

Zusammenarbeit mit zuweisenden Stellen und Institutionen

## Der Weg vom Spital in die gewohnte Umgebung zu Hause – mit Spitex

**Frau Bähler, Leiterin Supportbereiche Pflege am Kantonsspital Baden (KSB) steht gewissermassen in einer Schlüsselposition, wenn Patientinnen und Patienten das Spital wieder verlassen und weitere Unterstützung benötigen. Zum Beispiel durch eine Reha, Kur, ein Pflegeheim oder durch spitalexterne Leistungen. Unser Gespräch bezweckt, Interessierten einen Einblick in diese Übergangssituation zu ermöglichen.**



**Beatrice Bähler** ist Dipl. Pflegefachfrau und Pflegeexpertin. Sie arbeitet seit über 40 Jahren im Gesundheitswesen, davon 18 Jahre am KSB. Sie hat sich in dieser Zeit u.a. in den Bereichen Sozialversicherung, Patientenrecht und Case Management weitergebildet und im 2010 beim KSB das Care Management eingeführt. Ihre Hauptaufgaben liegen in der Leitung des Care Management und der Patienten-Bettendisposition mit einem Team von insgesamt 22 Mitarbeitenden. Zusätzlich ist sie auch in verschiedenen zukunftsorientierten Projekten wie unter anderem dem Hospital@home engagiert.

### Welchen Bezug hat Ihre Abteilung zur Spitex Heitersberg?

Vertreterinnen des Departements Pflege des KSB treffen sich regelmässig mit den Geschäftsleitungen der Spitex Organisationen der Regionen Baden und Brugg. An einem solchen habe ich auch die Spitex Heitersberg und Claudia Wippl kennengelernt. Situativ tauschen wir uns seither ab und zu telefonisch aus, und noch dieses Jahr ist ein Besuch am Sitz in Fislisbach vorgesehen – zusammen mit Manuela Genner, unserer neuen Teamleiterin Care Management.

### An welcher Schnittstelle sind Sie im Spital tätig – und wie sieht Ihre Aufgabe aus?

Ich bin zuständig für die Patienten- und Bettendisposition und für das Care Management am KSB. Letzteres fokussiert sich auf Patienten, die eine Nachversorgung im stationären Bereich, z.B. Rehabilitation, Kur oder Pflegeheim benötigen. Ich unterstütze unser Team bei der Suche nach einer geeigneten Rehaklinik, einem Kurhaus oder Pflegeheim. Dies gestaltet sich oft recht aufwändig und ist auch mit dem Behandlungsteam des KSB sowie mit der nachgelagerten Organisation zu klären. Hinzu kommt der Austausch mit Behörden oder Sozialdiensten der Gemeinden, beispielsweise bei finanziellen Fragestellungen. Zusätzlich bin ich auch Kontaktperson für weitere Partner der Gesundheitsversorgung unserer Patientinnen und Patienten ausserhalb des Spitals, im Besonderen für Anliegen und Rückmeldungen von Spitex Organisationen, Pflegeheimen, Rehakliniken, Krankenkassen und auch Gemeinden.

Für die Spitex Organisationen steht dazu übrigens eine eigene E-Mail-Adresse zur Verfügung, die ebenfalls durch mich bewirtschaftet wird: [feedback.spitex@ksb.ch](mailto:feedback.spitex@ksb.ch).

Der Schwerpunkt meiner Tätigkeit liegt in der Kommunikation, insbesondere bei der Klärung von Schnittstellenthemen mit unseren Partnern ausserhalb des Spitals. Dazu gehören auch Prozessgestaltung und allfällige Klärung von Schwierigkeiten und Problemen im Aus- und Übertritts-Management der Patientinnen und Patienten in die nachgelagerte Versorgung und Betreuung.

### Wo sehen Sie spezielle Herausforderungen beim Übergang vom Spital zur Spitex?

Generell erkenne ich diese in einer Zunahme der Komplexität bei der Versorgung oft bereits chronisch erkrankter Patientinnen und Patienten im häuslichen Umfeld, auch aufgrund der demografischen Entwicklung mit längerer Lebenserwartung, durch die zunehmende soziale Isolation im Alter, aber auch durch den Kostendruck in der gesamten Versorgungskette. Eine Herausforderung liegt insbesondere in der Kommunikation und im Informationsfluss mit den Partnern der Versorgung, z.B. in der gegenseitigen Erreichbarkeit beteiligter Personen bei offenen Fragen. Und nicht zuletzt gehört wohl auch der zunehmend kurzfristig erforderliche Einsatz der Spitex Organisationen nach einer frühzeitigen Spitalentlassung dazu.

### Wie zeigt sich dies in der Praxis?

Die Aufenthaltsdauer im Spital hat sich bekanntlich in den letzten Jahren markant reduziert. Damit ist auch die Zeit für die Organisation der Entlassung und die Versorgung im nachgelagerten stationären oder ambulanten Bereich kürzer geworden. Manchmal wird erst am Morgen des Entlassungstages entschieden, dass eine Patientin oder ein Patient nach Hause zurückkehren darf. Daher sind wir seitens des KSB sehr darauf angewiesen, dass die Spitex auch kurzfristig bereit ist, Einsätze im häuslichen Umfeld zu übernehmen.

In diesem Zusammenhang eine Anmerkung zur Datenübertragung: Für den Informationsfluss zwischen den Gesundheitsversorgern stationär und ambulant ist zurzeit das angestrebte Elektronische Patientendossier (EPD) noch zu wenig relevant. Daher werden Patientendaten zwar elektronisch und gesichert an die Spitex übertragen, gleichzeitig aber auch physisch den Patientinnen und Patienten ausgehändigt. Für das Spital ist auch im umgekehrten Fall wichtig, d.h. wenn ein Klient oder eine Klientin der Spitex notfallmässig aufgenommen werden muss, möglichst umfassend informiert zu werden (soziale Situation, Medikamente, Demenz usw.).

### **Worauf kommt es an, dass der Übergang vom Spital zur Spitex-Versorgung gelingt?**

Das Wichtigste ist: wir sind Partner in der Gesundheitsversorgung und brauchen einander gegenseitig. Dies bedingt eine verständnisvolle Zusammenarbeit, möglichst frühzeitige Information und auf der Patientenebene die schnelle Weiterleitung aller relevanten Dokumente und Informationen. Übergeordnet erachte ich auch einen regelmässigen Erfahrungsaustausch als zielführend.

Von Bedeutung ist zudem die klare Definition des Überleitungsprozesses, z.B. welche Informationen zum Zeitpunkt des Ersteinsatzes zwingend benötigt werden (Materialien, Medikamente usw.). Manchmal stellt sich im Nachhinein auch heraus, dass eine Beurteilung der Situation im häuslichen Umfeld aufgrund unzutreffender Patientenangaben mit der realen Situation nicht übereinstimmt. Dann ist auch das Spital darauf angewiesen, von der Spitex nach dem Ersteinsatz entsprechende Informationen zu erhalten. Ein Nachfragen kann hier im Zweifelsfall für beide Seiten aufschlussreich sein, um sicherzustellen, dass getroffene Vereinbarungen z.B. bezüglich Medikamenten oder Hilfestellungen auch tatsächlich eingehalten werden.

**«Das Wichtigste ist: wir sind Partner in der Gesundheitsversorgung und brauchen einander gegenseitig.»** *Beatrice Bähler*

Die rasche Weiterleitung der notwendigen Patienteninformationen an die Spitex und die Hausärzte setzt eine abgesicherte Übermittlung der Dokumente per Mail voraus. Hier steht uns zum Glück eine sichere Kommunikation mit allen Spitex Organisationen im Kanton Aargau zur Verfügung.

### **Woran erkennen Sie den Bedarf für eine Spitex-Versorgung, welches sind Ihre Schlüsselwörter?**

Ein zentraler Schlüsselbegriff ist für mich in diesem Zusammenhang der Pflegeprozess. Dieser beinhaltet das pflegerische (Erst)Gespräch, davon situativ abgeleitet die Definition von Pflegediagnose, Zielen und Massnahmen. Weitere Schlüsselwörter sind Care Management, Spitex und Pflege, Betreuung nach der Spitalentlassung, Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), Domizilbehandlung wie z.B. Physiotherapie, Hausärzte, Sozialdienste der Gemeinden, Behörden usw. Beim Eintritt der Patientinnen und Patienten ins KSB wird systematisch ein pflegerisches Gespräch mit diesen und allenfalls ihren Angehörigen geführt. Hier zeigt sich, ob Patienten bereits zuhause durch die Spitex betreut wurden. Während des Spitalaufenthaltes erfolgt durch die Pflegefachpersonen alle zwei Tage eine weitere Einschätzung des Pflegebedarfs. Situativ werden Pflegediagnosen mit Zielen erstellt, im elektronischen Kliniksystem erfasst und entsprechende Massnahmen in die Wege geleitet. Somit ist schon während des Spitalaufenthaltes ersichtlich und absehbar, ob eine weiterführende Betreuung und Pflege durch die Spitex benötigt wird.



**Claudia Wippl** ist Dipl. Pflegefachfrau und seit 2016 in der Spitex Heitersberg tätig. Im Jahr 2021 hat sie in der Organisation die Geschäftsführung übernommen. Sie kennt das schweizerische Gesundheitswesen von ambulanter, stationärer und gesetzlicher Seite sowie aus dem Blickwinkel von Akutspital, Pflegeheim, Psychiatrie und Spitex. Sie verfügt über mehr als 20 Jahre Führungserfahrung und hat Masterabschlüsse in Gerontologie sowie in Nonprofit und Public Management.

Durch eine vertiefte Sozialanamnese, welche die Care Managerin mit den Patienten und allenfalls mit den Angehörigen durchführt, stehen weitere Informationen zu Verfügung, ob und in welchen zusätzlichen Bereichen eine Betreuung notwendig ist, z.B. bei den Mahlzeiten oder bei hauswirtschaftlichen Leistungen.

Die Pflegefachpersonen beziehen das Care Management mit ein, wenn sich die Organisation des Austritts nach Hause als komplex erweist. Dies trifft oft bei Patientinnen und Patienten mit einer chronischen Erkrankung oder in einer Palliativsituation zu. Dann übernimmt die zuständige Care Managerin die Koordination und Organisation in Zusammenarbeit mit den zuständigen Pflegefachpersonen, Ärztinnen, Ärzten und der Spitex.

### **Wann braucht es nach einer stationären Behandlung eine Spitex-Begleitung?**

Diese braucht es primär bei Patientinnen und Patienten, die nach der Entlassung aus dem Spital nach Hause zurückkehren können, aber u.a. Unterstützung bei der Körperpflege benötigen, eine medikamentöse Behandlung wie z.B. Insulinspritzen oder eine Wundbehandlung brauchen. Zunehmend sind auch Menschen mit einer psychischen Erkrankung auf eine Begleitung und Betreuung zuhause angewiesen.

### **Wie gelingt die Zusammenarbeit in komplexen Situationen mit Hausärzten, Fachärzten, Psychiatrien, Angehörigen, Spitex, Spital – nebst den Patientinnen und Patienten?**

Das Zusammenspiel gelingt vor allem mit sehr guter gegenseitiger Kommunikation, der Gewährleistung eines raschen und lückenlosen Informationsflusses sowie echtem Verständnis für die Bedürfnisse der Partner in der Versorgungskette. Kontakt- oder Fachstellen wie z.B. die Koordinationsstelle Altersnetzwerk der Stadt Baden bieten zusätzliche Unterstützung und wichtige Informationen für die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen bei Fragen zur nachgelagerten Versorgung im häuslichen Umfeld. Auch die Sozialdienste der Gemeinden bieten als Anlaufstelle wertvolle Unterstützung bei diversen Problemen.

### Wie schätzen Sie persönlich die Situation ein: Wo besteht noch offener Bedarf in der Gesundheitsversorgung unserer Gesellschaft?

Meiner persönlichen Ansicht nach besteht zukünftig Bedarf an übergeordneten Koordinations- und Anlaufstellen, die sowohl für Patientinnen und Patienten wie auch für Institutionen unterstützend wirken können. Ein Dauerthema ist zudem die quantitative und qualitative Ausbildung zur Erhaltung von ausreichendem Gesundheitspersonal, insbesondere von Dipl. Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzten, Hausärzten, aber auch von Logo- und ErgotherapeutInnen, die für Domizilbehandlungen eingesetzt werden können. Meiner Erfahrung nach besteht auch ein grosser Bedarf im Bereich der Prävention, geeigneter präventiver Behandlungen von stark zunehmenden chronischen Erkrankungen wie z.B. Diabetes mellitus oder im besonderen Masse auch bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

### Wo setzen Sie beim Projekt Hospital@home an?

Der Übertritt vom Spital ins häusliche Umfeld stellt für chronisch erkrankte Patientinnen, Patienten und deren Angehörige eine heikle Phase dar. Ziel des Projekts ist eine Verbesserung der Betreuungsübergänge und das Verhindern von ungeplanten Spital-Wiedereintritten. Die koordinierte Betreuung durch das Hospital@home Team beginnt bereits bei der Hospitalisation und dauert bis maximal fünf Tage nach Spitalaustritt. Das Hospital@home Team nimmt proaktiv Kontakt mit den Nachversorgern wie beispielsweise der Spitex und/oder den Hausärzten auf, instruiert Patienten und Angehörige und organisiert Hilfsmittel, Medikamente und Pflegematerialien. Nach dem Spitalaufenthalt erfolgt bis fünf Tage nach Austritt täglich eine telefonische Kontaktaufnahme (von Montag bis Freitag) mit den Patientinnen, Patienten und bei Bedarf mit dem Betreuungsteam zu Hause.

### Gibt es zu unserem Thema noch etwas, das nicht angesprochen wurde?

Aus meiner Sicht nicht – aber gerne benütze ich die Gelegenheit, um mich auch im Namen meines Teams bei der Spitex Heitersberg für die sehr gute und konstruktive Zusammenarbeit zu bedanken! Der gute und professionelle Austausch trägt viel zu einer meist nahtlos funktionierenden Versorgung der Patientinnen und Patienten bei.

Claudia Wippl: Dem schliessen auch wir uns sehr gerne an und danken Ihrem Team und Ihnen namentlich auch für diesen wertvollen Einblick in die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung sehr herzlich!

Interview: Claudia Wippl und Ernst Bannwart ●

### Einige Zahlen zum Care Management:

Am KSB wurde im letzten Jahr durch das 16-köpfige Care Management Team insgesamt eine hohe vierstellige Zahl von Patientensituationen begleitet, was auch dokumentiert, dass die Komplexität generell deutlich zugenommen hat.

### Spitäler und Spitex spannen zusammen

«Die Kooperation der Spitex und der Spitäler ist für das Wohl der Patientinnen und Patienten von zentraler Bedeutung», sagen Regine Sauter, Präsidentin von H+ Die Spitäler der Schweiz, und Thomas Heiniger, Präsident von Spitex Schweiz im Spitex Magazin, Ausgabe 3/2023.

Die Spitex Heitersberg steht vollumfänglich hinter dieser Aussage. Für Claudia Wippl und ihr Team braucht es eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe und saubere Schnittstellen, damit bei möglichst wenig Reibungsverlusten erfolgreich gearbeitet werden kann. Das Kantonsspital Baden ist für die Spitex Heitersberg der grösste Zuweiser von Klientinnen und Klienten.

### Wussten Sie, dass in der Spitex Heitersberg ...

... 45% der Kundinnen und Kunden von Spitälern, Reha- und psychiatrischen Kliniken zugewiesen werden?

... 63% der Kundinnen und Kunden in den letzten 90 Tagen einen Spitalaufenthalt hatten?

... 48% der Kundinnen und Kunden zu Hause allein leben?

... 39% der Kundinnen und Kunden in den Aktivitäten des täglichen Lebens auf Hilfe und Pflege angewiesen sind?

Quelle: HomeCareData, Kennzahlen Spitex Heitersberg 2021–22