zielorientiert (zu diesem Begriff siehe weiter unten) durchs Gesundheitssystem zu lotsen und die Versorgerinnen dazu in ihren Kompetenzen und mit praxistauglichen Instrumenten zu unterstützen.

National und international bestehen verschiedene Aktivitäten, auf diese problematische Situation eine angemessene Antwort zu entwickeln: Die beiden nationalen Programme NCD (non-communicable disease) (3) und das NFP 74-Versorgungsorschungsprogramm des Schweizerischen Nationalfonds (4), die sich mit mehreren Projekten rund um die Betreuung von MMPs in die nationale Strategie «Gesundheit2030» einordnen; die Integration der Betreuung von MMPs in die Qualitätsüberlegungen der Grundversorger-Fachgesellschaften (z.B. Qualitätsindikatoren der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin) (5); die Integration von MMPs in die Aus- und Weiterbildungscurricula von Gesundheitsberufen; die Entwicklung von diversen Guidelines zu Multimorbidität (6-8).

Ein Blick in diese Guidelines zeigt, welche Schritte Experten für die Betreuung von MMPs empfehlen:

- die Belastung und die Bedürfnisse der MMPs zu *identifizieren*
- die *Ziele und Prioritäten* der MMPs zu entwickeln / festzulegen
- die aktuelle Behandlung, vor allem die *Medikation*) *kritisch zu überprüfen* und akute, potentiell abwendbare Situationen zu erkennen und zu behandeln
- einen individuellen *Plan für das weitere Vorgehen* zu erstellen, mit Fokus auf die *kontinuierliche und gut koordinierte* Betreuung (8)
- Elemente des Empowerments und des *Selbstmanagements* in die Betreuung einzubauen

Was meinen die Hausärztinnen als wichtige Versorger von MMPs dazu? Bei einer eigenen Befragung von 105 Hausärzten an einem Kongress-Workshop zum Thema Multimorbidität 2020 («Wie gehe ich in der Konsultation mit MMP am besten vor?») war *der kritische Medikations-Check die am häufigsten genannte*

---

<sup>1</sup> *Gender Disclaimer:* Alle Formulierungen in diesem Text sind genderneutral i.S. der Gleichberechtigung zu verstehen, und zugunsten der Lesbarkeit werden nicht beide Formen miteinander geschrieben, sondern zwischen den Geschlechterspezifischen Formen abgewechselt.

*Aktivität*, weiter die Exploration des *sozialen Umfeldes* und die Evaluation des *Patientenwillens* inklusive *patientenzentriertes Vorgehen* (unpublizierte Daten).

Bei der Umsetzung gibt es jedoch Defizite, wie der aktuelle Health Policy Report des Commonwealth Fund (9) für die Schweiz zeigt: Bei nur *der Hälfte* der chronisch Kranken werden Prioritäten und Ziele besprochen, bei mindestens einem Drittel wurde in den vergangenen 12 Monaten die Medikation *nicht* überprüft, nur gerade 20% der MMPs erhielten einen Plan, was sie selbst zur Betreuung beitragen könnten, und nur rund die Hälfte der MMPs geht kontinuierlich (= länger als 5 Jahre) zur gleichen Hausärztin. Abschliessend sei erwähnt, dass die *Evidenzlage zur Wirksamkeit von Interventionen bei MMPs* bisher dürftig ist, was mit der Heterogenität, den speziellen Eigenschaften der MMP-Population und mit der Diversität der erhobenen Outcomes zusammenhängt (10, 11).

### *Trägerschaft, Kernelemente und Ziele von «Opti-Q»*

«Opti-Q» ordnet sich in diesen Trend ein und baut mit seinen Inhalten und Instrumenten auf Praxis-Empfehlungen der Unisanté/Lausanne zu Multimorbidität auf (12), welche sich an die obgenannten Leitlinien anlehnt. Trägerin ist der Verein «QualiCCare», der eine breit abgestützte Organisation aus Stakeholdern im Gesundheitswesen ist und Qualitätskriterien entwickelt und implementiert, mit dem Ziel, eine patientenzentrierte, interprofessionelle und koordinierte Versorgung von MMPs zu fördern und zu sichern (13). Das Projekt ist hauptsächlich von Gesundheitsförderung Schweiz finanziert.

*Kernelemente* des «Opti-Q» Ansatzes sind ein initiales Assessment, ein Versorgungspass zuhanden des MMPs, ein Medikationsplan und eine interprofessionelle Schulung im Umfang von drei Halbtagen. Damit sind die weiter oben genannten zentralen Empfehlungen der Guidelines aufgenommen. Die Hauptakteure für die Patientenbetreuung sollen Hausärztinnen, deren Praxisfachpersonen (Med. Praxisassistentinnen (MPA), Med. Praxiskoordinatorinnen (MPK), Advanced Practice Nurses (APN)) und Offizin-Apotheker oder Spitex-Fachpersonen sein. Es sollen zudem Daten betreffend IT-Anwendungen und Finanzierungsmodelle gesammelt werden. Eine erste Umsetzungsphase von «Opti-Q» fand 2022/23 in der Deutschschweiz und in der Romandie als Pilotprojekt statt.

Das *Ziel des «Opti-Q»-Pilotprojektes* war, die entwickelten Vorgehensweisen und Instrumente auf ihre Anwendbarkeit, ihre Akzeptanz und ihren Mehrwert für die Anwender sowie für die MMPs zu prüfen. Das *Ziel dieses vorliegenden Berichtes* ist, die Evaluationsergebnisse der Firma INTERFACE mit einer kritischen Einordnung des Projektes, der Vorgehensweise und der Instrumente zu ergänzen, inklusive alternativer Ansätze für die patientenzentrierte, interprofessionelle Betreuung von MMPs.

## **2. Beurteilung der Projekthinhalte/Produkte (Perspektive Grundversorgung/Versorgungsforschung)**

---

Beurteilt wurden die zentralen Inhalte anhand der Übersichts-Dokumente «Facctsheet Opti-Q» (A4), «OptiQ für Fachpersonen» (A5) und «OptiQ für Patienten», sowie die weiteren Instrumente. Die Resultate sind in Anhang 1 (Tabellen) detailliert zusammengestellt.

Zusammenfassend greift «Opti-Q» zwar die zentralen Elemente der «Chronic Care» für MMP auf (siehe später, Kapitel 3.1.), nach meiner Einschätzung sind die Instrumente jedoch wenig patientenzentriert, tendenziell überfrachtet und deshalb wenig praktikabel (siehe auch einzelne Kommentare in den Tabellen, Anhang 1). Das Konzept der Begleitung von MMPs mit einem selbstverwalteten «Versorgungspass» sticht positiv heraus, aber auch dort besteht noch Raum zur Verbesserung hinsichtlich Vereinfachung und Praktikabilität des Instruments. Viele evidenzbasierte Elemente für die Betreuung von MMPs sind in «Opti-Q» angelegt, jedoch noch in unterschiedlichen Entwicklungsstadien und mit unterschiedlicher Implementierbarkeit.

### 3. Alternative Vorgehensweisen bzw. Massnahmen für eine patientenzentrierte, interprofessionelle Betreuung von MMP (mit Hinweisen auf Best Practice Modelle und deren Implementierbarkeit)

---

#### 3.1. Einordnung von Opti-Q im Vergleich zu anderen Programmen zur Betreuung von MMPs

Reviews der letzten Jahre (z.B. 11) zu den verschiedenen Modellen der "Chronic Care" für MMPs erlauben, die gemeinsamen Kernelemente der verschiedenen Programme zu erkennen:

- *Interprofessionelle Teams*, wobei die MMP in der Regel über eine koordinierende Ansprechperson zur geeigneten Fachperson wie Mediziner, Sozialarbeiter, Pflegefachperson etc triagiert wird;
- *Coaching* der MMPs mit Elementen des Shared Decision Making, Motivational Interviewing, Selbstmanagement und Patientenschulung
- *Koordination und Kontinuität* («Continuity of care»)

Die diversen Programme haben jeweils zusätzliche, unterschiedliche Schwerpunkte, beispielsweise einen Fokus auf Komorbiditäten (Diabetes, Depression) und auf das Medikationsreview und in der 3D-Studie (14); Hausbesuche mit Assessments im Guided Care Programm (15); Selbstmanagement mit Anleitungen zur Stressreduktion und «Mindfulness» in der CarePlus Intervention (16). Eine kürzliche Rapid Review zu 68 Programmen des Selbstmanagements ergab, dass bisherige Ansätze meistens auf jeweils nur eine chronische Krankheit fokussieren und hauptsächlich durch Pflegefachkräfte geleistet werden, und somit weder die Multimorbidität noch die Interprofessionalität im Zentrum stehen (17).

«Opti-Q» greift zwar die zentralen Elemente der «Chronic Care» für MMP auf, nach meiner Einschätzung sind die Instrumente jedoch wenig patientenzentriert, überfrachtet und deshalb wenig praktikabel (siehe Kommentare bei Kapitel 2). Das Konzept der Begleitung von MMPs mit einem selbstverwalteten «Versorgungspass» ist zwar lobenswert und sinnvoll (weil es das «Coaching» wie auch die Koordination aufgreift), aber auch dort besteht noch Raum zur Verbesserung hinsichtlich Vereinfachung und Praktikabilität. Ich erlaube mir diesbezüglich ein Beispiel aus der Patientenberatung zu Gesundheitsverhalten/Lebensstil anzuführen, wo es der Projektgruppe des Programmes «Gesundheitscoaching-KHM» gelungen ist, ein Begleit-Instrument auf nur zwei A4-Seiten einzudampfen. Ursprünglich hatte das Instrument etwa 20 Seiten umfasst (Anhang 2; **Abbildung 1**)(18).

#### 3.2. Fokus (Schulung zu) Interprofessionalität

Der interprofessionelle Ansatz in den «Chronic Care» Programmen für MMPs widerspiegelt die zunehmende Präsenz der Interprofessionalität (IP) in Gesundheitsversorgungs-Systemen. Als Beispiele sei die Initiativen aus USA (19) und Kanada (20) erwähnt, in denen sich NPs/APNs für «high-value care» und gegen «overuse» engagieren. Von der letztgenannten kanadischen Gruppe (20) wurden auch die Schulungsinhalte von «Opti-Q» inspiriert. Diese sehe ich im Zusammenhang mit dem Programm «Opti-Q» etwas kritisch, weil die Schulung primär IP als Konzept thematisiert, und nicht in erster Linie die Herausforderungen bei der Betreuung von MMPs adressiert (siehe Kommentar in Kapitel 2).

Eine neuere Berufsgruppe, die wertvolle Betreuungsarbeit für MMPs übernehmen könnte, beginnt auch in der Schweiz Fuss zu fassen: Die Advanced Practices Nurses (APNs). An den grösseren Fachhochschulen der Schweiz existieren bereits etablierte Studiengänge, und viele der Absolventinnen können sich eine Tätigkeit in ambulanter «chronic care» gut vorstellen (Müller Charlotte et al, Universität Luzern, Survey 2023; Publikation in Vorbereitung). Das Berufsprofil würde dasjenige der MPA/MPK gut ergänzen.

In der Schweiz wurden schon mehrere Pilotprojekte in der Zentral-, Nord- und Westschweiz mit APNs oder «Primary Care Nurses» durchgeführt, (21-24). Trainierte Pflegefachpersonen selektieren dabei in den Hausarztpraxen MMPs, erarbeiten mit ihnen individuelle Behandlungspläne, begleiten sie kontinuierlich und koordinieren die Versorgung mit anderen Betreuerinnen. Für die erfolgreiche Umsetzung und für die

Verbreitung scheint eine etablierte, tripartite Partnerschaft zwischen Öffentlicher Gesundheitsbehörde, (Fach-)Hochschule und Hausärzteschaft entscheidend (24). Die noch fehlende tarifarische Regelung der finanziellen Abgeltung für APNs ist bisher eine massive Hürde für die Weiterverbreitung dieser IP-Modelle in hausärztlichen Praxen. Aktuelle Forschung, wie beispielsweise aus dem Projekt «*Facilitators and Barriers to Task Shifting*» im Rahmen des kollaborativen Forschungsprojekts «Health2040» (25) wird weitere konkrete Hinweise zur Ausgestaltung der IP-Zusammenarbeit in Arztpraxen geben können.

### 3.3. Fokus Medikations-Check

Dieser wichtige Bestandteil der Betreuung von MMPs (auch von den Hausärztinnen und Hausärzten so wahrgenommen, siehe weiter oben) wird in «Opti-Q» aufwändig umgesetzt (siehe Kommentare in Kapitel 2). Der relativ übersichtliche Raster im eMediplan (26) – als wahrscheinlich wichtigster und am besten umsetzbarer Teil des künftigen elektronischen Patientendossiers – bietet eine brauchbare Ergänzung zum «Versorgungspass» von «Opti-Q», was auch so angedacht wurde. Eine Alternative zur eher schwerfälligen Medikations-Checkliste von «Opti-Q» wäre ein Schema, dass mit *vier kritischen Schlüsselfragen zu jedem* Medikament auskommt, so wie sie wie von Doron Garfinkel entwickelt und von einer Zürcher-Luzerner Forschungsgruppe im hausärztlichen Praxisalltag angewandt wurde (27): 1) Ist die Indikation (noch) gegeben? 2) Ist der Nutzen grösser als (bestehende oder wahrscheinliche) Nebenwirkungen? 3) Ist die Dosis korrekt? 4) Gibt es besser verträgliche/wirksamere Alternativen?

## 4. Spezielle Fragestellungen (aus der Evaluation unter Anwendern des Programmes)

### 4.1. Braucht es das Assessment in einem Projekt wie Opti-Q?

*Ja, aber in anderer Form.* Die Belastung und daraus abgeleitete Bedürfnisse der MMPs zu erfassen, ist grundsätzlich sehr sinnvoll (siehe auch Kapitel 1 und Referenzen zu Guidelines 7 und 8) und relevant für die Allokation von Ressourcen («*die richtige Betreuung für den richtigen Patienten*»). Allerdings ist das «Opti-Q»-Assessment ist eine typische Ansammlung von validierten Tools zu den einzelnen Variablen, welche mit Multimorbidität assoziiert sind, und deutlich zu voluminös. Abgesehen vom Kapitel zu den Alltagsfunktionen sind viele Fragen nicht (oder wenig) relevant, um diejenigen MMPs zu selektieren, die am meisten von einer Intervention profitieren dürften. Dafür würde sich vielmehr ein *funktionsbasierter Ansatz* eignen, der Gebrechlichkeit abbildet, zum Beispiel die einfach applizierbare «Clinical Frailty Scale» (28) (Anhang 2; **Abb. 2**), oder auch das durch seine Einfachheit überzeugende ICAN-Tool der Mayo-Klinik zur Einschätzung von Ressourcen und Belastungen (29) (Anhang 2; **Abb. 3**).

### 4.2. Braucht es die Fortbildung in einem Projekt wie Opti-Q?

*Eher nein.* Für die Anwendung der Instrumente würde eine Instruktion (Training) der Fachpersonen inkl. Hausärzten genügen, mit pragmatischer Ausrichtung (zum Beispiel Antizipieren der Betreuung von MMPs unter Verwendung der Programm-Inhalte und –Instrumente, in Form von Vignetten oder Rollenspielen). Ob es den ganzen konzeptuellen Überbau zu IP-Zusammenarbeit braucht, ist fraglich. Andererseits ist wohl auch eine veränderte Kultur der Zusammenarbeit nötig, die Zeit braucht. Ich denke, dass ein solcher Kulturwandel eher durch die Anwendung und Reflexion darüber, zum Beispiel in IP-Qualitätszirkeln, als über ein vorausgeschaltetes Training ermöglicht wird.

### 4.3. Sie die Teams «Hausarzt-Apotheker» die richtigen für ein Projekt wie Opti-Q oder gäbe es besser geeignete Teams (z.B. HA-Physiotherapeuten)? Warum wären diese besser geeignet?

*Eher nein.* Mit Blick auf das Kernelement «kritisches Medikations-Review» scheint das Tandem Hausärztin-Apotheker mit ihren diesbezüglichen Kompetenzen gerechtfertigt; für andere Aktivitäten eher nicht. Insofern besteht hier ein fragwürdiges «Monopol». Sozialarbeiter und Psychologen wären wohl genauso geeignete Kandidaten. Überall dürfte aber der Fachkräftemangel ein Thema sein. Vielleicht braucht es gar keinen bevorzugten Partner – die MPA, MPK und APN in der Praxis wären

zusammen mit den Praxisärzten ja die natürlichen interprofessionellen Träger der Betreuung, und die Hausarztpraxis der natürliche Ort für die Betreuung – auch dadurch, dass die grosse Mehrheit der Patientinnen diese als erste und als wichtigste kontinuierlich-koordinierende Anlaufstelle verstehen!

*4.4. Welche multimorbiden Patienten/-innen profitieren vor allem von einem Projekt wie Opti-Q (Untergruppen wären z.B. kognitiv starke Patienten, motivierte Patienten etc.)? Sollen Projekte wie Opti-Q auf diese Zielgruppen zugeschnitten werden oder können auch andere Untergruppen erreicht werden?*

Die Frage widerspiegelt ein typisches Dilemma der Ressourcen-Allokation: Sollen die Fachpersonen ihre Zeit und Energie denjenigen MMPs widmen, die voraussichtlich an die Massnahmen adhärent sein werden, oder denjenigen, die sogar den grösseren Bedarf hätten, aber aus Gründen der multifaktoriellen Belastungen weniger Potential für eine Verbesserung haben?

Die Bereitschaft, sich auf eine Beratung einzulassen, und auch selbst etwas zum Gelingen beizutragen («Selbstmanagement», siehe Kapitel 1), sind wichtige Voraussetzungen bzw. Erfolgsfaktoren.

*4.5. Wie unterscheiden sich die Chancen eines Projekts wie Opti-Q in Kantonen mit und ohne Selbstdispensation (SD) von Medikamenten durch die Hausärzteschaft?*

Voraussetzungen für ein gut koordiniertes Zusammenarbeiten beim kritischen Überprüfen der Medikation sind gegenseitiges Vertrauen in die diesbezüglichen Kompetenzen zwischen Ärzten und Apothekerinnen. Eine kürzlich durchgeführte Studie (Tomaschek Rebecca et al, Universität Luzern, Publikation in Vorbereitung) zu Einstellungen und Häufigkeit der interprofessionellen Kontakte zwischen Ärztinnen und Apothekern ergab, dass im Kanton mit SD kritischere Einstellungen und weniger häufige Kontakte stattfanden als im Kanton ohne SD. Für viele (nicht-pharmakologische) Elemente von «Opti-Q» sollte die SD für die Umsetzung jedoch keine Rolle spielen.

*4.6. Wie unterscheidet sich Opti-Q von anderen Innovationen im Bereich Interprofessionalität, wie z.B. interprofessionell organisierten Gesundheitszentren/Gesundheitsregionen? Wie beurteilst du die Unterschiede bezüglich Chancen des Projekts?*

Auf diesen Vergleich geht das Kapitel 3 ein. Siehe bitte Ausführungen dort. *Die Chancen, dass «Opti-Q» in der jetzigen Form verbreitungsfähig ist, schätze ich klein ein. In einer stark adaptierten, vereinfachten und auf das Hausarztpraxisteam fokussierten Form sind die Chancen jedoch intakt.*

## 5. Fazit

Viele evidenzbasierte Elemente für die Betreuung von MMP scheinen in «Opti-Q» vorhanden, in unterschiedlichen Entwicklungsstadien und mit unterschiedlicher Implementierbarkeit. Die Herausforderung ist, in diesem komplexen Setting zu *Vereinfachung und Entlastung* zu finden. «Opti-Q» erreicht diese Ziele nur teilweise, was zulasten der Umsetzbarkeit geht. Weil die Behandlungslast bei MMP bereits hoch ist, sind die Betreuenden in der Pflicht, sie nicht noch mehr zu steigern bzw. die MMPs vor unangebrachtem diagnostischem oder therapeutischem Aktivismus zu schützen. Solche Akzente würden ein Programm wie «Opti-Q» bereichern. Tammy Hoffmann, Klinische Epidemiologin an der australischen Bond University, formuliert es treffend so:

*“Our aim should be to help patients achieve their goals as much as possible while disrupting their lives as little as possible”. (30)*

## 6. Abkürzungen

APNs	Advanced Practice Nurses
MMPs	Multimorbide Patienten
MPA/MPK	Medizinische Praxisassistentin / Medizinische Praxiskoordinatorin
NP	Nurse Practitioner
SD	Selbstdispensation (von Medikamenten)

## 5. Referenzen

---

- 1 Chowdhury SR, Chandra Das D, Sunna TC, Beyene J, Hossain A. Global and regional prevalence of multimorbidity in the adult population in community settings: a systematic review and meta-analysis. *EClinical Medicine*. 2023;16;57:101860
- 2 <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2013-multimorbidaet-bei-personen-ab-50-jahren>
- 3 <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten.html>
- 4 <https://www.nfp74.ch/de/f2wgKShr9K8SIIDl/seite/home>
- 5 <https://www.sgaim.ch/de/qualitaet/qualitaet-in-der-praxis/qualitaetsindikatoren.html>
- 6 <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/053-047>
- 7 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng56/resources/multimorbidity-clinical-assessment-and-management-pdf-1837516654789>
- 8 <https://www.racgp.org.au/clinical-resources/clinical-guidelines/key-racgp-guidelines/view-all-racgp-guidelines/silver-book/part-a/multimorbidity>
- 9 <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-international-health-policy-survey-ihp-des-commonwealth-fund-laendervergleiche/ihp-befragungen-wohnbevoelkerung-ab-18-jahren.html>
- 10 Smith, S.M., Wallace, E., Clyne, B. et al. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community setting: a systematic review. *Syst Rev* 2021;10, 271
- 11 Longhini J, Canzan F, Mezzalira E, et al. Organisational models in primary health care to manage chronic conditions: a scoping review. *Health Soc Care Community* 2022;30:565–88
- 12 [https://qualiccare.ch/fileadmin/user\\_upload/Projekte/Multimorbidaet/22-02-03\\_RPC\\_Multimorbidite\\_de.pdf](https://qualiccare.ch/fileadmin/user_upload/Projekte/Multimorbidaet/22-02-03_RPC_Multimorbidite_de.pdf)
- 13 <https://qualiccare.ch/>
- 14 Salisbury C, Man MS, Bower P, et al. Management of multimorbidity using a patient-centred care model: a pragmatic cluster-randomised trial of the 3D approach. *Lancet*. 2018;392(10141):41–50
- 15 Boulton C, Reider L, Frey K, et al. Early effects of “Guided Care” on the quality of healthcare for multimorbid older persons: a cluster randomized controlled trial. *J Gerontol* 2008;63(3):321–7
- 16 Mercer SW, Fitzpatrick B, Guthrie B, et al. The CARE Plus study - a whole-system intervention to improve quality of life of primary care patients with multimorbidity in areas of high socioeconomic deprivation: exploratory cluster randomised controlled trial and cost-utility analysis. *BMC Med*. 2016;14(1):88
- 17 Allory E, Scheer J, De Andrade V et al. Characteristics of self-management education and support programmes for people with chronic diseases delivered by primary care teams: a rapid review. *BMC Prim Care* 2024;25:46
- 18 <https://gesundheitscoaching-khm.ch>
- 19 <https://lowninstitute.org/an-ethical-imperative-how-nurses-can-be-leaders-in-reducing-overuse/>
- 20 <https://www.mcgill.ca/ipeoffice/ipe-curriculum/cihc-framework>
- 21 Lauber E, Kindlimann A, Nicca D et al. Integration of an Advanced Practice Nurse Into a Primary Care Practice: A Qualitative Analysis of Experiences With Changes in General Practitioner Professional Roles in a Swiss Multiprofessional Primary Care Practice. *Swiss Med Wkly* 2022;152:w30199
- 22 Gysin S, Sottas B, Odermatt M, Essig S. Advanced Practice Nurses’ and General Practitioners’ First Experiences With Introducing the Advanced Practice Nurse Role to Swiss Primary Care: A Qualitative Study. *BMC Fam Pract* 2019;20(1):163.
- 23 Schütz Leuthold, Muriel 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;10,12 e040154.
- 24 Schütz Leuthold M, El-Hakmaoui F, Senn N, Cohidon C. General Practitioner's Experience of Public-Private Partnerships to Develop Team-Based Care: A Qualitative Study. *Int J Public Health* 2023;68:1606453.
- 25 <https://www.health2040.ch/health-professionals/task-shifting>
- 26 <https://emediplan.ch/gesundheitsfachleute/>
- 27 Zechmann S, Senn O, Valeri F et al. Effect of a patient-centred deprescribing procedure in older multimorbid patients in Swiss primary care. A cluster-randomized clinical trial. *BMC Geriatr*. 2020;20(1): 471.
- 28 Rockwood K, Song X, MacKnight C et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ* 2005;173(5):489-95
- 29 <https://kerunit.files.wordpress.com/2019/03/ican2.0.pdf>
- 30 Hoffmann T, Jansen J, Glasziou P. The importance and challenges of shared decision making in older people with multimorbidity. *PLoS Med* 2018;15(3): e1002530

## ANHANG 1: Bewertung der «Opti-Q» - Instrumente

Instrument	Stärken	Schwächen
<b>Factsheet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Information zum Projekt ist gut strukturiert</li> <li>Die relevanten Fakten und Quellen sind erwähnt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der <b>Adressat</b> des Factsheets ist unklar, und ebenso, welchen <b>Zweck</b> der Projektbeschrieb verfolgt: Soll er Anwender zur Teilnahme motivieren? Will er Patienten informieren?</li> <li>Es ist nicht beschrieben, inwiefern die Experten, welche die Inhalte entwickelt hat, <b>in der Praxis der Patientenbetreuung verankert ist</b></li> <li>Der <b>zeitliche Aufwand für den Anwender</b> ist nicht beschrieben und schwer einschätzbar; die Kooperation mit anderen Berufsgruppen und die Vielzahl der vorgeschlagenen Instrumente wirken dabei abschreckend</li> </ul>
<b>Flyer für Fachpersonen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der Flyer erklärt das Konzept gut</li> <li>Die Teilnahmebedingungen sind verständlich aufgelistet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Informationen stark auf der konzeptuellen Ebene; die Zusammensetzung und die konkreten Aufgaben fürs «Kernteam» sind erst nach Suchen auffindbar</li> <li>Die Instrumente sind zwar benannt, man kann sich aber wenig darunter vorstellen. Ein Beispiel wäre nützlich.</li> </ul>
<b>Flyer für Patienten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Der Flyer ist ansprechend und in verständlicher Laiensprache gestaltet</li> <li>Die zentralen Inhalte sind gut visualisiert</li> <li>Die zentrale Rolle des Versorgungspasses bekommt gebührend Platz und ist gut erklärt</li> </ul>	Eine Abbildung zum Versorgungspass wäre hilfreich, damit sich der Patient dieses zentrale Tool besser vorstellen kann

Instrument	Stärken	Schwächen
<b>Aufgabenpfad</b>	<p>Die zentralen Elemente der Intervention sind versammelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>aktuelle Situation inkl. Ziele erheben und priorisieren</li> <li>Behandlungsplan erstellen</li> <li>Medikationsplan erstellen</li> <li>Angaben zum Zeitaufwand</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sehr viele Informationen sind auf dem Dokument, damit ist es anspruchsvoll, die Übersicht zu behalten</li> <li>Das Dokument wirkt farblich etwas eintönig; mit Kontrastfarben könnte man wichtige Teile hervorheben</li> <li>Die Erwähnung der Allgemeinen Grundsätze passt nicht so recht zum übrigen Inhalt mit überwiegend Handlungsanweisungen</li> <li>Die Bezeichnung «Aufgabenpfad» ist leicht verwirrend, weil sie «Patientenpfad» suggeriert. Besser wäre z.B. «Flussdiagramm zu Ihren Aufgaben bei der Opti-Q-Studie» oder ähnliches</li> </ul>

Instrument	Stärken	Schwächen
<b>Inter-professionelle Fortbildung</b>	Theorie-Inputs mit Übungen und Rollenspielen ergänzt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die theoretischen Inhalte sind komplex und stark auf Konzepte der Teambildung und Kommunikation im Team abgestellt – im Grunde ist es eine Schulung zur Interprofessionalität und nicht zum Umgang mit MMPs. Entsprechend wäre es hilfreich, mehr Instruktionen zu geben, wie die Opti-Q-Tools eingesetzt werden könnten, zum Beispiel mit MMP-Vignetten.</li> <li>Der Einbezug der Patientin («Patient als Partner») könnte stärker sein. Patientenaktivierung (als Teil des Teams) und Selbstmanagement könnten stärker betont werden.</li> </ul>

<i>Instrument</i>	<i>Stärken</i>	<i>Schwächen</i>
<b>Versorgungspass (für MMPs)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Gesamteindruck erfreulich und sinnvoll, dass viel offener Platz für die Notizen des MMP ist. Dieser soll ja «federführend» im Wortsinn sein, wie seine Betreuung aussehen sollte.</li> <li>• Eine Doppelseite ist fürs Behandlungsteam reserviert – wichtige Orientierungshilfe für die MMP</li> <li>• Sinnvolle Dualität von belastenden Problemen und Ressourcen in der doppelseitigen Gegenüberstellung</li> <li>• Versorgungsplan, Pharmazeutische Empfehlung, Verlaufskontrolle, Termine, Dokumentenliste sind sinnvolle Teile</li> <li>• Insgesamt eine anwenderfreundliche Art, mit dem Versorgungspass eine Drehscheibe für die Kommunikation und Datensammlung zu ermöglichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Kapitel «Ziele» könnte auf die linierte Doppelseite verzichtet werden und direkt auf die wichtigsten drei Ziele (Boxen 1 bis 3) hingesteuert werden. Dort zuerst die drei Ziele auflisten, dann zur Wichtigkeit (eine Art Vergewissern, warum das Ziel priorisiert ist), und zum Schluss zu den konkreten Schritten (Massnahmen).</li> <li>• Progressiv gedacht braucht es keine so ausführliche Diagnoseliste und Persönliche Anamnese; auch diese Doppelseite könnte man sich schenken und z.B. die wichtigsten fünf für den MMP aktuell relevanten medizinischen Probleme bei der Liste der Belastungen als Box erfragen.</li> <li>• Mit diesen beiden Änderungen würde man 4 Seiten einsparen.</li> <li>• Bei der pharmazeutischen Empfehlung fehlt der Entscheid des MMP, ob er mit der Empfehlung u/o dem ärztlichen Rat (eher Rat als Entscheid!) einverstanden ist oder nicht...!</li> <li>• Shared Decision Making – Hilfen fehlen im Versorgungspass</li> </ul>

<i>Instrument</i>	<i>Stärken</i>	<i>Schwächen</i>
<b>Assessment</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Der Katalog ist allenfalls brauchbar als Messinstrument für Studienzwecke (Verlaufsmessungen), aber auch dafür ist die Machbarkeit fraglich</li> <li>• Optisch in Ordnung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Dokument soll die Probleme des MMP identifizieren und quantifizieren und damit seinen Versorgungsbedarf feststellen lassen. Dieser Aufgabe wird es in seinem viel zu grossen Umfang und Komplexität nicht gerecht. Die Gefahr ist gross, dass MMP (und Befragter) dabei überfordert werden.</li> <li>• Die Bereiche somatische und psychische Defizite sind stark gewichtet</li> <li>• Alltagsfunktionen und soziales Umfeld sind nur wenig gewichtet</li> <li>• Subjektive unerfüllte Bedürfnisse (zum Beispiel infolge Autonomieverlust o.ä.) sind gar nicht angesprochen</li> <li>• Insgesamt negativer Eindruck: Als MMP wäre ich etwas frustriert, weil ich aus der Befragung einen Defizit-orientierten Ansatz herausspüre, der an meinen Bedürfnissen vorbeizieht.</li> </ul>

## ANHANG 2: Beispiele für Instrumente

**Meine Gesundheit**

Wo stehe ich?

Rauchen Alkohol Stress Ernährung Bewegung Gewicht

Mein Thema: .....

Erfahrungen von früher?

Negative: ..... Hindernisse heute: .....

Positive: ..... Meine Stärken, Unterstützung: .....

Skala 0 - 10

Wie zuversichtlich bin ich, dass ich es schaffe? ..... Wie bereit bin ich? .....

Mein konkretes Ziel:

Was? ..... Bis wann? .....

Mein Plan:

Meine konkreten Schritte:

Meine Bilanz:

Was habe ich erreicht / nicht erreicht? ..... Was habe ich dadurch gewonnen? .....

Herzliche Gratulation zum abgeschlossenen Projekt!

Weitere Infos: [www.gesundheitscoaching-khm.ch](http://www.gesundheitscoaching-khm.ch)

Kollegium für Neurorehabilitation (KHM), C3-Programm - Gesundheitscoaching KHM  
Rivoli 11/12/14, Postfach 1334, 3701 Freiburg | Tel. 0361 310 00 74 | email: [gesundheitscoaching@kollegium.ch](mailto:gesundheitscoaching@kollegium.ch)

Abbildung 1. Modellhaftes Kommunikations-Tool für die Patientenführung, Programm «Gesundheitscoaching-KHM»(18)

# Klinische Frailty Skala

**DGG** Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.

**1 Sehr fit**  
Personen in dieser Kategorie sind robust, aktiv, voller Energie und motiviert. Sie trainieren üblicherweise regelmäßig und sind mit die Fittesten innerhalb ihrer Altersgruppe.

**2 Durchschnittlich aktiv**  
Personen in dieser Kategorie zeigen keine aktiven Krankheitssymptome, sind aber nicht so fit wie Personen in Kategorie 1. Sie sind durchschnittlich aktiv oder zeitweilig sehr aktiv, z.B. saisonal.

**3 Gut zurechtkommend**  
Die Krankheitssymptome dieser Personengruppe sind gut kontrolliert, aber außer Gehen im Rahmen von Alltagsaktivitäten bewegen sie sich nicht regelmäßig.

**4 Vulnerabel**  
Auch wenn sie nicht auf externe Hilfen im Alltag angewiesen sind, sind Personen in dieser Kategorie aufgrund ihrer Krankheitssymptome oft in ihren Aktivitäten eingeschränkt. Häufig klagen sie über Tagesmüdigkeit und/oder berichten, dass Alltagsaktivitäten mehr Zeit benötigen.

**5 Geringgradig frail**  
Personen in dieser Kategorie sind offensichtlich in ihren Aktivitäten verlangsamt und benötigen Hilfe bei anspruchsvollen Alltagsaktivitäten, wie finanziellen Angelegenheiten, Transport, schwerer Hausarbeit und im Umgang mit Medikamenten. Geringgradige Frailty beeinträchtigt das selbständige Einkaufen, Spazierengehen sowie die Essenszubereitung und Haushaltstätigkeiten.

**6 Mittelgradig frail**  
Personen in dieser Kategorie benötigen Hilfe bei allen außerhäuslichen Tätigkeiten und bei der Haushaltsführung. Im Haus haben sie oft Schwierigkeiten mit Treppen, benötigen Hilfe beim Baden/Duschen und eventuell Anleitung oder minimale Unterstützung beim Ankleiden.

**7 Ausgeprägt frail**  
Personen in dieser Kategorie sind aufgrund körperlicher oder kognitiver Einschränkungen bei der Körperpflege komplett auf externe Hilfe angewiesen. Dennoch sind sie gesundheitlich stabil. Die Wahrscheinlichkeit, dass sie innerhalb der nächsten 6 Monate sterben, ist gering.

**8 Extrem frail**  
Komplett von Unterstützung abhängig und sich ihrem Lebensende nähernd. Oft erholen sich Personen in dieser Kategorie auch von leichten Erkrankungen nicht.

**9 Terminal erkrankt**  
Personen in dieser Kategorie haben eine Lebenserwartung <6 Monate. Die Kategorie bezieht sich auf Personen, die anderweitig keine Zeichen von Frailty aufweisen.

**Klinische Einstufung von Frailty bei Personen mit Demenz**

Der Schweregrad der Frailty entspricht der Schwere der Demenz. Typische Symptome einer leichten Demenz sind Vergesslichkeit bezüglich Details jüngster Ereignisse, auch wenn man sich an das Ereignis selbst noch erinnert, sowie das Wiederholen von Fragen und Gesagtem sowie sozialer Rückzug.

Bei mittelgradiger Demenz ist das Kurzzeitgedächtnis stark beeinträchtigt, obwohl die Personen sich augenscheinlich noch gut an Ereignisse der Vergangenheit erinnern können. Die Körperpflege erfolgt selbstständig mit verbaler Unterstützung.

Personen mit schwerer Demenz sind nicht in der Lage, ihre Körperpflege ohne Hilfestellung auszuführen.

Mod. nach Version 1.2, EN, Forschungsabteilung Geriatrie, Dalhousie Universität, Halifax, Kanada  
© 2020 Singler, Katrin / Gosch, Markus / Antwerpen, Leonie  
Vervielfältigung für nicht-profitorientierte Zwecke im Sinne der Patientenversorgung sowie Forschung und Lehre gestattet.

Quellen:  
1. Kanadische Studie über Gesundheit und Altern 2008  
2. K. Rockwood et al. CMAJ 2005; 173:489-495.

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. [www.dggeriatrie.de](http://www.dggeriatrie.de)

Abbildung 2. Clinical Frailty Scale als mögliches Screening-Instrument (28)

What are you doing to manage your stress?



## My Life My Healthcare

How does your healthcare fit with your life?

Where do you find the most joy in your life?



What else is on your mind today?

[http://www.mayo.edu/research/labs/knowledge-evaluation-research-unit/programs/Minimally Disruptive Medicine](http://www.mayo.edu/research/labs/knowledge-evaluation-research-unit/programs/Minimally%20Disruptive%20Medicine)

This discussion aid will help you and your clinician talk about how your healthcare fits with your life.

MAYO CLINIC | 200 First Street SW | Rochester, MN 55905 | [mayoclinic.org](http://mayoclinic.org)

©2018 Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved. MAYO, MAYO CLINIC and the triple-shield Mayo logo are trademarks and service marks of MEMER. MCS733-58

Are these areas of your life a source of **satisfaction**, **burden**, or **both**?

Leave blank if not part of your life	Satisfaction	Burden
My family and friends	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My work or finances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Free time, relaxation, fun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spirituality or life purpose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Where I live	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getting out and transportation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Being active	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social media, TV or screen watching	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My emotional life	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
My memory or attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
The food I eat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

What are the things that your doctors or clinic have asked you to do to care for your health?

Do you feel that they are a **help**, a **burden**, or **both**?

Leave blank if not part of your life	Help	Burden
Take medications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monitor symptoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manage my diet and exercise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Get enough sleep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Come in for appointments or labs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reduce alcohol use, smoking, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insurance or support services	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manage stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Write in any others	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abbildung 3. ICAN-Tool zu Patienten-Belastung und –Ressourcen (29)

# Opti-Q Multimorbidité

## Rapport d'évaluation du point de vue des pharmaciens

### Auteur.es

Dr Damien Cateau, PhD ; Prof. Marie-Paule Schneider, PhD

### Description du projet

Selon la factsheet : « L'objectif [d'Opti-Q Multimorbidités] est d'améliorer la coordination, la collaboration et la communication entre les prestataires de soins impliqués, d'éviter l'aggravation de la maladie et de préserver ainsi le plus longtemps possible la qualité de vie et l'autonomie des [personne souffrant de plusieurs maladies chroniques].

L'objectif est de tester l'applicabilité de [recommandations de pratique clinique] dans les soins de base pendant 12 mois et, sur la base de l'expérience ainsi acquise, de formuler des recommandations sur les outils informatiques et les modèles de financement possibles pour les soins coordonnés interprofessionnels des personnes atteintes de maladies chroniques multiples. »

### Objectifs de l'évaluation

1. Fournir à Interface un avis sur les documents transmis du point de vue d'un.e pharmacien.ne, et proposer des améliorations le cas échéant.
2. Identifier les avantages et les problèmes potentiels des tâches et des produits utilisés.
3. Comparer l'approche proposée avec des approches alternatives, éventuellement plus appropriées, dans les cas où une prise en charge interprofessionnelle en partenariat avec le patient doit être mis en place ou amélioré pour les patients multimorbides.

### Analyse du projet : enjeux prioritaires

Du point de vue des pharmaciens, cinq enjeux prioritaires sont à relever : la composition de l'équipe interprofessionnelle, la circulation de l'information au sein de cette équipe, le processus de vérification de la médication, la sélection des patients, et le financement des activités.

#### Enjeu 1: Composition de l'équipe interprofessionnelle

L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) a émis des recommandations, sous la forme d'une charte mise à jour en 2020, sur la collaboration interprofessionnelle [1]. Le projet Opti-Q intègre la grande majorité des recommandations de cette charte : les patients et leurs proches sont ainsi intégrés dans les soins, au travers du passeport de soin, ainsi que lors de la réalisation de la vérification de la médication, avec l'approche *brown bag*. La formation interprofessionnelle, une autre recommandation de l'ASSM, est partie intégrante du projet.

Toutefois, deux aspects de cette charte ne semblent pas être complètement reflétés au sein du projet, tout du moins selon les documents fournis pour l'évaluation. Premièrement, l'ASSM recommande que « La collaboration interprofessionnelle s'oriente selon le contexte du traitement et de la prise en charge » (élément-clé 5) ; cela indique que l'équipe n'est pas monolithique et s'adapte à la situation et aux besoins du patient. Cet aspect est repris dans le projet, de nombreux documents mentionnant que l'équipe de base doit être adaptée et complétée selon le contexte du patient (p.ex. *Tâches équipe de base*). Toutefois,

la composition de cette équipe de base n'est pas décrite de manière claire et univoque entre les documents : le *Résumé pour les professionnels* indique bien une équipe interprofessionnelle tandis que la *Factsheet* indique « Dans une optique de collaboration interprofessionnelle, une participation au projet commune d'un cabinet avec une pharmacie ou les services d'aide et soins à domicile serait idéale, mais ne constitue pas une condition de participation. »

De notre point de vue, l'équipe de base devrait être bien définie avec les parties prenantes et la décision devrait être argumentée sur la base du contexte. La population cible étant les patients présentant au moins deux pathologies de groupes de diagnostics différents, la présence d'une médication à long terme est une quasi-certitude pour tous les patients concernés. La participation d'un.e spécialiste du médicament, pharmacien.ne ou médecin pharmacologue, à l'équipe de base est donc requise, que les médicaments soient délivrés par une pharmacie d'officine, une pharmacie d'envoi postal, ou par le médecin. La participation, à l'équipe de base, des infirmières et infirmiers à domicile devrait également être obligatoire pour les patients chez qui ils.elles interviennent.

Deuxièmement, l'ASSM indique que la prise de décision interprofessionnelle est un composant essentiel d'une collaboration interprofessionnelle. Bien que « les autres professionnels impliqués » soient mentionnés lors de l'élaboration du plan de soins dans le descriptif des tâches, aucun mécanisme formel de prise de décision interprofessionnelle n'est présenté. De même, une fois l'évaluation de la médication réalisée, il n'est pas formellement prévu de prise de décision interprofessionnelle sur les propositions émises par le. la pharmacien.ne. Ces points devraient être formalisés afin d'assurer une implémentation réelle, et non purement consultative, de l'interprofessionnalité sur le terrain. Un exemple d'une telle prise de décision partagée se retrouve dans le projet Simple.ID [2], dans lequel des infirmières, pharmacien.ne.s et médecin collaborent pour optimiser la prise en charge de résidents d'EMS : une fois l'analyse de la médication réalisée par le. la pharmacien.ne, les propositions résultantes sont discutées lors d'une séance regroupant les trois professionnels selon le modèle du *case conferencing*, qui est d'ailleurs le standard en oncologie [3].

## Enjeu 2: Circulation de l'information au sein de l'équipe interprofessionnelle

Un élément central de la collaboration interprofessionnelle est le partage de l'information. À l'heure actuelle en Suisse, aucun outil n'est réellement utilisé à large échelle pour faciliter la transmission d'information entre prestataires dans le domaine ambulatoire. Le projet Opti-Q propose une solution nouvelle à ce problème récurrent : l'utilisation d'un passeport de soin.

Le document présenté est complet et aborde toutes les dimensions nécessaires à une prise en soins interprofessionnelle, d'un point de vue médical. L'implication du patient et de ses proches dans son utilisation sont un aspect positif. Toutefois, nous identifions plusieurs problèmes potentiels avec cet outil, qui sont principalement liés à sa forme « papier » ; par exemple :

- Ce format implique en effet que c'est le. la patient.e qui le conserve et le présente à chaque professionnel impliqué. La responsabilité du transfert de l'information entre professionnels repose ainsi sur les épaules du patient, ce qui n'est pas souhaitable, même lorsque le patient dispose des capacités cognitives nécessaires pour s'acquitter de cette tâche.
- Sans avoir accès au passeport de soin en temps réel, il est impossible pour un professionnel de travailler en l'absence du patient, sans auparavant avoir retranscrit / copié les informations du passeport. Cela revient à la situation actuelle, avec des dossiers multiples et non partagés, ce qui diminue fortement l'utilité du passeport.

- L'évaluation de la médication, qui peut être réalisée en l'absence du patient, résulte potentiellement en des modifications de traitements. Ces modifications devraient être reportées le plus rapidement possible dans le passeport de soin, impliquant une visite du patient chez le médecin ou à la pharmacie, et donc un délai dans l'implémentation des adaptations médicamenteuses et la mise à disposition de l'information aux autres professionnels de santé concernés, tels que les soins à domicile.
- Finalement, la forme papier du document se prête mal à un suivi à long terme du patient : les modifications successives le rendront probablement rapidement illisible; il deviendra une source de confusion pour le patient et les soignants.

Pour résoudre ces problèmes, l'utilisation d'un outil informatique centralisé de partage d'information est incontournable ; pour favoriser l'implication des patients avec une faible littératie digitale, une version imprimable pour leur usage personnel pourrait être prévue. Cet outil pourrait être développé *ad hoc*, comme c'est le cas dans le cadre du projet Simple.ID déjà mentionné, ou pourrait reposer sur la facilitation de l'accès au Dossier Électronique du Patient (DEP), comme cela est prévu dans le cadre du projet de maison de santé, incluant du personnel de soin de l'Institution genevoise de maintien à domicile (Imad) pour des soins intégrés ouverts à tous à Meinier (GE). Cette dernière option nous semble à privilégier, étant donné les coûts élevés et le temps nécessaire au développement d'un outil informatique.

### Enjeu 3: Réalisation des évaluations de la médication

L'activité centrale du projet Opti-Q, du point de vue des soins pharmaceutiques, est l'évaluation de la médication ; le terme accepté dans la littérature pour cette activité est « revue de médication » (*medication review*)[4], et c'est le terme que nous utiliserons. Le projet découpe cette activité en deux parties ; tout d'abord, la collecte des informations sur la médication auprès du patient, puis l'évaluation pharmaceutique de la médication, réalisée en l'absence du patient. La collecte des données, à savoir l'analyse « brown bag » et l'entretien avec le patient, peut être réalisée par plusieurs acteurs (assistant.e médical.e, assistant.e en pharmacie, par exemple), tandis que l'évaluation pharmaceutique doit être réalisée par « [un.e] professionnel.le de la santé responsable ».

Cette forme d'organisation nous semble sous-optimale pour plusieurs raisons :

- Tout d'abord, bien que la collecte puisse effectivement être menée par un acteur ne disposant pas des qualifications nécessaires pour ensuite analyser la médication, il faudra veiller à ce qu'aucune information ne soit remise durant cette phase mais qu'au contraire, les compétences à récolter de l'information de façon professionnelle et semi-structurée soit enseignée (exemples, questions ouvertes et fermées, écoute réflexive, résumé, retranscription fidèle des interrogations du patient). Au-delà des informations médicaments, cette phase permet de recueillir les besoins, les priorités et les perspectives du patient en matière de traitement.
- Faire réaliser les phases de collecte et d'analyse par des personnes différentes pourrait avoir un impact sur l'efficacité de l'évaluation, puisque cela introduit une étape supplémentaire de transfert d'information entre les acteurs, et dont potentiellement des erreurs. En cas d'information manquante dans l'étape d'analyse, il serait nécessaire de recontacter le patient, ce qui induirait également des délais.
- Finalement, il n'est pas précisé qui est le ou la « professionnel.le de santé responsable ». Cette personne, ainsi que les compétences attendues, méritent d'être décrites de façon explicite. Au vu des compétences nécessaires pour pouvoir réaliser efficacement une revue de médication, seul.e.s un.e pharmacien.ne spécifiquement formé.e, ou un médecin pharmacologue, semble disposer des compétences pour la mener. Il est à noter que, dans de nombreux programmes incluant des revues

de médication, une formation spécifique est demandée, y compris aux pharmaciens. Dans le cadre du projet Simple.ID, par exemple, les pharmaciens suivent une formation de 3 jours à la réalisation de ces analyses. En Australie, où un service de revue de médication par les pharmaciens existe depuis 2001 (*Home Medicines Review service*), les pharmaciens doivent être spécifiquement accrédités pour pouvoir fournir ce service.[5]

Par conséquent, nous recommandons premièrement, de définir les compétences attendues pour chaque phase de la revue de médication afin de définir quels professionnels pourraient assurer la collecte d'information (par exemple infirmières, assistant.e en pharmacie, assistant.e médical.e), puis l'analyse et la remise de recommandations (pharmacien.ne ou médecin pharmacologue). Deuxièmement, une analyse contextuelle du terrain permettra de définir quels sont les professionnels à disposition dans chaque contexte individuel pour réaliser l'activité. Dans la plupart des contextes, ce sont à des pharmaciens que la réalisation de ces revues sont confiées [6], ce qui correspond aux recommandations conjointe de l'OMS et de la Fédération Internationale Pharmaceutique sur le rôle des pharmaciens dans la gestion de la thérapie médicamenteuse [7]. Un réseau de collaboration étroit entre cabinets médicaux et pharmacies d'officine représente une réelle opportunité de réunir l'ensemble des compétences et de les organiser de façon collaborative.

Finalement, l'outil proposé pour réaliser la revue nous apparaît comme très pertinent, car il apporte une structure solide. En particulier, le formulaire de communication des propositions au médecin est clair et structuré. Toutefois, certains points pourraient être ajoutés dans le document afin d'augmenter la pertinence de l'analyse :

- À aucun moment, une réconciliation entre le traitement prescrit par le médecin, celui dispensé par la pharmacie, et celui effectivement pris par le patient n'est effectuée. Cette étape devrait précéder celle d'analyse, en demandant les informations au(x) médecin(s)/pharmacien (ou en utilisant le DEP dans le cadre du projet).
- Des informations importantes sur l'utilisation des traitements par le/la patient.e, comme le moment de prise, l'utilisation effective du traitement (qui est différente de la non-adhésion accidentelle), ou la fréquence de prise pour les traitements à la demande, ne sont pas traitées dans le document. De même, la question d'éventuels médicaments manquant à la thérapie n'est pas abordée dans la phase d'analyse.
- Si la collecte d'informations n'inclut pas une analyse de l'historique complet de délivrance, des problèmes de non-adhésion ou de surconsommation pourraient ne pas être détectés. Demander de croiser les informations obtenues par la méthode *brown bag* avec l'historique de délivrance pourrait pallier ce manque.
- Le formulaire de transmission des recommandations au médecin est correctement structuré. Toutefois, un aspect important n'y figure pas : l'urgence à traiter les différentes recommandations. En l'absence d'une communication directe entre le/la pharmacien.ne et le/la médecin, ce point doit impérativement figurer sur le document.

#### Enjeu 4. Financement des prestations

La question du financement des activités n'est pas traitée de manière complète. Seule la *Factsheet* aborde cette question, en mentionnant que « [les prestataires] reçoivent 50 CHF/patient(e) par représentant(e) professionnel(le) de l'équipe de base pour le surcroît de travail occasionné par la participation au projet. ». De plus, les prestations de l'AOS peuvent être facturées comme à l'accoutumée.

Dans le cadre du Home Medicines Service australien, les pharmaciens consacrent entre 2 et 4 heures à la réalisation complète d'une revue de médication pour des patients résidant à domicile.[5] Dans le cadre du projet Simple.ID [2], qui se déroule en EMS, les pharmaciens sont rémunérés pour 2 heures de travail pour chaque revue de médication ; les autres professionnels impliqués sont également rémunérés pour la prise de décision interprofessionnelle qui résulte de cette revue. D'après les informations trouvées de la *Factsheet*, la rémunération d'une revue de médication serait de 50 ou 100 CHF pour la pharmacie, ce qui ne couvre pas les frais engendrés, étant donné qu'aucune position tarifaire pour cette prestation n'existe actuellement en Suisse. De la même manière, le temps consacré par l'équipe médicale aux diverses activités ne pourra pas être couvert par des prestations facturables à l'AOS, le temps de consultation du dossier en l'absence du patient étant limité à 30 minutes par trimestre et déjà largement utilisé par les activités courantes aujourd'hui.

Dans une optique de pérennisation des activités, une source de financement devrait être discutée et présentée, soit via une convention tarifaire spécifique avec les assureurs, soit auprès d'autres acteurs. Il est à noter, par exemple, que ce sont les cantons qui financent certaines activités non facturables aux assurances maladies dans le cadre du projet Simple.ID ou de la maison de santé de Meinier.

### Enjeu 5: Sélection des patients au sein de la population cible

Les patients répondant aux critères de sélection représentent près de 12% de la population suisse [8] ; étendre la démarche proposée par Opti-Q Multimorbidités à tous les patients répondant à ces critères serait difficilement envisageable au vu des ressources importantes que cela nécessiterait. En parallèle, une proportion importante de patients vivant avec une MNT n'ont qu'un seul diagnostic [9], mais cela n'indique pas qu'ils ne pourraient pas bénéficier de l'approche proposée, car leur prise en charge est complexe et fait intervenir plusieurs professionnels.

Les critères de sélection actuels nous semblent donc à la fois trop et trop peu sélectifs en vue d'une extension du programme. Plusieurs pistes pourraient être explorées afin de sélectionner différemment les patients pouvant bénéficier d'une approche telle qu'Opti-Q : certains indicateurs, comme le concept de fragilité clinique [10], la fréquence des hospitalisations, la littératie en santé, ou encore l'absence de soutien social, qui ont un fort impact sur le risque de mortalité [11], pourraient être mobilisés pour prioriser l'attribution de l'intervention aux patients la nécessitant le plus. La complexité du réseau de soin, par exemple en prenant en compte le nombre de professionnels impliqués dans la prise en charge régulière d'un patient, pourrait être un critère déterminant. À l'inverse, là où les réseaux de soins sont constitués, l'intuition des soignants pourrait être le facteur déterminant pour proposer l'intervention aux patients éligibles ; c'est d'ailleurs l'approche choisie dans les EMS vaudois pour la réalisation des revues de médication dans le cadre du projet Simple.ID. Cette question de la définition de la population est essentielle au succès de la prestation et doit être clairement définie avec les parties prenantes.

## Autres points de réflexion

### Utilisation des sciences de l'implémentation

L'intervention proposée est complexe, fait intervenir un nombre important d'acteurs, et prendra place, en cas de déploiement à large échelle, dans un grand nombre de contextes différents. Pour en assurer le succès, l'utilisation des sciences de l'implémentation dans la conception et l'évaluation de ce déploiement est indispensable [12]. Cette approche n'est pas présentée dans les documents mis à disposition, hormis le soutien proposé pour le recrutement des participants, qui pourrait s'apparenter à de la facilitation [13]. Mener une analyse contextuelle dans les différents clusters actifs durant la phase qui s'achève actuellement permettrait de développer des stratégies d'implémentation ainsi qu'une intervention

adaptées aux différents contextes suisses, et ainsi d'augmenter les chances de succès et de pérennisation de l'intervention développée.

### Chronologie des activités

Au travers des documents fournis, la chronologie du déploiement des activités n'est pas très claire ; par exemple, le recrutement de patients ne devrait avoir lieu qu'après la réunion de lancement, mais il est présenté avant sur le document *Tâche de l'équipe de base*. De la même manière, le moment où la formation de base doit être suivie (Avant le recrutement de patients ? après ?) n'est pas explicite sur le document. Le support de formation pose d'ailleurs la question « Utilisez-vous le passeport de soin ? », alors que cette formation devrait idéalement prendre place avant le recrutement du premier patient.

Une présentation chronologique serait un plus pour un déploiement à large échelle.

### Compatibilité avec le cadre légal

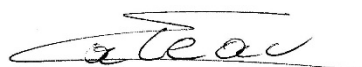
Un questionnaire anonyme fait partie des activités de la phase de préparation ; toutefois, ce questionnaire collecte l'identifiant interne au projet attribué à chaque participant.e. Il est donc incorrect de le présenter comme anonyme. De plus, le stockage des données sur SurveyMonkey, plateforme hébergeant ce questionnaire, ne remplit probablement pas les exigences légales en matière de récolte de données personnelles sensibles que sont les données liées à la santé.

### Conclusion

En l'état actuel, le projet Opti-Q Multimorbidité semble bien adapté au démarrage d'une prise en charge interprofessionnelle pour un.e patient.e multimorbide. Par contre, les outils proposés ne semblent pas adaptés au suivi au long cours, principalement car les outils de transfert d'information entre professionnels n'y sont pas adaptés. La mise en œuvre d'un outil informatisé dédié, ou l'utilisation du DEP, pourrait remédier à ce problème. En vue d'un déploiement à plus large échelle, de nombreuses autres adaptations seraient nécessaires pour assurer le succès de ce programme, tant du point de vue de l'implémentation que de celui de la clinique.

Dr Damien Cateau

Unisanté  
Pharmacien adjoint



prof. Marie Paule Schneider

Professeure Associée  
Université de Genève, ISPSO

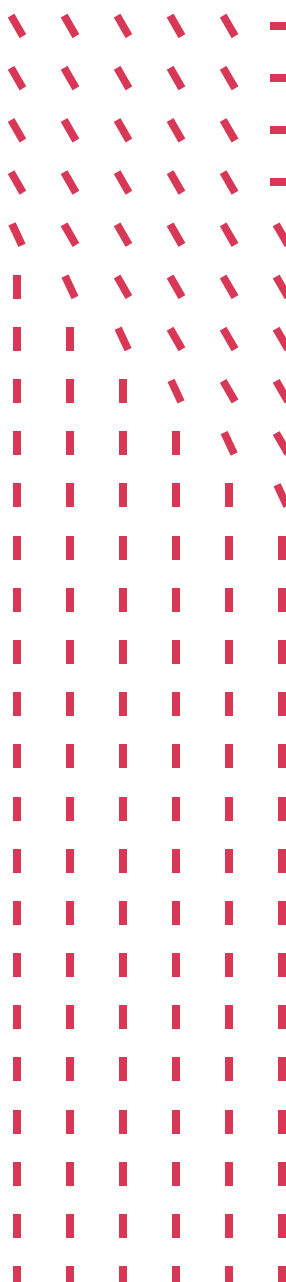


## Bibliographie

1. Académie suisse des sciences médicales, *Charte 2.0 La collaboration interprofessionnelle dans le système de santé*. 2020.
2. *Sustainable implementation of Interprofessional deprescribing services for nursing home residents in multiple cantons - The Simple-ID project*. 19.03.2024]; Available from: <https://www.unisante.ch/fr/formation-recherche/recherche/projets-etudes/sustainable-implementation-interprofessional>.
3. Wright, F.C., et al., *Multidisciplinary cancer conferences: A systematic review and development of practice standards*. European Journal of Cancer, 2007. **43**(6): p. 1002-1010.
4. Griese-Mammen, N., et al., *PCNE definition of medication review: reaching agreement*. Int J Clin Pharm, 2018. **40**(5): p. 1199-1208.
5. Patounas, M., et al., *Home medicines reviews: a national survey of Australian accredited pharmacists' health service time investment*. Pharm Pract (Granada), 2021. **19**(3): p. 2376.
6. Huiskes, V.J.B., et al., *Effectiveness of medication review: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. BMC Family Practice, 2017. **18**(1): p. 5.
7. Fédération Internationale Pharmaceutique, *Joint FIP/WHO Guidelines on Good Pharmacy Practice: Standards for quality of pharmacy services*. 2011.
8. Observatoire suisse de la santé, *Multimorbidité MNT (âge: 15+)*. 2023.
9. *Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles 2017-2024*. 2016, Office fédéral de la santé publique,.
10. Clegg, A., et al., *Frailty in elderly people*. Lancet, 2013. **381**(9868): p. 752-62.
11. Drageset, J., *Social Support, in Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research*, G. Haugan and M. Eriksson, Editors. 2021, Springer International Publishing: Cham. p. 137-144.
12. Bauer, M.S., et al., *An introduction to implementation science for the non-specialist*. BMC Psychology, 2015. **3**(1): p. 32.
13. Stetler, C.B., et al., *Role of "external facilitation" in implementation of research findings: a qualitative evaluation of facilitation experiences in the Veterans Health Administration*. Implementation Science, 2006. **1**(1): p. 23.

### A 5 «Lessons Learned»-Bericht

Interface Politikstudien Forschung Beratung hat das Projekt «Optimierung der Behandlungsqualität von multimorbiden Patienten» (Opti-Q), insbesondere die Konzeption und die Implementation von Opti-Q zwischen 2020 und 2022, im Auftrag der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) begleitet und die Ergebnisse in einem Bericht («Lessons Learned») festgehalten. Der Bericht findet sich auf den folgenden Seiten.



**Optimierung der Behandlungs-  
qualität von multimorbiden  
Patienten (Opti-Q): Evaluations-  
bericht**

**Teil «Lessons learned»**

**Bericht zuhanden Gesundheitsförderung Schweiz**

Luzern, den 15. Dezember 2023

**| Autorinnen und Autoren**

Andreas Balthasar, Prof. Dr. (Projektleitung)

Stefan Essig, Dr. med. Dr. phil. (Projektmitarbeit)

Zora Föhn, Dr. des. (Projektmitarbeit)

**| INTERFACE Politikstudien**

Forschung Beratung AG

Seidenhofstrasse 12

CH-6003 Luzern

Tel +41 (0)41 226 04 26

Rue de Bourg 27

CH-1003 Lausanne

Tel +41 (0)21 310 17 90

[www.interface-pol.ch](http://www.interface-pol.ch)

**| Auftraggeberin**

Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH)

**| Laufzeit**

März 2020 bis September 2024

**| Projektreferenz**

Projektnummer: 20-09

<b>1. Hintergrund</b>	<b>4</b>
1.1 Ausgangslage	4
1.2 Zielsetzung	4
1.3 Fragestellungen und Methode	4
1.4 Anonymität	5
1.5 Danksagung	5
1.6 Aufbau des Berichts	5
<b>2. Chronologie des Projekts</b>	<b>6</b>
<b>3. Einflussfaktoren auf die Projektentwicklung</b>	<b>9</b>
3.1 Rolle des Konzepts	9
3.2 Rolle der Produkte	10
3.3 Rolle der Organisation und Prozesse	11
3.4 Rolle weiterer Faktoren	12
3.5 Gesamteindruck	13
<b>4. Lehren und Empfehlungen</b>	<b>15</b>
4.1 Lehren	15
4.2 Empfehlungen	16

# 1. Hintergrund

## 1.1 Ausgangslage

Interface Politikstudien Forschung Beratung evaluiert das Projekt «Optimierung der Behandlungsqualität von multimorbiden Patienten» (Opti-Q) des Vereins QualiCCare (QCC) im Auftrag der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) seit März 2020 begleitend.

Ziel von Opti-Q ist die wissenschaftliche Prüfung der Anwendung von Praxisempfehlungen für die Behandlung multimorbider Patienten/-innen aus dem Kanton Waadt in Bezug auf Praktikabilität und Wirksamkeit auf nationaler Ebene. Inhaltlich geht es um den Einbezug des Patienten/der Patientin als Partner/-in bei seiner/ihrer Behandlung, die Förderung seiner/ihrer Autonomie, die Erhaltung der Lebensqualität sowie die Chancengleichheit beim Zugang zu einer adäquaten und koordinierten Versorgung. GFCH hat 2019 beschlossen, Opti-Q während der Jahre 2020 bis 2024 mit insgesamt 2 Millionen Franken zu unterstützen.

An seiner Sitzung vom 25. November 2022 entschied der Stiftungsrat von GFCH, die Projektfinanzierung von Opti-Q zu stoppen und den Vertrag auf den nächstmöglichen Termin aufzulösen. Dieser Entscheid wurde dadurch begründet, dass die Zielgruppen nicht in der gewünschten Form für eine Teilnahme am Projekt hätten gewonnen werden können. GFCH möchte, dass Interface die «Lessons learned» des Prozesses, der zu diesem Entscheid geführt hat, aufarbeitet.

QCC als Trägerorganisation von Opti-Q hat sich Ende 2022 entschlossen, Opti-Q in kleinerem Rahmen als Piloten umzusetzen und aus eigenen Mitteln zu finanzieren. Der Pilot wird durch Interface im Rahmen des Evaluationsmandats von GFCH evaluiert.

## 1.2 Zielsetzung

Der vorliegende Bericht arbeitet die «Lessons learned» des Prozesses auf, der zum Entscheid des Stiftungsrates von GFCH geführt hat. Im Zentrum der Analyse steht die Frage nach den Gründen, die dazu geführt haben, dass es bis Ende 2022 nicht gelungen ist, die geplante Zahl von Teams aus der Zielgruppe für die Mitwirkung am Projekt Opti-Q zu gewinnen. Die Ausführungen sollen in ausgewogener Form aufzeigen, welche Lehren allfällige Projektteams mit vergleichbaren Projektideen berücksichtigen sollten, beziehungsweise welche Schlüsse die Projektförderung von GFCH aus dem Prozess ziehen kann.

## 1.3 Fragestellungen und Methode

Die Frage nach den Gründen, die dazu geführt haben, dass es bis Ende 2022 nicht gelungen ist, die geplante Zahl von Teams aus der Zielgruppe für die Mitwirkung am Projekt Opti-Q zu gewinnen, wurde für die Evaluation in folgende Unterfragen gegliedert:

- Welche Rolle hat die Konzeption des Projekts gespielt und welche Lehren lassen sich daraus ziehen?
- Welchen Einfluss hatten die Organisation des Projekts und das Projektmanagement von QCC beziehungsweise Opti-Q und welche Lehren lassen sich daraus ziehen?
- Wie werden die von Opti-Q entwickelten Produkte «Versorgungspass», «Assessment», «Medikationscheckliste», «Liste Selbstmanagementförderungsangebote» und andere eingeschätzt, und welche Lehren lassen sich daraus ziehen?
- Gibt es weitere Lehren, die sich aus der Entwicklung des Projekt Opti-Q ziehen lassen?

Die aufgeworfenen Fragen wurden basierend auf der Analyse von Dokumenten (Antragsdokumente, Jahres- und Zwischenberichte, Sitzungsprotokolle) und Gesprächen mit sieben Involvierten bei Opti-Q und GFCH im Mai und Juni 2023 beantwortet. Zwei der Interviewten sind Leistungserbringer, beides Hausärzte.

---

#### D 1.1: Gesprächspartner/-innen «Lessons learned»

---

<i>Person</i>	<i>Funktion im Zusammenhang mit Opti-Q zum Zeitpunkt des Gesprächs</i>
Caroline Krzywicki	Projektleiterin Opti-Q
Astrid Czock	Geschäftsführerin QualiCCare
Christian Frei	Leitung Steuer- und Begleitgruppe Opti-Q, Vertreter Versicherungen, SWICA, Vorstand QualiCCare
Marc Müller	Mitglied Steuer- und Begleitgruppe Opti-Q, Vertreter Hausärzteschaft, mfe, Vorstand QualiCCare
Patrick Staeger	Mitglied Steuer- und Begleitgruppe Opti-Q, Patientenvertreter
Sébastien Jotterand	Hausarzt mit Interesse an Opti-Q, der sich schliesslich gegen eine Beteiligung entschieden hat
Karin Lörvall	Projektleiterin Gesundheitsförderung Schweiz

---

Ein Entwurf des vorliegenden Berichts wurde an einem Workshop im November 2023 gemeinsam mit Vertretenden von GFCH und Opti-Q diskutiert und anschliessend finalisiert.

#### 1.4 Anonymität

Die Präsentation der Ergebnisse der Evaluation soll soweit möglich keinen Rückschluss auf Beiträge einzelner Personen oder Dokumente erlauben, welche zur Aufarbeitung beigetragen haben.

#### 1.5 Danksagung

Das Evaluationsteam von Interface bedankt sich bei allen Beteiligten für das entgegengebrachte Vertrauen und die Zeit, welche sie für die ausführlichen Gespräche sowie die Zusammenstellung von Unterlagen aufgewendet haben.

#### 1.6 Aufbau des Berichts

Der Aufbau der anschliessenden Ergebnisse ist wie folgt gegliedert: Einleitend wird eine Chronologie des Projekts präsentiert (Kapitel 2). Danach gehen wir auf die Einflussfaktoren auf den Projektfortschritt von Opti-Q 2018 bis 2023 ein (Kapitel 3). Schliesslich halten wir die Lehren und die Empfehlungen zuhanden Projektteams mit vergleichbaren Projektideen sowie der Projektförderung von GFCH fest, welche aus der Projektentwicklung resultieren (Kapitel 4).

## 2. Chronologie des Projekts

Es folgt eine chronologische Auflistung von Tätigkeiten und Ereignissen, welche für den Projektverlauf von Opti-Q wesentlich waren. Die zugrundeliegenden Informationen stammen aus der Dokumentenanalyse.

### D 2.1: Chronologie Projekt Opti-Q

Was		Wann
<b>2018</b>		
1. Projektantrag bei GFCH	Antrag für Projektförderung PGV, Förderbereich II (Seed-Finanzierungen, Pilotprojekte) eingereicht: «Praxisleitfaden für die Behandlung multimorbider Patienten/-innen».	Juni 2018
	Die Projektskizze wird abgelehnt.	
<b>2019</b>		
2. Projektantrag bei GFCH	Antrag für Projektförderung PGV, Förderbereich I (umfangreiche Projekte) eingereicht: «Optimierung der Behandlungsqualität von multimorbiden Patienten».	August 2019
	Der Projektantrag wird bewilligt und mit zwei Millionen Franken finanziert.	
<b>2020</b>		
Projektstart Opti-Q	Das PGV-Projekt «Optimierung der Behandlungsqualität von multimorbiden Patienten» startet.	Januar 2020
Auftrag Evaluation an Interface	Interface wird von GFCH mit der Durchführung einer formativen und summarischen Evaluation von Opti-Q beauftragt, um Zielerreichung, Erfolgsfaktoren, Wirksamkeit und Stolpersteine des Projekts zu überprüfen. Es wurden verschiedene Zwischenberichte und ein Schlussbericht per Mitte 2024 vereinbart.	März 2020
Erste Arbeiten am Projekt	Erste Arbeiten werden ausgeführt, u.a. Literaturübersicht zur koordinierten und interkonnektionellen Versorgung, Entwurf für Anwendungshilfen, Konzept/Literatursuche/Umfrage für Auslegeordnung für Selbstmanagementförderungsangeboten, Konzept/semistrukturierte Befragung für Auslegeordnung von e-Health und IT-Hilfsmittel. Die Covid-19-Pandemie wirkt sich von Beginn an negativ auf die Projektentwicklung aus.	Jahr 2020
Identifikation Patientenkollektiv und involvierte Akteure	Die Ein- und Ausschlusskriterien für Patienten/-innen werden definiert. Die Leistungserbringer und andere Personen, welche in der Versorgung multimorbider Patienten involviert sind, werden identifiziert.	Juni 2020
1. Verschiebung Rekrutierungsphase	Die Rekrutierungsphase wird aufgrund der Covid-19-Pandemie um ein halbes Jahr verschoben (neu geplant für Januar 2021).	Juni 2020
Antrag auf Projektverlängerung	Ein Antrag auf Projektverlängerung aufgrund der Covid-19-Pandemie um 12 Monate wird durch GFCH bewilligt, ohne Budgetanpassungen.	November 2020

<i>Was</i>		<i>Wann</i>
<b>2021</b>		
Arbeiten am Projekt	Der Versorgungspass, das Patienten-Assessment und die interprofessionelle Fortbildung werden weiterentwickelt. Die beteiligten Fachpersonen werden in Form des Kernteams bestehend aus Ärzteschaft, MPA/MPK, Apotheker/-innen, Apothekenpersonal und Spitex neu definiert.	Jahr 2021
2. Verschiebung Rekrutierungsphase	Der Start der Rekrutierung von Leistungserbringern und Patienten/-innen wird aufgrund der Covid-19-Pandemie, gesundheitsbedingter Ausfälle und personeller Wechsel erneut verschoben (neu geplant für Januar 2022).	Juni 2021
Evaluationsworkshop Opti-Q mit Interface	Die Evaluation weist darauf hin, dass sich das Projekt in einer kritischen Phase befindet, zumal das Projektteam die geplante Intervention, die Zielgruppen und die Rekrutierungsstrategie einer erneuten Überprüfung unterzog.	November 2021
<b>2022</b>		
Arbeiten am Projekt	Der Versorgungspass und das Assessment werden finalisiert. Die Medikationscheckliste wird als zusätzliches Element ebenfalls entwickelt. Der Baseline-Fragebogen für Patienten/-innen und Kernteam sowie ein Entwurf des Post-Fragebogens für Patienten/-innen und Kernteam liegen vor.	Jahr 2022
Start Rekrutierung	Start der Rekrutierung von Leistungserbringenden.	März 2022
Gespräch Opti-Q mit GFCH	Es treten Schwierigkeit bei der Rekrutierung auf. Der erste Kurs der interprofessionellen Fortbildung wird aufgrund von zu wenigen Teilnehmenden verschoben. Nachdem zuvor noch an einem Abschluss des Projekts bis Mitte 2024 festgehalten wurde, wird vereinbart, dass die geplante Anzahl der zu integrierenden Patienten/-innen von 2'000 auf 500 reduziert und das Projekt bis Mitte 2025 verlängert wird, ohne Budgetanpassungen.	23. August 2022
Sitzung Steuergruppe Opti-Q	Die Ergebnisse einer Feldanalyse bei 25 Gesundheitsfachpersonen zur Relevanz der Thematik, zu den Anwendungshilfen, zur Fortbildung und zur Aufwandsentschädigung werden diskutiert. Die Problematik, dass Assessment und Medikationscheck durch nicht-ärztliche Fachpersonen nicht abrechenbar sind, sowie der Umstand, dass verpflichtend eine 1,5-tägige interprofessionelle Fortbildung besucht werden muss, werden als wichtige Hinderungsgründe zur Teilnahme hervorgehoben.	10. Oktober 2022
	<p>Folgende Projektanpassungen werden ausgearbeitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die interprofessionelle Fortbildung soll nur dann verpflichtend sein, wenn nicht bereits an einer interprofessionellen Aus-, Weiter- oder Fortbildung teilgenommen wurde.</li> <li>• Projektteilnehmende, die bereits strukturierte Anwendungshilfen für Assessment und Medikationsüberprüfung verwenden, sollen ihre eigenen Anwendungshilfen vom Opti-Q-Projektteam zur Verwendung validieren lassen können.</li> <li>• Idealerweise besteht das Kernteam aus Hausarztpraxis und Apotheke. Ist diese Konstellation nicht möglich, soll eine Zusammenarbeit zwischen der Hausarztpraxis und einer anderen Berufsgruppe vorgesehen werden.</li> </ul>	

<i>Was</i>		<i>Wann</i>
Sitzung Opti-Q mit GFCH	Die Feldanalyse und Vorschläge (siehe 23. August und 10. Oktober) werden GFCH präsentiert. GFCH hält fest, dass die Entscheidung, ob QCC das Projekt mit diesen Anpassungen weiterführen kann, nicht durch den Stiftungsrat von GFCH gefällt wird. Nur wenn es zu einem frühzeitigen Ende des Projekts kommen sollte, müsse dies mit dem Stiftungsrat abgesprochen sein.  Es wird gemeinsam festgehalten, dass das Projekt vorzeitig beendet werden sollte, wenn bis Ende Dezember 2022 nicht mindestens 25-30 Kernteams zu sagen.	12. Oktober 2022
Entscheid Abbruch	Der Stiftungsrat von GFCH entscheidet, die Projektfinanzierung von Opti-Q zu stoppen und den Vertrag auf den nächstmöglichen Termin aufzulösen. Von den bereits durch GFCH ausbezahlten 1.5 Millionen Franken bezahlt QCC 200'000 CHF zurück.	25. November 2022
Gespräch Opti-Q mit GFCH	QCC als Trägerorganisation von Opti-Q kündigt an, ein redimensioniertes, kleines Pilotprojekt durchführen zu wollen und auf Juni 2024 mit einer Schlussberichterstattung zu beenden. Der Pilot wird aus eigenen Mitteln finanziert. Die Evaluation des Piloten erfolgt durch Interface im Rahmen des Evaluationsmandats von GFCH.	15. Dezember 2022
<b>2023</b>		
Steuergruppen-Sitzung Opti-Q – Entscheid kleines Pilotprojekt	QCC entscheidet, den Piloten mit rund zehn Teams umzusetzen. Die erarbeiteten Anwendungshilfen zur Umsetzung von Opti-Q sollen durch die interprofessionelle Teams bei jeweils rund 5-10 Patienten/-innen während 9-12 Monaten (Start zwischen Jan-März 2023 bis Ende Dez 2023) getestet werden.	26. Januar 2023
Meilenstein Pilotprojekt	Die Rekrutierungsphase der Teams ist abgeschlossen. Alle Teams, welche zuvor keine interprofessionelle Aus-, Weiter- oder Fortbildung erhalten hatten, haben die interprofessionelle Fortbildung absolviert.	März/April 2023
<b>Ausblick</b>		
Ende der Pilotphase	Praktischer Teil des Piloten wird beendet.	Dezember 2023
Schlussberichterstattung	Abschluss der Auswertungserhebungen und Beendigung von Pilotprojekt Opti-Q mit einer Schlussberichterstattung.	Juni 2024
Darstellung Interface.		
Abkürzungen: GFCH = Gesundheitsförderung Schweiz, PGV = Prävention in der Gesundheitsversorgung, QCC = QualiCCare.		

## 3. Einflussfaktoren auf die Projektentwicklung

In diesem Kapitel werden basierend auf den verfügbaren Unterlagen und den Interviews wichtige Faktoren herausgearbeitet, welche die Entwicklung von Opti-Q massgeblich beeinflusst haben. Dabei unterscheiden wir zwischen Faktoren, die sich dem Konzept, den Produkten sowie der Organisation und den Prozessen von Opti-Q zuordnen lassen. Zudem gehen wir auf weitere Faktoren ein, welche für die Entwicklung von Opti-Q relevant waren. Anschliessend fassen wir die Ergebnisse zu einem Gesamteindruck zusammen.

In unseren Ausführungen gehen wir auftragsgemäss vorwiegend auf jene Einflussfaktoren ein, die dazu geführt haben, dass es bis November 2022 *nicht* gelungen ist, die geplante Zahl von Teams aus der Zielgruppe für die Mitwirkung am Projekt Opti-Q zu motivieren. Auf Einflussfaktoren, welche den Verlauf des Projekts gefördert haben, wie die unbestritten hohe Relevanz des Einbezugs des Patienten/der Patientin als Partner/-in bei seiner/ihrer Behandlung, die breite institutionelle Abstützung von Opti-Q oder die hohe Motivation des Projektteams, wird nicht vertieft eingegangen.

### 3.1 Rolle des Konzepts

Die Vorbereitungsarbeiten bestätigten eine generell hohe Zustimmung der einbezogenen Verbände und Organisationen zur Fokussierung von Opti-Q auf die Thematiken Multimorbidität, Interprofessionalität sowie Patientenzentriertheit.

Die Gespräche wie auch die verfügbaren Dokumente weisen jedoch auf verschiedene konzeptionelle Defizite hin.

- Die *Interventionspartner*, das heisst die Berufsgruppen, über welche die Zielgruppe erreicht werden soll, werden im Antrag wenig spezifiziert. Gemäss Antrag arbeitet Opti-Q mit einer breiten Palette von Leistungserbringenden, wie Ärzteschaft, medizinischem Pflege- und Betreuungspersonal, Therapeuten/-innen, Apothekern/-innen, Angehörigen, Sozialarbeitenden, Patienten/-innen, medizinischen Praxisassistenten/-innen, Psychologen/-innen und Psychiatern/-innen zusammen. Die konzeptionellen Grundlagen legen nicht explizit dar, was welche Berufsgruppe konkret tun soll, damit die Ziele von Opti-Q erreicht werden.
- Es fehlte zu Beginn des Projekts eine *differenzierte Bedarfsanalyse* bei Leistungserbringenden, welche klar machen würde, wo der Schuh wirklich drückt, bzw. welchem Bedürfnis Opti-Q entsprechen soll.
- Als Drehscheibe wurden «wieder» die *Hausarztpraxen*, «wieder» im Sinne eines klassischen Modells der Versorgung, definiert. Das Problem der Überlastung der Hausärzteschaft, die keine Zeit findet, am Projekt teilzunehmen, wird die Projektentwicklung massgeblich behindern. Zwar hatten viele Hausarztpraxen vor Beginn noch eine Teilnahme signalisiert, aufgrund der Komplexität des Projekts und der Belastung durch die Covid-19-Pandemie werden sie später aber von einer Teilnahme absehen.
- Die im Konzept dargestellten *Anwendungshilfen*, die eingesetzt werden sollen, sind im Antrag noch wenig spezifisch festgehalten. Zwar wurde klar kommuniziert, dass die Praxisempfehlungen für die Behandlung multimorbider Patienten/-innen aus dem Kanton Waadt in der Praxis getestet werden. Welche Anwendungshilfen aber genau eingesetzt werden sollten, war noch nicht definiert. Es wurde in den Gesprächen die Ansicht vertreten, Opti-Q hätte den Charakter eines Forschungsprojekts, bei welchem

Anwendungshilfen und Evaluationsinstrumente erst entwickelt und erprobt werden mussten. Das Projekt sei beim Start noch nicht bereit gewesen für den Praxistest.

- Interviewpartner stellten die Frage, ob das Projekt möglicherweise zu stark auf *spezifische regionale Rahmenbedingungen* ausgerichtet war. Die Grundlage für die vorgesehenen Anwendungshilfen sind für den Kanton Waadt entwickelt worden. Dort hätten die Apotheken eine andere Rolle als in vielen Deutschschweizer Kantonen, in welchen eine Selbstdispensation durch die Hausärzte/-innen möglich ist.
- Die Mehrheit der Anwendungshilfen richtete sich an Leistungserbringer. Gesprächspartner vertraten die Ansicht, die *Patienten/-innen* seien zu wenig ins Zentrum des Projekts gestellt worden. Auch der *Versorgungspass*, der als Instrument in den Händen der Patient/-innen konzipiert wurde, sollte diesen nicht direkt abgegeben werden. Vielmehr sollte er an die Hausärzte/-innen gehen, welche ihn an ihre Patient/-innen weitergeben.
- Weiter wurde darauf hingewiesen, dass die *Definition der Population* von Patient/-innen, welche Opti-Q adressiert, im Sinne von klar definierten Komorbiditäten und/oder Bedürfnissen, zu wenig spezifisch gewesen sei. Die Umsetzbarkeit des Projekts sei also von Anfang an aufgrund der Breite des Vorhabens gefährdet gewesen. Dabei sei die Definition absichtlich unspezifisch gewesen, da man die Population eruieren wollte, welche von einem Versorgungspass und einer interprofessionellen Behandlung besonders profitiert.

### 3.2 Rolle der Produkte

Die von Opti-Q entwickelten Anwendungshilfen «Versorgungspass», «Assessment», «Medikationscheckliste» und «Liste Selbstmanagementförderungsangebote» werden von den Befragten mehrheitlich als qualitativ hochstehend und wertvoll beurteilt.

Die Gespräche wie auch die verfügbaren Dokumente weisen jedoch auf verschiedene Defizite bei den oben genannten Produkten hin. Dazu kamen Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Fortbildung, welche von SwissIPE entwickelt worden war und für Opti-Q angepasst wurde, indem die Anwendungshilfen integriert wurden.

- Die Produkte von Opti-Q stehen *erst seit Kurzem* zur Verfügung. Deren Entwicklung beanspruchte in den vergangenen Jahren viel Zeit, Energie und Ressourcen. Der Aufwand, der für die Erstellung dieser Anwendungshilfen benötigt wurde, wurde stark unterschätzt.
- Für die Interventionspartner ist *aufwendig*, sich mit den verschiedenen Anwendungshilfen vertraut zu machen und diese anzuwenden. Die Intervention hat viele Inhalte, welche gleichzeitig vermittelt, bzw. zu viele Anwendungshilfen, welche gleichzeitig implementiert werden sollen. Der Praxisalltag erlaubt es nicht, mehr als wenige Minuten pro Patient/-in für ein Projekt wie Opti-Q einzusetzen.
- Der *Versorgungspass* wird als wichtigstes Element von Opti-Q mit dem grössten Potential bezeichnet. Der Pass scheint von Patient/-innen, Hausärzten/-innen und Apothekern/-innen gut angenommen zu werden. Die Tatsache, dass der Pass nur papierbasiert zur Verfügung steht, wird von Patient/-innenseite im Sinne des Datenschutzes eher begrüsst. Die Interventionspartner sehen darin kein grosses Hindernis für die Verwendung. Leistungserbringer drucken Informationen aus den elektronischen Krankenakten aus und heften diese in den Pass. Mittelfristig sollte der Pass jedoch in elektronischer Form zur Verfügung stehen.
- Auch das *Assessmenttool* und die *Medikationscheckliste* werden von den Befragten mehrheitlich als nützlich beurteilt. Die Medikationscheckliste sei als wichtige Diskussionsgrundlage und als Übersichtsinstrument von Bedeutung, vor allem, wenn viele verschiedenen Spezialisten in die Behandlung involviert sind. Allerdings wurde auch darauf hingewiesen, dass das Konzept einer Medikationscheckliste nicht neu sei und

stärker auf bestehende Checklisten hätte zurückgegriffen werden können. Zudem wurde betont, dass die Medikationscheckliste in Kantonen, welche Selbstdispensation zulassen, aufgrund der Konkurrenzsituation zwischen Arztpraxen und Apotheken weniger zu Anwendung komme. Ein Nachteil von Assessmenttool und Medikationscheckliste ist, dass diese Anwendungshilfen nicht elektronisch waren und nicht mit den Informationssystemen der Praxen und der Apotheken verbunden sind.

- Die Liste der *Selbstmanagementförderungsangebote* wurde gemäss Interviewpartner bisher nur wenig genutzt.
- Die Beurteilung der von *SwissIPE* angebotenen *Fortbildung* war kontrovers.
  - Einerseits war die Verpflichtung zur Teilnahme an einer Fortbildung für die Interventionspartner sehr umstritten. Die Fortbildung sei für etliche potenzielle Interventionspartner ein zentrales Hindernis gewesen, das gegen die Mitwirkung sprach. Verschiedene Gründe wurden dafür vorgebracht. Erstens wurde erwähnt, dass jene, welche sich grundsätzlich für Opti-Q interessieren, in der Regel mit der Bedeutung und den Praktiken interprofessioneller Zusammenarbeit bereits vertraut seien. Zweitens wurde darauf hingewiesen, dass die Botschaft der Fortbildung bei einigen Empfängern als «Ihr macht bisher keine echte Interprofessionalität – hier lernt ihr, wie das geht» ankam, was eher abstoßend wirkte. Drittens wurde der Anspruch, als Behandlungsteam unter Einbezug eines Apothekers/einer Apothekerin teilzunehmen, als sehr hoch betrachtet.
  - Andererseits wurde die Zusammenarbeit mit SwissIPE kritisch bewertet. Es wurde argumentiert, die Fortbildung basiere auf einer kanadischen Idee. Es sei kaum möglich gewesen, Ablauf und Inhalt ausreichend an die Bedürfnisse von Opti-Q anzupassen. Die Partnerschaft mit SwissIPE sei aber zu Beginn vereinbart worden, so dass es nicht möglich war, auf einen anderen Partner auszuweichen. Auch habe SwissIPE kaum Werbung gemacht und bei der Kommunikation wenig Unterstützung geboten.

### 3.3 Rolle der Organisation und Prozesse

Die Organe des Projekts waren kompetent besetzt. Projektteam, Vorstand sowie Begleit- und Steuergruppe bestanden aus Expert/-innen, welche über einen grossen Erfahrungsschatz in Praxis, Wissenschaft und Implementation von Versorgungsprojekten verfügen. Die Steuergruppe hatte eine strategische, die Begleitgruppe eine inhaltlich-fachliche Rolle. Das Projektteam setzte sich unermüdlich und mit sehr hohem Engagement für die Entwicklung von Opti-Q ein.

Die Gespräche wie auch die verfügbaren Dokumente weisen jedoch auf verschiedene Defizite hin.

- Die Diskussionen in der *Steuergruppe* sollen inhaltlich zwar wertvoll, jedoch wenig ergebnisorientiert gewesen sein. Es sei wenig gelungen, Vorbehalte und kritische Äusserungen konstruktiv in die Weiterentwicklung einzubeziehen. Dadurch habe die Steuergruppe eine Negativität in das Projekt gebracht, die sich auf die Motivation des Projektteams auswirkte. Zudem habe jemand im «Driver Seat» gefehlt, der sichergestellt habe, dass Entscheidungen getroffen wurden, welche das Projekt voranbringen. Es hätte am Mut zur Vereinfachung des Projekts gefehlt.
- Das *Projektteam* war durch die zahlreichen notwendigen Arbeiten (Entwicklung verschiedener Anwendungshilfen, Konkretisierung der Weiterbildungsinhalte, Rekrutierung von Interventionspartnern, administrative Arbeiten, Monitoring des Projektfortschritts, etc.) überaus stark belastet. Personelle Wechsel und Ausfälle infolge Krankheit haben dieses Problem noch verschärft. Zudem hätte das Projektteam nicht in ausreichendem Mass auf gewisse, für den Projekterfolg wichtige Kompetenzen

zurückgreifen können. Erwähnt wurde insbesondere, dass ein Hausarzt/eine Hausärztin im Team die Rekrutierung erleichtert hätte und dass eine Kommunikationsfachperson gefehlt habe. Auch gab es Stimmen, welche die Arbeit des Projektteams als manchmal etwas zu theoretisch beschrieben. Es sei der Eindruck entstanden, dass es am «Drang zur Umsetzung im Feld» gefehlt habe und Empfehlungen zum Vorgehen nur zögerlich umgesetzt wurden.

- Die inhaltlichen Arbeiten lagen in der Kompetenz der *Begleitgruppe* und deren Fokusgruppen. Es gab jedoch nur verzögert Klarheit bezüglich Ausgestaltung der Anwendungshilfen und Interventionsmechanismen des Projekts. Dies hatte zur Folge, dass die *Rekrutierung* erst spät gestartet wurde. Problematisch sei gewesen, dass die in die Steuer- und Begleitgruppe einbezogenen Organisationen keine Verantwortung für die Rekrutierung übernommen hätten. Es habe insbesondere unter den beteiligten Hausärztinnen und Hausärzten keinen Enthusiasmus gegeben, an Opti-Q teilzunehmen. Vielmehr wurde die Rekrutierung in erster Linie den Mitarbeitenden des Projektteams übertragen, welche im Setting Hausarztpraxis wenig bekannt und verankert waren. Ohne nötige Unterstützung der betroffenen Fachgesellschaften war es schwierig, Hausärzte/Hausärztinnen und Apotheker/-innen zur Teilnahme zu bewegen.

### 3.4 Rolle weiterer Faktoren

Die Umsetzung von Opti-Q hatte mit verschiedenen nicht beeinflussbaren Herausforderungen zu kämpfen. Zu erwähnen sind insbesondere Erkrankungen von Schlüsselpersonen, Kündigungen, der Fachkräftemangel und die Covid-19-Pandemie:

- Die *Erkrankungen von Schlüsselpersonen* haben gemäss den Befragten verzögernd gewirkt. Auch die Tatsache, dass Führungspersonen ersetzt werden mussten, habe erschwert, zeitgerecht Entscheidungen bezüglich Ausgestaltung der Anwendungshilfen und Eingrenzung der Interventionspartner zu fällen.
- QCC hat sehr professionell auf *Kündigungen* reagiert und rasch wieder kompetente Personen einstellen können. Gleichwohl musste dadurch Wissen neu aufgebaut werden. Zudem wurden gewisse Aspekte der Intervention mit den neuen Mitarbeitenden erneut diskutiert und allenfalls neu bewertet. Dies hat den Projektfortschritt verzögert.
- Der *Fachkräftemangel* im Gesundheitswesen und insbesondere der Abgang von Medizinischen Praxisassistenten/-innen sowie Pharmaassistent/-innen wurde vermutlich aufgrund der Pandemie erst spät bemerkt. Ohne die Unterstützung dieser Berufsgruppen ist es den Hausärzten/-innen und den Apothekern/-innen nicht möglich, sich zusätzlich an Projekten zu beteiligen.
- Auch die *Covid-19-Pandemie* hatte sicher einen Einfluss auf die Projektentwicklung. Die Interviewpartner/-innen waren sich einig, dass die Pandemie die Personalsituation in Hausarztpraxen und Apotheken verschärft und die Durchführung von Projekten wie Opti-Q erschwert hat. Allerdings sei die Pandemie für die Planung und die Organisation des Projekts dank Kommunikation über Distanz mit digitalen Anwendungshilfen wenig relevant gewesen.

Auch GFCH hat die Entwicklung von Opti-Q in der Untersuchungsperiode mitbeeinflusst. Positiv hervorzuheben ist die grosszügige finanzielle Unterstützung und die jederzeit leichte Zugänglichkeit der für Opti-Q zuständigen Mitarbeitenden von GFCH. Im Zusammenhang mit der Projektauswahl und der -begleitung wurden jedoch verschiedentlich auch kritische Überlegungen vorgebracht:

- Die Projektbegleitung durch GFCH wurde als vorwiegend beobachtend wahrgenommen. Es wurde vorgebracht, GFCH hätte ihr Wissen zum Beispiel betreffend Kommunikation mit Multiplikatoren und Projektmanagement stärker einbringen und auf diese Weise die Projektentwicklung unterstützen können.

- Zwischen der Projektleitung von Opti-Q und GFCH sei nicht ausreichend offen über Herausforderungen diskutiert worden. GFCH habe sich bei seiner Beurteilung des Projektfortschritts stark an Zahlen von Interventionspartnern und Patienten/-innen sowie den Finanzen festgehalten. Das Projektteam hätte geögert, Schwierigkeiten frühzeitig zu kommunizieren, um die Finanzierung nicht zu gefährden. Inhaltliche Diskussionen hätten kaum stattgefunden.

### 3.5 Gesamteindruck

Viele Faktoren hatten Einfluss auf die Projektentwicklung von Opti-Q. Die wesentlichen Einflüsse, welche in diesem Zusammenhang von den Interviewpartner/-innen der Planung und den Inhalten des Projekts Opti-Q sowie der Projektorganisation und der Projektauswahl und -begleitung zugesprochen wurden, konnten im vorangegangenen Kapitel nachgezeichnet werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich schon vor Beginn des Projekts sich Herausforderungen ankündigten, welche über die Laufzeit des Projekts durch das Hinzukommen neuer Elemente immer schwieriger bewältigbar wurden. Es scheint jedoch, dass die Herausforderungen, welche schon zu Beginn im Raum standen, durchaus zu bewältigen gewesen wären, wenn nicht immer neue Herausforderungen dazu gekommen wären. Einige dieser Herausforderungen wirkten im Sinne einer Kaskade gegenseitig verstärkend aufeinander. Andere traten unabhängig und unerwartet auf, manchmal sogar «aus heiterem Himmel».

Konkret bedeutet dies, dass die Ablehnung des ersten Antrags für ein kleines Pilotprojekt, das zur Konkretisierung von Interventionen und Anwendungshilfen hätte dienen können, dazu führte, dass ein Antrag für ein längeres und umfassenderes Projekt gestellt wurde. Dessen Projektbeschrieb war zum Zeitpunkt der Einreichung bei GFCH wenig entwickelt. Der Antrag wurde bewilligt, da es dennoch als wahrscheinlich erachtet wurde, dass Opti-Q den gewünschten Erfolg hat. Es stellte sich heraus, dass es tatsächlich viele Aspekte gab, die zu einer positiven Entwicklung beigetragen haben. Allerdings gab es auch Aspekte, die sich negativ auf den Projektfortschritt auswirkten. Letztere haben schlussendlich dominiert.

Nachfolgend gehen wir auf beide Gruppen von Aspekten ein:

! Es gab viele Aspekte, die für einen Erfolg hätten sorgen können.

- Das Thema der Optimierung der Behandlungsqualität von multimorbiden Patienten/-innen bleibt wichtig.
- Die Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit ist nach wie vor dringend.
- Leistungserbringer sind auf qualitativ hochstehende und erprobte Anwendungshilfen angewiesen.
- Es waren und sind Expert/-innen in die Begleit- und die Steuergruppe involviert, welche über einen grossen Erfahrungsschatz aus der Praxis, Wissenschaft und Implementation von Versorgungsprojekten verfügen.
- Das Projektteam war und ist hoch motiviert.
- Das Projekt war von GFCH mit einem angemessenen finanziellen Polster ausgestattet worden.

! Es gab aber auch viele Aspekte, die sich negativ auf den Projektfortschritt auswirkten.

- Der Projektbeschrieb war zum Zeitpunkt der Einreichung bei GFCH unterentwickelt.
- Es fehlte zu Beginn des Projekts eine differenzierte Bedarfsanalyse bei Leistungserbringenden.
- Es gab zu viele Beteiligte und zu viele Interventionen.

- Die Teilnahme an Opti-Q war an vergleichsweise hohe Hürden geknüpft.
- Die Anwendungshilfen mussten zuerst entwickelt werden. Das hat viele Ressourcen und viel Zeit beansprucht.
- Das Paket der Anwendungshilfen, welche schliesslich für die Umsetzung eingesetzt wurden, ist in der Nutzung aufwendig.
- Die Arbeit in den Organen des Projekts war nicht immer effizient. Die Beratungs- und Entscheidungsprozesse verliefen zum Teil wenig zielführend.
- Die Kontaktierung von Interventionspartner startete spät und Vorreiter aus der Praxis haben sich zu wenig engagiert.
- Die Covid-19-Pandemie, gesundheitliche Ausfälle und personelle Wechsel wirkten sich negativ aus.

Das Projektteam hat mit grossem Einsatz bis zum Abbruchentscheid für das Fortbestehen des Projekts gekämpft. Die Aussichten, das Projekt noch erfolgreich zu beenden, wurden aber Zusehens getrübt, sodass ein Beenden der Finanzierung durch GFCH als folgerichtiger Entscheid erscheint.

## 4. Lehren und Empfehlungen

Basierend auf den verfügbaren Unterlagen und den Interviews werden in diesem Kapitel die Erkenntnisse aus der Entwicklung von Opti-Q in Form von Lehren und Empfehlungen für allfällige Projektteams mit vergleichbaren Projektideen sowie für die Projektförderung von GFCH abstrahiert und verallgemeinert.

### 4.1 Lehren

Aus der Geschichte von Opti-Q lassen sich verschiedene Lehren ziehen. Diese beziehen sich auf die Planung, die Inhalte, die Organisation und die Begleitung eines Projekts mit vergleichbaren Ideen.

#### | Lehren betreffend die Planung von Projekten

- Es ist wichtig, dass ein Projekt mit einem einfachen und stimmigen Interventions- und Wirkungsmodell startet.
- Es ist wichtig, dass die Anwendungshilfen, welche zur Erreichung der Projektziele genutzt werden, schon beim Start einer breiten Implementation voll entwickelt sind.
- Es ist wichtig, dass die Interventionspartner, über welche die Projektziele erreicht werden sollen, zu Projektbeginn klar sind und dass auch klar ist, dass bei diesen ein Bedürfnis für die Anwendungshilfen vorhanden ist, welche das Projekt anbietet.
- Es ist wichtig, dass ein Projekt eine überschaubare Zahl klar definierter Berufsgruppen als Interventionspartner involviert.
- Es ist wichtig, dass die potenziellen Interventionspartner in der Grundversorgung frühzeitig in die Planung eines Projekts integriert werden.
- Es ist wichtig, dass zur Prävention in der Gesundheitsversorgung neben Hausärzten/-innen auch andere Berufsgruppen zentrale Rollen übernehmen, da Hausärzten/-innen nicht nur mit beruflicher Arbeit, sondern auch mit Forschungs- und Implementationsprojekten bereits sehr belastet sind.
- Es ist wichtig, dass vergleichbare Projekte wie Opti-Q multimorbide Patienten/-innen direkt integriert, weil diese einen echten Bedarf an Anwendungshilfen zur Unterstützung zu haben scheinen.
- Es ist wichtig, viel Zeit für die Vorbereitungs- und Rekrutierungsphasen eines Projekts einzuplanen, denn diese dauern fast immer deutlich länger als erhofft.

#### | Lehren betreffend die Inhalte von Projekten

- Es ist wichtig, dass die Anwendungshilfen, welche die Interventionspartner im Praxisalltag nutzen sollen, wenig aufwendig sind.
- Es ist wichtig, dass die Anwendungshilfen, welche die Interventionspartner im Praxisalltag nutzen sollen, in einer Pilotierung überprüft werden, sodass die notwendige Begleitforschung im Rahmen der Implementation reduziert werden kann.
- Es ist wichtig, dass die Interventionspartner den Zusatznutzen der Fortbildung und der Interventionsinhalte deutlich erkennen und diese den Bedürfnissen der Interventionspartner angepasst werden.

#### | Lehren betreffend die Projektorganisation und -prozesse

- Es ist wichtig, dass Steuerungsorgane von Projekten so organisiert und besetzt sind, dass es gelingt, innert nützlicher Frist klare und verbindliche Entscheidungen zu erwirken.

- Es ist wichtig, dass «Pull»-Faktoren aus der Praxis, wie Vorbilder und Vorreiter, welche potenzielle Interventionspartner überzeugen können, definiert und in der Rekrutierungsstrategie genutzt werden.
- Es ist wichtig, dass einem Projektteam ausreichend Kommunikationskompetenzen zur Seite stehen, um wirksam auf die Interventionspartner zugehen zu können.
- Es ist wichtig, dass sich Vertretende des Settings, das angesprochen wird (bei Opti-Q waren dies Hausarztpraxen und Apotheken), bei der Rekrutierung stark engagieren.

#### I Lehren betreffend die Projektauswahl und -begleitung

- Es ist wichtig, bei der Projektauswahl darauf zu achten, dass geförderte Projekte hinsichtlich Ziele und Interventionspartner klar fokussiert und nicht überladen sind.
- Es ist wichtig, bei der Projektauswahl darauf zu achten, dass die vorgesehenen Interventionen und das Wirkungsmodell klar und stimmig sind.
- Es ist wichtig, dass die Projektbegleitung unterstützend wahrgenommen wird, so dass ein Projektteam bei Bedarf nicht zögert, auf die umfassenden Kompetenzen von GFCH in Sachen Kommunikation mit Multiplikatoren, Projektmanagement und Beizug von externer Unterstützung zurückzugreifen.
- Es ist wichtig, dass die Kommunikation zwischen Projektleitung und GFCH jederzeit so ist, dass offen über Herausforderungen diskutiert werden kann. Dazu müssen die Aufgaben von Austauschgefässen, z.B. Zwischenberichterstattung oder Controllinggespräche, klar definiert sein.

#### 4.2 Empfehlungen

Basierend auf den Erkenntnissen und den Lehren lassen sich folgende Empfehlungen formulieren.

*Empfehlung 1: Projekte, welche eine Förderung von GFCH beantragen, sollten zuerst die Anwendungshilfen pilotieren und sich anschliessend auf die Erprobung der breiten Implementation der Anwendungshilfen konzentrieren können.*

Es sollte stärker zwischen der Entwicklung von Anwendungshilfen und Pilotprojekten zur Testung dieser Hilfen auf der einen Seite und auf der Erprobung ihrer breiten Implementation in der Versorgungspraxis auf der anderen Seite unterschieden werden. Die Recherche und Auswahl der Anwendungshilfen, welche zur Zielerreichung beitragen, müssen vor Beginn der Erprobung der Implementation abgeschlossen sein, beispielsweise in Kooperation mit einer Forschungsgruppe. In einer ersten Phase des Projekts sollten somit die Anwendungshilfen entwickelt und erprobt werden. GFCH sollte diese Vorbereitung von Projekten als Pilotphase finanzieren. In einer zweiten Phase kann anschliessend die Eignung der Anwendungshilfen für die breite Implementation getestet werden. Partner des Piloten und deren «Testimonials» sollen dann genutzt werden, um für das Projekt und die Rekrutierung von Interventionspartnern zu werben.

*Empfehlung 2: Der Bedarf der Interventionspartner an einer zu testenden Intervention muss fundiert belegt sein.*

Projekte, wie Opti-Q, bearbeiten ohne Zweifel relevante Herausforderungen der Gesundheitsversorgung. Die Tatsache, dass die Zielgruppen nicht in der gewünschten Form für eine Teilnahme am Projekt gewonnen werden konnten, hat aber gezeigt, dass die angebotene Intervention keinem akuten Bedürfnis dieser Gruppe entspricht. Offensichtlich wurden auch der Wille und die Möglichkeiten überschätzt, dass Leistungserbringer sich zu einem interprofessionellen «Team» zusammenfinden. Das Interesse der Zielgruppe an einem Projekt muss vor Beginn geklärt werden. Dazu reicht es nicht, die Meinung der zuständigen Fachverbände einzuholen. Die Zielgruppe muss direkt befragt werden.

*Empfehlung 3: Projektteams sollen vermehrt von den Bedürfnissen der Patienten/-innen und der Angehörigen nicht-ärztlicher Berufe ausgehen.*

Die Hausärztinnen und die Hausärzte sind durch ihre berufliche Tätigkeit bereits ausserordentlich stark belastet. Die Zahl jener, welche dennoch bereit sind, an Forschungs- oder Pilotprojekten mitzuwirken, ist beschränkt. Zudem ist diese Gruppe in der Regel bereits in viele Forschungsprojekte involviert. Darum müssen neue Interventionspartner angesprochen werden. Warum nicht die Patienten/-innen stärker ins Zentrum stellen, indem die Anwendungshilfen über sie – statt über die Ärzteschaft – verbreitet werden? Warum nicht stärker auf den Anspruch auf Übernahme von Verantwortung und die Innovationskraft anderer Berufsleute setzen, wie Physiotherapeuten/-innen und Pflegende?

*Empfehlung 4: Interventionen sollen sich auf wenige Berufsgruppen konzentrieren, damit sich die Projektteams nicht in der Komplexität divergierender Ansprüche verlieren.*

Die Versorgung mit «allen» Berufsgruppen zu erproben, ist nicht möglich, auch wenn der Wunsch nach der Verfolgung eines solchen Zieles verständlich ist! Vielmehr ist ein Fokus auf eine oder zwei für ein Gesundheitsproblem besonders relevante Zielgruppen notwendig. Es ist wichtig, dass einem Projekt ein einfaches und stimmiges Interventions- und Wirkungsmodell zugrunde liegt.

*Empfehlung 5: Die Interventionsinhalte sollen eng beschränkt sein.*

Die Behandlung multimorbider Patienten/-innen ist komplex und anspruchsvoll. Es kommen immer zahlreiche Anwendungshilfen zur Anwendung, welchen die einzelnen Leistungserbringer vertrauen. Das Ziel, in der Versorgungspraxis gleichzeitig ein «Gesamtpaket» von neuen Anwendungshilfen zu implementieren, ist daher eine Herkulesarbeit, auf die sich die Projektteams nicht einlassen sollten. Die Implementationspartner haben nämlich nur wenig Zeit, sich mit Neuerungen vertraut zu machen. Zudem können sie sich pro Patient/-in, welche/-r die Einschlusskriterien erfüllt, nur wenige Minuten mit den Interventionsinhalten beschäftigen. Es gilt auch hier: Weniger ist mehr!

*Empfehlung 6: Es soll für Interventionspartner einfach sein, am Projekt mitzuwirken.*

Opti-Q ist es nicht gelungen, die angestrebte Zahl von Hausarztpraxen und Apotheken für die Mitwirkung zu gewinnen. Dies lag in erster Linie an den hohen Ansprüchen, welche an eine Teilnahme geknüpft wurden. Es musste nicht nur vorab eine Fortbildung im Team besucht werden, es musste auch die Bereitschaft vorhanden sein, verschiedene Anwendungshilfen zu nutzen und zu erproben. Das sind weitgehend unrealistisch hohe Anforderungen für Leistungserbringer, welche chronisch überlastet sind.

*Empfehlung 7: Falls für die mitwirkenden Leistungserbringer eine Fortbildung als notwendig erachtet wird, muss der Inhalt einem klar signalisierten Bedürfnis entsprechen.*

Leistungserbringer sind in der Regel bereits gut aus- und fortgebildet. Sie kennen ihr Berufsfeld. Es ist zu vermuten, dass sie sich bei der Auswahl von zusätzlichen Fortbildungen auf Inhalte beschränken, die ihnen «unter den Nägeln brennen». Je länger eine Fortbildung dauert, desto grösser ist die Hürde für die Teilnahme. Müssen Fortbildungen in Teams besucht werden, stellt dies eine zusätzliche Hürde dar. Falls die Teilnahme an einer spezifischen Fortbildung als Bedingung für die Mitwirkung an einem Projekt definiert wird, braucht es äusserst gute Gründe, um Projektpartner gewinnen zu können.

*Empfehlung 8: Die Rekrutierung von Interventionspartnern sollte im «Peer zu Peer»-Verfahren erfolgen, weil dieses die grössten Erfolgschancen hat.*

Die Rekrutierung von Interventionspartnern ist in der Regel eine grosse Herausforderung. Umso wichtiger ist es, diese Aufgabe frühzeitig und strategisch gut fundiert anzugehen. Die Praxis zeigt, dass Rekrutieren am ehesten erfolgreich ist, wenn Vorbilder und Vorreiter einbezogen werden, zum Beispiel in Form einer Kooperation mit einem der

universitären Zentren für Hausarztmedizin oder – noch besser – den einschlägigen Berufsverbänden, damit diese die Verantwortung für die Rekrutierung übernehmen. Die «Peer zu Peer»-Rekrutierung nutzt den Vertrauensbonus, welche Peers, wie zum Beispiel Leitungspersonen universitärer Zentren für Hausarztmedizin oder Führungspersonen von Berufsverbänden genießen, um Projektpartner zu gewinnen.

*Empfehlung 9: Die Rollen von Projektteam und Projektträger sollten klar und die Bedingungen für einen offenen Austausch gegeben sein.*

Die Entwicklung und die Umsetzung eines Projekts, wie Opti-Q, ist anspruchsvoll. Es stehen immer Herausforderungen an, welche nur teilweise oder gar nicht vorhergesehen werden können. Für ein Projektteam stellt sich die Frage, wie offen Schwierigkeiten gegenüber dem Projektträger kommuniziert werden können und sollen, ohne die unabdingbar notwendige finanzielle Unterstützung zu gefährden. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, die Rolle zu klären, welche die Ansprechperson des Projektträgers übernimmt. Der Austausch zwischen Projektteam und Projektträger muss offen und vertrauensvoll sein. GFCH sollte als Partnerin wahrgenommen werden, die aufgrund ihrer umfassenden Erfahrung in Prävention und Gesundheitsförderung möglicherweise über Kompetenzen verfügt, die es erlauben, ein Projekt voranzubringen, zum Beispiel in den Bereichen Kommunikation, Projektmanagement oder Rekrutierung von Interventionspartnern. Insbesondere sollen für den Fall, dass ein Projekt schlecht läuft, Hilfestellungen bereitstehen.