

Bericht aus dem Vorstand, Januar 2001

Telefonisches und virtuelles Empowerment



Bruno Kissling
Sekretär der SGAM

Liebe KollegInnen,
bitte macht es Euch gemütlich mit der ersten Nummer von PrimaryCare und geniesst die Lektüre von interessanten Berichten, welche KollegInnen aus allen Teilen der Schweiz über verschiedenste Themen der Gesundheits- und Standespolitik sowie der Aus-, Weiter- und Fortbildung für Euch geschrieben haben. Scheut Euch nicht, auch französische und italienische Artikel zu lesen; es könnte Euch etwas ganz besonders Interessantes entgehen.

Im folgenden möchte ich Euch über die Power von uns HausärztInnen und das Empowerment der PatientInnen berichten.

Ach übrigens ... stellt doch bitte Euer Telefon für die Zeit Eurer Lektüre auf das Alibifon um, damit Ihr nicht von Euren PatientInnen «belästigt» werdet.

Die eiligen LeserInnen können direkt im Abschnitt «... und für die Standespolitik» weiterfahren.

«Empowerete» PatientInnen ...

Unsere PatientInnen kommen bereits heute oft mit im TV und im Internet erworbenen «klaren» Vorstellungen «aufgepowert» oder durch die Flut von ungefilterten Informationen «entpowert» zu uns in die Sprechstunde. In Zukunft dürften sie vor der ersten Konsultation immer öfter eine telemedizinische Triage beansprucht haben. Die in der Sprechstunde mehr und mehr partnerschaftlich getroffenen Entscheide (shared decision making) dürften ebenfalls zunehmend einer Überprüfung in den eben genannten Medien standhalten müssen. Neue Unsicherheiten dürften weitere Nachfragen nach sich ziehen. Um das «Vertrauens»verhältnis zum Hausarzt nicht zu belasten, könnten die PatientInnen die notwendigen Antworten allenfalls an einem «anonymeren» Ort suchen – vielleicht wiederum bei der telemedizinischen Institu-

tion, durch welche sie ins Gesundheitswesen «eingeschleust» worden waren ... Circulus vitiosus?

... eine echte Herausforderung für uns ÄrztInnen ...

Wie gehen wir HausärztInnen mit diesen «empowerten» PatientInnen und ihren klaren Vorstellungen um? Ich glaube, wir sollten diese Herausforderung lieben – oder zu lieben beginnen. Indem wir die Menschen insbesondere auch in ihrer Autonomie ernst nehmen, gelingt es uns, eine gute und tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung aufzubauen und einen klaren Behandlungsauftrag herauszuarbeiten. Auf diesen Grundsteinen jedes ärztlichen Handelns können wir nun – genauso gut wie mit allen anderen PatientInnen – die Erwartungen, Befürchtungen und Ängste besprechen. Wir können das persönliche, soziale und berufliche Umfeld, in welchem die Störungen stattfinden, und die Bedeutung der Krankheit im aktuellen Lebenskontext thematisieren. Und nicht zuletzt können wir die heilungsfördernden Ressourcen erarbeiten ...

Jetzt habe ich beinahe etwas vergessen: Bei der Anamnese werden wir in Zukunft auch die Frage nach dem Einweisungspfad noch klarer als bereits heute ansprechen müssen, denn in einer Hausarztmedizin gemäss den oben geschilderten Kriterien möchten wir das bedeutungsvolle Vorher und Nachher der Konsultation keineswegs einer anonymen technischen telemedizinischen Beratungsstelle überlassen, mögen am Ende des Drahtes auch noch so erfahrene, Computergestützte und «binär geführte» ÄrztInnen sein.

Dieses Ziel werden wir nur durch eine optimale Fähigkeit in Beziehungsmedizin erreichen können!

... und für die Standespolitik!

Die Telefon-Beratungsstellen sind in unserem Handy-Zeitalter eine Realität geworden – ob aus einem echten Patientenbedürfnis oder – bei zunehmender Ärzteplethora – vielmehr aus einem Anbieterbedürfnis heraus, bleibe dahingestellt.

Für den SGAM-Vorstand stellt sich die Frage nach den standespolitischen Implikationen dieser Institutionen. Deswegen haben

wir einen Vertreter von «Medgate» eingeladen und uns über die Grundsätze, Ziele, Struktur und Arbeitsweise informieren lassen.

Anbieter von Telefontriage ... eine verrückte Idee?

«Medgate» bietet die Telefontriage an. Am Telefon finden sich ausschliesslich ÄrztInnen, meistens in Teilzeitanstellung; einige unter ihnen betreiben zudem eine eigene Teilzeitpraxis.

Die Anamnese werde – aus Qualitätsgründen – durch eine binär (ja-nein) geführte Triage-Computersoftware unterstützt. Es würden strikte keine Behandlungen durchgeführt; lediglich die Behandlungspfade – Selfcare, geplanter oder notfallmässiger (Haus)arztbesuch – würden gesteuert. Gemäss britischen Zahlen sollen sich diese bei 75% der AnruferInnen meistens in Richtung von tiefer gelegenen Behandlungsstufen ändern. Bei Telefonaten, welche eine Second opinion betreffen, seien das psychologische Geschick und das diplomatische Flair der TelefonärztInnen besonders gefragt. Es gelte, einen guten Weg zu finden zwischen kritisch-sachlicher Beratung und dem Heraushören eines möglicherweise gestörten Arzt-Patienten-Verhältnisses. Die HausärztInnen würden mit einem Protokoll informiert, falls die PatientInnen es wünschten.

«Medgate» ist arbeitsrechtlich eine unabhängige Klinik, ein ärztliches Beratungszentrum, und unterliegt wie wir alle dem Arztgeheimnis sowie dem Datenschutz. Im Vordergrund der Bemühungen ständen die Bedürfnisse und die Sicherheit der PatientInnen.

«Medgate» arbeitet mit drei grossen Versicherern zusammen. Ziel sei es, eine Capitatio auszuhandeln, welche sich aus den noch zu beweisenden Kostenersparnissen rechnen soll. Die Anrufe, welche heute Fr. 4.23/min kosten, sollten in Zukunft für die Versicherten der Krankenkassen mit Capitatio-Verträgen unentgeltlich werden.

Wann wird es das erste Versicherungsmodell mit Verpflichtung zur Telefontriage geben?

... oder Tele-Promotoren der Power der HausärztInnen?

Der Zugang der PatientInnen zum Gesundheitswesen soll optimiert werden, vor allem dort, wo die Bindung zu einem Hausarzt nicht mehr stark sei, in städtischen Agglomerationen also. Wo ein Arztbesuch als nötig erachtet werde, würden keine namentlichen Empfehlungen gemacht, sondern es würde lediglich die als nötig erachtete Spezialität mit allen Namen gemäss der aktualisierten FMH-Ärzteliste (Kooperation der FMH) mitgeteilt. Meistens handle es sich um Zuweisungen zu einem Hausarzt, womit die Rolle der Hausärzte gestärkt werde.

... oder «gesunde» Konkurrenten?

«Medgate» ist ein legaler Konkurrent im Gesundheitswesen. Die Telefon-Triage könnte dem Bedürfnis des modernen, sich elektronisch informierenden Patienten durchaus entgegenkommen. Die ÄrztInnen von «Medgate» scheinen sich im wesentlichen – soweit dies in einem anonymen Kontext überhaupt möglich ist – mit der hausärztlichen Grundeinstellung zu identifizieren, welche wir in den letzten Jahrzehnten erarbeitet haben, und sie seien sich bei ihrer Arbeit bewusst, dass ein Telefonanruf die persönliche Beziehungsmedizin nicht ersetzen kann.

Ob «Medgate» fähig sein wird, die bereits landesweit bestehenden Notfallstrukturen zu ergänzen (oder zu ersetzen?), müssen seine TelefonärztInnen zuerst beweisen.

Der Erfolg von Telefon-Triage-Institutionen dürfte umgekehrt proportional sein zur Einheitlichkeit und transparenten Verständlichkeit unserer bisher regional sehr unterschiedlich strukturierten Notfalldienste und unserer Bereitschaft zu persönlicher Präsenz.

«Medgate» ist ein Unternehmen von Schweizer ÄrztInnen, sicher kommerziell orientiert – wie wir selber übrigens auch, so hoffe ich wenigstens. Ausländische Triage-Firmen im Sinne von internationalen Multis mit uns nicht bekannter Philosophie möchten in der Schweiz ebenfalls ins Geschäft einsteigen ... es führt kein Weg mehr an den Telefonmedizin-Institutionen vorbei.

... mit Möglichkeiten zur Kooperation?

Die ÄrztInnen von «Medgate» suchen die Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften.

Sie möchten zu ihrer rechtlichen und qualitativen Absicherung – weil die am Telefon nur verbal perzipierten KlientInnen für sie eine noch schwierigere «black box» darstellen als für uns – unsere Guidelines benutzen können, wenn denn solche vorhanden wären.

Daneben möchte «Medgate» neben ihrem Kerngeschäft – unter anderem Namen – in weitere zukunftsträchtige Geschäfte einsteigen: z.B. in die «zentralisierte elektronische Krankengeschichte», die für alle vom Patienten berechtigten Behandlungseinheiten zugänglich sein soll, und in die «zentrale Datenverwaltung zum Langzeitmanagement» von z.B. Diabetes-, Hypertonie- und Herzinsuffizienzpatienten.

Der Patient gäbe regelmässig seine Blutdruck-, Blutzucker- und/oder Gewichts-Daten ein, der Hausarzt würde regelmässig per E-Mail darüber informiert und könnte therapeutisch eingreifen, sobald es ihm nötig erschien.

«Medgate» würde für diese Leistung bezahlt – und wir HausärztInnen?

Zudem könnte «Medgate» eine Datei mit allen nur denkbaren, mehr oder weniger häufig notwendigen Formularen und Broschüren, Merkblättern usw. führen und somit ein wichtiger Link für die Homepages der Fachgesellschaften werden.

Et cetera

Liebe KollegInnen, jetzt habe ich Euch viel über die Telemedizin berichtet. Ich finde es wichtig, dass Ihr über diese neue Erscheinung am Himmel des Gesundheitswesens informiert seid. Wir freuen uns auf Eure Meinungen im Forum!

Natürlich beschäftigt sich der SGAM-Vorstand noch mit vielen weiteren Themen. Ich nenne nur einige davon.

- Grosse Änderungen sind im Bereich der Weiterbildung – vor allem in bezug auf das bald in Kraft tretende Freizügigkeitsgesetz – angesagt.
- Die Fortbildung ist ein wichtiger Dauerbrenner.
- Wir setzen uns für die Qualitätsförderung insbesondere mit Hilfe des Qualitätsmessinstruments QualiDoc ein und sind am 14. Dezember 2000 Aktionärin von SwissPEP geworden.
- Die noch nicht abgeschlossenen Probleme rund um das Praxislabor und die konstruktive Mitarbeit am neu zu schaffenden Fähigkeitsausweis Praxislabor halten uns auf Trab.
- Die direkte (DMA) und marginunabhängige Medikamentenabgabe (MUMA) und deren Vernetzung mit der Einführung des TarMed kommen in eine entscheidende «Schluss»phase.
- Vergessen wir nicht den «ewigen» Tar-Med.
- Wir beobachten die Szene mit den immer neuen Fähigkeitsausweis- und Fertigkeitsausweisbegehren und greifen aktiv ein.
- Wir beantworten die uns zugestellten Eidgenössischen Vernehmlassungen.
- Wir vertreten die GrundversorgerInnen in der Ärztekammer.
- Wir pflegen regelmässige Kontakte zur FMH, zum BAG (Bundesamt für Gesundheit), zum BSV (Bundesamt für Sozialversicherungen), zum VSAO (Verband der Schweizerischen Assistenz- und Oberärzte), zum KHM (Kollegium für Hausarztmedizin), zur SGIM und SGP (Schweizerische Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin) ...

Ich werde Euch in den kommenden Ausgaben von PrimaryCare jeweils zeitgerecht über die entscheidungsaktiven Themen informieren.

Und übrigens ... vergesst nicht, Euer Alibifon wieder auszuschalten!

Mit einem telegen empowerten Gruss
Bruno Kissling, Sekretär der SGAM

Nouvelles du Comité Central de la SSMG, janvier 2001

«Empowerment» téléphonique et virtuel

Bruno Kissling
Secrétaire de la SSMG

Chères Collègues, chers Collègues,
Mettez-vous à l'aise et jouissez pleinement de ce premier numéro de PrimaryCare; vous y trouverez des articles intéressants que des Collègues de toute la Suisse ont rédigés pour vous sur les thèmes les plus variés de politique de la santé ou de politique professionnelle, ou encore de formation pré-graduée, post-graduée et continue. N'hésitez pas à lire aussi les articles en allemand ou italien, ça peut être intéressant puisque dans ce pays nous avons la chance de pouvoir profiter de sensibilités régionales différentes!

J'aimerais maintenant consacrer les lignes qui suivent à quelques réflexions sur le «pouvoir» du médecin de premier recours et «l'empowerment» des patient-es, c'est-à-dire le fait de leur rendre le pouvoir ...

... mais tant que j'y pense, branchez donc maintenant votre téléphone sur le répondeur automatique, pour vous donner le temps de cette lecture sans être «dérangé-e» par vos patient-es.

Les gens pressés peuvent passer directement au paragraphe «...et pour la politique professionnelle»

«L'empowerment» des patient-es ...

Nos patient-es arrivent souvent à la consultation fort-es de convictions «claires» apprises à la télévision ou sur l'Internet, ou alors au contraire le flux énorme d'informations non filtrées a pu les désécuriser. A l'avenir, il se pourrait aussi qu'avant la première consultation, ils soumettent fréquemment leur cas à un triage «télémedical». En outre, les décisions – de plus en plus «éclairées» et consensuelles (*shared decision making*) – prises au cours de la consultation pourraient de plus en plus souvent faire l'objet d'une expertise par le canal des médias précités. Les nouvelles insécurités ainsi provoquées devraient soulever de nouvelles questions. Pour éviter d'entamer le rapport de «confiance» avec leur médecin de famille, les patient-es

pourraient alors – pourquoi pas? – avoir la possibilité de chercher les réponses à leurs questions sur un site «plus anonyme», par exemple à nouveau auprès de l'institution de télémédecine par laquelle ils/elles se sont au début «engagé-es» dans ce système de santé ... et ainsi de suite ... et le cercle (vieux?) continuera de tourner ...

... un vrai défi pour nous autres médecins...

Comment, nous autres médecins de premier recours, nous comportons-nous avec ces patient-es armé-es de leurs convictions? Pour ma part, je pense que nous devrions commencer par apprendre à aimer ce défi. Dans la mesure où nous prenons nos semblables au sérieux et respectons et cherchons à promouvoir leur autonomie, il ne devrait pas nous être difficile d'établir de bonnes et solides relations avec nos patient-es, fondées sur un mandat clair. Sur ces bases propres à tout acte médical, il est possible de discuter de toutes les attentes, craintes et appréhensions, de même qu'avec n'importe quel-le patient-e. Nous sommes bien placés pour clarifier les contextes personnel, social et professionnel dans lesquels les troubles de santé sont apparus et comment ils s'inscrivent dans le contexte de vie actuel. Et, c'est essentiel, nous pouvons élaborer les ressources nécessaires à recouvrer la santé ...

... mais j'allais presque oublier quelque chose: lors de l'anamnèse, nous devrons à l'avenir être encore plus attentifs qu'aujourd'hui à discuter du parcours des patient-es qui aboutissent à notre consultation ...

... car dans une médecine de premier recours respectueuse des critères décrits ci-dessus, il n'est pas question pour nous de laisser l'avant et l'après de la consultation, qui sont primordiaux, à un quelconque site anonyme de conseil technique télémedical, quand bien même il devrait y avoir au bout du fil un-e médecin expérimenté-e qui puisse s'appuyer sur un ordinateur et des consignes binaires.

Et nous ne pourrons poursuivre cet objectif qu'en aiguisant au mieux notre capacité en médecine relationnelle!

... et pour la politique professionnelle!

A notre époque de «Natels» omniprésents, les sites de conseil par téléphone sont devenus une réalité dont la montée en puissance tient probablement bien plus au besoin

des prestataires – la pléthore médicale aidant – qu'à un réel besoin des patient-es.

Pour le Comité de la SSMG, de telles institutions posent la question de leurs implications en politique professionnelle. C'est pourquoi nous avons invité un représentant de «Medgate» à venir nous informer sur les fondements, les buts, la structure et la manière de travailler de cette organisation.

L'offre d'un triage par téléphone – une idée folle?

«Medgate» propose un triage téléphonique. Les interlocuteurs des usager-es sont exclusivement des médecins, pour la plupart engagé-es à temps partiel et dont certain-es exploitent aussi un cabinet médical à temps partiel.

L'anamnèse, pour des raisons de qualité, est pilotée selon un programme informatique de triage de type binaire (oui-non). On ne donne strictement aucune prescription thérapeutique et l'on se borne à indiquer le chemin à suivre pour la prise en charge, à savoir vers l'automédication ou vers la consultation ou la visite, sur rendez-vous ou en urgence. Selon des statistiques britanniques, chez 75% des appelant-es le suivi prévu est modifié, la plupart du temps au bénéfice d'un mode de prise en charge plus approfondi que celui imaginé avant l'appel. Pour les téléphones impliquant une demande de deuxième avis, on fait avant tout appel au doigté psychologique et au flair diplomatique du médecin intervenant. Il s'agit de trouver la bonne voie entre le conseil critique scientifique et la prise en compte d'une éventuelle relation médecin/patient-e troublée. Si les patient-es le désirent, les médecins traitants sont informés au moyen d'un compte-rendu.

Du point de vue de la législation du travail, «Medgate» est une clinique indépendante, un centre médical de conseil dont le personnel est soumis au secret médical et à la loi sur la protection des données comme dans tous les autres établissements médicaux. Les besoins et la sécurité des patient-es constituent le principal souci déclaré de l'institution.

«Medgate» travaille avec trois importants assureurs. Financièrement, on envisage à terme de négocier une rémunération selon un système de capitation calculé sur les économies (encore à prouver) qu'un tel service serait susceptible de générer. Pour le moment, les appels coûtent Fr. 4.23/min, mais ils devraient à terme être gratuits pour tou-tes

les assuré-es des Caisses-maladie qui seront partie à la conclusion d'un contrat par capitation.

Quand verrons-nous donc le premier modèle d'assurance avec triage téléphonique obligatoire?

... ou une télé-promotion de la «power» du médecin de famille?

L'accès des patient-es au système de soins doit être optimisé, surtout là où les liens avec un médecin de famille sont souvent distendus, c'est-à-dire dans les régions urbaines. Dans les cas où une consultation ou visite médicale s'avèrerait nécessaire, on ne fera aucune recommandation pour un médecin particulier, mais on transmettra les noms de tous les médecins actifs localement dans la discipline adéquate, selon des listes de la FMH tenues à jour (coopération de la FMH). La plupart du temps il s'agirait d'adresser le/la patient-e à un-e médecin de premier recours, et le rôle de ceux/celles-ci se trouverait ainsi renforcé.

... ou une «saine» concurrence?

«Medgate» est un concurrent légal dans le système de santé. Le triage téléphonique pourrait parfaitement répondre aux vœux des patient-es modernes, avides d'informations électroniques. Fondamentalement, et pour autant que cela soit possible dans un contexte d'anonymat, les médecins de «Medgate» pourraient s'identifier avec les principes professionnels du médecin de premier recours que nous avons pu dégager au cours des dernières décennies et ils/elles seraient conscient-es qu'une communication téléphonique ne peut pas remplacer le contact personnel direct avec le médecin.

Reste aux médecins de «Medgate» à prouver que cette institution est capable de se profiler comme un complément utile (ou un remplacement) aux structures d'urgences déjà établies sur l'ensemble du territoire national.

Le succès des institutions de triage téléphonique pou.rrait être inversement proportionnel au degré de praticabilité de nos services de garde (jusqu'ici très diversement structurés selon les régions) ainsi qu'au degré de notre disponibilité de présence personnelle.

«Medgate» est une entreprise de médecins suisses à orientation commerciale certaine, comme nous sans doute aussi, je l'es-

père du moins. Des firmes de triage venant d'ailleurs, organisées comme des multinationales et dont la philosophie nous est étrangère, voudraient également déployer leur activité en Suisse... on n'échappera plus désormais à la présence des institutions de médecine téléphonique.

... avec possibilité de coopération?

Les médecins de «Medgate» recherchent la collaboration avec les Sociétés de discipline médicale. Ils aimeraient, pour leur sécurité juridique et qualitative, pouvoir utiliser nos guidelines, pour autant qu'elles existent. En effet, la seule perception vocale de la clientèle au téléphone représente dans leur situation une «boîte noire» certainement encore plus impénétrable que pour nous.

En plus, à côté de son noyau central d'activité, «Medgate» voudrait plus tard se profiler dans d'autres créneaux, sous d'autres noms; par exemple «le dossier médical électronique centralisé» qui devrait être accessible à tous les lieux de soins sur mandat du/de la patient-e; ou «la gestion centrale des données concernant le management à long terme», par exemple pour des patient-es diabétiques, hypertendus ou insuffisants cardiaques.

Le/la patient-e introduirait régulièrement dans le système ses valeurs de pression artérielle, glycémie, poids corporel, etc.; le médecin traitant recevrait régulièrement ces informations par courriel et pourrait intervenir dès qu'il le jugerait nécessaire.

«Medgate» encaisserait bien entendu des honoraires pour toutes ces prestations – et nous autres médecins?

Et ce n'est pas tout. «Medgate» pourrait rassembler tous les formulaires, brochures, feuilles de renseignements etc. possibles et imaginables et de ce fait devenir un lieu de rencontre important pour les homepages des différentes Sociétés de discipline médicale.

Et cetera

Cher-es Collègues, je vous ai raconté beaucoup de choses au sujet de la télémédecine. Il me semblait important que vous soyiez informés de cette nouvelle constellation au ciel du système de santé. Nous nous réjouissons de lire vos réactions dans la rubrique Forum!

Mais, bien entendu, le Comité de la SSMG s'occupe de bien d'autres questions

encore et je me bornerai à en mentionner quelques-unes.

- De grands changements sont annoncés au chapitre de la formation post-graduée, motivés avant tout par la Loi sur la Libre circulation des personnes, bientôt en vigueur.
- La Formation continue est aussi un sujet de brûlante actualité.
- Nous nous engageons fortement pour l'assurance de qualité, en particulier avec l'aide de l'instrument de mesure de qualité QualiDoc, et nous sommes devenus actionnaires de SwissPEP le 14 décembre 2000.
- Les problèmes non encore résolus concernant le laboratoire du praticien et la collaboration constructive pour la mise sur pied de la nouvelle Attestation de Formation Complémentaire correspondante nous tiennent le pied à l'étrier.
- La propharmacie et la «dispensation des médicaments indépendante de la marge», et leurs liens avec l'introduction du TarMed, sont dans une phase «finale» décisive de mise en place.
- Nous n'oublions pas «l'éternel» TarMed.
- Nous intervenons activement sur la scène où nous voyons constamment défilier de nouvelles Attestations de Formation Complémentaire et Certificats d'Aptitude Technique.
- Nous nous exprimons sur les objets mis en consultation par les Autorités fédérales.
- Nous représentons les médecins de premier recours à la Chambre médicale.
- Nous entretenons des contacts réguliers avec la FMH, l'OFSP (Office fédéral de la santé publique), l'OFAS (Office fédéral des assurances sociales), l'ASMAC (Association suisse des médecins assistants et chefs de clinique), le CMPR (Collège de médecine de premier recours), la SSMI (Société suisse de médecine interne) et la SSP (Société suisse de pédiatrie) ... et cetera ...

Dans les prochains numéros de PrimaryCare, je vous informerai chaque fois des thèmes décisifs de notre activité.

Et à propos ... n'oubliez pas maintenant de débrancher votre répondeur automatique!

Avec les meilleures salutations télémédicales!

*Bruno Kissling, Secrétaire de la SSMG
(Adaptation française: B. Croisier)*