

Per Mail an: PolitischeGeschaefte.gsi@be.ch
Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
Generalsekretariat
Rathausgasse 1
Postfach
3000 Bern 8

Bern, 31. Dezember 2023

Gesundheitsstrategie des Kantons Bern 2020-2030 - Teilstrategie Integrierte Versorgung (IntV) Konsultationsverfahren

Sehr geehrter Herr Regierungsrat Schnegg

Wir danken Ihnen, dass Sie uns die Gelegenheit geben, zur Teilstrategie Integrierte Versorgung (IntV) der Gesundheitsstrategie 2020-2030, Stellung zu nehmen. Der hindernisfreie Zugang zur Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen und Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist uns ein zentrales Anliegen.

Die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen gemäss Artikel 25 «Gesundheit» der UNO-Behindertenrechtskonvention muss als Querschnittsthema in der Gesundheitsstrategie konsequent mitgedacht werden. Mit dem Inkrafttreten der UNO-Behindertenrechtskonvention anerkennt die Schweiz seit 2014 das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung.

Es freut uns sehr, dass der Kanton Bern die kbk für die Erarbeitung der Gesundheitsstrategie 2020-2023 mit einbezieht und ihre Stimme für die Arbeit des Kantons als wichtig erachtet.

Als ein zentrales Anliegen möchten wir deponieren, dass die E-Accessibility für alle gewährleistet sein muss.

Mit der Umsetzung des BLG ab 1.1. 2024 (selbständiges Wohnen), der Umsetzung des Behindertenkonzepts und der Umsetzung des Grundsatzes «ambulant vor stationär» wird der Bedarf an Entlastungs- und Unterstützungsangeboten für betreuende Angehörige weiter

zunehmen. Dabei spielen auch weitere Gesundheitskosten sowie mögliche Ausfälle von Erwerbseinkommen eine Rolle.

Wir erwarten, dass dies in der Gesundheitsstrategie und in den zu erarbeitenden Teilstrategien explizit abgebildet wird und strategische Ziele und Massnahmen erarbeitet werden, damit der Bedarf gedeckt werden kann.

Vorschlag als Leitstrategie:

Der Kanton Bern ergreift Massnahmen, damit die Gesundheitsleistungen für alle zugänglich sind. Er unternimmt gezielt Schritte, um den hindernisfreien Zugang für Menschen mit Behinderungen zu realisieren. Die Koordination zwischen den Angeboten wird verbessert, Patientenzugänge werden besser berücksichtigt und Schnittstellen reduziert.

Zusätzlich bei Chancen auführen:

Mittels der Förderung von Peer-to-Peer-Angeboten übernimmt der Kanton Bern eine Vorreiterrolle und hilft mit, den Beruf als Genesungsbegleiter/-in weiter zu etablieren und entsprechende Qualitätsstandards zu erarbeiten.

Wir begrüssen, dass die integrierte Versorgung gefördert wird. In der Psychiatrie ist der Ausbau des ambulanten und intermediären Bereichs zentral. Die UNO-Behindertenrechtskonvention fordert, dass die wohnortnahe Versorgung sowie die Inklusion in die Gesellschaft und Arbeitswelt im Zentrum stehen. Gemäss dem Artikel 14 «Freiheit und Sicherheit der Person» fordert sie, den Aufbau und die Finanzierung von menschenrechtsorientierten Angeboten, die geeignet sind, (Zwangs-) Hospitalisierungen zu vermeiden. Wir erwarten, dass der psychiatriespezifische Bedarf von ambulanten, intermediären und stationsäquivalenten Angeboten analog zur Palliative Care aufgeführt wird.

Es bedarf einer Strategie mit entsprechenden Massnahmen, um den Herausforderungen im Bereich psychische Gesundheit zu begegnen und die Enttabuisierung von psychischen Krankheiten weiter voranzutreiben. Die Stigmatisierung führt zu unnötigem Leid bei den Betroffenen und deren Angehörigen, zu unnötigen schwierigen Krankheitsverläufen und damit verbunden zu hohen Kosten. Aus diesen Gründen ist es notwendig, dass die verschiedenen Bereiche der psychischen Gesundheit in einer Gesamtstrategie abgebildet werden, welche für alle Ämter der Gesundheits- und Fürsorgedirektion verbindlich ist.

Wir beantragen eine verbindliche Teilstrategie „Psychische Gesundheit“ zu erarbeiten, welche auch die übergeordneten Ziele, wie sie in der Versorgungsplanung 2016 festgehalten werden,

verankert und die verschiedenen Aufträge (Gesundheitsförderung, Prävention, Spitalversorgungsleistungen, Behindertenhilfe etc.) aufeinander abstimmt.

Abschliessend möchten wir darauf hinweisen, dass die grafische Gestaltung der Gesundheitsstrategie, die Vielfalt der Bevölkerung widerspiegeln soll. Wir regen an, gemäss dem Anteil von Menschen mit Behinderungen an der Gesamtbevölkerung (ca 20%), entsprechend viele Bilder, auf denen eine Person mit Behinderung zu sehen ist, zu verwenden.

Seite 5 Einleitung

Hier fehlt uns der Einbezug, resp. die Nennung des Umfeldes von Menschen mit Behinderungen, das besonders bei Langzeiterkrankungen intensiv an der Betreuung beteiligt ist: sei es,

- weil der Mensch mit Behinderungen «selbstbestimmt» in einem Setting mit Assistenzpersonen wohnt,
- wegen kognitiver Beeinträchtigung verbeiständet ist,
- in einer sozialen Institution wohnt,
- von Angehörigen betreut wird,
- durch ehrenamtliche Betreuungspersonen betreut werden.

Dieser Einbezug des Umfeldes könnte in einer weiteren Teilstrategie bearbeitet werden. Denn gerade durch die Inkraftsetzung des neuen BLG ab 2024, das jedem MmB ermöglichen soll, privat (mit einem Setting an Assistenzpersonen) zu wohnen, wird die stationäre Betreuung und Pflege an Wichtigkeit zunehmen.

Ebenso dringend notwendig ist das Verfassen dieser Texte in einfacher/leichter Sprache, welche generell barrierefrei (z.B. in Form von Videoclips in Gebärdenspracheverdolmetschung) zugänglich sein sollten.

In diesem Sinne bitte ergänzen:

Die Werte der Gesamtstrategie gelten für alle Beteiligten wie Betroffene, Mitarbeitende (+ Assistenzpersonen) und Angehörige.

Die Ergebnisse der Gesamtstrategie werden barrierefrei für alle zugänglich veröffentlicht.

Seite 6

Punkt 3.3 Begriff:

Wie bereits bezüglich die Einleitung erwähnt, fehlt der Einbezug des Umfeldes.

Vorschlag:

«Integrierte Versorgung ist eine sektorenübergreifende Versorgungsform mit hoher Verbindlichkeit unter den beteiligten Leistungserbringern, in der die ganzheitliche, systemische Betreuung und Behandlung der Patientin resp. des Patienten und der Einbezug des Umfelds im Zentrum stehen».

«... Dienstleistungen werden von einer leistungserbringenden Person koordiniert und wie «aus einer Hand» erbracht...“

... bezogen auf das BLG fragen wir uns, wer das sein könnte, und wer bestimmt, wer diese «eine Hand» ist? Das könnte nämlich auch eine persönliche Assistenzperson sein.

MmB können ihre Bedürfnisse nicht immer selbst formulieren oder können (z.B. in der Psychiatrie oder bei kognitiv Beeinträchtigten) selbstzerstörerisch oder in anderer Art gesundheitsschädigend sein. Manchmal fehlt die Einsicht, wodurch es vorkommt, dass Betroffene nicht mit Fachpersonen zusammenarbeiten wollen. Es ist nicht nötig und nicht ökonomisch, neue Berufsfelder zur Koordination zu schaffen und die bisherige Koordination durch Angehörige fallen zu lassen. Im BLG ist ab 2024 eine (bedauerlicherweise) beschränkte und unzureichende Vergütung an Angehörige vorgesehen. Ein vernünftiges Vergütungsmodell für Angehörige wäre langfristig nachhaltig und ganzheitlich.

Vorschlag:

Die ganzheitliche Betreuung und Behandlung bezieht sich auf die ganze Behandlungskette und schliesst Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention, Diagnose und Behandlung, Krankheitsbewältigung und Rehabilitation, Langzeitpflege und -betreuung (insbesondere auch durch Angehörige), Peers sowie Palliative Care ein.

Punkt 3.4

« ... Das Berner Gesundheitswesen verfügt heute in allen Regionen über ausreichende, qualitativ hochstehende, wirtschaftlich tragbare und gut zugängliche Versorgungsangebote...» Diese Aussage stimmt sicher nicht für Randregionen und abgelegene Täler.

Seite 7

Gesundheitskompetenz fördern

Auch hier ist es wichtig, dass Menschen mit Behinderungen nicht ausgeschlossen werden. Dazu braucht es unseres Erachtens keine teuren Fachkräfte. Dies kann – je nach Behinderung – durch den Einsatz von Assistenzpersonen erreicht werden (für c-Leistungen = CHF 34.30/h Tarif für das Jahr 2024), die für «Teilhabe an Freizeit und Sport» zuständig sind. Mit etwas Zusprache und Sympathie (z.B., wenn bei der Wahl der Assistenzpersonen tatsächlich die Wahlfreiheit gewährleistet wurde), können auch weniger sportliche Menschen zu körperlicher Betätigung animiert werden.

Folgende kleine Erweiterung bei den Lösungen:

Vorschlag:

«Nicht übertragbare, chronische Erkrankungen können durch den individuellen Lebensstil stark beeinflusst werden. Regelmässige Bewegung, ausgewogene Ernährung, der Verzicht auf Rauchen und ein massvoller Alkoholkonsum sind wichtige Verhaltensweisen, um Krankheiten zu verhindern oder ihren Verlauf zu verzögern oder zu lindern. Bei der Integrierten Versorgung werden Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention in die Behandlung einbezogen. **Für Menschen mit Behinderungen bedeutet dies, dass insbesondere bei der individuellen Bedarfsabklärung automatisch der Bereich «körperliche Betätigung» abgeklärt und hierzu eine Kostengutsprache im Umfang von 2 bis 3 Stunden pro Woche gesprochen wird.** Die Gesundheitskompetenz wird dadurch gestärkt und die Fähigkeit zum Selbstmanagementverbessert.»

Gesundheitsversorgung defragmentieren

Der Einbezug des bisherigen Umfeldes der Menschen mit Behinderungen (Angehörige, Assistenzpersonen, Beistände, ...) darf nicht vergessen werden. Personen aus diesem Umfeld bringen viel Vorwissen mit, was zu einer effizienteren Behandlung und Betreuung beiträgt.

Fachkräftemangel bekämpfen - Vorschlag

«Die Integrierte Versorgung schafft neue Organisationsformen, Berufsrollen und Tätigkeitsfelder, **dort, wo solche notwendig sind und die Aufgaben nicht bereits durch (zum Beispiel) Assistenzpersonen abgedeckt werden.** Eine bessere Passung von Aufgabe, Funktion und **Einbezug des Umfeldes**, die Arbeit in interprofessionellen Teams, **welches die Angehörigen miteinbezieht**, sowie die bessere Koordination der Leistungen **und der Mitarbeit der bereits vorhandenen Betreuungspersonen** führen zu einem effizienteren Einsatz der knappen Ressource Personal und zu einer höheren Arbeitszufriedenheit. Die Berufsverweildauer verlängert sich und wirkt damit dem Fachkräftemangel entgegen.»

Unsere Zweifel: braucht es wirklich überall Fachkräfte?

Seite 8

Digitalisierung nutzen

Das ist sicher sinnvoll. Jedoch dabei unbedingt auf Barrierefreiheit achten. Rund 20% der Schweizer Bevölkerung leben mit einer Behinderung, wovon ein beträchtlicher Anteil auch digital unterwegs ist, sofern das Angebot barrierefrei ist. Es gibt heute viele Instrumente, damit z.B. Sehbehinderte oder auch körperbehinderte digital arbeiten können. Weiter gibt es die Möglichkeit Informationen in Form von Videoclips in Gebärdensprache zu vermitteln oder Texte in leichter/einfacher Sprache zu verfassen. Gerne kann die kbk hier weiterhelfen mit Tipps oder der Vermittlung von Profis.

Digitalisierung darf nicht als Delegation von Arbeiten an die Patienten missbraucht werden. Zu klären ist dann noch der Zugang zu den Dossiers geistig beeinträchtigter Menschen respektive deren Bewirtschaftung. Angesichts des aktuellen Aufgabenumfangs von Beiständen ist langfristig nicht realistisch, dass diese Arbeiten auch noch von ihnen übernommen werden.

Andererseits kann diese Aufgabe auch ideal von Assistenzpersonen erledigt werden, wenn es bei der IHP (individuelle Bedarfsabklärung) hierfür eine Kostengutsprache gibt.

Vorschlag Erweiterung:

Der Kanton ist dafür besorgt, dass E-Accessibility für alle gewährleistet ist.

Effizienter und effektiver Mitteleinsatz

Die Integrierte Versorgung steigert die Kosteneffizienz, unter anderem indem Doppelspurigkeiten, aber auch Über-, Unter- und Fehlversorgung abgebaut werden. Überkapazitäten werden durch eine bessere Vernetzung der Leistungserbringer einer Region erreicht. Sie stimmen ihr Leistungsangebot besser aufeinander ab und bilden Schwerpunkte. Kostendämpfende Effekte werden durch die fortschreitende Ambulantisierung, die Stärkung der dezentralen Strukturen der

Grundversorgung, die Arbeit in Netzwerken, die Verbesserung der Behandlungsqualität und die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung erreicht.

Aufpassen bei der Ambulantisierung.

Vorschlag:

Der Kanton stellt die Nachbetreuung, insbesondere von MmB, sicher, indem er den verschiedenen Behinderungen gerecht wird. D.h. Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung brauchen andere Unterstützung in der Nachbetreuung als Menschen mit einer körperlichen Behinderung.

Freiwilligenarbeit muss sich für alle lohnen: für LeistungsbezügerInnen heisst dies, dass sie Kontinuität in der Betreuung haben, und für die LeistungserbringerInnen, dass der Einsatz ausreichend entlohnt wird. Angehörige, die Teilzeit arbeiten, um eine nahestehende Person betreuen zu können, dürfen nicht schlechter gestellt werden als Vollzeitarbeitende. Durch ihre Arbeit wird ein privates Setting erst ermöglicht. Dies hilft dem Kanton, Kosten zu sparen, indem Heimeintritte hinausgezögert werden oder gar nicht notwendig sind.

Es ist klar festzuhalten, dass durch die immer weiter fortschreitende Professionalisierung die Kosten explodieren.

Vorschlag – Ergänzung:

Kostendämpfende Effekte werden durch die fortschreitende Ambulantisierung, aufsuchende Angebote, die Stärkung der Angehörigen, der Peers und dezentraler Strukturen der Grundversorgung, die Arbeit in Netzwerken, die Verbesserung der Behandlungsqualität erreicht. Der Kanton sorgt für die notwendigen Rahmenbedingungen.

Gesundheit der Bevölkerung:

Mit der Integrierten Versorgung wird eine wohnortsnahe Betreuung und Behandlung mit bestmöglicher Kontinuität angestrebt. Als wichtige Voraussetzung werden dazu ambulante und stationäre Leistungen inklusive der Pflegeleistungen im Pflegeheim, **Assistenz- und Betreuungspersonen** und durch Spitex erbrachte Leistungen einheitlich finanziert (EFAS), Fehlanreize in der Tarifierung beseitigt und die Leistungen für Koordination, Beratung und Vernetzung adäquat verrechnet.

Seite 9

Danke für diese Erklärungen!

Seite 10 – Vorschlag:

Ergänzung der vertikalen Dimension durch das bisherige Umfeld der Patienten.

Die vertikale Integration ist eine sektorenübergreifende Koordination und kann Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention, **der sozialen Unterstützung**, der ambulanten primären oder spezialisierten Behandlung, der stationären Akutbehandlung, der ambulanten oder stationären Nachbehandlung und Betreuung sowie der Langzeitbetreuung und der Palliative Care zusammenschliessen.

Seite 14

Kapitel 5.1. Vision

«...allen zugänglich» bedeutet «barrierefrei», was, wie oben beschrieben, heisst, dass die Informationen sowohl digital barrierefrei als auch verständlich sein müssen für kognitiv beeinträchtigte Menschen. Für Hörbehinderte braucht es Videoclips in Gebärdensprache und/oder die Finanzierung von GebärdensprachedolmetscherInnen.

Haben die Spitäler und Kliniken die führende Rolle bei der Integration, ist die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen massiv gefährdet. Spitäler und Kliniken sind einflussreich und eher interessiert an einer Zentralisierung als an einer Regionalisierung. Sie wollen i.d.R. «unter sich sein» und wehren sich gegen Netzwerke und Neuerungen, die nicht von ihnen selbst ausgehen. Ein Versuch der Integration auf diese Art ist zum Scheitern vorprogrammiert und nicht zielführend.

Vorschlag:

Eine führende Rolle innerhalb der Versorgungsregion übernehmen dabei die Spitäler. Für die Umsetzung übernimmt eine Steuergruppe aus Vertretern aller Beteiligten inklusive Betroffener und Angehöriger die Führung.

Kapitel 5.2 Ziele

Ziel 4

Vorschlag:

Die Arbeitsplätze in den Netzwerken sind sowohl für das Gesundheitspersonal **als auch für Angehörige** attraktiv, die Arbeitszufriedenheit und Gesundheit des Personals erhöht sich, die Berufsverweildauer nimmt zu.

Ziel 5

Vorschlag

Die Behandlung der Patientinnen und Patienten richtet sich nach deren individuellen Bedürfnissen und der aktuellen Lebenssituation, ist ganzheitlich und wird entlang der Behandlungskette im Rahmen des Genesungswegs koordiniert.

Seite 15

Kapitel 5.3 Grundsätze

Abgestufte Versorgung - Bitte Prävention ergänzen.

Vorschlag

Bei der abgestuften Versorgung wird zwischen Prävention, Grundversorgung, spezialisierter und technisch hochspezialisierter Versorgung unterschieden.

Gesundheitsnetzwerke

Derselbe Hinweis wie zuvor unter «Vision». – Spitäler und Kliniken können und dürfen keine führende Rolle in Netzwerken übernehmen.

Vorschlag

Eine führende Rolle innerhalb der Versorgungsregion sollen dabei die Spitäler übernehmen. Gesundheitsnetzwerke werden von regionalen Steuergruppen geführt, bestehend aus Vertretern aller Beteiligten inklusiv Betroffener und Angehörige.

Seite 17

Vorschlag

Schematische Darstellung ergänzen: Peearbeit, Familienbegleitung und Betreuung durch Angehörige. Diese Angebote sind bereits vorhanden, insbesondere im unmittelbaren Umfeld der Patienten.

Seite 18

Kapitel 5.4

Sehr gut! Nur durch gesetzliche Verankerung wird eine Idee nachhaltig umgesetzt. Es freut uns, dass innovative Projekte gefördert werden sollen. Aber gleichzeitig muss der Inhalt von «innovativen Projekten» geöffnet, respektive präzisiert werden, sodass auch Patientenorganisationen und der Einbezug des Umfeldes (was besonders bei Menschen mit Behinderungen wichtig und schliesslich kostensparend ist) möglich sind. Letztere sind es nämlich, die in Krisensituationen und unvorhergesehen Lebensumständen unbürokratisch, effizient und schnell zur Stelle sind.

Gesetzlicher Rahmen Abschnitt 2

Vorschlag

Als Voraussetzung gilt, dass die Projekte das Potenzial haben müssen, unabhängig vom erforderlichen Aufwand, in das Gesamtsystem integriert werden zu können, um die Regelversorgung flächendeckend zu verbessern, Chancengleichheit zu erhöhen und Kosten einzusparen. Hierbei wird auf die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen eingegangen, z.B. durch barrierefreien Zugang zu Informationen und Angeboten und den Einbezug des «Betreuungsumfeldes».

Kapitel 5.5 Berichte und Strategien

Gesundheitsstrategie 2020-2030

In den 6 Stossrichtungen müssen das Ziel der Inklusion und der Umsetzung der UN-BRK (UNO-Behindertenrechtskonvention, die die Schweiz 2014 ratifiziert hatte) ergänzt werden. Indem Assistenzpersonen und weitere Betreuungspersonen einbezogen werden, wird den verschiedenen Bedürfnissen von MmB, dem BLG (Behindertenleistungsgesetz) und den neuen Lebensformen mit Assistenz Rechnung getragen.

Vorschlag für eine 7. Stossrichtung

Sämtliche Angebote und Informationen sind barrierefrei zugänglich: rollstuhlgängig, leichte Sprache, Gebärdendolmetschung, etc.

Seite 19

Es fehlt der Gedanke der Chancengleichheit, Inklusion (Einbezug von Menschen mit Behinderungen), Berücksichtigung des Betreuungsumfeldes von MmB.

Vorschlag – Ergänzung

Den neuen Lebensformen (privatwohnend mit Assistenz) wird Rechnung getragen, indem das Betreuungsumfeld von Menschen mit Behinderungen (Carearbeit) einbezogen wird.

Menschen mit Behinderungen werden bei Entscheidungen einbezogen, was bedeutet, dass Angebote und Informationen barrierefrei sind.

Seite 20

Punkt 1.6

Die Spitäler dürfen keine führende Rolle bei den Netzwerken übernehmen! Das widerspricht dem Satz auf S. 21 im Ziel im HF2: «... Gesundheitsnetzwerke, die bottom-up entstehen, sind näher an der regional zu versorgenden Bevölkerung und können ihr Leistungsangebot gezielt auf diese ausrichten...».

Umsetzung «Rahmenvorgaben durch den Kanton...»:

Vorschlag

Der Kanton sorgt dafür, dass die Leistungserbringer die Angebote und die entsprechenden Informationen allen Menschen zugänglich machen. Insbesondere Menschen mit Behinderungen und deren Betreuungsumfeld werden konform mit den entsprechenden Anforderungen über deren Kanäle informiert.

«... Umsetzung und Ausgestaltung durch die Leistungserbringer»

Ergänzung – Vorschlag

Die Umsetzung und Ausgestaltung erfolgt durch die Leistungserbringer in enger Zusammenarbeit mit dem Betreuungsumfeld der Menschen mit Behinderungen.

Seite 21

Ziel im HF2 - Vorschlag

Massnahmen des Kantons:

2.1 Der Kanton unterstützt innovative Pilotprojekte gemäss festgelegten Kriterien: zu diesen Kriterien muss die barrierefreie Zugänglichkeit gehören.

2.2 Die Leistungserbringer transformieren sich bottom-up zu innovativen, sektorenübergreifenden Gesundheitsnetzwerken.

Wer ist mit «Leistungserbringer» gemeint? Der Begriff „Leistungserbringer“ sollte in der Strategie einleitend mit Bezug auf die Aktivitätsfelder erläutert werden.

Vorschlag

Leistungserbringer sind:

- ärztliche Versorgung (auch in Spitälern)
- Therapeuten
- Pflege (Pflegeleistungen zu Hause oder im Pflegeheim)
- Betreuung (Heime, Assistenzpersonen und auch durch Angehörige)
- Rettungs- und Transportdienste
- Apotheken
- Abgabestellen für Mittel und Gegenstände

Spitäler? Wie soll das gehen? Mit welchen Anreizen? Weshalb sollten z.B. Spitäler einen lange aufgebauten Apparat plötzlich umstrukturieren und z.B. Angehörige einbeziehen? Das würde bedeuten: mehr Arbeit mit der Basis (Betroffene und Basis).

Vorschlag:

Die Leistungserbringer transformieren sich bottom-up zu innovativen, sektorenübergreifenden Gesundheitsnetzwerken. Hierfür werden Anreize geschaffen und Laien-Patienten- sowie Angehörigenvertretungen wie z.B. Peers in sämtliche Arbeiten integriert.

Ziel im HF 3

Die Grundsätze sind gut, jedoch fehlt der wesentliche Grundsatz der Peerarbeit (bottom-up) und zwar «Nichts über mich – ohne mich», also ohne meine Einwilligung und meine Beteiligung als betroffene Person oder Angehörige. Es ist despektierlich, wenn z.B. hoch kompetente Angehörige mit Dr. Titel oder Betroffene als nicht zurechnungsfähig angesehen werden und Fachleute über sie reden, als ob sie nur ein Fall wären – keine denkende Person!

Vorschlag Ergänzung

Die Gesundheitsnetzwerke setzen den Grundsatz «ambulant vor stationär» konsequent um. Zudem berücksichtigen sie konsequent die Erfahrung von Betroffenen und deren Grundsatz der Selbstförderung »Nichts über mich – ohne mich!« Sie entwickeln neue Leistungsangebote, um die ambulante, wohnortnahe Versorgung zu stärken.

Seite 22

Ziele im HF 4

4.3

APN und Case Manager gibt es schon in Form von «professionalisierten Angehörigen oder dem Betreuungsumfeld» insbesondere bei Menschen mit Behinderungen. Sie agieren dort, wo die pflegeempfangende Person nicht in der Lage ist, diese Aufgaben selbst wahrzunehmen. Es ist günstiger und effizienter, Angehörige und/oder andere, bereits vorhandene Betreuungspersonen zu berücksichtigen, die diese oder ähnliche Arbeiten schon lange machen und gerne in einem professionellen Rahmen übernehmen würden, wenn sie ausgebildet würden und wenn ihre Lohnausfälle steuerlich, versicherungstechnisch und finanziell ausgeglichen würden. Zusätzliche Arbeitskräfte auszubilden, ist immer sehr teuer und risikobehaftet, weil die Verweildauer im gelernten Beruf ungewiss ist.

Vorschlag

Für die neuen Arbeitsaufgaben im Bereich der Koordination und Integration werden neue Berufsrollen wie zum Beispiel Angehörigenbegleitung, APN, Case Management entwickelt. Es wird Wert daraufgelegt, Carearbeitende zu entlasten und Angehörige zu integrieren.

Evaluation

Ebenfalls sollte die Führungskultur – bzw. Netzwerkkultur evaluiert werden. Netzwerke leben von flachen Hierarchien, Vertrauen und Selbstverantwortung bzw. Kommunikation auf Augenhöhe.

Ziele im HF 5

Die Behandlung der Patientinnen und Patienten richtet sich nach deren individuellen **Bedürfnissen** und aktuellen Lebenssituation, ist ganzheitlich und wird entlang der Behandlungskette koordiniert.

Änderung Formulierung: Bedürfnisse statt Bedarf (materiell)!

5.2 Der Kanton fördert die stufengerechte Zuweiserpraxis sowie die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung mit Informationen zu konkreten Versorgungsfragen.

Vorschlag Ergänzung: Dabei ist er dafür besorgt, dass die Informationen auch Menschen mit Behinderungen zugänglich sind.

5.3 Die Gesundheitsnetzwerke setzen die Empfehlungen der SAMW und des BAG zur Erstellung einer gesundheitlichen Vorausplanung um.

Bemerkung: Der barrierefreie Zugang zu Angeboten und Informationen für Menschen mit Behinderungen darf keine Empfehlung sein, sondern muss fortan eine Voraussetzung für Finanzierung und Bewilligung eines Angebotes sein.

5.4 Die Gesundheitsnetzwerke machen ihr Angebot bekannt (Öffentlichkeitsarbeit) und ziehen die Bevölkerung und deren Bedürfnisse in die Angebotsgestaltung ein.

Vorschlag Ergänzung: Hierbei wird insbesondere auf barrierefreie Kommunikation geachtet, damit die Öffentlichkeitsarbeit auch den 20% der Bevölkerung, die mit einer Behinderung leben, zugänglich ist.

5.5

Der Begriff Selbstmanagement muss mit Selbstfürsorge ergänzt werden. Etliche psychisch Kranke möchten sich gerne selbst managen und tun dies auf destruktive Weise aufgrund der Erkrankung. Wenn sie jedoch zur Selbstfürsorge ermutigt werden, können sie eher Hilfe annehmen und überfordern sich nicht mit dem Anspruch des Selbstmanagements. Es wird vermehrt beobachtet, wie Selbstmanagement zu einer Forderung an Betroffene wird und sie sich zunehmend selbst überlassen werden. Selbstmanagement darf nicht zu Vernachlässigung und Überforderung von Hilfsbedürftigen oder ihres nächsten Umfelds werden.



kantonale behindertenkonferenz bern

Vorschlag

Die Gesundheitsnetzwerke integrieren die Förderung der Gesundheitskompetenz, der Selbstfürsorge und des Selbstmanagements in ihre Betreuungs- und Behandlungspläne. Sie achten dabei auf die Ermächtigung des privaten Umfelds und fördern den Einbezug von Angehörigen.

Seite 23

6.2. Roadmap

Digitalisierung zu fördern, heisst insbesondere auch, diese im Sinne einer Ausrichtung auf MmB barrierefrei und intuitiv zu gestalten!

E-Accessibility muss für alle gewährleistet sein.

Kap. 6.3. bis Schluss

Als Voraussetzung müssen die Projekte barrierefrei und für alle zugänglich sein: rollstuhlgängig, mit Gebärdensprachedolmetschung und die schriftlichen Informationen müssen auch für sehbehinderte Personen erfahrbar sein, indem z.B. die Informationen digital erhältlich sind (können dort «vorgelesen» werden.)

Wir vermissen explizite Auflistung der Kosten für die Zugänglichkeit für alle: Übertragung in einfache/leichte Sprache; Gebärdensprachedolmetschung, barrierefreie Informationen per Internet.

Wir sind dankbar, dass der Kanton diese Gesundheitsstrategie in Angriff nimmt, die Meinung von Behindertenverbänden anhört und deren Input integrieren will. Es ist wichtig, dass der bottom-up-Gedanke auch nachhaltig umgesetzt wird und nicht nur aus Aushängeschild dient. Auf keinen Fall dürfen die neuen Strukturen ohne Einbezug von Menschen mit Behinderungen und deren Betreuungsumfeld und nur von grossen Akteuren kreiert werden. Ohne die Mitarbeit von Menschen mit Behinderungen kann die Gestaltung der künftigen Gesundheitsversorgung nicht ganzheitlich und nachhaltig gelingen.

Köniz, Dezember 2023