

Projektwettbewerb 2014: Anmeldeformular

Projektname: Aufsuchender Gerontopsychiatrischer Interprofessioneller Liaison-Dienst (AGIL) – Ein Modellprojekt für die alterspsychiatrische Versorgung in Alters- und Pflegeheimen sowie zu Hause		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Klinik für Alterspsychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich	
Kontaktperson:	Prof.Dr.E.Savaskan	Funktion: Chefarzt
Telefonnummer:	044 389 1658	Email: egemen.savaskan@puk.zh.ch
Adresse:	Minervastr. 145, Postfach 1682, 8032 Zürich	
Organisation 2		
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		Email:
Adresse:		
Organisation 3		
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		Email:
Adresse:		
Weitere Beteiligte: Oberarzt, Fachpflegerin und Sozialarbeiter des AGIL, Teams der betreuten Alters- und Pflegeheime		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>Die Zahl der älteren Betroffenen mit einer psychiatrischen Erkrankung nimmt im Kanton Zürich zu. Der neue interdisziplinäre Dienst der Klinik für Alterspsychiatrie soll als Konsiliar- und Liaisondienst sowie als aufsuchendes Angebot zu Hause die ambulante Versorgung in der Region stärken. Aus Arzt, Fachpflege und Sozialdienst bestehendes interdisziplinäres Team soll nicht nur Therapien für Betroffene sondern auch pflegerische und soziale Interventionen, Supervision und Schulungen in den Institutionen und für Betreuer ermöglichen. Im Kanton besteht vor allem in den Alters- und Pflegeheimen (APH) ein grosser Bedarf. Dieser Umstand führt öfters zu vermeidbaren stationären Einweisungen, die Therapiekosten steigern und die Selbstständigkeit der Patienten einschränken. Gleichzeitig besteht bei vielen APH ein zunehmender Bedarf nach alterspsychiatrischen Interventionen und Schulung. Das Angebot soll stationäre Aufnahmen vermeiden helfen, und Therapien in den APH und zu Hause anbieten. Ein wesentlicher Aspekt eines solchen Dienstes ist, dass er über die Arbeit vor Ort hinaus eine durchlässige Vernetzung zwischen stationären und ambulanten Versorgungsangeboten ermöglichen soll.</p>		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Bewertungskriterien der Jury berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2014		
Einsenden an sekretariat@gn2025.ch (PDF / Word-Datei)		

Projektbeschreibung:

Aufsuchender Gerontopsychiatrischer Interprofessioneller Liaison-Dienst (AGIL) – Ein Modellprojekt für die alterspsychiatrische Versorgung in Alters- und Pflegeheimen sowie zu Hause

Prof.Dr.med.E.Savaskan

Klinik für Alterspsychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Akute Behandlung älterer Patienten, in Alters- und Pflegeheimen oder zu Hause durch aufsuchende Dienste hat gegenüber einer vollstationären Akutbehandlung klinische Vorteile: Sie schneidet weniger tief greifend in das Alltagsleben der Betroffenen und ihrer Angehörigen ein, ist weniger stigmatisierend und die verstärkende Wirkung von Hospitalisationen auf die sozialen Behinderungen der Patienten entfällt (1). Der Ausbau dieser „Gemeindeintegrierten Akutversorgung“ führt in der Regel zu einer Reduktion des Bedarfs an stationären Aufnahmen (2). Die Meta-Analyse der vorhandenen Studien zeigt dass ein aufsuchender Dienst, welcher den Patienten in seinem eigenen Umfeld aufsucht, und neben der psychiatrischen Behandlung auch soziale Interventionen anbietet am erfolgreichsten ist (2). Sie führt auch zu einer detaillierten Abklärung der Probleme und Ressourcen der Patienten in ihrem Lebenskontext und kann flexibler den wechselnden Bedürfnissen des einzelnen Patienten angepasst werden (1). Und wenn die Patienten während einer akuten Behandlung in einem Alters- oder Pflegeheim (APH) bzw. zu Hause stationär aufgenommen werden müssen, ergibt sich häufig eine erheblich verkürzte Hospitalisationsdauer im Vergleich zu den Patienten, die ohne spezifische ambulante alterspsychiatrische Versorgung direkt stationär aufgenommen werden müssen (1, 3). Psychosoziale Interventionen im sozialen Umfeld des Patienten werden durch die aufsuchenden Dienste eher möglich. Ausserdem weisen die Wirksamkeitsstudien auf, dass die Patienten, die eine Akutbehandlung im häuslichen Umfeld erhalten haben, gegenüber den Patienten, die stationär behandelt wurden, mittelfristig signifikantere Symptomverbesserungen zeigen und ihre Selbstständigkeit besser erhalten wird (4, 5). Die Betroffenen, die zu Hause behandelt wurden, sind auch zufriedener mit der Behandlung als die Patienten, die stationär behandelt wurden. Und die Angehörigen präferieren eindeutig die Akutbehandlung im eigenen Umfeld (4, 6, 7). Alle Studienergebnisse zu Kosteneffektivität zeigen ausserdem, dass gemeindeintegrierte Versorgungsansätze über einen reduzierten stationären Behandlungsbedarf eine deutliche Senkung der Behandlungskosten erzielen (1).

Obwohl die Datenlage über die Vorzüge einer gemeindeintegrierten Versorgung so deutlich positiv ist, sind die Angebote in diesem Bereich gerade für ältere Patienten nicht ausreichend vorhanden. In den APH der Region Zürich gibt es einen grossen Bedarf für ärztliche, aber auch pflegerische alterspsychiatrische Therapien. Viele Heime verfügen nicht über die alterspsychiatrische Infrastruktur wie z.B. ausreichende Pflegefachkräfte und brauchen die Vermittlung vom

alterspsychiatrischen Wissen. Aufsuchende Dienste für die akute Therapie am aktuellen Lebensort gehören international zu den wichtigsten alterspsychiatrischen Konzepten, die darauf zielen die Selbstständigkeit und Versorgung der älteren psychiatrisch erkrankten Personen in ihrem sozialen Kontext zu gewährleisten und eine stationäre Behandlung möglichst zu vermeiden. Da die stationäre Behandlung das teuerste Therapieangebot ist und einschneidende Einschränkungen bei der Autonomie der Patienten bedeutet, ist eine mobile therapeutische Intervention zu bevorzugen. Das vorliegende Modellprojekt möchte deswegen diese Lücke im regionalen Versorgungskonzept schliessen und alterspsychiatrischen Patienten die Möglichkeit geben, eine moderne Akutbehandlung im eigenen sozialen Umfeld zu erhalten.

Klinik für Alterspsychiatrie

Die Klinik für Alterspsychiatrie (KAP) ist als ein Teil der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich für die Versorgung von über 65-jährigen, psychiatrisch erkrankten Personen verantwortlich. Vier Station mit 64 Akutbetten, ein Ambulatorium und eine Tagesklinik decken die stationäre, teilstationäre und ambulante Versorgung ab. Die Stationen sind spezialisiert auf unterschiedliche alterspsychiatrische Diagnosen wie z.B. Demenz und Altersdepression. Das hauseigene Ambulatorium und die Tagesklinik sind wichtige Elemente der Versorgungskette, die helfen den Betroffenen eine akute Behandlung anzubieten ohne stationär aufgenommen werden zu müssen. In der Tagesklinik sind Kriseninterventionen möglich um stationäre Aufnahmen zu vermeiden.

Als Ergänzung zum stationär-teilstationär-ambulanten Therapiekonzept versorgt der ärztliche Konsiliar-/Liaison-Dienst der KAP alterspsychiatrische Patienten in den privaten APH der Stadt Zürich.

Das Angebot des Konsiliar-Dienstes ist eine wichtige Schnittstelle mit vor- und nachgelagerten Stellen. Er ermöglicht die Akutbehandlung in den Heimen und gewährleistet alterspsychiatrische Supervision der Teams in den Alters- und Pflegeheimen, um die Versorgung und Pflege der Betroffenen zu verbessern. Das Ziel des vorliegenden Konzepts eines komplementären (die Hausarztmedizin unterstützenden) Aufsuchenden Gerontopsychiatrischen Interprofessionellen Liaison-Dienstes (AGIL) ist die Lücke eines aufsuchenden Dienstes in der Versorgungskette zu schliessen, die ambulante Therapie in den APH zu verbessern und in geeigneten Fällen auch im häuslichen Umfeld zu gewährleisten.

Beschreibung des geplanten Angebots

Das neue Versorgungsangebot AGIL soll in Ergänzung zum (momentan rein ärztlichen) Konsiliar-/Liaison-Dienst der KAP die interprofessionelle Behandlung der alterspsychiatrischen Patienten zu Hause ermöglichen und die Versorgung in den APH ausweiten. AGIL wird ab 1.6.2014 seinen Dienst aufnehmen und folgende Tätigkeiten ausüben:

1. Konsiliar-Dienst:

Mitglieder des AGIL werden ärztliche Konsilien und pflegerische Interventionen in den APH und nach Bedarf auch in anderen Institutionen wie z.B. somatische Spitäler durchführen. Neben ärztlichen alterspsychiatrischen Interventionen umfassen die pflegerischen Interventionen in erster Linie

alterspsychiatrische Assessments (Depression, Suizidalität, Demenz, Psychose, Delir usw) sowie Vermittlung von alterspsychiatrischem Umgang mit dem Patienten wie z.B. Verhaltensmanagement, Validation, milleutherapeutische Massnahmen usw. Das Angebot ist komplementär zur Hausarztmedizin und unterstützt die Hausärzte in ihrer ambulanten Therapie.

2. Liaison-Dienst:

AGIL wird Liaison-Aufgaben in den APH übernehmen. Die Tätigkeit in den APH wird die Therapie einzelner Patienten, ärztliche und pflegerische Supervision und Instruktion der Betreuer, Schulungen und Fallbesprechungen beinhalten.

3. Aufsuchender Dienst:

AGIL wird als aufsuchender Dienst im häuslichen Umfeld der Betroffenen therapeutische, pflegerische und soziale Interventionen durchführen. Ärztliche Therapien, pflegerische Assessments und Interventionen, soziale Hilfeleistungen sollen dadurch bei Patienten möglich werden, die an einer akuten alterspsychiatrischen Erkrankung leiden, aber nicht in der Lage sind für die Therapie eine Institution aufzusuchen. Zuweiser sind niedergelassene Ärzte, Betroffene selber, deren Angehörige und kantonale Institutionen. Diese Dienstleistung soll Zuweiser im ambulanten Bereich unterstützen und akute Behandlungen im häuslichen Umfeld ermöglichen ohne die Patienten stationär aufnehmen zu müssen.

AGIL wird wie folgt aufgebaut und wird folgende Aufgaben haben:

- AGIL ist ein interprofessionelles, institutionelles Angebot für die alterspsychiatrische Versorgung der Psychiatrie-Region Zürich zur Behandlung von betroffenen Personen mit einer akuten psychiatrischen Störung in den APH, in Institutionen und im häuslichen Umfeld.
- AGIL ist interprofessionell aufgebaut und besteht aus Fach-ÄrztIn, Fachpflege und Sozialdienst. Frühere Studien zeigen deutlich, dass die Interdisziplinarität des aufsuchenden Dienstes für den Erfolg entscheidend ist, weil dadurch nicht nur die ärztliche (psychiatrische und psychotherapeutische) Behandlung gewährleistet wird, sondern auch pflegerische und soziale Interventionen durchgeführt werden können, die die Selbstständigkeit der Patienten in ihrem aktuellen Lebensumfeld fördern und Alltagsprobleme bewältigen helfen (8).
- Je nach Bedarf nach ärztlicher, pflegerischer und/oder sozialer Intervention werden Mitglieder von AGIL die Betroffenen in den APH, in den Institutionen oder zu Hause aufsuchen und die Therapie an Ort und Stelle, basierend auf den vorhandenen Ressourcen des Patienten, einleiten
- AGIL wird die Versorgung von PatientInnen Montag bis Freitag zu Dienstzeiten gewährleisten.
- Die Zielgruppe bilden PatientInnen, die über 65 Jahre alt sind und eine psychiatrische Erkrankung aufweisen. Es sind in erster Linie Betroffene, die aufgrund einer komplexen psychiatrischen Erkrankung eine zeitlich aufwendigere sowie inhaltlich diversifiziertere, interdisziplinäre Therapie und Betreuung bedürfen, die in einer durchschnittlichen ambulanten Behandlung nicht möglich ist.
- AGIL kann nach einer stationären Therapie eines Betroffenen für die weitere ambulante Behandlung in den APH oder im häuslichen Umfeld eingesetzt werden.

Behandlung erfolgt wie folgt:

- Angemeldet werden die PatientInnen durch einen Hausarzt, niedergelassenen Psychiater oder Heim-Arzt, Team der APH oder Institutionen. In den APH soll AGIL im Rahmen von regelmässig stattfindenden Visiten mit dem Pflorgeteam alterspsychiatrische Therapien initiieren, Fallbesprechungen/Visiten und Schulungen vornehmen.
- Nach der Visite erfolgt bei neuen PatientInnen zunächst eine gerontopsychiatrische Diagnostik durch den Arzt und im Verlauf eine Verteilung von problemorientierten spezifischen Interventionsaufgaben an die Teammitglieder. Wichtig ist dabei das primäre Ziel die Behandlung vor Ort durchzuführen.
- Die Visiten mit den Pflgeteams der APH werden in der Regel von den Ärzten und Pflegepersonal des AGIL durchgeführt. Sollte bei den Visiten deutlich werden, dass soziale Interventionen notwendig sind, erfolgt die Meldung an den Sozialdienst, welcher einzeln oder innerhalb der interdisziplinären Gruppe mit dem Patienten die Intervention aufnehmen kann.
- Der aufsuchende Dienst führt ärztliche und pflegerische Diagnostik, Therapie und Interventionen im häuslichen Umfeld der Betroffenen. Bei Bedarf wird der Sozialdienst für die Abklärung und Umsetzung sozialpsychiatrischer Massnahmen eingesetzt. Der aufsuchende Dienst wird für psychiatrische Kriseninterventionen eingesetzt und ersetzt nicht die Spitex-Betreuung. Die Therapien sind auf max. 15 Stunden limitiert. Diagnostik durch die Fachpflege soll weitere Betreuung der Betroffenen erleichtern und den Erhalt im eigenen häuslichen Umfeld fördern. Der aufsuchende Dienst ist nicht nur für Demenz-Erkrankungen sondern für alle alterspsychiatrischen Diagnosen zuständig.
- Die Behandlung erfolgt nach Richtlinien psychiatrischer Therapie und kann nach Bedarf regelmässig erfolgen, bis der Zustand des Patienten sich stabilisiert und er eine ambulante und/oder teilstationäre Behandlung beanspruchen kann.
- Die Zusammenarbeit mit den Vertrauenspersonen und Angehörigen des Betroffenen ist ein Schwergewicht der Arbeit des AGIL. Eine umfassende Abklärung der sozialen Ressourcen des Betroffenen ist ein Teil der Arbeit des AGIL.
- Eine stationäre Einweisung erfolgt nur, wenn eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt.

Nutzen für die Versorgung in der Klinik für Alterspsychiatrie im Speziellen und der Alterspsychiatrie generell für die Region Zürich:

- Ärztliche Therapien werden im eigenen Umfeld des Patienten durchgeführt.
- Durch Einbezug der Fachpflege des AGIL werden pflegerische Interventionen im eigenen Umfeld möglich und die Autonomie wird verstärkt.
- Durch Einbezug des Sozial-Dienstes können soziale Ressourcen und Probleme an Ort und Stelle eruiert, unterstützende Massnahmen aufgezeigt und implementiert werden.
- Stationäre Aufnahmen werden verhindert, weil eine akute Therapie im häuslichen Umfeld möglich sein wird.

- Die mittlere Verweildauer der stationären Aufenthalte wird verkürzt, weil die Patienten vorher und nachher durchgehend betreut werden können.
- Die sozialen Ressourcen der Patienten werden besser in die Therapie integriert und so der Genesungsprozess beschleunigt.
- Das soziale Umfeld des Patienten kann mehr einbezogen und bessere Angehörigenbetreuung gewährleistet werden.
- Durch Teaching/Supervision/Fallbesprechung (ärztlich und pflegerisch) in den APH wird die alterspsychiatrische Kompetenz der Betreuer verbessert und die Betreuungsqualität für die Patienten erhöht.
- AGIL als komplementäre Kriseninterventionsmassnahme wird die Zusammenarbeit mit den ambulanten Therapeuten verbessern.
- AGIL wird zu den Dienstzeiten, Montag bis Freitag, das regionale, alterspsychiatrische Versorgungsangebot vervollständigen. Ausserhalb der Dienstzeiten steht der Notfalldienst und das stationäre Angebot der Klinik für Alterspsychiatrie den Zuweisern und den ambulanten Patienten des AGIL's zur Verfügung.

Schlussfolgerung:

Mit dem vorliegenden Projekt soll eine wichtige alterspsychiatrische Versorgungslücke in der Region Zürich geschlossen werden. Ein interdisziplinär (ÄrztIn/Fachpflege/Sozialdienst) aufgebauter aufsuchender Dienst soll die Behandlung von älteren (65+) psychiatrisch erkrankten Menschen, die aufgrund ihres Störungsbildes von sich aus keine ambulante Therapie aufsuchen können, im eigenen Umfeld in den Alters- und Pflegeheimen und zu Hause gewährleisten, und zusätzlich durch die konsiliarische Behandlung, durch Team-Supervision, Fallbesprechungen und fachpflegerische Interventionen an Ort und Stelle den alterspsychiatrischen Therapie- und Betreuungs-Standard in den Alters- und Pflegeheimen verbessern helfen. AGIL wird ab 1.6.2014 als Ergänzung des Konsiliar-/Liaison-Dienstes der Klinik für Alterspsychiatrie der Bevölkerung der Stadt Zürich zur Verfügung stehen.

Referenzen:

1. Brenner HD et al. Gemeindeintegrierte Akutversorgung. *Nervenarzt*. 71: 691-699, 2000.
2. Catty J et al. Home treatment for mental health problems: a systematic review. *Psychological Medicine*. 32: 383-401, 2002.
3. Sledge et al. Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, part I: clinical outcome. *American Journal of Psychiatry*. 153 : 1065-1073, 1996.
4. Marks IM et al. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*. 164: 179-194, 1994.
5. Merson S et al. Early intervention in psychiatric emergencies: a controlled clinical trial. *The Lancet*. 339 : 1311-1314, 1992.
6. Dean C et al. Comparison of community based service with hospital based service for people with acute, severe psychiatric illness. *British Medical Journal*. 307 : 473-476, 1993.
7. Wasylenki D et al. A home-based programme for the treatment of acute psychosis. *Community Mental Health Journal*. 33 : 151-162, 1997.
8. Burns T et al. Deconstructing home-based care for mental illness : can one identify the effective ingredients ? *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 113 (Suppl. 429) : 33-35, 2006.

Projektwettbewerb 2014: Anmeldeformular

Projektname: Branchenunabhängige Arbeits-Integration		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Ergotherapie Ergo-ZO	
Kontaktperson:	Marco Seydel	Funktion: Praxisinhaber, Ergotherapeut
Telefonnummer:	079 244 08 92	Email: info@ergo-zo.ch
Adresse:	Schneggenstrasse 47, 8620 Wetzikon	
Organisation 2	Ecolite	
Kontaktperson:	René Bregenzer	Funktion: Firmengründer, Geschäftsführer
Telefonnummer:	055 240 84 52	Email: rene.bregenzer@ecolite.ch
Adresse:	Fosbergstrasse 16, 8633 Wolfhausen	
Organisation 3	Diverse Versicherer, UV, KK, MV, IV	
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		Email:
Adresse:		
Weitere Beteiligte: Patienten, Angehörige, Hausärzte, ev. andere Therapiebereiche		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>Durch einen Unfall (oder Krankheit) beeinträchtigte Menschen haben es nach wochenlangen Rehabilitationszeiten oft schwer wieder zurück an ihren Arbeitsplatz zu kehren. Aus verschiedenen Gründen ist dort ein langsamer Einstieg nicht immer möglich. Mit unserem Projekt soll für diese Klienten eine Art Zwischenstation geschaffen werden, wo sie sich ohne Leistungs- und Zeitdruck besser auf den Wiedereinstieg vorbereiten können. Dies geschieht indem Firmen auf dem freien Markt, „Versuchsarbeitsplätze“ zur Verfügung stellen. Diese müssen nicht zwingend aus der selben Berufsbranche sein. Es geht um ein langsames herantasten an die notwendige Leistungsfähigkeit, um im eigenen Arbeitsplatz wieder einsteigen zu können. Die Partner des Projekts sind die Klienten, Firmen, Kostenträger, Hausärzte und die Ergotherapie. Ein grosser Pluspunkt des Projektes ist die Kostenneutralität. Alle Beteiligten profitieren ohne dass Mehrkosten entstehen. Das Pilotprojekt konnte am 10. März 2014 zusammen mit der Firma Ecolite in Wolfhausen gestartet werden. Eine Auswertung gibt es bis zum Abgabetermin noch nicht.</p>		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Bewertungskriterien der Jury berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2014		
Einsenden an sekretariat@gn2025.ch (PDF / Word-Datei)		

Projektwettbewerb 2014: Anmeldeformular

Projektname: Branchenunabhängige Arbeits-Integration		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Ergotherapie Ergo-ZO	
Kontaktperson:	Marco Seydel	Funktion: Praxisinhaber, Ergotherapeut
Telefonnummer:	079 244 08 92	Email: info@ergo-zo.ch
Adresse:	Schneggenstrasse 47, 8620 Wetzikon	
Organisation 2	Ecolite	
Kontaktperson:	René Bregenzer	Funktion: Firmengründer, Geschäftsführer
Telefonnummer:	055 240 84 52	Email: rene.bregenzer@ecolite.ch
Adresse:	Fosbergstrasse 16, 8633 Wolfhausen	
Organisation 3	Diverse Versicherer, UV, KK, MV, IV	
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		Email:
Adresse:		
Weitere Beteiligte: Patienten, Angehörige, Hausärzte, ev. andere Therapiebereiche		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>Durch einen Unfall (oder Krankheit) beeinträchtigte Menschen haben es nach wochenlangen Rehabilitationszeiten oft schwer wieder zurück an ihren Arbeitsplatz zu kehren. Aus verschiedenen Gründen ist dort ein langsamer Einstieg nicht immer möglich. Mit unserem Projekt soll für diese Klienten eine Art Zwischenstation geschaffen werden, wo sie sich ohne Leistungs- und Zeitdruck besser auf den Wiedereinstieg vorbereiten können. Dies geschieht indem Firmen auf dem freien Markt, „Versuchsarbeitsplätze“ zur Verfügung stellen. Diese müssen nicht zwingend aus der selben Berufsbranche sein. Es geht um ein langsames herantasten an die notwendige Leistungsfähigkeit, um im eigenen Arbeitsplatz wieder einsteigen zu können. Die Partner des Projekts sind die Klienten, Firmen, Kostenträger, Hausärzte und die Ergotherapie. Ein grosser Pluspunkt des Projektes ist die Kostenneutralität. Alle Beteiligten profitieren ohne dass Mehrkosten entstehen. Das Pilotprojekt konnte am 10. März 2014 zusammen mit der Firma Ecolite in Wolfhausen gestartet werden. Eine Auswertung gibt es bis zum Abgabetermin noch nicht.</p>		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Bewertungskriterien der Jury berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2014		
Einsenden an sekretariat@gn2025.ch (PDF / Word-Datei)		

„Branchenunabhängige Arbeits-Integration“

Ausgangslage und Hintergrund

Eine Handverletzung zu erleiden bedeutet fast immer auch bei der Arbeit zu fehlen. Das ist nicht verwunderlich, aber für die Betroffenen oft sehr belastend, wie die Erfahrung in der Ergotherapie / Handrehabilitation zeigt. Zu Beginn ist es logisch, dass die verletzte Hand Ruhe und Erholung braucht, um komplikationslos heilen zu können. Schwierig wird es erst nach den ersten Wochen. Wann ist der richtige Zeitpunkt gekommen für den Wiedereinstieg in die Arbeit? Die Schwierigkeit liegt darin, eine sinnvolle Balance zwischen Arbeit und Heilungsrufe zu finden.

Den Wiedereinstieg in die Arbeit rechtzeitig und sinnvoll aufzugleisen ist ein wichtiger Teil der Handtherapie. Von Seiten der Ergotherapeuten wird dies bereits aktiv gefördert, beispielsweise durch Besuche am Arbeitsplatz, Kontakt mit den Arbeitgebern, Casemanagern der Kostenträger und Ärzten. In der Therapie werden auch spezifische Bewegungen oder Tätigkeiten der Arbeit geübt. Das Training der Arbeitsfähigkeiten bleibt aber immer eine simulierte Situation. Der Nutzen für die Heilung der physischen Verletzung vermag das Leiden unter den psychosozialen Folgen der Handverletzung oft nur wenig zu lindern. Laut Hannah (2011) hat die zeitweise oder permanente Unfähigkeit, sich produktiv zu betätigen, grossen Einfluss auf das Selbstwertgefühl. Arbeiten zu können ist ein Grundbedürfnis des Menschen. Dies zeigt sich aber erst oft an den Folgen einer fehlenden Möglichkeit.

Die Rückkehr an den Arbeitsplatz scheitert erfahrungsgemäss oft an folgenden Gründen:

- **Überforderung:**
Oft überfordern sich Klienten selber, indem sie von Beginn weg zu viel leisten wollen, oder meinen, leisten zu müssen.
Manchmal sind es die Arbeitgeber respektive die Vorgesetzten, die eine solche Situation schlecht einschätzen können und dadurch zu viel fordern.
Nicht selten sind es auch die Arbeitskollegen welche mangels besseren Wissens die wiedereinsteigenden Arbeitskollegen durch unpassende Aussagen verunsichern.
- **Schmerz:**
Solange die verletzte Hand schmerzt, ist die Motivation, sie bei der Arbeit einzusetzen, deutlich reduziert. Unbewusst versucht der Betroffene dem Schmerz auszuweichen und überlastet so andere gesunde Muskelgruppen, was wiederum schmerzhaft Verspannungen auslöst. Auch Schlafen oder andere Formen der Erholung sind durch den Schmerz oft kaum entspannend. Solange Schmerzen bestehen, ist der Arbeitseinstieg deutlich erschwert.

Quellennachweis:

Hannah, S.D. (2011). Psychosocial Issues after a Traumatic Hand Injury: Facilitating Adjustment. *Journal of Hand Therapy*, 24, 95-103.

- **Arbeit ist noch zu anstrengend oder schwer (z.B. Bauarbeiter):**
Je nach Branche ist es schwierig für den Wiedereinstieg eine andere, leichtere Arbeit zu finden.
- **Zeit / Arbeitstempo:**
Je nach beruflicher Tätigkeit sind Arbeitszeiten und Arbeitstempo fest vorgegeben. Oft würde es aber viel helfen, wenn der Betroffene vorerst Teilzeit arbeiten könnte oder in der gleichen Zeit weniger Leistung bringen müsste.
- **Soziales Engagement:**
Die Antwort der Chefs, er soll zurückkommen wenn er wieder 100% gesund ist, scheint oft Ausdruck einer geringen Bereitschaft, Kompromisse als Hilfe für den Wiedereinstieg zu suchen.

Oft ginge es nach wochenlangen Spitalaufenthalten, Kuren und Therapien nicht einmal in erster Linie um die Arbeit als solches, sondern um die Zugehörigkeit zur Arbeitswelt. Eine Aufgabe zu haben und gebraucht zu werden stärkt das Selbstwertgefühl enorm und das Plaudern in der Kaffeepause ist ein wichtiger Teil der sozialen Integration.

Es geht um Realitäten, die in unserer leistungsverrückten Gesellschaft kaum anerkannt, und schon gar nicht thematisiert werden.

Aufgrund dieser äusseren Hindernisse und den beschränkten Möglichkeiten in der Ergotherapie, wuchs der Wunsch, die Klienten auf andere Weise im beruflichen Wiedereinstieg zu unterstützen. Ein Versuchsarbeitsplatz, ähnlich der Berufserprobung im Rehabilitationszentrum Bellikon der Suva, wäre die Lösung.

Es soll ein normaler Arbeitsplatz, in einer Firma sein die bereit ist, zeitweise jemanden ohne Leistungsdruck zu beschäftigen und ihn an ihrer Arbeitsgemeinschaft im Alltag teilhaben lassen.

Dieser Versuchsarbeitsplatz sollte in der Nähe liegen, sodass die Zusammenarbeit nicht durch räumliche Distanz unnötig behindert würde.

Die Partner des Projekts

Das vorliegende Projekt besteht aus einer engen Zusammenarbeit zwischen den Firmen, den Kostenträgern und der Ergotherapie.

Im einzelnen Fall spielen natürlich der Klient und sein behandelnder Arzt eine wesentliche Rolle.

Die Firma Ecolite in Wolfhausen ist bereit, als Erste dieses Projekt mitzutragen.

Die Firma



Die Ecolite AG ist auf die Entwicklung und Produktion von Trägersystemen für hinterlüftete Fassaden spezialisiert. Ihre Unterkonstruktionen für alle erdenklichen Fassadenbekleidungen wie ALUCOBOND, Metallkassetten, Eternit, Wellbänder, Glas, Cemfor, Stein, Feinsteinzeug, Holz, verputzte Trägerplatten etc. bestechen durch einen einfachen Aufbau, grösstmögliche Montagefreundlichkeit und hohe Wirtschaftlichkeit.

Der Firmengründer und Inhaber Herr Bregenzer verfügt über ein internationales Knowhow und ist seit mehr als 35 Jahren auf dem Gebiet der hinterlüfteten Fassaden tätig. Er ist in der Branche hervorragend vernetzt und hat zahllose Entwicklungen vergangener Dekaden massgeblich mitgeprägt. Seinem ETH-Studium als Bauingenieur, seiner Tätigkeiten als Leiter F&E in grossen Schweizer Unternehmen aber auch seiner Innovationskraft ist es zu verdanken, dass er die Geschäftspartner der Ecolite AG auf allen Ebenen sehr kompetent beraten kann.

(aus dem Firmenbeschrieb www.ecolite.ch/ueber-uns)

Zur Projektidee meinte Herr Bregenzer spontan: „Lass es uns versuchen. Wenn wir etwas dazu tun können, Menschen in einer schwierigen Situation zu helfen, dann machen wir es.“

Seit dem 10. März 2014 läuft ein Pilotversuch mit dem ersten Klienten.

Der Versuchsarbeitsplatz ist an einer Stanzmaschine. Der Klient kann stehend oder auf einem hohen Stuhl sitzend arbeiten. Er muss mit beiden Händen die Metallteile an den Anschlägen positionieren, mit dem Fuss das Pedal oder mit der Hand einen Taster bedienen, sowie das gestanzte Teilchen prüfen und versorgen.

Die Stanze lässt sich nur wenige Millimeter öffnen, sodass keine Verletzungsgefahr für die Finger besteht.

Bei der Arbeit befinden sich bis zu acht weitere Personen in derselben Werkstatt. Um neun Uhr ist eine kurze Kaffeepause vorgesehen, wo der Klient gerne dabei sein darf. Die Arbeitskollegen sind informiert, dass er nur stundenweise arbeiten kommt und in dieser Zeit auch keine bestimmte Leistung erbringen muss.

Je nach Auftragssituation in der Firma stehen auch noch andere, ähnliche Arbeitsplätze zur Verfügung.

Die Ergotherapie



Ergotherapie, aus dem griechischen «ergein» – tun, handeln, tätigsein – abgeleitet, ist eine ärztlich verordnete, medizinische Behandlung. Sie leistet einen Beitrag zur Entwicklung, Erreichung und Erhaltung grösstmöglicher Selbständigkeit bzw. Handlungsfähigkeit im *beruflichen*, privaten und sozialen Umfeld.

(aus dem Praxisbeschrieb www.ergo-zo.ch)

Der Praxisinhaber und Mitarbeiter haben den Weiterbildungskurs APA (Arbeitsplatzabklärung) absolviert und sind somit zertifiziert auch für Versicherungen Abklärungen vorzunehmen und Berichte zu erstellen.

Die Kostenträger

In vielen Fällen betrifft es die Suva oder andere Unfallversicherer, kann aber auch jede Krankenversicherung, die Militärversicherung oder in seltenen Fällen auch die Invalidenversicherung betreffen.

Die zuständigen Casemanager werden durch die Ergotherapie über den Arbeitsversuch informiert. Diese Zusammenarbeit ist wichtig, damit versicherungsrechtliche Fragen geklärt werden können und der Klient während des Arbeitsversuches genügend geschützt ist.

Der Klient

Die wichtigste Bedingung ist, dass der Klient diesen Arbeitsversuch aus eigener Motivation will. Zudem muss er die deutsche Sprache genügend beherrschen, sodass er den Sinn und die Bedingungen dieses Arbeitsversuches verstehen und einhalten kann.

Das Angebot soll so niederschwellig gestaltet werden, dass es keine leistungsmässigen Voraussetzungen braucht.

Das Vorgehen

Ein Arbeitsversuch wird bei Bedarf von der Ergotherapie initiiert. Dabei müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein.

Der **Klient** ist im arbeitsfähigen Alter und motiviert, wieder zu arbeiten. Sein früherer **Arbeitsplatz** kann ihm nicht die nötigen Rahmenbedingungen bieten, dass er dort direkt stufenweise in die Arbeit zurückkehren könnte.

Die **Verletzung** ist soweit stabil verheilt und die Funktionsfähigkeit der Hand genügend wiederhergestellt, dass der Arbeitsversuch kein Risiko einer verzögerten Heilung beinhaltet. Ob und unter welchen zeitlichen Bedingungen dies gegeben ist, entscheidet der **behandelnde Arzt**.

Mit der **Versicherung** gilt es zu klären, wer den Unfallschutz während des Arbeitsversuches übernimmt. Auf wie viele Stunden pro Woche /Tag kann dieser Versuch ausgedehnt werden? Wie lange soll der Versuch gesteigert werden bis der Klient zurück an seinen Arbeitsplatz kann?

Sobald alle nötigen Fragen geklärt sind, wird ein Termin für ein erstes Treffen in der Firma vereinbart. Dabei wird der Klient vom Ergotherapeuten begleitet und vom Werkstattchef eingeführt. Vor dem ersten Arbeitseinsatz in der Firma erhält der Klient in der Ergotherapie Instruktionen zur Auswertung des Arbeitsversuches.

Nach Möglichkeit arbeitet der Klient täglich, dafür nur so lange wie es in seiner Situation sinnvoll ist. Die Länge seiner Arbeitseinsätze wird in Absprache mit dem Ergotherapeuten gemäss der momentanen Ausdauer bestimmt.

Zur Überwachung des Arbeitsversuches muss der Klient täglich seinen Auswertungsbogen ausfüllen. Wichtig sind die Dauer des Einsatzes, Anzahl und Länge der Pausen und vor allem auch sein Befinden während und nach der Arbeit. Nebenher wird der Klient weiterhin in der Ergotherapie behandelt, wo auch für ihn unbemerkte Veränderungen zum Beispiel an Bewegungsabläufen erfasst werden. Bei einer Verstärkung der Beschwerden oder sekundären Problemen kann unkompliziert und schnell reagiert und der Arbeitsversuch angepasst werden.

Wenn gesundheitlich zu grosse Risiken für den Klienten entstehen, muss der Arbeitsversuch abgebrochen werden. Der Ergotherapeut ist verantwortlich, den Heilungsverlauf zu beobachten und in Rücksprache mit dem behandelnden Arzt einen allfälligen Abbruch durchzuführen sowie alle involvierten Personen zu informieren.

Der Nutzen

In allererster Line soll der **Klient** einen Hauptnutzen davon haben.

Während er aus Gründen der eigenen Gesundheit und der Umstände am Arbeitsplatz noch zu 100% arbeitsunfähig geschrieben ist, soll er sich doch schon ans Arbeiten herantasten können. Ohne Druck bezüglich Leistung und zeitlicher Anwesenheit kann er seine körperliche Belastbarkeit und Ausdauer testen und steigern. So kann er Ängste überwinden und Unsicherheiten abbauen. Nebenbei gewinnt er neue Zuversicht, dass er etwas tun kann und stärkt so sein Selbstwertgefühl. Nur schon die Tages- und Wochenstruktur, die er durch den Arbeitsversuch wiedererhält, beeinflusst sein psychisches Befinden und seine sozialen Kontakte positiv. Die Leistung bleibt sekundär, aber die Erfahrung, dass seine einst verletzte Hand wenigstens teilweise wieder arbeiten kann, tut ihm gut.

Der Beginn in seinem Beruf wird unter diesen Umständen mit grosser Wahrscheinlichkeit besser gelingen.

Die **Firma** profitiert von der erreichten Arbeitsleistung des Klienten. Dabei hat sie keinen finanziellen Aufwand, keinen Lohn, Versicherung oder Spesen, die sie für ihn bezahlen muss. Zudem bringt das soziale Engagement immaterielle Vorteile fürs Geschäft.

Für die **Kostenträger** lohnt es sich höchst wahrscheinlich durch eingesparte andere Kosten. Der Klient kann vermutlich früher wieder arbeiten und benötigt weniger Therapien und Medikamente. Sie verdienen nicht direkt an diesem Projekt, profitieren aber durch die langfristig besseren Voraussetzungen des Patienten in Bezug auf Arbeit und Gesundheit.

Für die **Ergotherapie** ist es vor allem ein immaterieller Gewinn. Den Klienten eine sinnvolle Therapie bieten zu können und wirklich alltagsbezogen und ganzheitlich arbeiten zu können, ist ein grosser Gewinn.

Ein wesentlicher, positiver Aspekt dieses Projektes ist der kostenneutrale Ansatz. Es braucht keine zusätzlichen finanziellen Mittel und trotzdem können alle beteiligten Parteien profitieren. Eine echte Win-Win-Situation.

Erste positive Erfahrung nach zwei Wochen Pilotversuch:
Der Klient hatte sich schnell eingelebt und fühlt sich wohl in der Gruppe die ihn freundlich aufgenommen hat. Er arbeitet 1,5 Std pro Tag.
Konkrete Schlüsse können nach so kurzer Zeit noch nicht gezogen werden.

Reproduzierbarkeit

Das Klientel beschränkt sich zur Zeit auf Klienten, die bereits in ergotherapeutischer Behandlung sind. Dies mehr aus praktischen Gründen, da das Projekt durch den Ergotherapeuten geleitet und begleitet wird. Grundsätzlich kann dieses Projekt auch mit anderen Klientengruppen durchgeführt werden. Es ist nicht an die in der Ergotherapie oft gesehenen Diagnosen gebunden.
Das Grundbedürfnis, sich beruflich zu betätigen, bleibt bei allen Patienten das Gleiche.

Marco Seydel (Projektleiter)
Irina Hässig (Autorin)
Ergo-ZO
Schneggenstrasse 47
8620 Wetzikon

info@ergo-zo.ch

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wurde nur die männliche Schreibform gewählt.

Projektwettbewerb 2014: Anmeldeformular

Projektname: Evivo «Gesund und aktiv mit chronischer Krankheit leben»		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Careum Stiftung	
Kontaktperson:	Dr. Jörg Haslbeck	Funktion: Leiter Careum Patientenbildung
Telefonnummer:	043 222 64 10	Email: joerg.haslbeck@careum.ch
Adresse:	Pestalozzistrasse 3, 8032 Zürich	
Organisation 2		
Spitex Zürich Limmat AG		
Kontaktperson:	Christina Brunnschweiler; Arda Teunissen	Funktion: CEO; Mitglied Geschäftsleitung
Telefonnummer:	058 404 49 14; 058 404 47 30	Email: christina.brunnschweiler@spitex-zuerich.ch ; arda.teunissen@spitex-zuerich.ch
Adresse:	Nordstrasse 20, Postfach 434, 8042 Zürich	
Organisation 3		
Stiftung Diakoniewerk Neumünster - Schweizerische Pflegerinnenschule		
Kontaktperson:	Dr. Werner Widmer, Dr. Eliane Pfister Lipp	Funktion: Direktor; Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Telefonnummer:	044 397 38 34; 044 397 30 04	Email: werner.widmer@diakoniewerk-neumuenster.ch ; eliane.pfisterlipp@diakoniewerk-neumuenster.ch
Adresse:	Trichtenhauser Strasse 20, 8125 Zollikerberg	
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>Die genannten Projektorganisationen setzen seit 2012 in Zürich gemeinsam das Selbstmanagementprogramm «Evivo» um. Es umfasst einen krankheitsübergreifenden sechswöchigen Kurs mit Begleitbuch, der an der Stanford Universität (USA) entwickelt wurde. Die Kurse werden von zwei Personen geleitet, die meist selbst mit chronischer Krankheit leben. Zu den Partnern der ersten Stunde zählen die Spitex Zürich Limmat und die Städtischen Gesundheitsdienste Zürich. Seit 2013 engagiert sich die Stiftung Diakoniewerk Neumünster für Evivo, um es für die Zürcher Bevölkerung anzubieten. Im Raum Zürich haben insgesamt zehn Kurse mit 125 Teilnehmenden stattgefunden. Die Evaluation lässt darauf schliessen, dass es die Fähigkeiten von Menschen mit chronischer Krankheit fördert, ihr Leben selbstbestimmter zu gestalten. Ihre Kompetenzen und ihr Wissen werden gefördert, im Alltag besser mit Krankheits Herausforderungen umzugehen und Versorgungsangebote effizienter zu nutzen. Aufgrund der positiven Ergebnisse soll Evivo in Zürich weiter umgesetzt werden, wofür aktuell ein Verein gegründet wird, an dem sich die Zürcher Partnerorganisationen beteiligen wollen.</p>		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Bewertungskriterien der Jury berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2014		
Einsenden an sekretariat@gn2025.ch (PDF / Word-Datei)		

Projektbeschreibung Gesundheitsnetz 2025, Projektwettbewerb 2014

Dr. Jörg Haslbeck¹, Margot Klein¹, Sylvie Schumacher¹; Christina Brunnschweiler²; Arda Teunissen², Dr. Werner Widmer³, Dr. Eliane Pfister Lipp³

¹ Careum Stiftung, Zürich; ² Spitex Zürich Limmat, Zürich; ³ Stiftung Diakoniewerk Neumünster – Schweizerische Pflegerinnenschule, Zollikerberg

Leben mit chronischer Krankheit in Zürich verbessern – partizipativ und vernetzt Selbstmanagement durch «Evivo» fördern

Ausgangslage: Unstrittig ist, dass chronische Krankheiten eine der zentralen Herausforderung für Gesundheitssysteme sind. Trotz grosser Zufriedenheit der Schweizer Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem besteht Potenzial, Versorgungsangebote für Menschen mit chronischen Krankheiten patientenzentrierter zu gestalten (1,2). Besonders relevant für eine zukunftsorientierte Versorgung ist, die Gesundheitskompetenz und das Selbstmanagement der betroffenen Personen und ihrer Angehörigen zu fördern (3–5). Einen wertvollen Beitrag kann hier ein international führender, evidenzbasierter Selbstmanagementansatz leisten, der an der Stanford Universität entwickelt wurde. Er wird seit 2012 in Zürich als Kursprogramm «Evivo»¹ von der Careum Stiftung zusammen mit der Spitex Zürich Limmat, der Stiftung Diakoniewerk Neumünster und ehemals auch den Städtischen Gesundheitsdiensten (bis 2013) angeboten.

Evivo basiert auf dem Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) und umfasst einen standardisierten sechswöchigen Kurs mit Begleitbuch (6,7). Der Kurs ist krankheitsübergreifend und teilnehmen können sowohl chronisch erkrankte Personen als auch deren Angehörige. Im Kurs wird zum einen grundlegendes Wissen vermittelt, bspw. zum Umgang mit Symptomen, gesunder Ernährung oder einfachen Entspannungstechniken und Bewegungsübungen vermittelt. Der Schwerpunkt liegt aber auf der Förderung von Kompetenzen der Kursteilnehmenden, v. a. sich erreichbare Ziele zu setzen, Handlungen zu planen, Entscheidungen zu treffen und Probleme zu lösen. Das Besondere an Evivo ist sein «peer»-Ansatz, also dass Personen die Kurse moderieren, die selbst mit chronischer Krankheit leben und von Careum speziell zu Kursleitungen ausgebildet wurden.

¹ Bei «Evivo» steht «E» für Empowerment und der Akzent liegt auf «ich lebe» («vivo») mit chronischer Krankheit, um Menschen zu bestärken und zu befähigen, mit ihrer Erkrankung oder Behinderung in ihrem Alltag besser zurechtzukommen. Ausführliche Informationen unter www.evivo.ch

Zahlreiche Studien unterstreichen, dass das Programm wirksam ist und sich positiv auf die Volksgesundheit auswirken kann, da es die Lebensqualität und das Wohlbefinden von Menschen mit chronischen Krankheiten und ihrer Angehörigen verbessern kann; ausserdem fördert es einen aktiven Umgang mit Krankheits Herausforderungen im Alltag und trägt zu einer effizienten Nutzung von Versorgungsleistungen bei (8,9). Deswegen konnte es sich bereits in einigen europäischen Ländern wie Grossbritannien oder Dänemark in der Regelversorgung etablieren.

In der deutschsprachigen Schweiz war der Stanford Ansatz noch nicht eingesetzt worden. Daher hat die Careum Stiftung das CDSMP als Kursprogramm Evivo adaptiert und gemeinsam mit den Zürcher Partnerorganisationen zugänglich gemacht. Ziel des 2012-2013 durchgeführten partizipativen Pionierprojekts war es,

- herauszufinden, ob Evivo als komplementäres Versorgungsangebot für die Zürcher Bevölkerung zweckmässig ist und auf Akzeptanz stösst
- es langfristig als krankheitsübergreifendes Selbstmanagementprogramm bei chronischer Krankheit in Zürich bzw. auch in die gesamte Schweizerische Gesundheitsversorgung eingebunden werden kann
- welchen Nutzen Teilnehmende aus dem Kursprogramm ziehen.

Vorgehensweise: Um Evivo im Raum Zürich umzusetzen, standen folgende Schritte und Aktivitäten im Mittelpunkt:

- **Systematische Anpassung des Kursprogramms – Entwicklung von Informationsmaterial der Zürcher Partnerorganisationen und Medienarbeit:** Careum hat das Programm 2010 vom Stanford Patient Education Research Center lizenziert und vier Personen aus Zürich wurden zu Trainerinnen ausgebildet. Danach wurden Kursmanuale und das Begleitbuch aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt und zusammen mit Patient/innen, Angehörigen und Fachleuten überarbeitet. Die Partnerorganisationen aus Zürich haben Informations- und Marketingmaterial (Flyer, Zeitungsinserate) entwickelt und eingesetzt, um auf Evivo aufmerksam zu machen und Teilnehmende für die Kurse zu gewinnen. Seit den ersten Kursen in Zürich stösst Evivo zudem in den Medien immer wieder auf positive Resonanz (10–12).
- **Vernetzung in Zürich:** Bei der Adaption des CDSMP wurden frühzeitig Organisationen aus Zürich und der Gesamtschweiz einbezogen, woraus ein Netzwerk von Partnern entstanden ist, die Evivo anbieten. Zu den Partnern der ersten Stunde gehörten die Spitex Zürich Limmat und die Städtischen Gesundheitsdienste Zürich, wo das Vorhaben mit dem Projekt „Leila – Leben mit Langzeiterkrankungen“ des Gesundheitsnetzes 2025 verknüpft war. Beide Organisationen haben sich finanziell am Netzwerk Evivo beteiligt,

Kursleitungen kompensiert und Kurse in Zürich angeboten. Nach Abschluss des Projekts Leila engagiert sich seit 2013 die Stiftung Diakoniewerk Neumünster, Evivo in Partnerschaft mit der Spitex Zürich Limmat mitzumsetzen. Auch andere Organisationen wie die Aids-Hilfe Schweiz und die Europäische Patientenakademie haben im Raum Zürich Kurse durchgeführt.

- **Umsetzung und Evaluation:** Im Sommer 2011 hat Careum erste Evivo Kursleitungen in einem viertägigen Training ausgebildet, das den Qualitätskriterien von Stanford folgt. So konnten in Zürich im Januar 2012 die ersten beiden deutschsprachigen Evivo Kurse von den Städtischen Gesundheitsdiensten und der Spitex Zürich Limmat realisiert werden. Die Kurse werden mehrheitlich per Tandem-Prinzip mit «peers» durchgeführt, d. h. Personen, die selbst von chronischer Krankheit betroffen sind, leiten zusammen mit Fachpersonen der Partnerorganisationen die Kurse. Sie sind entweder bei den Partnerorganisationen angestellt oder sind ehrenamtlich bzw. für eine Aufwandsentschädigung tätig. Durch das Engagement und die finanzielle Beteiligung der Partnerorganisationen sind die Kurse für die Kursteilnehmenden kostengünstig und werden niederschwellig angeboten. Aktuell wird nur ein Unkostenbeitrag für das Begleitbuch erhoben. Zwei Jahre lang sind die ersten Kurse in Zürich und in der Schweiz evaluiert worden. Zum einen hat das Institut für Gesundheitskommunikation der Universität Lugano die Kursteilnehmenden schriftlich zum Nutzen, zur Machbarkeit und zur Akzeptanz befragt (bei Kursbeginn/-abschluss sowie drei Monate nach Kursende). Des Weiteren hat Careum qualitative Fokusgruppen- und Einzelinterviews zu den Erfahrungen mit Evivo aus der Nutzerperspektive durchgeführt. Die Vorbereitung der Evaluation wurde von einer interprofessionellen Arbeitsgruppe begleitet.

Nutzen und Ergebnisse: In den letzten zwei Jahren haben die Partnerorganisationen im Raum Zürich insgesamt zehn Kurse mit 125 Teilnehmenden durchgeführt. Aktuell spricht das Angebot Personen mit unterschiedlichsten Erkrankungen an, darunter v. a. muskuloskelettale Krankheiten, Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen aber auch psychische Gesundheitsprobleme; die Kursteilnehmenden sind mehrheitlich Frauen (90%) mit einem Durchschnittsalter von 60 Jahren und etwa jede 10. Person ist eine Angehörige.²

Die Erfahrungen mit Evivo und die Evaluationsergebnisse zeigen, dass das Kursangebot, die Kursorganisation, die Kursleitung sowie das Begleitbuch von den Teilnehmenden sehr positiv bewertet werden. Sie finden die Teilnahme lohnenswert und ihre Erwartungen an den Kurs ha-

² Ergebnisse der Evaluation aller Evivo Kurse, die seit Anfang 2012 in der Schweiz und im deutschsprachigen Raum stattgefunden haben: insgesamt 35 Evivo Kurse mit 321 Teilnehmenden.

ben sich insgesamt erfüllt. Die Kursinhalte werden als alltagsrelevant sowie vertrauenswürdig angesehen. Die Evaluationsbefunde von Evivo legen nahe, dass das Programm einen positiven Beitrag zur Lebensqualität und zum Wohlbefinden der Teilnehmenden hat – der konkrete Wirksamkeitsnachweis soll per kontrollierter Studie noch erbracht werden. In der vorliegenden Untersuchung berichten die Teilnehmenden beispielsweise von gesünderer Ernährung, bewussterem Medikamentenmanagement und verbesserter Arzt-Patienten-Kommunikation. Besonders schätzen Kursteilnehmende den Erfahrungsaustausch in der Gruppe und dass sie durch «peers» zu Verhaltensänderungen motiviert werden. Das Programm konnte mit ähnlich positiven Resultaten auch sozioökonomisch benachteiligten Menschen mit Migrationshintergrund zugänglich gemacht werden.

Was sagen Zürcher Kursteilnehmende über Evivo? Hier einige Stimmen aus Fokusgruppen und Einzelinterviews:

- *«Ich bin vom Typ her vielleicht eher passiv, aber da gibt es Sachen, die man machen kann und es macht einen dann irgendwie handlungsfähiger. Und man hat auch im Kopf gemerkt, dass es wirksam sein kann, dass man selber wirksam sein kann. Also man ist so vorausschauend und handlungsfähig, bewegt sich.»*
- *«Ich kann jetzt besser mit meinem Zustand umgehen. Ja, mit der Krankheit und mit dem Alltag, auch im Sinn von ‚ich nerve mich irgendwie nicht mehr so schnell‘. Die Wechselwirkungen, die eben Krankheit mit sich bringt, das ist mir gar nicht bewusst gewesen. Ich habe immer das Gefühl ‚gopf du darfst einfach nicht so viel wütend sein!‘ Und dort hat es geheissen ‚nein, ihr dürft wütend sein‘. Da ist mir gleich ein Stein vom Herzen gefallen und ich habe mir gesagt, eben, ‚das gehört halt alles dazu, das hat alles Wechselwirkungen, man muss einfach schauen, dass es einfach nicht nur noch dort bleibt‘.»*
- *«Also, ja man merkt ‚Jesses, die hat ja auch so etwas!‘ oder sogar die Kursleiterinnen, das beeindruckte mich auch sehr. Weil sie konnten davon auch profitieren und uns das weitergeben, sie hatten das Verständnis. Das hat mir sehr geholfen.»*

Die Partnerorganisationen aus Zürich beschreiben die Rekrutierung von Kursteilnehmenden derzeit noch als aufwändig und herausfordernd, was sich u.a. bei einem wachsenden Bekanntheitsgrad des Programms ändern kann. Hilfreich kann hier das Netzwerk der Evivo Partner sein, das 2012 initiiert wurde und bis Sommer 2014 in einen Verein überführt wird. Neben führenden Schweizer Krankenversicherungen engagieren sich im Netzwerk aktuell Leistungserbringer aus dem stationären sowie ambulanten Setting, um Evivo in verschiedenen Regionen der Schweiz anzubieten.

Schlussfolgerung und Ausblick: Die ersten Erfahrungen und Evaluationsbefunde legen nahe, dass mit Evivo in Zürich ein lebensweltlich angepasstes Kursprogramm zur Verfügung steht, das einen positiven Beitrag leistet, die Lebensqualität, das Wohlbefinden und den Umgang mit chronischer Krankheit in der Bevölkerung zu verbessern. Evivo trägt zur Koproduktion von Gesundheit und Patientenzentrierung im Gesundheitswesen bei und fördert die Gesundheitskompetenz bei chronischer Krankheit, da es sowohl auf Wissensvermittlung als auch Motivation und Kompetenztraining setzt. Bei einer breiten Umsetzung hat das Programm das Potenzial, bestehende Zürcher Versorgungsangebote bei chronischer Krankheit sinnvoll zu ergänzen und unterstützt Patient/innen und Angehörige, selbstbestimmt und proaktiv Verantwortung für ihr eigenes Gesundheitsmanagement zu übernehmen. Es hilft ihnen, mit Fachpersonen aktiv, informiert und kompetent auf Augenhöhe zusammenzuarbeiten. Sie können durch Evivo unterstützt werden, aktiv ihre Gesundheit aufrechtzuerhalten und zu verbessern. Ausserdem werden sie motiviert, sich an versorgungs- sowie therapiebezogenen Entscheidungsprozessen zu beteiligen und Versorgungsangebote effizienter in Anspruch zu nehmen. Gegenwärtig wird – ebenfalls mit Einbezug der Partnerorganisationen – an der Zukunftsfähigkeit und Konsolidierung von Evivo gearbeitet. Die Careum Stiftung wird sich weiterhin für Evivo und ein selbstbestimmtes Leben mit chronischer Krankheit einsetzen und die Zürcher Partnerorganisationen haben bereits signalisiert, Kurse auch in Zukunft anbieten zu wollen.

Literatur

1. Sturny I, Camenzind P. Erwachsene Personen mit Erkrankungen - Erfahrungen im Schweizer Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. Auswertung des International Health Policy Survey 2011 des Commonwealth Fund im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Neuchâtel; 2011.
2. OECD/WHO. OECD Reviews of Health Systems: Switzerland 2011. OECD Publishing; 2011.
3. Haslbeck J. Selbstmanagementförderung. Empowerment zu gesundheitsbewusstem Leben mit chronischer Krankheit am Beispiel von Evivo. Care Manag. 2012;5(1):23–6.
4. WHO. Health literacy. The solid facts. Kopenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2013.
5. De Silva D. Evidence: Helping people help themselves. A review of the evidence considering whether it is worthwhile to support self-management. The Health Foundation, editor. London: The Health Foundation; 2011.
6. Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown Jr. BW, Bandura A, et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. Med Care. 2001;39(11):1217–23.
7. Lorig KR, Holman H, Sobel DS, Laurent D, Gonzales VM, Minor M. Gesund und aktiv mit chronischer Krankheit leben. Zürich: Careum Verlag; 2013.
8. Brady TJ, Murphy L, O'Colmain BJ, Beauchesne D, Daniels B, Greenberg M, et al. A meta-analysis of health status, health behaviors, and healthcare utilization outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program. Prev Chronic Dis. 2013/01/19 ed. 2013;10:120112.
9. Expert Patients Programme. Self care reduces costs and improves health – the evidence. London: EPP CIC; 2010.

10. Van de Weetering S. Wege aus dem Schmerzloch finden. Schauplatz Spitex. 2013;(3):31.
11. Anderegg S. Trotz Krankheit aktiv und zuversichtlich bleiben. Tagesanzeiger. Zürich; 2012 Feb 6;
12. Ellner S. Patienten in der Rolle der Experten. Neue Zürcher Zeitung. Zürich; 2012 Mar 23;19.

Projektwettbewerb 2014: Anmeldeformular

Projektname: Hometreatment für Kinder und Jugendliche mit einer Essstörung		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Zürich, Kanton Zürich	
Kontaktperson:	Dr. med. Dagmar Pauli Christiane Schräer, lic. phil.	Funktion: Chefärztin, Stv. Ärztliche Direktorin Projektleiterin, Psychologin
Telefonnummer:	043 499 26 26	Email: christiane.schraer@kjpdzh.ch
Adresse:	Neumünsterallee 3, 8032 Zürich	
Organisation 2		
Kontaktperson:	Gert Nijland	Funktion: Geschäftsführer
Telefonnummer:	076 424 11 33	Email: gertnijland@bluewin.ch
Adresse:	Leebere 17, 8460 Marthalen	
Organisation 3		
Kontaktperson:	Renate Caluori	Funktion: Stationsleitung Tagesklinik
Telefonnummer:	043 499 27 77	Email: renete.caluori@kjpdzh.ch
Adresse:	Neumünsterallee 3, 8032 Zürich	
Weitere Beteiligte:		
Fallführende PsychologInnen und OberärztInnen aller KJPD Regionalstellen Kanton Zürich Niedergelassene Kinder- und JugendpsychiaterInnen und -psychotherapeutInnen, KinderärztInnen, Schul- ärztInnen, HausärztInnen sowie Kinderspital Zürich, Triemlispital, Kantonsspital Winterthur		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
Projektstart Patientinnen-Aufnahme seit 13. Januar 2014		
Projektziele		
1. Vermeidung einer Hospitalisation 2. Vermeidung eines Rückfalls/Verschlechterung nach Hospitalisation 3. Vermeidung von Stagnation in der ambulanten Therapie		
Projektbeschreibung		
Kinder und Jugendliche mit einer Essstörung und deren Familien erhalten eine zeitlich befristete Unterstützung durch eine erfahrene Psychiatrie-Pflegefachperson, angestellt in den Tageskliniken des KJPD Zürich oder selbständig tätig bei der Organisation Knowledge & Nursing. Das Hometreatment findet ergänzend zu einer Einzel- und Familientherapie bei einer PsychologIn oder PsychiaterIn in einer der ambulanten Stellen des KJPD Kanton Zürich statt. Erfahrene Pflegefachpersonen besuchen die Jugendliche und ihre Familie während 1-10 Wochen 1-3 Mal pro Woche für jeweils 1-2 Std. zuhause oder unterwegs (Mittagessen) und unterstützen sie und ihre Eltern entsprechend der individuellen Problematik. Die Fallverantwortung liegt bei den Fallführenden und OberärztInnen. Das Hometreatment besteht aus 2 Phasen, den diagnostischen und den behandlungsorientierten Familienbesuchen. Während der diagnostischen Familienbesuche werden u.a. anhand von essstörungsspezifischen Beobachtungsprotokollen Informationen über die Symptomatik erfasst, die zur Unterstützung des therapeutischen Prozesses dienen. Während der behandlungsorientierten Familienbesuche wird der PatientIn und deren Eltern konkrete Unterstützung angeboten wie zum Beispiel Begleitung bei den Mahlzeiten zuhause oder auswärts, inkl. Ess-Vor- und Nachbesprechung, Eltern-Coaching, Einkaufen.		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Bewertungskriterien der Jury berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2014		
Einsenden an sekretariat@gn2025.ch (PDF / Word-Datei)		



Projektbeschreibung für Projektwettbewerb Gesundheitsnetz 2025

Hometreatment für Kinder und Jugendliche mit Essstörungen (D. Pauli, C. Schräer, N. Hilti)

1. Einleitung

In unserer Klinik wurde ein neues interdisziplinäres ambulantes Behandlungsprogramm für Kinder und Jugendliche mit Essstörungen entwickelt mit dem Ziel, die ambulante Behandlung je nach Schweregrad der Erkrankung, Verlauf und Motivationslage schrittweise durch aufsuchende Arbeit zu intensivieren. Die Betroffenen können so in der häuslichen und schulischen Umgebung verbleiben und es werden Chronifizierungen und langfristige Hospitalisationen vermieden. Bereits hospitalisierte Patienten können durch intensive poststationäre Begleitung zu Hause unterstützt werden (Rückfallprophylaxe).

In der aufsuchenden Arbeit kann mehrmals pro Woche in der Alltagsumgebung mit den Betroffenen direkt an der Schlüsselsymptomatik gearbeitet werden. Durch Einbezug der Familie in die Arbeit können die Eltern als wichtige Bezugspersonen unterstützend im Gesundungsprozess mitwirken. Der Motivationsarbeit kommt in unserem Programm eine entscheidende Bedeutung zu. Durch die intensivierete Arbeit vor Ort können Ängste und die Ambivalenz, die einer Motivierung zur Gesundung entgegenstehen, direkt in der Situation angegangen werden. Das hier vorgestellte Therapieprogramm wird hinsichtlich seiner Wirksamkeit evaluiert.

Das Projekt basiert auf folgenden Grundlagen:

- Dem Einbezug der Eltern auf der Basis der familienbasierten Therapie nach Maudsley (FBT) insbesondere beim Nahrungsaufbau, wird wesentliche Bedeutung beigemessen.
- Die aufsuchende Arbeit soll die Ressourcen der Familie nutzen sowie die Behandlungsmotivation fördern und dient dazu, kognitiv-verhaltenstherapeutische Methoden z.B. nach CBT-E im Alltag individuell begleiten und umsetzen zu können.
- Kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken für Kinder und Jugendliche werden eingesetzt.
- Eine variable Intensität der angewendeten Methoden trägt der grossen Variabilität der Krankheitsverläufe Rechnung.
- Die Behandlung zielt transdiagnostisch auf das gesamte Spektrum der Essstörungen.

2. Wissenschaftliche Grundlagen

30 % der jugendlichen Betroffenen weisen nach 10 Jahren noch Zeichen einer Essstörung auf und ca. die Hälfte davon zeigen das Vollbild einer Anorexie oder Bulimie (Herpertz-Dahlmann et al., 2001).

Ein erheblicher Anteil der jungen Patientinnen mit Anorexie erfüllt später die diagnostischen Kriterien für eine bulimische oder atypische Essstörung. Dementsprechend zielen neuere Weitentwicklungen der Behandlungsprogramme transdiagnostisch auf das gesamte Spektrum der Essstörungen (anorektisch restriktiv und purgativ, bulimisch oder atypisch) ab,



um nicht nur die aktuelle Symptomatik zu behandeln, sondern auch die Migration in andere Essstörungsdiagnosen zu verhindern (z.B. Fairburn et al., 2009).

Frühe und wirksame Behandlungsmethoden können die Prognose der Anorexia nervosa entscheidend verbessern (Steinhausen, 2007). Schon lange ist bekannt, dass sich der Einbezug der Familie gemäss wissenschaftlichen Untersuchungen bei jüngeren Patientinnen mit Anorexia nervosa bewährt hat (Eisler et al., 1997; Le Grange, Lock & Dymek, 2003; Lock & Le Grange, 2005; Lock, 2002; Robin et al., 1999; Russel, Szmukler, Dare & Eisler, 1987). Erfolgreiche Ansätze beruhen darauf, dass die Eltern nicht als verantwortlich für die Entstehung der Essstörung gesehen werden, sondern als wertvolle Unterstützung für die Jugendlichen auf dem Weg der Gesundung. In vielen Fällen genügt aber die alleinige familientherapeutische Arbeit nicht, um die individuellen aufrechterhaltenden Faktoren der Essstörung anzugehen. Die Eltern benötigen intensivere Unterstützung in der Umsetzung der besprochenen Massnahmen.

Eine 2014 veröffentlichte Studie konnte zeigen, dass poststationäre Hometreatmentangebote in der Kinder- und Jugendpsychiatrie den stationären Aufenthalt bei gleichem Behandlungserfolg tatsächlich verkürzen können (Boege et a., 2014)

3. Behandlungskonzept

3.1 Abgestufter Behandlungsplan

Die zu untersuchende Behandlungsmethode besteht aus einer abgestuften und individuell je nach Störungsgrad und Motivation zusammengesetzten Behandlungskette. Die Behandlungsbausteine setzen sich aus Methoden der familienbasierten und der kognitiven Verhaltenstherapie zusammen. Neu werden die Elemente auch in der aufsuchenden Arbeit angewendet.

Ergänzend zur Einzel- und Familientherapie werden als Adjuvans initial bei jeder neu angemeldeten PatientIn mit Essstörungen 1-2 diagnostische Familienbesuche integriert. Im weiteren Verlauf werden fakultativ je nach Störungsgrad, Verlauf und Motivation zusätzlich zur Einzel- und Familientherapie behandlungsorientierte Familienbesuche implementiert. Die Dauer des Hometreatment variiert zwischen 1-10 Wochen.

3.2 Behandlungsbausteine

3.2.1 Einzeltherapie

Als Grundlage dienen Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie, u.a. der CBT-E nach C.F. Fairburn: Individuelles Störungsbild, 4-Felder Vor- und Nachteile, Briefe an die Freundin/Feindin, Tortendiagramm etc.

3.2.2 Familienbasierte Therapie nach Maudsley (Modell Dare and Eisler, 1997)

In der Familienbasierten Therapie (FBT) erfahren die Eltern Psychoedukation über die Essstörung. Die Familie wird explizit nicht als verantwortlich für die Entstehung der Störung gesehen. Somit ist sie nicht Teil des Problems, sondern vielmehr Teil der Lösung. Die Eltern werden von den Behandlern instruiert, welche Verhaltensweisen zur positiven Beeinflussung



des Krankheitsverlaufes dienen können. Die elterliche Verantwortung für die minderjährigen PatientInnen wird konstruktiv zur Erarbeitung von Therapievereinbarungen genutzt. In der 1. Phase werden Eltern unterstützt, regelmässige Mahlzeiten zu etablieren und zu kontrollieren sowie purgative Verhaltensweisen zu verhindern. Bei Bedarf kann ein Verhaltensvertrag vereinbart werden. Wesentlich ist ein ressourcenorientiertes Vorgehen. In der 2. Phase wird die Verantwortung für die Mahlzeiten an die Jugendliche zurückgegeben. Von Beginn an wird parallel zum Essensmanagement an Themen der Adoleszenz gearbeitet (z.B. Autonomieentwicklung).

Den Eltern wird die Teilnahme an den 2x jährlich stattfindenden Elternabenden (Zyklus von 5 Abenden, Leitung Dr. med. D. Simon, Dr. phil. N. Hilti) für Angehörige von Jugendlichen mit einer Essstörung im KJPD empfohlen.

3.2.3 Aufsuchende Arbeit

Die aufsuchende Arbeit beinhaltet eine diagnostische und eine behandlungsorientierte Hometreatment-Phase. Während der diagnostischen Familienbesuche werden das aufrechterhaltende Verhalten und die Symptome der Essstörung im Alltag beobachtet. Inhalte der behandlungsorientierten Familienbesuche können z.B. sein: Essbegleitung inkl. Vor-/Nachbesprechung bei den Mahlzeiten in oder ausserhalb der Familie oder das Angehen aufrechterhaltender Faktoren wie Body-Checking, Wiegen etc.. Hierzu dienen unter anderem Techniken aus der kognitiven Verhaltenstherapie bei Essstörungen, der CBT-E.

Die Grundhaltung des Hometreatment basiert auf 5 Säulen:

1. Beobachten: Diagnostik betr. Patientin, Symptome, aufrechterhaltende Faktoren, Umgebung, innerfamiliäre Interaktionen, peer-group etc.
2. Unterstützen: Emotionale Unterstützung der Patientin in angstbesetzten Situationen, z.B. Essbegleitung inkl. Vor- und Nachbesprechung
3. Entlasten: Coaching der Eltern (z.B. Spiegeln, ‚Aussteigen‘ aus Diskussionen ums Essen, alternative Themen, von der Argumentations- zur Gefühlsebene)
4. Motivieren: persönliche, möglichst intrinsische Ziele finden, von kleinen zu grossen Zielen. Hometreatment als Alternative zur stationären Therapie vergegenwärtigen.
5. Konfrontieren: Die Jugendliche mit der Realität (Feedback und Psychoedukation bzgl. Figur, Gewichtszunahme, Essensmenge etc.) sowie mit dysfunktionalen aufrechterhaltenden Gewohnheiten konfrontieren (Kalorien zählen, Speisen vermeiden, Wiegen, Body-Checking etc.)

Die aufsuchende Familienarbeit findet je nach Störungsgrad, Verlauf, Motivation und Behandlungszielen während 1-10 Wochen von 1-3 mal pro Woche während jeweils 1-2 Std. statt. Die Frequenz und Dauer der Familienbesuche wird in Absprache mit der Familie und der fallführenden PsychotherapeutIn vereinbart.

4. Vernetzung/Bekanntmachung

Um das Projekt möglichst allen Kindern und Jugendlichen mit einer Essstörung zugänglich zu machen, wurde es nebst den ambulanten Stellen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes im Kanton Zürich auch allen niedergelassenen HausärztInnen, KinderärztInnen, SchulärztInnen, Kinder- und JugendpsychiaterInnen im Kanton Zürich bekannt gemacht sowie den jeweils Leitenden ÄrztInnen des Kinderspitals und Triemlispitals Zürich und des Kantonsspitals Winterthurs. Im Kanton Zürich gibt es immer wieder Engpässe für die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer Essstörung. Durch die



Möglichkeit des Hometreatments als Intensivierung der ambulanten Nachbehandlung können frühere Austritte aus stationären Einrichtungen ermöglicht und Rückfälle vermieden werden. Durch die Vermeidung von Einweisungen und eine Verkürzung der Aufenthalte ergibt sich eine Entlastung der stationären Angebote.

5. Involvierte Fachstellen

5.1 PsychologInnen und PsychiaterInnen

Die fallführenden PsychologInnen und PsychiaterInnen der verschiedenen ambulanten Stellen des KJPD Zürich führen bei jeder PatientIn die Einzel- und Familientherapie durch. Es handelt sich hier um bereits erfahrene TherapeutInnen auf dem Gebiet.

5.2 Psychiatrische Pflegefachpersonen

Durchführende des Hometreatments sind erfahrene Mitarbeitende aus der KJPD-Tagesklinik Zürich und Winterthur sowie einer ambulanten privaten Organisation für psychiatrische Spitex Knowledge & Nursing (K&N) im Kanton Zürich. Das Team von K & N ist ein in der Begleitung von Jugendlichen mit psychischen Beeinträchtigungen erfahrenes Team. Das in Bezug auf Essstörungen spezifische Know-How wurde ihnen im Rahmen einer Schulung im KJPD durch Dr. med. Dagmar Pauli und Dr. phil. Nadine Hilti vermittelt.

5.3 Projektleitung/Koordination

Die Projektleitung wird durch Frau Christiane Schrärer im Rahmen einer 50% Stelle gewährleistet, die im Nov. 2013 für das Hometreatment-Projekt geschaffen werden konnte. Die Projektleitung erstellte die Feinstruktur des Hometreatments bezüglich Ablauf und Zusammenarbeit der involvierten Fachstellen und ist für die Bekanntmachung des Angebotes bei entsprechenden Innen- und Aussenstellen verantwortlich (siehe Abschnitt 4) Sie vermittelt die internen und externen Pflegefachpersonen und organisiert die Vernetzung mit den fallführenden TherapeutInnen sowie die Zusammenarbeit mit externen involvierten Fachpersonen. Ausserdem ist sie zuständig für die wissenschaftliche Evaluation des Projekts.

5.4 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit zwischen dem KJPD Zürich und einem ambulanten psychiatrischen Spitex wie Knowledge & Nursing nach einem interdisziplinär ausgerichteten, störungsspezifischen Konzept ist bisher einmalig. Schlanke, verbindliche sowie zeitlich befristete Strukturen und die interdisziplinäre Nutzung der hohen fachlichen Kompetenz beider Institutionen ermöglichen einen sehr guten Therapieerfolg bei vergleichsweise geringem Kostenaufwand. Langwierige kostenaufwändige stationäre Therapien können vermieden werden.

Eine enge Zusammenarbeit und Absprache zwischen der jeweils fallführende TherapeutIn und der aufsuchenden FamilienbegleiterIn ist zentral. Sie tauschen regelmässig aktuelle Informationen aus, besprechen sich betreffend Dauer, Intensität und inhaltlicher Schwerpunkte der aufsuchenden Arbeit und werten den Erfolg ihrer Arbeit an gemeinsamen Standortgesprächen mit Patientin und Eltern aus. Zur Optimierung der interdisziplinären



Arbeit betreffend Strukturierung und Transparenz stehen eigens für das Projekt entwickelte Beobachtungsprotokolle zur Verfügung. Diese Protokolle ermöglichen eine strukturierte Erfassung Essstörungen spezifischer Parameter, die sowohl der Therapeutin als auch den aufsuchenden Familienbegleiterinnen bei der Behandlung nützlich sind.

5.5 Supervision

Die aufsuchenden FamilienbegleiterInnen werden fachlich durch regelmässige fallbezogene Supervisionen von erfahrenen PsychotherapeutInnen im Bereich Essstörungen unterstützt. Durch die Gruppensupervision wird sowohl eine einheitliche Haltung und Arbeitsweise, als auch gegenseitiges Lernen aus den verschiedenen Fällen ermöglicht. Die Supervision der TherapeutInnen wird durch die OberärztInnen des KJPD sowie Dr. med. Dagmar Pauli abgedeckt.

6. Evaluation

In der Pilotstudie werden zunächst 30 PatientInnen mit Essstörungen gemäss der vorgelegten Behandlungsmethodik behandelt und nachuntersucht. Ziel der Pilotstudie ist die Durchführung, Dokumentation und Überprüfung der Wirksamkeit des neuen Behandlungsprogramms durch prä- und post-Messung bei Behandlungsbeginn und nach sechs Monaten mittels diverser essstörungsspezifischer und –unspezifischer Instrumente. Die Betroffenen und Angehörigen sind in die Evaluation eingebunden.

7. Stand des Projektes und Ausblick

Eine Psychologin wurde zu 50 % befristet für ein Jahr für die Projektleitung mittels Fremdfinanzierung angestellt. Zudem wurden bislang 3 Pflegefachpersonen zu je 25 % für das Hometreatment angestellt, vorläufig befristet für die Dauer des Pilotprojektes. Weitere 3 Pflegefachpersonen sollen im Juni 2014 zu je 25% ebenfalls befristet für 1 Jahr angestellt werden. Das Projekt wird von der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich unterstützt.

Das im Herbst 2013 konzeptualisierte Projekt hat Mitte Januar 2014 mit der Patientenaufnahme gestartet. Bis Mitte März wurden bereits 11 PatientInnen in das Programm aufgenommen. Es gibt erste Hinweise auf eine Wirksamkeit der Interventionen. Die Akzeptanz des neuen Angebotes ist sehr hoch. Insbesondere die Eltern der Betroffenen betonen den unterstützenden Effekt.

Eine differenzierte Kostenanalyse soll die Kosten der Standardbehandlung (inklusive stationärer Behandlung) mit den Kosten des neuen Behandlungsprogramms vergleichen.

Es wird angestrebt, die neuen Behandlungsmöglichkeiten in das Grundversorgungsangebot des KJPD aufzunehmen, um diese Therapien allen zukünftigen PatientInnen mit Essstörungen und längerfristig auch mit anderen Störungsbildern (Zwangserkrankungen, Psychotischen Störungen etc.) anbieten zu können. So können sowohl persönliche und familiäre Ressourcen als auch Ressourcen im weiteren sozialen Umfeld der Betroffenen besser ausgeschöpft werden. Dadurch werden tragfähige Beziehungen im persönlichen Umfeld der Betroffenen gefördert, die ihrerseits eine gesunde Entwicklung der Kinder und Jugendlichen unterstützen.



8. Literatur

Boege, I. Copus, N, Schepker, R. (2014). Behandelt zu Hause Gesund werden. Hometreatment in Verzahnung mit Klinikelementen, Chancen und Herausforderungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42(1), 27-37.

Eisler, I., Dare, C., Russell, G.F.M., Szukler, G.I., Le Grange, D. & Dodge, E. (1997). Family and individual therapy in anorexia nervosa: A five-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 54 (11), 1025-30.

Fairburn, Ch.G, Cooper, Z. Doll H.A., O'Connor M.E., Bohn K., Hawker D.M., Wales J.A. & Palmer R.L. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166 (3), 311-19.

Herpertz-Dahlmann, B., Hebebrand, J., Müller, B., Herpertz S., Heussen, N. & Remschmidt, H. (2001). Prospektive 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa – course, outcome, psychiatric comorbidity and psychosocial adaptation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (5), 603-12.

Le Grange D., Lock J. & Dymek M. (2003). Family based therapy for adolescents with bulimia nervosa. *American Journal of Psychotherapy*, 57, (2), 237-51)

Lock J. (2002). Treating adolescents with eating disorders in the family context. Empirical and theoretical considerations. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 11, 331-42.

Lock J. & Le Grange D. (2005). *Help your teenager beat an eating disorder*. New York: Guilford Press.

Russell G.F., Szukler G.I., Dare C. & Eisler I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-56.

Robin A.L., Siegel P.T., Moye A.W., Gilroy, M., Baker Dennis, A. & Sikand, A. (1999). A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (12), 1482-89.

Steinhausen, H.Ch. (2007). Longitudinal perspectives, outcome and prognosis. In T. Jaffa & B. McDermott (Eds.), *Eating disorders in children and adolescents* (pp.279-292). Cambridge: University Press.

Projektwettbewerb 2014: Anmeldeformular

Projektname: Implementierung einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung von Brandverletzten am UniversitätsSpital Zürich - ein berufsübergreifendes Projekt		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1		
Kontaktperson:	Barbara Bichsel-von Arb, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, USZ	Funktion: Prozessverantwortliche
Telefonnummer:	Tel: +41 44 255 26 83 Fax: +41 44 255 89 48	Email: barbara.bichsel-vonarb@usz.ch>
Adresse:	Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, UniversitätsSpital Zürich, Rämistrasse 100 , AUFN D 307 , 8091 Zürich	
Organisation 2		
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		Email:
Adresse:		
Organisation 3		
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		Email:
Adresse:		
Weitere Beteiligte: Elisabeth Handel, Evaluationsverantwortliche, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, USZ, Prof. Dr. med. P. Giovanoli, Klinikdirektor der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, USZ PD Dr. med. M. Guggenheim, Leitender Arzt der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, USZ		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>Das Projekt „Behandlungspfad Brandverletzte“ ermöglicht Brandverletzten eine bedürfnisorientierte Gesundheitsversorgung. Die Behandlungs- und Betreuungsprozesse wurden optimiert sowie das Selbstmanagement der Patienten und Angehörigen gefördert.</p> <p>Das interprofessionelle Projektteam hat interne als auch externe Netzwerke etabliert. Richtlinien und Fortbildungen für interne und externe Fachpersonen wurden erarbeitet. Für die Patienten- und Angehörigeninformation wurde eine Informationsmappe entwickelt.</p> <p>Die Evaluation umfasst die Erhebung der Versorgungsstrukturen und -prozesse von Brandverletzten, die Zufriedenheit der Patienten mit der Betreuung sowie die Einschätzung der Berufsgruppen in der Umsetzung des Behandlungspfades im klinischen Alltag.</p> <p>Aufgrund der Einführung des Behandlungspfades sind eindeutig Fortschritte erkennbar. Dies in der Gestaltung der Versorgungsstrukturen und -prozesse, insbesondere in der interprofessionellen Zusammenarbeit intern und extern sowie in der Patienten- und Angehörigeninformation und Schulung. 3/4 der befragten Patienten sind mit der Behandlung und Betreuung durch das Behandlungsteam während des Spitalaufenthaltes sehr bis voll zufrieden.</p>		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Bewertungskriterien der Jury berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2014		
Einsenden an sekretariat@gn2025.ch (PDF / Word-Datei)		



Implementierung einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung von Brandverletzten am UniversitätsSpital Zürich

Ein berufsübergreifendes Projekt

Barbara Bichsel-von Arb, Projektleiterin Behandlungspfad / Prozessverantwortliche
Elisabeth Handel, Leitung Evaluation
Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie
UniversitätsSpital Zürich
Rämistrasse 100
AUFN D 307
8091 Zürich
Tel: +41 44 255 26 83
Fax: +41 44 255 89 48

barbara.bichsel-vonarb@usz.ch
elisabeth.handel@usz.ch / elisabeth.handel@bluewin.ch

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergrund und Ausgangslage.....	3
2	Projektverlauf	3
3	Evaluation	4
3.1	Relevanz der Evaluationsstudie.....	4
3.2	Methodisches Vorgehen	5
3.3	Datenerhebung und -auswertung	5
3.4	Ergebnisse.....	5
3.4.1	Allgemeine Beurteilung.....	5
3.4.2	Zusammenfassende Resultate der einzelnen Erhebungsschwerpunkte	5
3.4.3	Umsetzung Behandlungspfad im Praxisalltag (Interviews mit Berufsgruppen)	8
4	Schlussfolgerungen und Ausblick	9
4.1	Nachhaltigkeit	9
5	Literatur	10

1 Hintergrund und Ausgangslage

Die Betreuung chronisch kranker Menschen stellt eine der dringlichsten Herausforderungen der Medizin des 21. Jahrhunderts dar. Auch in Schweizer Akutspitäler werden immer mehr chronisch kranke Patienten behandelt (Vinzenzi & Spirig, 2006). Eine Brandverletzung ist keine chronische Erkrankung, sondern die Folge eines Unfalls, also eines akuten Ereignisses. Dennoch sind Brandverletzte mit chronischen Folgen dieses akuten Ereignisses konfrontiert. So kann es beispielsweise zu Narbenkontrakturen, eingeschränkten Hautfunktionen oder sogar Amputationen kommen. Auch die Posttraumatische Belastungsstörung oder Depressionen können als chronische Faktoren vorhanden sein.

Wie Steurer-Stey und Rosemann beschreiben (Steurer-Stey & Rosemann, 2009), identifiziert das Chronic Care Model (CCM) folgende Elemente für eine effiziente, hochwertige Versorgung chronisch Kranker, die im Projekt „Behandlungspfad Brandverletzte“ direkt adressiert wurden:

- Das Selbstmanagement der Patienten
- Evidenzbasierte Leitlinien / Informationen zur Unterstützung klinischer Entscheidungen
- strukturierte Arbeitsabläufe, welche die tägliche Patientenversorgung erleichtern
- klinische Informationssysteme
- das Gemeinwesen

Klinische Behandlungspfade gehören zu den modernen Managementinstrumenten im Spital. Von ihnen ist eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung zu erwarten. Sie bieten elementare Bausteine zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit bei gleichzeitiger Beachtung eines gesundheitsökonomischen Prozessmanagements (Thiel, Einsenblätter, Kurzidem, Hutmacher, Herde & Müller, 2006).

Für Vanhaecht, de Witte & Sermeus (2007) ist die Teamperspektive, insbesondere die multiprofessionelle Zusammenarbeit unentbehrlich. Klinische Behandlungspfade stellen eine Basis für den Aufbau einer verantwortungsvollen Autonomie dar, welche ein elementares Organisationsprinzip in der klinischen Arbeit ist.

In der Schweiz sind jährlich 70'000 Personen von Brandverletzungen betroffen. Rund 1000 Personen müssen deswegen hospitalisiert werden, 180 davon in spezialisierten Zentren (Raffoul & Berger, 2006). Im Rahmen der hochspezialisierten Medizin (IVHSM) ist das Zentrum für Schwerbrandverletzte am UniversitätsSpital Zürich (USZ) für Erwachsene schweizweit das grösste seiner Art und zusammen mit dem Brandverletzententrum in Lausanne für die ganze Schweiz zuständig.

Um Patienten mit Brandverletzungen eine optimale bedürfnisorientierte Gesundheitsversorgung anbieten zu können, wurde am UniversitätsSpital Zürich (USZ) das Projekt „Behandlungspfad Brandverletzte“ lanciert. Das Ziel bestand darin, die Behandlungs- und Betreuungsprozesse dieser Patientengruppe zu optimieren sowie das Selbstmanagement und die Selbstwirksamkeit der Patientinnen und Angehörigen zu fördern (Giovanoli, Bichsel-von Arb, Steiner, Spirig, 2010).

2 Projektverlauf

Der Behandlungspfad startete im Dezember 2011 auf der Intensivstation für Brandverletzte und der Bettenabteilungen für Plastische Chirurgie und Handchirurgie am USZ als Pilotprojekt. Das interdisziplinär und interprofessionell zusammengesetzte Projektteam hat dazu Plattformen und Netzwerke etabliert, die auch externe Institutionen einschliessen. Richtlinien und Fortbildungen für interne, aber auch externe Fachpersonen werden ebenfalls angeboten. Für eine kompetente und umfassende Patienten- und Angehörigen Information wurde eine Patienteninformationsmappe entwickelt.

Folgend eine Übersicht der Projektergebnisse:

Titel	Beschreibung
Behandlungspfad Brandverletzte	Visualisierte Prozesse zeigen den Ablauf der Behandlung und Betreuung von Brandverletzten während des Spitalaufenthaltes im USZ. Ausserdem werden Verantwortlichkeiten und Abhängigkeiten aufgezeigt. Die Dokumentation ist im Intranet abrufbar.
Psychologin für Brandverletzte	Schaffung einer Psychologenstelle (20%) für Brandverletzte. Zuständig bei Brandverletzten und Ihren Angehörigen während IPS- und Bettenabteilungsaufenthalt und in der ambulanten Betreuung. Ein gemeinsames Betreuungskonzept mit der nachbetreuenden Rehaklinik Bellikon ist in Bearbeitung.
Patienteninformationen	Überarbeitung und Ergänzung der Patienten- und Angehörigeninformationen und Fertigstellung einer personalisierten Patientenmappe.
Interdisziplinärer/ und – professioneller Rapport	Etablierung eines regelmässigen, strukturierten interdisziplinären und interprofessionellen Rapportes auf der Intensivstation für Brandverletzte mit Dokumentation im KISIM.
Interdisziplinäre Fortbildung	2x jährlich Fortbildung für das gesamte Behandlungsteam von Brandverletzten.
Regelmässiger Austausch mit der Rehaklinik Bellikon	2x jährlicher Austausch und Massnahmenplanung zwischen Fachpersonen aus der Rehaklinik Bellikon und dem Behandlungsteam USZ mit Protokoll.
Verlegungsrichtlinien	Richtlinien und Checklisten zu Verlegungen von Brandverletzten von der Intensivstation auf die Bettenabteilung (regulär und spontan) und in externe Institutionen.
Patientenedukationskonzept Narbenmanagement (noch in Arbeit)	6 Mikroschulungen für Brandverletzte und Ihre Angehörigen, die aufeinander abgestimmt sind und zum geeigneten Zeitpunkt im Pfad durch Pflegende und Physiotherapeuten eingesetzt werden. Verbesserungen in der Kompressionstherapie. Schulungskonzept für Fachpersonen. Abgabe von Hautmodellen. Aktionsplan zum Umgang mit und zur Einschätzung der Narben. Gemeinsame Weiterentwicklung mit der nachbetreuenden Rehaklinik Bellikon.
Kontakt- und Auskunftstelle (noch ausstehend)	1 Kontaktnummer für Fachpersonen (intern/extern), Patientinnen und Patienten und Angehörige. FAQs auf der Webseite. Vorschlag e-Mailadresse: brandverletzte@usz.ch

Die Einführung des Behandlungspfades war im Herbst 2012 abgeschlossen und wurde begleitend und anschliessend evaluiert.

3 Evaluation

3.1 Relevanz der Evaluationsstudie

Die aus dieser Evaluationsstudie gewonnenen Erkenntnisse und Ergebnisse sollen dazu dienen, die Gesundheitsversorgung von Patienten mit Brandverletzungen sowie insbesondere den Behandlungspfad Brandverletzter evidenzbasiert zu optimieren.

Die Evaluationsstudie wurde von der kantonalen Ethikkommission Zürich genehmigt.

3.2 Methodisches Vorgehen

Für die projektbegleitende Evaluationsstudie kam ein Mixed Method Design zur Anwendung. Die Evaluation umfasst die Erhebung der Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse von Brandverletzten (Vorher-Nachher-Messung/vor Einführung, nach Einführung des Behandlungspfades im klinischen Alltag), die Patientenperspektive bzw. Zufriedenheit der brandverletzten Patienten mit der medizinischen/ pflegerischen und therapeutischen Betreuung sowie die Einschätzung und Erfahrung der Berufsgruppen in der Umsetzung des Behandlungspfades im klinischen Alltag.

Die Untersuchung wurde mit den beteiligten Berufsgruppen auf den Pilotabteilungen Intensivstation für Brandverletzte und Abteilungen für Plastische- und Handchirurgie C OST III und den in diesem Setting hospitalisierten Patienten durchgeführt.

3.3 Datenerhebung und -auswertung

Für die quantitative Erhebung wurden die beiden Instrumente German Assessment of Chronic Illness Care/ G-ACIC, Version 3.5 (Steurer et al. 2010) und das Instrument Patient Assessment of Chronic Illness Care/PACIC-5A (Rosemann, Lanx, Droesemayer, Gensichten & Szecseny, 2007) eingesetzt. Beide Instrumente beruhen auf dem Chronic Care Modell (CCM). Bei diesem Modell handelt es sich um ein Konzept zur Qualitätsverbesserung, das sich auf evidenzbasierte Richtlinien, Systemveränderungsstrategien und Methoden zur Qualitätssteigerung stützt (Steuer-Stey et al. 2010).

Zur allgemeinen Patientenzufriedenheit mit der Behandlung und Betreuung durch das Behandlungsteam während des Spitalaufenthaltes wurde eine Zusatzfrage gestellt.

Zeitnah an die Auswertung der quantitativen Erhebungen wurde ein qualitativer Studienteil in Form von Fokusgruppen-Interviews mit den beteiligten Berufsgruppen der Pilotabteilungen durchgeführt. Insgesamt waren 20 Berufsangehörige aus 7 verschiedenen Berufsgruppen beteiligt: Die Interviews fanden anhand eines dafür entwickelten Leitfadens an drei aufeinander folgenden Meetings statt.

3.4 Ergebnisse

3.4.1 Allgemeine Beurteilung

Aufgrund der Evaluation lässt sich aufzeigen, dass insgesamt gute Resultate zum aktuellen Stand der Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse von Brandverletzten und der Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung und Betreuung durch das Behandlungsteam während des Spitalaufenthaltes vorliegen. Die Ergebnisse aus den Fokusgruppeninterviews mit den Berufsgruppen machen deutlich, dass der Behandlungspfad für das Behandlungsteam der Brandverletzten ein hilfreiches und förderliches Instrument ist zur Optimierung der Behandlungs- und Betreuungsprozesse der Patienten.

Im Folgenden werden die Resultate der einzelnen Erhebungsschwerpunkte zusammenfassend dargestellt und kurz erläutert.

3.4.2 Zusammenfassende Resultate der einzelnen Erhebungsschwerpunkte

Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse für Brandverletzte

Die Resultate der **Vorher-Nachher-Messung** (Abbildung 1) zeigen im Vergleich 2012 und 2013, dass in den Versorgungsstrukturen und in den Versorgungsprozessen Brandverletzter Fortschritte erzielt worden sind.

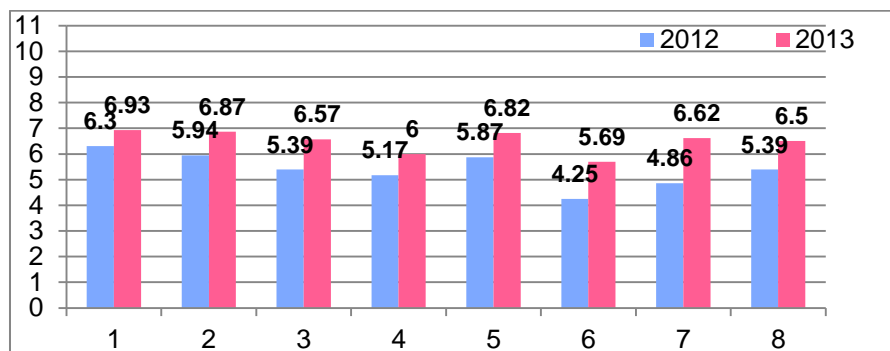
Der Bereich **Organisation Institution**, welche die Organisationsziele/ Verbesserungsstrategien zur Versorgung Brandverletzter und die Rolle der Vorgesetzten umfasst, zeigt mit 6.93 den höchsten und der Bereich **klinische Informationssysteme** mit 5.69 den tiefsten Wert. Gute Resultate zeigen die Bereiche wie **Gemeinwesen, lokale Ressourcen** (Vernetzung/ Kooperation mit Rehakliniken, Arztpraxen, Spitex, Selbsthilfegruppen), **Klinische Entscheidungen** (das Vorhandensein von Richtlinien, evidenzbasierten

Leitlinien, Standards zur Versorgung von Brandverletzten) und der **Aufbau, Gestaltung des Versorgungssystems** (Organisation alltäglicher Praxisabläufe in der Patientenversorgung).

Erwähnenswert ist, dass in den Bereichen „**Unterstützung Klinisches Selbstmanagement**“ und „**Integration Elemente des Chronic Care Models**“ sogar eine signifikante Verbesserung der Scores nachgewiesen werden kann. Zudem zeigt sich ebenfalls ein Trend für eine signifikante Verbesserung seit 2012 für den Bereich Klinische Informationssysteme.

Diese signifikante Verbesserung im „**Selbstmanagement**“ weist darauf hin, dass die Aktivitäten durch das Praxisteam zur Stärkung und Förderung des Selbstmanagements der Patienten Erfolg zeigen. Auch die signifikante Verbesserung des Score „**Integration Elemente des Chronic Care Models**“ zeigt, dass die Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse zur Behandlung und Betreuung von Brandverletzten optimiert wurden.

Abbildung1:Übersicht Mittelwerte für Gesamtscore und Subscores im Vergleich 2012/2013



Bewertungsskala: 0= tiefste und 11 höchste Umsetzung

Legende

- 1) **Organisation Institution** (Organisationsziele/Verbesserungsstrategien zur Versorgung Brandverletzter, Rolle der Vorgesetzten)
- 2) **Gemeinwesen, lokale Ressourcen** (Vernetzung /Kooperation mit Rehakliniken, Arztpraxen, Spitex, Selbsthilfegruppen etc.)
- 3) Unterstützung **Klinisches Selbstmanagement** (Beratungen, Informationen/Broschüren)
- 4) **Klinische Entscheidungen** (evidenzbasierte Leitlinien, Standards)
- 5) **Aufbau / Gestaltung Versorgungssystem** (strukturierte Arbeitsabläufe; Patientenschulungen, Sprechstunden, Follow-ups)
- 6) **Klinische Informationssysteme** (Patienten Register für zeitgerechte Erinnerungen, aktuelle Patienteninformationen für Praxisteam)
- 7) **Integration** Elemente Chronic Care Modell
- 8) Gesamteinschätzung

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass die Einführung des Behandlungspfades dazu beigetragen hat, die Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse zu optimieren und dass ein ziemlich gutes Betreuungsangebot für Brandverletzte bereitgestellt wird¹

Patientenzufriedenheit

Die Messung der allgemeinen Patientenzufriedenheit zeigt ein sehr gutes Ergebnis. So sind 53% der befragten Patienten voll zufrieden, 27% sehr zufrieden und 20% zufrieden mit der Behandlung und Betreuung durch das Behandlungsteam während des Spitalaufenthaltes. Die Patienten betonen vor allem die gute Aufklärung durch die Ärzte sowie die kompetente Betreuung, insbesondere durch das Pflegepersonal.

¹ Für die Auswertung bzw. Interpretation gelten folgende Richtlinien des G-ACIC

- Zwischen 0 und 2: Limitiertes Betreuungsangebot für Patienten mit chronischen Krankheiten
- Zwischen 3 und 5: Basis-Betreuungsangebot für Patienten mit chronischen Krankheiten
- Zwischen 6 und 8: Ziemlich gutes Betreuungsangebot für Patienten mit chronischen Krankheiten
- Zwischen 9 und 11: Voll entwickeltes Betreuungsangebot für Patienten mit chronischen Erkrankungen

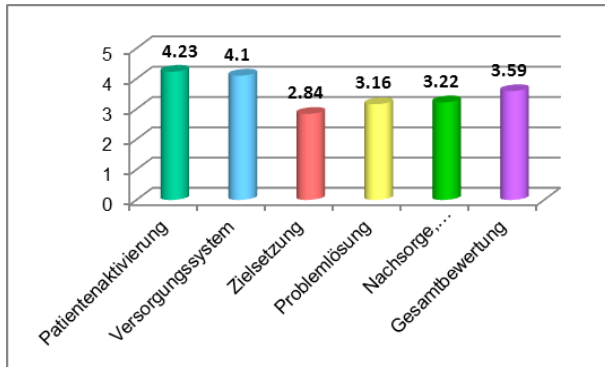
Spezifische Resultate zur Patientenbefragung mit dem Instrument PACIC 5A

a) Interaktionen Patient – Praxisteam (Abb.2)

Die **Patientenaktivierung** (Einbezug des Patienten, Wünsche, Vorstellungen) zeigt mit 4.23 den höchsten Wert gefolgt vom **Versorgungssystem** (Gestaltung der Praxisabläufe, Organisation, Erreichbarkeit, Informationen). Der tiefste Wert (**2.84**) liegt in der **Zielsetzung** (gezielte Beratung zur Verbesserung der Gesundheit durch das Praxisteam).

Die **Problemlösung** (aktive Unterstützung des Pat. in der Problemlösung/Umgang mit Folgen der Brandverletzung im Alltag) sowie die **Nachsorge, Koordination der Weiterbehandlung** (Aktivitäten Austrittsmanagement) zeigen ein recht gutes Resultat.

Abbildung 2: Übersicht der Mittelwerte: Summenscore und Subscores (Teil 1)



Scoring Guide: 5-Punkte Likert Scala: 1 so gut wie nie; 2 meistens nicht; 3 gelegentlich; 4 meistens; 5 fast immer.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Interaktionen Patient-Praxisteam in den einzelnen Bereichen meistens bis fast immer gut gelingen. Optimierungsmassnahmen sind aber trotzdem empfehlenswert.

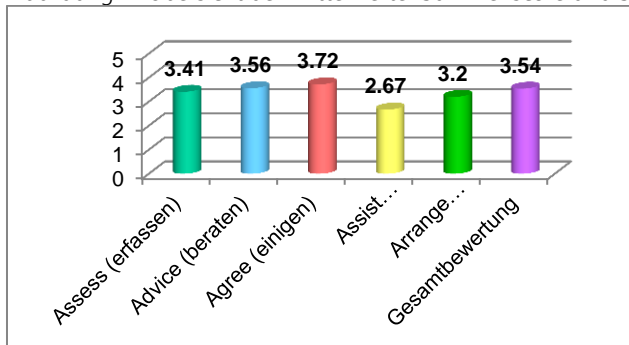
b) Spezifische Resultate zur Förderung und Stärkung des Selbstmanagements der Patienten (Abb. 3)

Ein recht gutes Resultat zeigen die Kategorien

- **Assess** (Erfassung des Verhaltens, der Einstellungen, der Motivation, der Barrieren des Patienten),
- **Advice** (Beratung, Bereitstellung spez. Informationen),
- **Agree** (Einigung bzgl. Behandlungsentscheidungen)
- **Arrange** (Folgevereinbarungen, Nachuntersuchungen, Hilfsangebote wie Folgekontakt durch Praxispersonal – Telefon-Follow-up) .

Der tiefste Wert liegt in der Kategorie **Assist** (Unterstützung in der Verhaltensänderung, Patientenschulungen, Infos zu Selbsthilfegruppen).

Abbildung 3: Übersicht der Mittelwerte: Summenscore und Subscores (Teil 2)



Scoring Guide: 5-Punkte Likert Scala: 1 so gut wie nie; 2 meistens nicht; 3 gelegentlich; 4 meistens; 5 fast immer.

Die insgesamt zufriedenstellenden bis recht guten Resultate in diesen Bereichen sind eine gute Ausgangsbasis zur Förderung und Stärkung des Selbstmanagements der Patienten im Rahmen einer gezielten patientenorientierte Beratung.

3.4.3 Umsetzung Behandlungspfad im Praxisalltag (Interviews mit Berufsgruppen)

Die Ergebnisse dieser Erhebung machen deutlich, dass der Behandlungspfad für das Behandlungsteam ein hilfreiches und förderliches Instrument ist zur Optimierung der Behandlungs- und Betreuungsprozesse von brandverletzten Patienten. Seit der IST-Analyse (Bichsel, 2010) in der Vorprojektphase lassen sich Fortschritte in zentralen Elementen beobachten, beispielsweise in der interprofessionellen/interdisziplinären Zusammenarbeit intern und extern (vor allem mit der Rehaklinik Bellikon), in der Patienten- und Angehörigen-Information sowie im Fachwissen. So hat sich die interprofessionelle Zusammenarbeit vor allem durch die wöchentlichen interdisziplinären Gespräche von Patientensituationen deutlich gebessert. Es ist

gelingen, ein Verständnis zu schaffen für die spezifischen Sichtweisen unterschiedlicher Berufsgruppen. Verlegungen gestalten sich koordinierter. Die organisatorischen Abläufe sind transparent und hilfreich, vor allem auch für neue Mitarbeiter. Broschüren unterstützen Expertinnen und Experten verschiedener Fachdisziplinen in der einheitlichen Informationsweitergabe an Brandverletzte und ihre Angehörigen. Die Fachkompetenz wird von den Berufsgruppen als wichtige Voraussetzung für die professionelle Behandlung und Betreuung von Brandverletzten erkannt. Fachveranstaltungen werden als hilfreich empfunden und nach Möglichkeit besucht.

Die Identität des Kompetenzzentrums hat sich ausgebildet und die Identifikation mit dem Zentrum ist durch das Projekt gewachsen, wie die Mehrheit der Teilnehmenden bestätigen.

4 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die positiven Ergebnisse sind eine gute Ausgangsbasis für den weiteren Aufbau eines Kompetenzzentrums für Brandverletzte am USZ. In diesem Zentrum können Fachexperten eine qualitativ hochstehende, nachhaltige und vernetzte Gesundheitsversorgung für diese Patientengruppe gewährleisten – mit dem Ziel optimaler Behandlungs- und Betreuungsergebnisse. Die Patientenzufriedenheit stellt neben Funktions- und Lebensqualität die dritte Säule der Ergebnisqualität von Versorgungsprozessen im Gesundheitswesen dar. Eine verstärkte Beteiligung der Patienten, eine Verbesserung der Behandlungsinformationen und die Stärkung des Selbstmanagements sind zentral im Kontext der Optimierung der Patientenprozesse und somit der Behandlungsqualität.

In diesem Sinne sind Behandlungspfade ein etabliertes, unverzichtbares Werkzeug der klinischen Patientenversorgung. Sie fördern ein neues Verständnis der internen und externen interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit und haben einen grossen Nutzen für Patienten und Angehörige.

4.1 Nachhaltigkeit

Die Ergebnisse zeigen, dass es neben positiven Ergebnissen noch Schwachstellen gibt, die in naher Zukunft bearbeitet werden sollten. Empfehlungen für die Optimierung des Behandlungspfades im Kontext einer nachhaltigen Gesundheitsversorgung für Brandverletzte sind formuliert. Diese und im laufenden Betrieb erkannte Verbesserungspotentiale werden von einem interprofessionellen Prozesszirkel diskutiert und entsprechende Massnahmen implementiert. Zweimal jährlich werden ausserdem Themen der Zusammenarbeit mit der Rehaklinik Bellikon besprochen.

5 Literatur

- Bichsel-von Arb, B. (2012). Projektabschlussbericht: Behandlungspfad Brandverletzte. Unveröffentlichtes Dokument Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, UniversitätsSpital Zürich.
- Giovanoli, P.; Bichsel-von Arb, B.; Steiner, H.; Spirig, R. (2010). Projektbeschreibung Projekt „Behandlungspfad Brandverletzte“. Klinik für Wiederherstellungschirurgie. UniversitätsSpital Zürich.
- Kanfer, F.H.; Reinecker, F.; Schmelzer, D. (2006). Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 4. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Raffoul, W.; Berger, M.M. (2006). Verbrennungen: von Verbrühung bis zum Elektrotrauma – Definition und Behandlung, Schweizerisches Medizin Forum, 6, 243-251.
- Rosemann, T., Lanx, G., Droesemayer, S., Gensichten, J & Szecsenyi, J. (2007). Evaluation of a culturally adapted German version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC5A) questionnaire in a sample of osteoarthritis patients. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13, 806-813.
- Steuer Stey, C.; Frei A.; Schmid-Mohler, G.; Malcolm-Kohler, S.; Zoller, M.; Rosemann, T. (2010). Assessment of Chronic Illness Care with the German version of the ACIC in different primary care settings in Switzerland. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8/1/ 122.
- Thiel, R.; Einsenblätter, K.; Kurzidem, M.; Hutmacher, P.; Herde, A., Müller, H.A. (2006). Klinische Behandlungspfade, Einführung in einer urologischen Klinik. *Der Urologe*. Volume 45, 11, 1415-1423. Springer Medizin Verlag.
- Vinzenzi, Ch.; Spirig, R. (2006). Die Bedürfnisse der Patienten stehen im Mittelpunkt. *Managed Care*, 8, 12-14.
- Vanhaecht, K., de Witte, K., Sermeus, W. (2007). The care process organization triangle: a framework to better understand how clinical pathways work, *Journal of Integrated care Pathways*. 11, 54-61.
- Walsh, K.; Duke, J.; Foureur, M.; MacDonald, L. (2007). Designing an effective evaluation plan: A tool for understanding and planning evaluations for complex nursing contexts, *Contemporary Nurse*, 25, 136-145.

Projektwettbewerb 2014: Anmeldeformular

Projektname: Integrierte Behandlung älterer Patienten mit riskantem Suchtmittelkonsum		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Klinik für Alterspsychiatrie und -psychotherapie	
Kontaktperson:	Nikolaus Bausch-Becker, Dr. med.	Funktion: Oberarzt
Telefonnummer:	044 389 1477	Email: Nikolaus.Bausch@puk.zh.ch
Adresse:	Minervastrasse 145, Postfach 1682, 8032 Zürich	
Organisation 2	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Klinik für Alterspsychiatrie und -psychotherapie	
Kontaktperson:	Egemen Savaskan, Prof. Dr. med.	Funktion: Chefarzt
Telefonnummer:	044 389 1658	Email: Egemen.Savaskan@puk.zh.ch
Adresse:	Minervastrasse 145, Postfach 1682, 8032 Zürich	
Organisation 3		
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		Email:
Adresse:		
Weitere Beteiligte: Paul Diggelmann, Sunhi Park-Lee, Cornelia Schubert, Heidi Sommer Wyss, Bernadette Iten, Lotti Müller, Susanne Wall, Gerhard Bach, Andre Pollow, Tanja Roth		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>Die steigende Lebenserwartung in den westlichen Industrieländern resultiert in einer wachsenden Zahl älterer Menschen, die riskanten Suchtmittelkonsum betreiben. Diese Patientengruppe findet aus verschiedenen Gründen (recht willkürliche Altersgrenze, oft somatische Komorbiditäten) nur unzureichende Beratungs- und Therapiemöglichkeiten. Diese Lücke möchten wir mit einem neuen integrierten Behandlungsmodell unserer Klinik schliessen helfen.</p> <p>Dieses Modell umfasst Angebote im ambulanten (Spezialsprechstunde), teilstationären (Psychoedukatives Gruppenangebot) und stationären Rahmen (Entgiftungsbehandlung, qualifizierte Akutbehandlung). Grundlegend neu ist in dabei, dass der einzelne Patient relativ leicht von einem in den anderen Behandlungsmodus wechseln und so auf individuelle Bedürfnisse deutlich besser als bisher eingegangen werden kann.</p> <p>Wir stehen mit anderen suchtmmedizinisch tätigen Organisationen und Kliniken in Zürich und Umgebung in regelmässigen Austausch und wollen das bestehende Angebot für ältere Patienten sinnvoll und nachhaltig ergänzen.</p>		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Bewertungskriterien der Jury berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2014		
Einsenden an sekretariat@gn2025.ch (PDF/Word-Datei)		



Integrierte Behandlung älterer Patienten* mit riskantem Suchtmittelkonsum

Autoren: Nikolaus Bausch-Becker¹, Paul Diggelmann¹, Sunhi Park-Lee¹,
Cornelia Schubert¹, Heidi Sommer Wyss¹, Bernadette Iten¹,
Lotti Müller¹, Susanne Wall¹, Gerhard Bach¹, Andre Pollow¹,
Tanja Roth¹

*Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird jeweils nur die männliche Form verwendet, die weibliche Form ist damit jeweils mit eingeschlossen.

Inhalt

1 Einleitung	3
2 Das integrierte Behandlungsmodell	3
3 Zusammenfassung und Ausblick	5
4 Literaturverzeichnis	6

1 Einleitung

Die steigende Lebenserwartung in den westlichen Industrieländern stellt die lokalen Gesundheitssysteme vor neue Herausforderungen. Mit der daraus resultierenden wachsenden Zahl älterer Menschen nimmt auch die Anzahl derer zu, die Suchtmittel (beispielsweise Alkohol, Tabak, Medikamente) in kritischer Menge konsumieren¹.

In der Schweiz zeigte eine repräsentative Umfrage des Suchtmonitoring Schweiz aus dem Jahr 2011, dass jede siebte Person (13.6%) im Alter zwischen 65 und 74 Jahren und etwa jede zehnte Person (9.7%) ab einem Alter von 75 Jahren risikoreich Alkohol konsumiert. Die Prävalenzraten jener Menschen, die täglich Schmerzmittel oder Schlaf- und Beruhigungsmittel einnehmen, steigen mit höherem Alter. In der Umfrage gaben 15.7% der über 59-Jährigen an, Alkohol auch an den Tagen zu konsumieren, an denen sie Medikamente einnehmen¹. Vor diesem Hintergrund bedarf es für ältere Patienten* mit riskantem Suchtmittelkonsum neuer Ansätze in der Behandlung.

In Zürich und Umgebung bestehen diesbezüglich nur vereinzelt stationäre Behandlungsangebote (Zum Beispiel *Integrierte Psychiatrie Winterthur, Forel Klinik*). Möglichkeiten der ambulanten Suchtberatung werden von verschiedenen Organisationen wie *Zürcher Fachstelle für Prävention des Alkohol- und Medikamentenmissbrauchs (Züfam)*², *Zürcher Fachstelle für Alkoholprobleme (ZFA)*³ oder *Arbeitsgemeinschaft für risikoarmen Umgang mit Drogen (ARUD)*⁴ angeboten.

In der Zusammenschau mangelt es jedoch vor allem an integrierten und altersentsprechenden Behandlungsmöglichkeiten für ältere Patienten mit riskantem Suchtmittelkonsum. Neben der recht willkürlichen Altersgrenze von 65 Jahren limitieren häufig komorbide somatische Erkrankungen den Zugang zu entsprechenden Therapiemöglichkeiten.

Die Klinik für Alterspsychiatrie und –psychotherapie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich möchte das bestehende Angebot in Zürich und der Region mit einem neuen integrierten Behandlungsmodell ergänzen.

2 Das integrierte Behandlungsmodell

Die Klinik für Alterspsychiatrie und –psychotherapie an der Psychiatrischen Universitätsklinik bietet Behandlungsmöglichkeiten im ambulanten, teilstationären und stationären Setting an. Dabei handelt es sich um ein integriertes Behandlungskonzept. Patienten soll es ermöglicht werden, komplikationslos von einem Behandlungsmodus in den anderen zu wechseln (zum Beispiel von ambulant nach vollstationär usw.).

In unserem Ambulatorium bieten wir einmal wöchentlich sowie nach Vereinbarung eine Spezialsprechstunde an. Sie steht unter fachärztlicher Leitung und wird ergänzt durch pflegerische Beratung und die Möglichkeit von Sozialer Beratung. Die Zuweisung kann selber oder durch einen behandelnden Arzt erfolgen. Im Rahmen der Sprechstunde sind Diagnostik und Behandlung möglich. Auf Wunsch und bei vorliegender Indikation ermöglichen wir einen Übertritt in eine voll- oder teilstationäre Weiterbehandlung.

Im stationären Rahmen bieten wir neben einer qualifizierten Entgiftungsbehandlung (Dauer 2 bis 4 Wochen) eine mehrwöchige qualifizierte Akutbehandlung an. Die Umsetzung gewährleistet ein interdisziplinäres Team aus Fachärzten verschiedenen Disziplinen (Psychiatrie, Neurologie, Innere Medizin), psychologischen Psychotherapeuten und Pflegefachleuten.

Die Entgiftungsbehandlung beschreibt die Reduktion von pharmakologischer Aktivität oder Toxizität eines Medikamentes oder einer körperfremden Substanz durch den menschlichen Organismus, meistens durch enzymatische Aktivität⁷. Wird die entsprechende Substanz weggelassen, tritt in der Regel ein Entzugssyndrom⁸ als Zeichen der Gewöhnung des Organismus an die abhängigkeiterzeugende Substanz. Diese wird symptomatisch mit Medikamenten behandelt.

Die mehrwöchige qualifizierte Akutbehandlung im stationären Setting (Dauer ca. 3-6 Wochen basiert auf dem *Therapieprogramm zur Integrierten qualifizierten Akutbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenproblemen* von Almut Lippert⁵ und auf den Grundlagen des *Motivational Interviewing* von Miller und Rollnick⁶. Die Behandlung wird als Gruppentherapie an vier Nachmittagen der Woche (außer mittwochs) angeboten für momentan bis zu 5 Teilnehmer. Ein wochenweise wechselndes Team bestehend aus 2 Personen verschiedener Berufsgruppen gewährleistet das kontinuierliche Angebot. Eine Sitzung dauert etwa 90 Minuten. Psychotherapeutische Inhalte sind neben Motivationsarbeit und Psychoedukation vor allem Ressourcenaktivierung und die Auseinandersetzung mit der individuellen Sucht- und Lebensgeschichte. Weiterhin Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie Kommunikations- und Konfliktfähigkeit thematisiert⁵.

Die stationäre Behandlung wird ergänzt durch individuelle und Gruppenangebote von Fachtherapeuten (zum Beispiel Tanz- und Bewegungstherapie⁹, Physiotherapie¹⁰, Gedächtnistraining¹¹, Malgruppe¹¹, Nordic Walking Gruppe⁹). Zusätzlich bietet die hausinterne Soziale Arbeit¹² ein Assessment mit den Schwerpunkten Wohnen, ambulante Hilfe, Tagesstruktur, Administratives/Finanzen sowie soziales Netzwerk. Im Rahmen der Entlassungsplanung aus der qualifizierten Akutbehandlung erarbeiten wir mit den Patienten individuell Möglichkeiten zur poststationären Weiterbehandlung. Ziel ist dabei, die erreichte Abstinenz möglichst langfristig aufrechtzuerhalten.

Im Stationsalltag finden zudem als tagesstrukturierende Aktivitäten vor- und nachmittags pflegetherapeutische Angebote statt (beispielsweise Gesundheitstreff, Spielgruppe, Kreativgruppe, Back- und Kochgruppe). Weiterhin besteht die Möglichkeit des Trainings spezifischer Aktivitäten des täglichen Lebens und pflegetherapeutischer Hausbesuche. Mit Hinblick auf die Entlassung aus der stationären Behandlung wird ein individueller Krisenpass erstellt. Grosser Wert wird auf fortlaufende Schulung und Supervision des interdisziplinären Behandlungsteams gelegt.

Es besteht die Möglichkeit der Teilnahme an einem teilstationären Gruppenangebot oder einer ambulanten Weiterbehandlung in unserer Klinik. Bei Bedarf vermitteln wir an eine kooperierende Suchtberatungsstelle (z.B. ARUD⁴, ZfA³).

Teilstationär bieten wir ab April 2014 in unserer Tagesklinik einmal wöchentlich ein psychoedukatives Gruppenprogramm unter fachärztlicher und fachpsychotherapeutischer Leitung an. Das Programm basiert ebenfalls auf dem Praxismanual *Therapieprogramm zur Integrierten qualifizierten Akutbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenprobleme*⁵ von Almut Lippert sowie auf dem *Motivational Interviewing* von Miller und Rollnick⁶. Im Austausch mit anderen Gruppenteilnehmenden werden eigenes Rollen- und Konsumverhalten thematisiert, um lösungsorientiert Veränderungen zu erarbeiten. Ziele der teilstationären Behandlung sind Informationsgewinn, Auseinandersetzung mit eingespielten Verhaltensmustern, Einüben alternativer Bewältigungsstrategien, Verbesserung der Kommunikations- und Konfliktfähigkeit, Verbesserung der Selbstwahrnehmung sowie Entdeckung und Ausbau individueller und sozialer Ressourcen.

3 Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass unsere Angebote im ambulanten Bereich (Spezialsprechstunde) und stationären Bereich (Entgiftungsbehandlung, Entwöhnungsbehandlung) bereits implementiert sind. Ab April 2014 kommt das teilstationäre wöchentliche psychoedukatives Gruppenprogramm hinzu.

Hervorzuheben ist, dass die beschriebenen Angebote werden von der Klinik personalneutral, das heisst mit vorhandenen personellen Ressourcen erbracht, was die Kosten-Nutzen-Rechnung vorteilhaft erscheinen lässt. Ein aus Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen zusammengesetzter Personenpool gewährleistet die kontinuierliche Aufrechterhaltung unseres Angebotes. Die Fokussierung auf einzelne Mitarbeiter rückt zugunsten eines prozess- und teamorientierten Arbeitens in den Hintergrund.

Für Patienten ≥ 65 Jahre stellen die beschriebenen und neu eingeführten suchtspezifischen Behandlungsangebote eine wesentliche Verbesserung und Ergänzung in der klinischen Versorgung der Stadt Zürich dar. Vielen älteren Patienten bleibt oftmals eine spezifische suchtmmedizinische Behandlung wegen des Überschreitens der Altersgrenze oder des Vorliegens allfälliger komorbider Erkrankungen verwehrt. Der mögliche Wechsel von einer in die andere Therapiemodalität stellt zudem einen wesentlichen zur Implementierung eines integrierten Behandlungsmodells dar. Es ermöglicht ein bisher nicht gekanntes Eingehen auf die individuellen Bedürfnisse älterer Patienten mit riskantem Suchtmittelkonsum.

Die Durchlässigkeit unseres integrierten Behandlungsmodells ist nicht nur nach innen, sondern auch nach aussen gegeben. Es besteht ein regelmässiger Austausch mit anderen Organisationen und Kliniken, die suchtmmedizinische Behandlungen in der Region anbieten. Von dieser Vernetzung profitieren letztlich alle Beteiligten und -am wichtigsten- der einzelne ältere Patient mit riskantem Suchtmittelverhalten.

4 Literaturverzeichnis

- 1 Notari L, J. M. a. G. G. Substanzkonsum der älteren Bevölkerung in der Schweiz. *Suchtmagazin* **2/2013**, 13-16 (2013).
- 2 Züfam. *Sucht im Alter*, <<http://www.suchtmalter.ch/de/home/>> (2013).
- 3 ZFA. *Hinsehen statt wegsehen. Heute handeln.*, <<http://www.zfa.ch/>> (2013).
- 4 ARUD. *Von Alkohol bis Zolpidem. Nicht nur darüber reden.*, <<http://www.arud.ch/home.html>> (2013).
- 5 Lippert, A. *Therapieprogramm zur Integrierten Qualifizierten Akutbehandlung bei Alkohol- und Medikamentenproblemen (TIQAAM): Ein verhaltenstherapeutisches Praxismanual* 152 (Dgvt-Verlag, 2010, 2. Auflage).
- 6 Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* **55**, 305-312 (2005).
- 7 FÄ¶rg, A. *et al.* Efficacy and safety of pregabalin in the treatment of alcohol withdrawal syndrome: a randomized placebo-controlled trial. *Alcohol and alcoholism* **47**, 149-155 (2012).
- 8 Maldonado, J., Nguyen, L., Schader, E. M. & Brooks, J. Benzodiazepine loading versus symptom-triggered treatment of alcohol withdrawal: a prospective, randomized clinical trial. *General hospital psychiatry* **34**, 611-617 (2012).
- 9 Arbeit, T. u. S. *Tanz- und Bewegungstherapie*, <<http://www.pukzh.ch/diagnose-behandlung/therapien-sozialdienst/tanz-und-bewegungstherapie/>> (2013).
- 10 Arbeit, T. u. S. *Physiotherapie*, <<http://www.pukzh.ch/diagnose-behandlung/therapien-sozialdienst/physiotherapie/>> (2013).
- 11 Arbeit, T. u. S. *Aktivierungstherapie*, <<http://www.pukzh.ch/diagnose-behandlung/therapien-sozialdienst/aktivierungstherapie/>> (2013).
- 12 Arbeit, T. u. S. *Soziale Arbeit*, <<http://www.pukzh.ch/diagnose-behandlung/therapien-sozialdienst/soziale-arbeit/>> (2013).

Projektwettbewerb 2014: Anmeldeformular

Projektname: Integriertes Altersversorgungs-Netzwerk (IAN)		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Pro Senectute Kanton Zürich	
Kontaktperson:	Michael Muheim	Funktion: Projektverantwortlicher
Telefonnummer:	058 451 50 39	Email: michael.muheim@psz.ch
Adresse:	Dienstleistungszentrum Stadt Zürich, Seefeldstr. 94a, Postfach 1035, 8034 Zürich	
Organisation 2		
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		Email:
Adresse:		
Organisation 3		
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		Email:
Adresse:		
Weitere Beteiligte:		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>Das Projekt IAN will mit seinem integrierten Altersversorgungskonzept sicherstellen, dass die Menschen im Alter möglichst lange gesund und autonom bleiben, und dass sie gleichzeitig möglichst wenige und nur bedarfsgerechte Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen. Hierfür ist eine Koordination von heute grösstenteils noch wenig aufeinander abgestimmten Lösungen und deren Kostenträgern im Altersversorgungsbereich erforderlich. Dazu wird im Bezirk Affoltern eine regionale Koordinationsplattform geschaffen, welche die zentralen Leistungserbringer und Kostenträger in der Altersversorgungskette koordiniert, diese in einer aufeinander abgestimmten Art und Weise zusammenarbeiten lässt und somit eine integrierte Leistungserbringung sicherstellt.</p> <p>Das IAN kann so den stark ansteigenden Gesundheits- und Pflegekosten entgegenwirken. Mit seinem systemischen Ansatz leistet es einen wertvollen Beitrag für einen positiven Behandlungsverlauf, und gleichzeitig trägt es massgeblich dazu bei, zukünftige Pflegekosten für die älter werdende Bevölkerung nachhaltig zu senken. Nach einer gut zweijährigen Konzeptentwicklungsphase wird das IAN in einem zweijährigen Pilotprojekt (April 2015 – März 2017) erprobt und hinsichtlich seiner Machbarkeit und Wirksamkeit wissenschaftlich begleitet.</p>		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Bewertungskriterien der Jury berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2014		
Einsenden an sekretariat@gn2025.ch (PDF / Word-Datei)		

Projektkurzbeschreibung

Entwicklung und Erprobung eines Konzepts für ein
INTEGRIERTES ALTERSVERSORGUNGS-NETZWERK (IAN)
in einer Modellregion des Kantons Zürich

Michael Muheim	Mitglied Geschäftsleitung Pro Senectute Kanton Zürich, strategische Projektverantwortung
Jörg Stüdeli	Pro Senectute Kanton Zürich, operative Projektverantwortung
Andreas Lanz	Activhealth AG, Projektleitung

Zürich, März 2014 / ala

1 Ausgangslage

Der Anteil der älteren Menschen an der Bevölkerung wird aufgrund des Alterns der geburtenstarken Nachkriegsjahre in den nächsten Jahrzehnten deutlich ansteigen. Damit wird ein überproportional starkes Wachstum der Gesundheits- und Pflegekosten für die älter werdende Bevölkerung einhergehen. In Bezug auf die Kostenentwicklung entscheidend ist, dass die Menschen im Alter möglichst lange gesund und autonom bleiben bzw. dass sie möglichst wenig und nur bedarfsgerechte Unterstützung in Anspruch nehmen. Um dies erreichen zu können, sind neue Beratungs-, Betreuungs- und Versorgungsmodelle erforderlich, welche noch ungenutzte Potenziale zu mobilisieren und unnötige Ineffizienzen und Doppelspurigkeiten im Altersversorgungsmarkt abzubauen in der Lage sind.

Das heutige Betreuungs- und Versorgungssystem für ältere Menschen ist geprägt von einer Vielzahl wenig aufeinander abgestimmter und koordinierter Dienstleistungen, die zahlreiche Rivalitäten und Doppelspurigkeiten zwischen einzelnen Dienstleistungserbringern mit sich bringen. Es fehlt an koordinierenden Stellen und wirksamen Steuerungsinstrumenten, mit welchen u.a. professionelle Situationsabklärungen und Bedarfsbemessungen für bedürftige ältere Menschen vorgenommen und eine effiziente und qualitativ hochstehende Umsetzung von Betreuungsmassnahmen sichergestellt werden können.

Pro Senectute Kanton Zürich hat diese Entwicklungen erkannt und will mit dem Projekt „INTEGRIERTES ALTERSVERSORGUNGS-NETZWERK (IAN)“ ein innovatives und zukunftsgerichtetes Altersversorgungsmodell entwickeln und erproben. Das Projekt hat zum Ziel, die formellen und informellen Dienstleistungserbringer in der gesamten Altersversorgungskette in einer Region des Kantons Zürich, von der Beratung, Gesundheitsförderung, Prävention über die Therapie und Rehabilitation bis hin zur Sterbebegleitung, so zu koordinieren, dass die Leistungen künftig nicht mehr isoliert und fragmentiert, sondern entlang des effektiven individuellen Bedarfs und der Bedürfnisse der Betroffenen erbracht werden.

Das IAN setzt bei den bestehenden Marktkräften an, übernimmt durch die Koordination dieser Kräfte nach transparenten Regeln und Abläufen eine wichtige Steuerungsfunktion, nutzt Synergien und erzeugt Win-Win-Situationen für alle Beteiligten. Mit frühzeitigen, gezielten präventiven Interventionen kann der Gesundheitszustand und die Autonomie der älteren Bevölkerung verbessert, bzw. länger aufrechterhalten werden. Dadurch können insbesondere teure Heimeinweisungen verzögert oder vermieden werden (Prinzip ambulant vor stationär gemäss Verordnung über die Pflegeversorgung vom 22. November 2010). Das IAN wirkt den stark ansteigenden Gesundheits- und Pflegekosten entgegen und leistet mit seinem systemischen Ansatz einen wertvollen Beitrag, um Pflegekosten für die älter werdende Bevölkerung langfristig erheblich und nachhaltig zu senken.

2 Projektziele

Entwicklung und Erprobung eines regionalen INTEGRIERTEN ALTERSVERSORGUNGS-NETZWERKES in mindestens einer Pilotregion des Kantons Zürich zwecks

- effizienter Koordination aller informellen und formellen sowie ambulanten und stationären Dienstleistungen bzw. Dienstleistungserbringer in der gesamten Altersversorgungskette von der sozialen Beratung, Gesundheitsförderung, Prävention über die ärztliche Versorgung, medizinische Therapie und Rehabilitation, der stationären Wohn- und Pflegeangebote bis hin zur Sterbebegleitung
- Integration des fragmentierten Informations-, Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsprozesses durch die Bildung lokaler Altersversorgungssysteme, in welchen sich Leistungserbringer fachlich, administrativ und finanziell koordinieren
- Horizontale und vertikale Vernetzung der Leistungserbringer, d.h. mit Leistungserbringern gleicher Versorgungsstufe aber auch mit vor- und nachgelagerten Anbietern

3 Angestrebte Wirkungen

Mit dem IAN werden folgende Wirkungen angestrebt:

Bereich Bewohnerinnen und Bewohner der Region

- Voraussetzungen schaffen, damit ein möglichst langes, unabhängiges und autonomes Leben in den „eigenen vier Wänden“ möglich wird und Heimeintritte deutlich später erfolgen (ambulant vor stationär)
- Verbesserung der individuellen Versorgungsqualität zu tieferen Kosten
- Eine Anlaufstelle/eine Betreuungsperson für alle Anliegen (alles aus einer Hand und unter einem Dach)

Bereich Öffentliche Hand und Versicherungen

- Senkung der Kosten bzw. Verlangsamung des Kostenanstiegs, der sich primär bei den Gemeinden und Krankenkassen, via Ergänzungsleistungen auch bei Bund und Kanton, bemerkbar machen wird
- Reduktion des Bedarfs an neuen Heimplätzen durch Stärkung der ambulanten Betreuung/Versorgung
- Umfassende Erfüllung der Vorgaben des neuen Pflegegesetzes des Kantons Zürich (gemäss dem gesetzlich verankerten Grundsatz „ambulant vor stationär“)

Bereich IAN-Partnerorganisationen

- Aufbau und Mitwirkung an einer neuen preisfinanzierten Dienstleistung (Koordinationszentrum) und Erschliessung eines neuen Geschäftsfeldes zur Diversifizierung der Mittelherkunft und langfristigen finanziellen Sicherung
- Stärkung und Ergänzung der eigenen Dienstleistungen durch Fokussierung auf die Kernkompetenzen und der Kooperation mit anderen Partnern und Dienstleistungsorganisationen
- Imagegewinn durch Übernahme einer Themenführerschaft im Altersversorgungsmarkt

4 Aufgabenspektrum des IAN

Koordination funktioniert nur mit effektiven und transparenten Instrumenten. Das zentrale Instrument des IAN ist ein an zentraler Lage situiertes Koordinationszentrum, das folgende Aufgaben übernimmt:

Bereich Fallmanagement

1. Umfassende Information und Beratung der älteren Bevölkerung (Information und Beratung, z.T. bereits realisiert mit den Altersbeauftragten und der Beratungsstelle für Alters- und Gesundheitsfragen)
2. Professionelle individuelle Bedarfsabklärung und Massnahmenplanung (Assessment)
3. Klären der Kostenübernahme und Koordination der Kostenträger (Koordination der Kostenträger)
4. Koordination und Überwachung der zu erbringenden Unterstützungsleistungen gemäss den fallspezifischen Handlungsplänen durch einen Fallmanager (Koordination der Leistungserbringer)
5. Sicherstellen des Informationsflusses zwischen den einzelnen Leistungserbringern und involvierten Kostenträgern (Fallmonitoring, Schnittstellenmanagement)

Bereich Angebotsmonitoring/Angebotsentwicklung

6. Erkennen von Angebotslücken oder Angebotsüberhängen und Doppelspurigkeiten in einer Region
7. Entwicklung von Lösungsvorschlägen für identifizierte angebotsseitige Probleme
8. Steigerung der Versorgungseffizienz durch fallspezifische Steuerung des Angebots/der Leistungserbringer

5 Funktionsweise des IAN

Die Kernkompetenz der Koordinationsstelle liegt bei der professionellen Bedarfsabklärung (Assessment). Das Assessment ist der Dreh- und Angelpunkt des IAN, denn erst über eine Klärung des effektiven individuellen Unterstützungsbedarfs mit Hilfe einer fundierten Situationseinschätzung können klare und überprüfbare Ziele definiert sowie die geeigneten Massnahmen für die Erreichung der Ziele festgelegt werden. Die im Rahmen der individuellen Assessments definierten Handlungspläne stellen die Grundlage für die Koordination der Leistungserbringer und Kostenträger sowie für das Fallmanagement und Fallmonitoring dar. Das Assessment ist auch die zentrale Voraussetzung für die angestrebte Kostensenkung. Die Durchführung der Assessments erfolgt durch ein interdisziplinäres Assessmentteam mit Vertreter/innen der Professionen Medizin/Geriatrie, Pflege, Psychologie, Soziale Arbeit, (Sozial-)Pädagogik und Recht. Das Assessmentteam trifft sich regelmässig zur Beurteilung und Besprechung von sowohl neu zugewiesenen Fällen (Erst-Assessment) als auch von laufenden Fällen (Re-Assessment).

Die Zuweisung der Fälle zur Koordinationsstelle erfolgt von verschiedenen Seiten. Neben älteren Personen oder Angehörigen, die sich selber melden („Selbstzuweiser“), werden es insbesondere Institutionen/Stellen oder Personen sein, die mit älteren Personen in Kontakt stehen und bei diesen einen Abklärungs- bzw. ambulanten Unterstützungs-, Betreuungs- oder Behandlungsbedarf oder eine Neu- bzw. Umplatzierung in eine teilstationäre oder stationäre Institution verorten. Die Zuweisungen ins Kompetenzzentrum erfolgen immer freiwillig.

Diejenigen Fälle, die mehr als nur eine Information oder Beratung benötigen, werden einem Fallmanager/einer Fallmanagerin zugewiesen (Primärtriage), der/die eine grobe Situationsabklärung vornimmt und den Fall in einer interdisziplinären Assessmentsitzungen (Fallkonferenz) präsentiert. Der/die gleiche Fallmanager/in wird nach dem Assessment auch für die Umsetzung des Massnahmenplanes, d.h. die Koordination der Leistungserbringer, das Informationsmanagement (Fallmonitoring) und die Sicherstellung der Qualität der erbrachten Leistungen verantwortlich zeichnen. Damit wird sichergestellt, dass die älteren Personen mit intensiverem Unterstützungsbedarf nur eine Ansprechperson haben, die sich um sämtliche Versorgungsbelange kümmert und alle für eine wirksame, zweckmässige und wirtschaftliche Betreuung notwendigen Informationen erfasst, aufbereitet und unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Vorgaben bedarfsgerecht den involvierten Leistungserbringern zur Verfügung stellt. Damit wird ein effizientes Schnittstellenmanagement zwischen den verschiedenen Leistungserbringern gewährleistet, das Doppelspurigkeiten und auf nicht indizierte und allfällig zu einseitige pekuniäre Vorteile für einzelne Organisationen ausgerichtete Interventionen und Massnahmen unterbinden hilft.

6 Vorgehen für die Projektrealisierung

1. Entwicklung eines Konzepts für ein regionales INTEGRIERTES ALTERSVERSORGUNGS-NETZWERK (Erarbeiten der notwendigen Grundlagen für die Realisierung eines Pilotprojektes mit operativem Betrieb)
2. Umsetzung des Konzepts im Rahmen eines Pilotprojekts in mindestens einer Modellregion des Kantons Zürich (operative Umsetzung und Testing des Konzepts in der Praxis, bevorzugt im Bezirk Affoltern)
3. Wissenschaftliche Begleitung des Pilotprojekts sowie Anpassung des Konzepts aufgrund der Praxiserfahrungen und der wissenschaftlichen Ergebnisse zwecks Multiplikation in weiteren Regionen

Das mittel- und langfristiges Ziel besteht in der Multiplikation des IAN-Konzepts in verschiedenen Regionen des Kantons Zürich, bzw. in der Schweiz.

7 Wissenschaftliche Begleitung

Grundlage für eine definitive Einführung des Pilotprojektes in der Modellregion und für die angestrebte Konzept-Multiplikation bildet eine fundierte Projektevaluation durch ein unabhängiges und anerkanntes Forschungsinstitut. Der Fokus der Projektevaluation liegt auf folgenden zwei Aspekten:

- Umsetzbarkeit des IAN-Konzepts in der Praxis und Akzeptanz des Konzepts (Machbarkeitsstudie)
- Erzielte Wirkungen u.a. auf den Ebenen Information, Bekanntheitsgrad und Akzeptanz, Gesundheit der Projektteilnehmer, Kosteneinsparungen in gesundheits-, betriebsökonomischer und volkswirtschaftlicher Hinsicht, Zusammenarbeit unter den involvierten Leistungserbringern (Wirkungs-/Outcome-Evaluation)

8 Zeitplan

Vorbereitungsarbeiten: Juni–Dezember 2012 (6 Monate, abgeschlossen)

- Entwicklung Grobkonzept
- Suche und Sichern einer glaubwürdigen Trägerschaft
- Abgleich Grobkonzept mit unabhängigen Experten

Entwicklung Detailkonzept: Januar 2013 – März 2015 (27 Monate)

- Entwicklung Detailkonzept, Businessplan und Instrumente für das Pilotprojekt
- Wahl der Pilotregion, Initiierung und Begleitung des politischen Meinungsbildungsprozesses (bis Ende 2013)
- Entwicklung Evaluationsdesign (bis Juni 2014)
- Sicherstellen der Projektfinanzierung (bis Juli 2014)
- Vertragsverhandlungen/-abschliessung mit involvierten Leistungserbringern und Kostenträgern (bis September 2014)
- Definieren der Aufbau- und Ablauforganisation des IAN-Koordinationszentrums (bis September 2014)
- Vorbereitung der operativen Pilotphase (Suche von Raum, Infrastruktur und Personal) (September 2014-März 2015)

Durchführung Pilotprojekt: April 2015 – März 2017 (24 Monate)

- Realisierung Pilotprojekt gemäss Businessplan
- Etablieren des Kooperationsnetzwerkes in der praktischen Arbeit sowie Ausbau des Netzwerkes
- Individuelle Beratung, Bedarfsbemessung (Assessment) sowie Betreuung/Begleitung der zugewiesenen Senioren und Seniorinnen gemäss IAN-Konzept (geplant ca. 250 Fälle während 2-jähriger Pilotphase)
- Umsetzung des Evaluationskonzepts mit kontinuierlichem Feedback
- Wissenschaftliche Begleitung des Projektes (Evaluationsbericht bis Juni 2017)

9 Finanzierung und Kosten

Bildung einer Kostenträgerschaft aus einem Mix von privaten und öffentlich-rechtlichen Kostenträgern, der neben Pro Senectute Kanton Zürich bzw. ggf. Pro Senectute Schweiz folgende Partner angehören:

- Stiftungen (vor allem während der Entwicklungsphase des Detailkonzepts)
- Bund (BAG, BSV, KTI)

- Kanton Zürich (Gesundheitsdirektion, Sicherheitsdirektion via Lotteriefonds des Kantons Zürich)
- Gemeinden des Modellbezirks (Bezirk Affoltern)
- Krankenkassen (es wird eine Leistungseinkaufergemeinschaft von mindestens drei grösseren Krankenkassen für das Pilotprojekt angestrebt)
- Sponsoren und Investoren

Betreffend Kosten vergleiche beiliegendes Grobbudget. Im Verlaufe des Jahres 2013 wird ein detaillierter Businessplan erstellt.

10 Unterstützung durch Partner

Folgende Organisationen/Unternehmen/Personen haben ihre aktive Mitarbeit für die Projektentwicklung und -realisierung zugesichert:

- Fachhochschule Nordwestschweiz, Prof. Dr. Daniel Oberholzer (Wissenschaftliche Begleitung, Instrumentenentwicklung Qualitätssicherung)
- Activhealth AG, Andreas Lanz (im Auftrag von Pro Senectute Kanton Zürich, Konzeptentwicklung und Projektleitung)
- ICT-Kompetenzpartner, Diartis AG (Fallführungssoftware)
- Spitex Knonaueramt
- Gesundheitsvorständekonferenz (GVK) des Bezirks Affoltern
- Begleitgruppe der Beratungsstelle für Alters- und Gesundheitsfragen des Bezirks Affoltern
- Dr. med. Roland Kunz, Ärztlicher Leiter / Chefarzt Geriatrie und Palliative Care, Bezirksspital Affoltern

Das Projekt wird von mehreren Gemeinderäten der 14 Gemeinden des Bezirks Affoltern persönlich unterstützt. Die Lancierung eines breit angelegten politischen Meinungsbildungsprozesses in allen 14 Gemeinden des Bezirks Affoltern ist grösstenteils abgeschlossen.

Projektwettbewerb 2014: Anmeldeformular

Projektname: SLEEP (Schlafen und liegen in entspannter, ergonomischer Position)		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Rheumaliga Zürich	
Kontaktperson:	Verena Langlotz Kondzic	Funktion: Ergotherapeutin
Telefonnummer:	044 405 45 37	Email: v.langlotz@rheumaliga.ch
Adresse:	Postfach 1320, Badenerstrasse 585, 8048 Zürich	
Organisation 2		
Institut für Ergotherapie, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaft (ZHAW)		
Kontaktperson:	Prof. Christiane Mentrup	Funktion: Leiterin Institut für Ergotherapie
Telefonnummer:	058 934 63 05	Email: ment@zhaw.ch
Adresse:	Technikumstrasse 71, Postfach, 8401 Winterthur	
Organisation 3		
Interessengemeinschaft Richtig Liegen und Schlafen (IG RLS)		
Kontaktperson:	Andreas Santschi	Funktion: Verantwortlicher IG RLS
Telefonnummer:	044 821 90 89	Email: info@ig-rls.ch
Adresse:	Bahnhofstrasse 45, 8600 Dübendorf	
Weitere Beteiligte:		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>Mit dem innovativen Projekt SLEEP (Schlafen und liegen in entspannter, ergonomischer Position) wird eine nachhaltige Gesundheitsversorgung angestrebt. Durch erholsames Liegen und Schlafen wird das Wohlbefinden sowie die Lebensqualität erheblich verbessert und/oder Verschlechterungen des Krankheitszustandes vorgebeugt. Dadurch generieren Betroffene neue Energie für die Bewältigung ihres Alltags und der Krankheit. Uns ist es wichtig, dass Personen, die Bedarf nach Liegeberatung und Bettversorgung haben, eine zufriedenstellende und langfristige Lösung erhalten.</p> <p>Es wurde viel geforscht zum Thema Schlaf aber erstaunlicherweise gibt es nur wenig evidenzbasierte Daten zum Einfluss des ergonomischen Liegens oder zu den Ursachen von Liegebeschwerden. Wir streben mit dem Projekt SLEEP ein sichern, anwenden und verbreiten von Wissen rund um die Liegeversorgung an. Dies bedingt die Zusammenarbeit von Forschung, Beratung, Lehre und Bettversorgung. Gemeinsam mit den zwei Kooperationspartnern, dem Institut für Ergotherapie der Hochschule für Angewandte Wissenschaft (ZHAW) sowie die Interessengemeinschaft Richtig Liegen und Schlafen (IG RLS) arbeitet die Rheumaliga Zürich an diesen Zielen. Dabei stehen immer unsere Zielgruppen Menschen mit und ohne Beschwerden im Fokus.</p>		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Bewertungskriterien der Jury berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2014		
Einsenden an sekretariat@gn2025.ch (PDF / Word-Datei)		

Projektkonzept SLEEP

Projekttitel	SLEEP (S chlafen und l iegen in e ntspannter, e rgonomischer P osition)
Beteiligte	<p>Organisation 1: Rheumaliga Zürich Postfach 1320, Badenerstrasse 585, 8048 Zürich</p> <p>Lilo Furrer (Projektverantwortung) Geschäftsleiterin Rheumaliga Zürich, MBA NPO-Management, Universität Freiburg/Schweiz l.furrer@rheumaliga.ch, Telefon 044 405 45 32</p> <p>Verena Langlotz Kondzic (Projektleitung) Dipl. Ergotherapeutin HF, MAS Gesundheitsförderung u. Prävention v.langlotz@rheumaliga.ch, Telefon 044 405 45 37</p> <p>Organisation 2: Institut für Ergotherapie, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft (ZHAW) Technikumstrasse 71, Postfach, 8401 Winterthur</p> <p>Prof. Christiane Mentrup Leiterin Institut für Ergotherapie ment@zhaw.ch, Telefon 058 934 63 05</p> <p>Organisation 3: Interessengemeinschaft Richtig Liegen und Schlafen (IG RLS) Bahnhofstrasse 45, 8600 Dübendorf</p> <p>Andreas Santschi Verantwortlicher IG RLS info@ig-rls.ch , Telefon 044 821 90 89</p>

Projekt SLEEP

Ausgangslage	<p>Die Rheumaliga Zürich ist ein Verein, welcher gemeinsam mit der Dachorganisation Rheumaliga Schweiz zum Ziel hat, gesunde Personen durch Prävention und Information dabei zu unterstützen, ihre Gesundheit zu erhalten. Menschen mit eingeschränkter Gesundheit werden mit medizinischen, therapeutischen, sozialen und präventiven Massnahmen unterstützt. Die Rheumaliga Zürich wird vermehrt von Rheumabetroffenen angefragt, sie bei Fragen rund ums Liegen und Schlafen sowie beim Neukauf von Betten zu unterstützen. Zum Teil haben die Anfragenden schon durchschnittlich in zwei teure Bettsysteme investiert, ohne eine Lösung gefunden zu haben. Die Betroffenen fühlen sich unsicher, verärgert und hilflos den vielen Informationen des Bettenwer-</p>
---------------------	--

bemerktes ausgeliefert. Nur an wenigen Orten wird lösungsorientiert beraten. Es gibt keine neutrale Stelle, welche ohne Verkaufsabsicht Menschen zu diesem Thema fundiert informiert und doch sind alle Menschen davon betroffen, denn jeder Mensch verbringt ca. einen Drittel seines Lebens im Bett.

Patientennutzen, Vernetzung, Innovation

Es wurde viel geforscht zum Thema Schlaf aber erstaunlicherweise gibt es nur wenig evidenzbasierte Daten zum Einfluss des ergonomischen Liegens oder zu den Ursachen von Liegebeschwerden. Momentan gibt es nur wenige Fachleute aus dem Gesundheitsbereich, welche sich intensiv mit diesem Thema und vor allem den ergonomischen Beratungskriterien auseinandersetzen. Bei der ergotherapeutischen Beratung der **Rheumaliga Zürich** wird aktuell viel empirisches Wissen angewendet. Es zeigt sich wiederholt, dass mit einer individuell optimierten Bettenversorgung vielen Menschen mit belasteter Gesundheit grosse Unterstützung geboten werden kann. Durch erholsames Liegen und Schlafen wird das Wohlbefinden sowie die Lebensqualität erheblich verbessert und/oder Verschlechterungen des Krankheitszustandes vorgebeugt. Ebenso generieren Betroffene neue Energie für die Bewältigung ihres Alltags und der Krankheit. Ein besonderes Augenmerk während der Beratung liegt in der Ursachensuche des Problems. Oft ist es empfehlenswert, neben einem neuen Bettsystem, weitere unterstützende Massnahmen einzuleiten, wie z.B. den Besuch eines Bewegungskurses oder eine Arbeitsplatzabklärung.

Ein grosser Bedarf nach verlässlichen Kriterien bei der Liegeberatung besteht, da viele Fachleute dem Bettenangebot genauso ratlos gegenüberstehen wie die Betroffenen selbst. So könnten neben Ärztinnen und Ärzten auch Fachleute der Ergo- und Physiotherapie, Chiropraktik, Osteopathie sowie Pflegefachleute das neue Wissen in ihre Arbeit miteinbringen.

Neben dem Liegewissen spielt auch die Bettversorgung eine grosse Rolle. Einerseits verfügen auf Bettenberatung Spezialisierte oft nicht über die nötige Kompetenz, Menschen mit Beschwerden zu beraten. Andererseits ist es ernüchternd zu sehen, dass sich sehr wenige Bettsysteme auf dem Markt an die von Natur aus unterschiedlichen anatomischen Gegebenheiten der Menschen anpassen lassen. Der Bettenmarkt scheint sich an der Grosszahl der Menschen ohne Beschwerden zu orientieren, welche auf ganz unterschiedlichen Unterlagen ohne Beschwerden liegen können. Oft bestimmt die Werbeabteilung über Veränderungen oder sogenannte Verbesserung eines Produkts. Es gibt allerdings auch bei einigen der Bettenfachberatenden ein Umdenken, welches sich in der Gründung der **Interessengemeinschaft Richtig Liegen und Schlafen (IG RLS)** niederschlägt. Durch eine intensive Grundausbildung und regelmässigen Weiterbildungen bieten die dreissig Mitglieder Schlaf- und Liegeberatungen auf hohem Niveau an. Dies geht so weit, dass sich alle IG RLS-Mitglieder verpflichten, ein bei ihnen gekauftes Bett innerhalb von 10 Wochen zum vollen Kaufpreis zurückzunehmen, sollte der Kunde nicht zufrieden sein. Dies vermindert das Risiko eines Fehlkaufs und garantiert eine jahrelange Begleitung durch Fachberaterinnen und Fachberater. Weder die IG RLS noch deren Mitglieder sind von einem Hersteller abhängig oder in irgendeiner Weise vertraglich an ihn gebunden.

Das Projekt stiess insbesondere bei der Berufsgruppe der Ergotherapie auf grosses Interesse. Der Berufsverband wie auch die Stiftung für Ergotherapie unterstützen dieses Vorhaben entweder finanziell oder ideell. Mit **dem Institut für Ergotherapie** im Departement Gesundheit der **Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft (ZHAW)** in Winterthur findet bereits eine Zusammenarbeit im Bereich der Forschung statt. Eine Ausweitung im Bereich der Aus- und Weiterbildung ist geplant.

Die drei am Projekt Beteiligten bieten optimale Rahmenbedingungen, um als führende Organisationen gemeinsam ganzheitliche Lösungen bei Liegebeschwerden und Bettversorgungsproblemen anzustossen und dadurch die Gesundheitsversorgung zu verbessern.

Ablauf Liegeberatung

Der detaillierte Ablauf der Liegeberatung ist auf einem Flow-Chart festgehalten. Dieses kann bei Bedarf im Anhang 1 eingesehen werden.

Intendierte Wirkung

Vision

Gesunde, rheuma- und schmerz betroffene Menschen in der Schweiz erhalten eine auf sie angepasste Liegeversorgung.

Ziele

1. Das Wissen rund um die Liegeversorgung ist gesichert:
 - 1.1. Das jetzige Wissen (empirisch und evidenzbasiert) ist gesammelt und verdichtet.
 - 1.2. Lücken im Wissen werden in Zusammenarbeit mit externen Partnerinnen und Partnern erforscht und weitere Pläne für die Schliessung der Lücken sind erarbeitet.
 - 1.3. Das aktuellste Wissen steht interessierten Gesundheitsfachpersonen zur Nutzung zur Verfügung.
 - 1.4. Mit oder durch die Hilfe externer Partnerinnen und Partnern sind aktuelle Informationen zu Liegewissen und Bettenmarkt für alle Interessierten zugänglich.
2. Ein Netzwerk mit Gesundheitsfachleuten ist aufgebaut:
 - 2.1. Ein Netzwerk von Gesundheitsfachleuten unter der Koordination der Rheumaliga nimmt sich dem Thema Liegeversorgung an und verbreitet aktiv das gesicherte Wissen.
 - 2.2. Das gesicherte Wissen fliesst in die Weiterbildung und wenn möglich auch in die Ausbildung der Gesundheitsberufe ein.
3. Die Bettenversorgung ist gesichert und unterstützt die Betroffenen:
 - 3.1. Ein Netzwerk mit kompetenten und auf die Bettenberatung und -versorgung spezialisierten Fachleuten ist aufgebaut.
 - 3.2. Die Rheumaliga vertritt gemeinsam mit Betroffenen die Interessen und Bedürfnisse bei Herstellern von Bettsystemen und hilft mit, das aktuelle Wissen bei der Entwicklung von neuen Produkten mit einfließen zu lassen.

3.3 Im Kanton Zürich lebende Betroffene, welche über wenig finanzielle Mittel verfügen, erhalten nach fachlicher Abklärung durch die Rheumaliga Zürich rasch und unkompliziert finanzielle Unterstützung.

Wirksamkeit

Unter Anhang 2 ist das Wirkungsmodell des Projektes SLEEP ersichtlich.

Settings und Zielgruppe

Settings (in denen Wirkungen erzeugt werden sollen)

Gesundheits- und Sozialsystem

Anspruchsgruppen des Settings

Vorstand Rheumaliga Zürich

Zielgruppe

Menschen mit rheumatisch bedingten Beschwerden, Rückenproblemen und schmerzbedingten Leiden.
In der Schweiz lebende Menschen ohne Beschwerden (Primärprävention und Gesundheitsförderung).

Umsetzung

Zeitlicher Rahmen

Im November 2012 wurde mit der Planung begonnen. Offiziell wurde das Projekt jedoch erst Anfang 2013 gestartet. Dies ist finanziell möglich, da die Rheumaliga Zürich personelle Eigenleistungen des Projekts übernimmt. Das Ende des Projekts ist auf Dezember 2014 gelegt.

Erste Phase 2013:

Der Schwerpunkt liegt beim Erarbeiten des Wissens und der Kontaktaufnahme mit den relevanten Schlüsselpersonen.

Zweite Phase 2014:

Der Schwerpunkt in der zweiten Phase liegt in der Verbreitung des Wissens und der Gründung oder Stärkung der Netzwerke.

Die Meilensteine sind jeweils auf das Ende eines Quartals gelegt. Die Überprüfung erfolgt anhand des Projektplans. Bei Bedarf wird die Planung angepasst. Falls erwünscht, kann der Meilensteinbericht 2013 eingefordert werden.

Ressourcen

Sachaufwand

Literaturrecherche ZHAW: CHF 5'184

Bettmaterial (Probematerial): CHF 8'000

Grundeinlage Unterstützungsfonds Kanton Zürich: CHF 50'000

Der Infrastrukturaufwand wie Material, Druckkosten, Telefonkosten, Büromaterial, Fachliteratur sowie die Miete der Räumlichkeiten im Wert von total CHF 5'000 wird von der Rheumaliga Zürich getragen.

Personeller Aufwand

Der personelle Aufwand beträgt ca. 880 h über zwei Jahre gesehen. Dies entspricht ungefähr einer 20% Stelle. Bei einem Stundenlohn von CHF 60 ergibt dies Lohnkosten von CHF 52'800.

Die Rheumaliga Zürich wird die Hälfte der Stunden also 440 h = CHF 26'400 selber tragen.

Betriebskosten

Langfristig wird sich die Liegeberatung wie folgt finanzieren:
IV- und AHV-Beziehende mit Anspruch auf Zusatzleistungen sowie Sozialhilfeempfangende erhalten unsere Dienstleistung kostenlos (Kostendeckung durch Gelder der Rheumaliga Zürich und Stiftungen, Fonds). Finanziell gut situierte Interessierte sind selbstzahlend, d.h. die Dienstleistung ist in diesem Fall kostendeckend.

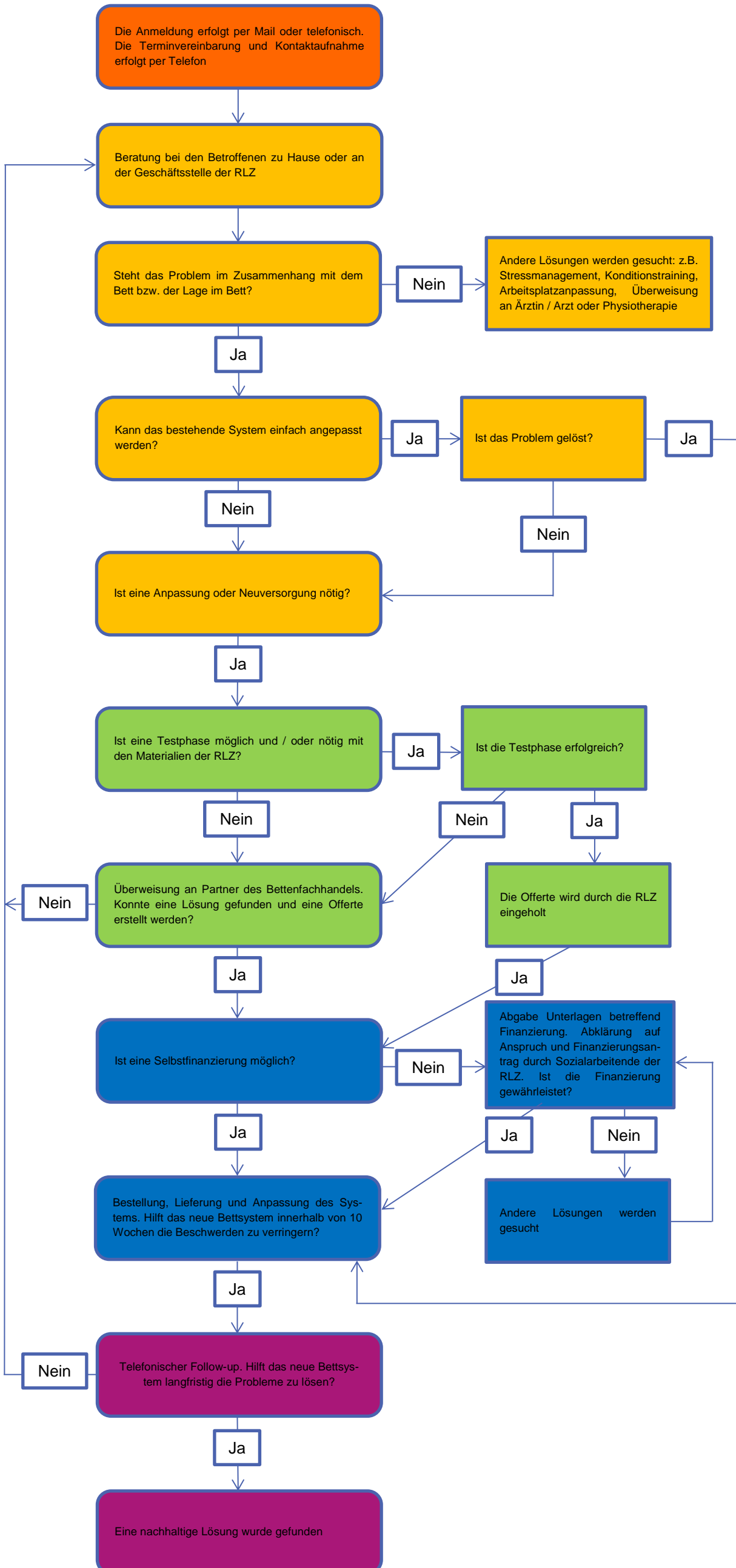
Fehlende finanzielle Mittel werden hauptsächlich mittels Gesuche an Fonds und Stiftungen ausgeglichen.

Valorisierung

Know-how Transfer

Die Verbreitung und Nutzbarmachung der gemachten Informationen ist Teil des Projekts. Dies erfolgt durch die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsfachpersonen sowie von Bettenberaterinnen und Beratern und Öffentlichkeitsarbeit in Form von Informationsveranstaltungen und Informationsmaterial in schriftlicher Form. Zusätzlich werden die Ergebnisse am Schluss in einem Abschlussbericht öffentlich zugänglich gemacht.

Liegeberatung Rheumaliga Zürich (RLZ)



Die Anmeldung erfolgt durch

- Ärztinnen und Ärzte
- Therapeutinnen und Therapeuten
- Betroffene selber
- Pro Infirmis
- NPOs
- Gesundheitsligen

Ablauf der Liegeberatung

- Anamnese
- Analyse Körperkonstitution in Bezug auf die Bettentypen
- Erfassung der Schlafqualität und Beschwerden mittels VAS
- Vermitteln von Wissen (Anatomie, Bettsysteme, Schlafhygiene)
- Empfehlung unterstützender Massnahmen
- Analyse Bett und Umgebungsfaktoren
- Hypothesenbildung
- Evtl. Anpassung Bett
- Probe Lagerungsmaterialien
- Bericht und Prozedere

Einfache Anpassungen

- Latten entfernen
- Latten drehen
- Konturierung unter der Matratze
- Kissen
- Auflagen

Häufigkeit der Beratung

Bis zur Lösungsfindung, können eine bis ca. drei Beratungen stattfinden. Die Erstberatung dauert ca. 1,5 Stunden. Die darauffolgenden Beratung zwischen 45 min. bis zu 1 Stunde.

Bettmaterialien der RLZ

- Diverse Nackenkissen
- Lagerungskissen
- Viscoelastische Matratzenauflagen
- Diverse einstellbare Matratzen
- Diverse einstellbare Bettroste

Unsere Bettmaterialien sind einerseits kostengünstig und lassen sich andererseits durch nur eine Person transportieren.

Partner des Bettenfachhandels

Unsere Partner bieten unseren Klientinnen und Klienten spezielle Konditionen an (Geld zurück Garantie, Umtausch, Probe etc.) und verfügen über ein fundiertes anatomisches Fachwissen. Sie bieten vor allem adaptierbare Bettsysteme an. Diese lassen sich langfristig immer wieder an die Bedürfnisse der Kundinnen und Kunden anpassen. Ebenfalls Teil des Kaufpreises ist eine jahrelange Begleitung / Beratung. Aus diesem Grund haben die Versorgungen durch diese Partner ihren Preis.

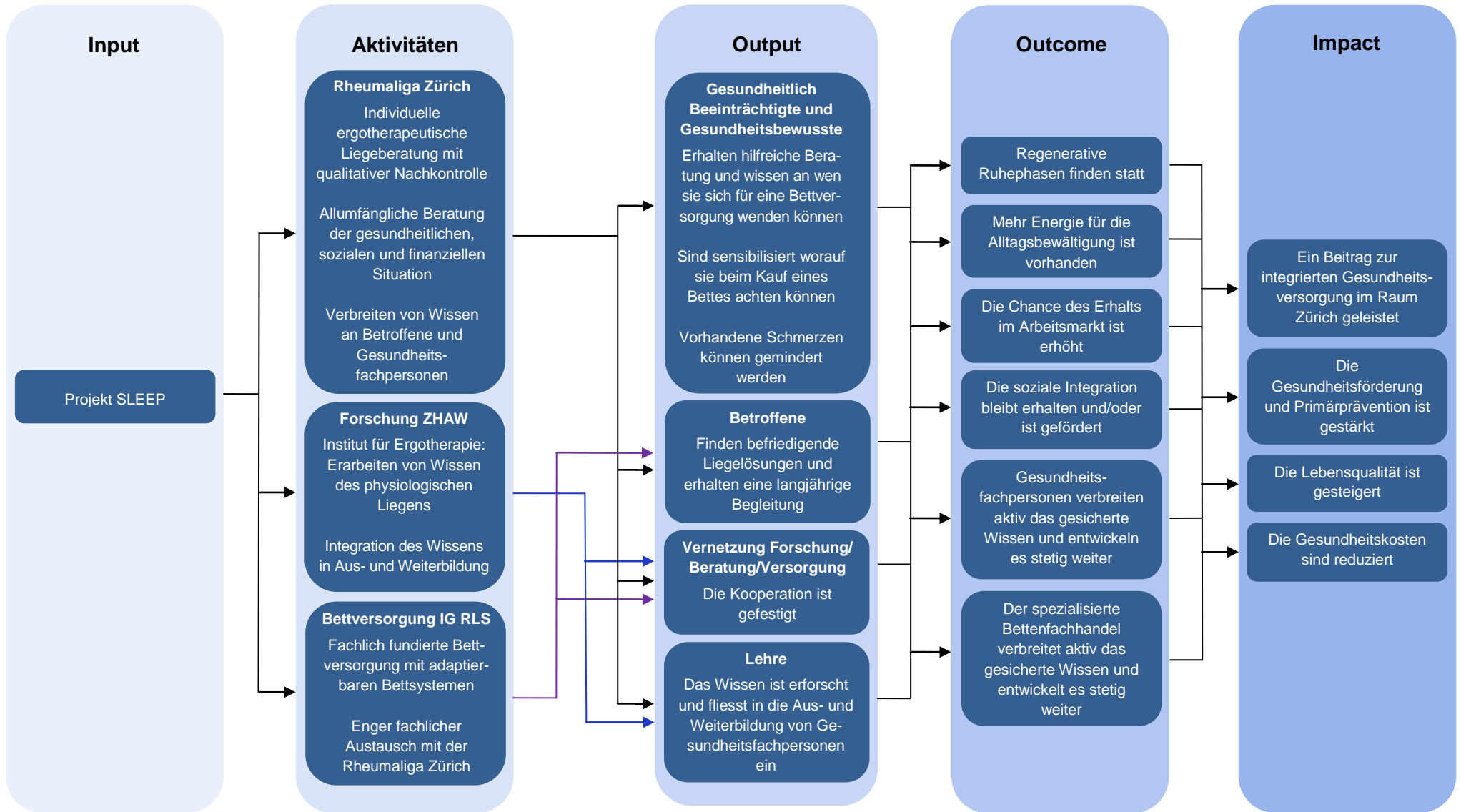
Finanzanträge RLZ

- IV Bezügerinnen und Bezüger: Pro Infirmis FLB
- Rentnerinnen und Rentner: Pro Senectute FLA
- Andere: Interner Fond
- Selbstbehalt von ca. 10%

Qualitätskontrolle:

- 3, 6 und 12 Monate nach der Versorgung per Telefon
- Befragung der Schlafqualität und Beschwerden mit einer 10 VAS Skala
- Allgemeine Befragung

Wirkungsmodell Projekt SLEEP (Schlafen und liegen in entspannter, ergonomischer Position)



Projektwettbewerb 2014: Anmeldeformular

Projektname: SOZUP		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Verein zuerichsozial	
Kontaktperson:	Adrian Fischer	Funktion: Projektleitung
Telefonnummer:	079 694 74 06	Email: adrianfischer@hotmail.com
Adresse:	Wasserwerkstr. 42, 8006 Zürich	
Weitere Beteiligte: in Abklärung		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
Produkt		
<p>Das Produkt ist eine mobile Applikation (App) mit dem Produktnamen SOZUP. Damit wird eine besser strukturierte Form der Zusammenarbeit erreicht. Damit verstärkt sich die Beziehung zwischen Beratern und Beraterinnen von Institutionen sowie KlientInnen des Sozialdepartements oder anderen Institutionen der Sozialhilfe. Dies wird ermöglicht durch die Benutzung einer gemeinsamen Plattform, die jederzeit via Internet und/oder ein Smartphone eingesehen und aktualisiert werden kann.</p> <p>Die App wird über eine Internet-Seite geladen und vereinfacht die Arbeitsbeziehung von Klienten/innen und Berufsleuten.</p> <p>Die gemeinsame Plattform funktioniert mit einer einfachen und klar aufgebauten Struktur. Dies ist vergleichbar mit dem Führen einer multifunktionalen Agenda in elektronischer Form. Damit können nicht nur Termine fixiert und mit Prioritäten versehen werden, sondern auch der Stand der Erledigung von Aufgaben oder allenfalls aufgetretene Hindernisse angemerkt werden.</p> <p>Folgende Features sind geplant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsam festgelegte Behandlungs- oder Beratungsziele (Grobziele) • To-Do-Liste für Klientinnen als auch für Beratende (Handlungsziele) • Teilbarer Planer (sowohl KlientIn als auch beratende Person können Termine im Planer eingeben) • Trainingsfunktion (falls regelmässig Handlungen zu vollziehen sind, die nachvollziehbar sein sollen) • Erinnerungsfunktion für Termine: z.B. Arzttermine, Medikamenteneinnahme, Wohnungsbesichtigung, Arbeitsintegration, etc. • Chat-Funktion (KlientIn und Berater können online einfache Fragen schnell klären) • Für Klienten sichtbare freie Sprechstundenzeiten • Kontakt-Daten die zum jeweiligen Behandlungssetting gehören • Zugriff auf Adresslisten aller wichtigen Institutionen in der Region / Schweiz <p>Zielgruppe Zielgruppen sind Fachpersonen der sozialen Hilfe und anspruchsberechtigte Personen aus der Stadt Zürich und Umgebung.</p>		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Bewertungskriterien der Jury berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2014		
Einsenden an sekretariat@gn2025.ch (PDF / Word-Datei)		

GN2025 Projekteingabe 2014

Projekt: SOZUP

Projektbeteiligte: Janine Burger, Leila El Hakim, Adrian Fischer (Verein 'zuerichsozial')

Anhang: Bilder vom App

Kriterien

1. Patientennutzen	Verbesserung der Behandlung (z. B. Patientenorientierung, Behandlungskontinuität) Steigerung von Gesundheit, Wohlbefinden, Lebensqualität Stärkung der Gesundheitskompetenzen (z. B. Mitwirkung, Patientenbildung) Verbesserung der Zugänglichkeit (z. B. Angebot, Kommunikation, Information) Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit
---------------------------	--

In der Zusammenarbeit von Klientinnen und Klienten mit Sozialarbeiterinnen, Case Managern oder Betreuern gibt es Stolpersteine, die vielfach die Kommunikation und die schnelle Lösung von Problemen erschweren. Dies geschieht beispielsweise aus folgenden Gründen:

- Nicht alle abgemachten Termine finden tatsächlich statt.
- Die KlientInnen erscheinen unpünktlich oder gar nicht (compliance).
- Unterlagen, die zu bearbeiten wären, fehlen oder sind nur teilweise vorhanden.
- Telefonisch vereinbarte Abmachungen sind schriftlich nicht festgehalten, gehen vergessen.
- Die Sozialberatenden sind nicht verfügbar, in den Ferien oder in Sitzungen.
- Die KlientInnen müssen weite Wege zurück legen.
- Bei komplexen Fällen existiert keine zentrale Datenverwaltung (Ferienvertretung, Fallübernahme, Controlling).

Unsere Web-Applikation, die für Computer und Smartphone ausgelegt ist, vermindert diese negativen Kosten, die in professionellen sozialen Beziehungen häufig auftreten.

Wie eine App kann sie auf dem Telefon angesteuert werden und ermöglicht den KlientInnen Kontrolle über ihre Aufgaben und nächsten Schritte und fördert durch einen einfachen und schnellen Kontakt die Beziehungsgestaltung mit den betreuenden Personen. Diese wiederum können sich, ohne Termine oder Telefonate abwarten zu müssen, über den Stand der abgemachten Aufgaben oder allfällige Verzögerungen online informieren.

In einer optionalen Variante sind auch Ärzteschaft und PatientInnen in ähnlicher Weise vernetzt, insbesondere, wenn es um Rehabilitation oder Medikamenteneinnahme geht.

2. Vernetzung	Neue Zusammenarbeit von verschiedenen Organisationen, Sektoren, Berufsgruppen Neue Versorgungsmodelle und Behandlungsprozesse Bessere Integration und Koordination Erhöhte Verbindlichkeit und Kontinuität Einbindung wichtigster Akteure (inkl. Betroffene und Angehörige)
----------------------	---

Der Verein 'zuerichsozial.ch' konstituiert sich aus Berufsleuten aus Pflege und Betreuung und möchte die Zusammenarbeit zwischen KlientInnen und Berufsleuten aus verschiedenen Feldern der sozialen Arbeit verbessern.

Durch die Kombination von Erfahrung im sozialen und pflegerischen Berufsalltag sowie persönlicher Initiative und professioneller Offenheit legen wir eine Grundlage für die Umsetzung von zeitgemässen Ideen.

Eine Bedarfserhebung bei verschiedenen Playern der sozialen Arbeit im Raume Zürich erlaubt uns eine Einschätzung des Marktes.

In Zusammenarbeit mit Hochschulen, Institutionen, Firmen, Vereinen und Privatpersonen möchten wir die soziale Arbeit und die damit verbundenen Kommunikationswege optimieren und die wichtige gesellschaftliche Aufgabe von Befähigung und Integration unterstützen.

Wir sind daher mit öffentlichen und privaten Institutionen im Kontakt, die mit unserem Produkt einen Pilot-Versuch durchführen möchten.

In diesen Kooperationen werden sich die Features unseres Tools auf die jeweilige Institution ausrichten und so eine spezifische Anwendung ermöglichen.

So ist beispielsweise denkbar, dass eine Sozialfirma, die sich mit Reintegration von Jugendlichen in den ersten oder zweiten Arbeitsmarkt befasst, einen erhöhten Bedarf an unserem Tool aufweist.

Durch die Verwendung des Tools von beiden Seiten - den KlientInnen und den Betreuenden - ist eine optimale Abstimmung der abgemachten Ziele und nächsten Schritte möglich. Ebenfalls sind jederzeit der Stand der Dinge oder aktuelle neue Aufgaben in der App ersichtlich.

Durch die in Echtzeit abrufbaren Informationen und Einträge kann die Zuverlässigkeit der Beratung erhöht und eine verbesserte Compliance angestrebt werden.

Die sozialarbeiterische Beziehung hat dabei nach wie vor einen hohen Stellenwert, findet aber nur dann face-to-face statt, wenn es um die Auftragsklärung, um Zieldefinition und Meilensteine geht. Einzelne Termine, deren Informationsgehalt auch online oder weitere Teilschritte, die selbständig ausgeführt werden können, fallen dabei weg und erhöhen die Zeitressourcen der betreuenden Person.

Je nach Institution fördert die Steigerung der Compliance auch die Employability, die ebenfalls mit unserem Tool gut unterstützt und ausgewiesen werden kann.

Die Funktionsweise und Effektivität im Bereich 'social interface' ist mit unserem Tool für wissenschaftliche Untersuchungen gut geeignet. Dazu kann eine Zusammenarbeit mit Hochschulen der Sozialen Arbeit aber auch des Ingenieurwesens und der Informatik genauere Aussagen liefern.

3. Innovation	Innovationsgehalt (inkl. Einsatz IT, neue Medien) Wirkungskraft auf das Gesundheitssystem Reproduzierbarkeit und Verbreitungspotential Dokumentation und / oder Evaluation Nachhaltigkeit und Wirkungsmanagement
----------------------	---

Die Bemühungen unseres Vereins für die Etablierung der hier beschriebenen App stützen sich auf die zunehmende Verbreitung von Smartphones. Es ist davon auszugehen, dass diese auch im Bereich der sozialen Arbeit immer häufiger Verwendung finden. Schon heute sind sie von vielen Sozialdiensten im Grundbedarf eingeschlossen.

Das Produkt ist eine Web-Applikation (App) mit dem Produktnamen SOZUP. Damit wird eine besser strukturierte Form der Zusammenarbeit erreicht. Damit verstärkt sich die Beziehung zwischen Beratern und Beraterinnen von Institutionen sowie KlientInnen des Sozialdepartements oder anderen Institutionen der Sozialhilfe. Dies wird ermöglicht durch die Benutzung einer gemeinsamen Plattform, die jederzeit via Internet und/oder ein Smartphone eingesehen und aktualisiert werden kann.

Die App wird über eine Web-Seite geladen und vereinfacht die Arbeitsbeziehung von Klienten/innen und Berufsleuten. Die gemeinsame Plattform funktioniert mit einer einfachen und klar aufgebauten Struktur. Dies ist vergleichbar mit dem Führen einer multifunktionalen Agenda in elektronischer Form. Damit können nicht nur Termine fixiert und mit Prioritäten versehen werden, sondern auch der Stand der Erledigung von Aufgaben oder allenfalls aufgetretene Hindernisse angemerkt werden.

Speziell ist hier, dass nicht nur die Profis der sozialen Arbeit, sondern auch die KlientInnen selbst das Planungs- und Trainingstool nutzen und verändern können.

Folgende Features sind geplant:

1. Gemeinsam festgelegte Behandlungs- oder Beratungsziele (Grobziele)
2. To-Do-Liste für Klientinnen als auch für Beratende (Handlungsziele)
3. Teilbarer Planer (sowohl KlientIn als auch beratende Person können Termine im Planer eingeben)
4. Trainingsfunktion (falls regelmässig Handlungen zu vollziehen sind, die nachvollziehbar sein sollen)
5. Erinnerungsfunktion für Termine: z.B. Arzttermine, Medikamenteneinnahme, Wohnungsbesichtigung, Arbeitsintegration, etc.
6. Chat-Funktion (KlientIn und Berater können online einfache Fragen schnell klären)
7. Für Klienten sichtbare freie Sprechstundenzeiten
8. Kontakt-Daten, die zum jeweiligen Behandlungssetting gehören
9. Zugriff auf Adresslisten aller wichtigen Institutionen in der Region / Schweiz

Die Web-Applikation wird für Mac und Windows entwickelt.

4. Effizienz	Wirksamkeit (z. B. Wirkungsmodell) Wirtschaftlichkeit (z. B. wissenschaftliche Evidenz) Verbesserung von Transparenz, Prozessen, Strukturen, Anreizen, Qualität Optimaler Einsatz von Ressourcen (z. B. Skill-Mix), neue Ressourcen (z. B. Freiwillige)
---------------------	---

Chancen

- SOZUP erhöht die Kontinuität und verbessert die Zusammenarbeit der Sozialarbeitenden mit den Klientinnen und Klienten. Die Nutzung eines gemeinsamen Planers soll zu einer Optimierung des Arbeitsverhältnis' sowohl für die beratende Person als auch für die zu betreuende Person führen. Die gesamte Dauer von einer Betreuungs- oder Beratungszeit kann so vereinfacht, konkretisiert und verkürzt werden.
- Zusätzlich zu allen bekannten Applikationen stellt SOZUP eine *mehrdirektionale* Plattform dar, d.h. sowohl Beratende als auch beratene Personen haben Zugriff auf die gemeinsam bewirtschafteten Informationen und können sich darüber online austauschen. Damit ist der Verlauf der Beziehung und der besprochenen Ziele jederzeit transparent beeinflussbar und in Echtzeit nachzuverfolgen.

Präsupponierte Effizienz-/Effektivitäts- Steigerung mit unserem Tool in folgenden zwei Projekten (beispielhaft):

a)

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften: Projekte Ambulant pflegegeleitetes Schulungsprogramm für Patienten mit einer diabetischen Fussulzeration

Die randomisiert kontrollierte Studie, welche im Grossraum Zürich stattfindet bietet für Personen in der Interventionsgruppe zusätzliche Schulung, individuelles Fertigkeitentraining und Beratung an. Pflegeexpertinnen-APN (Advanced practice nurses) führen die Interventionen bei den Betroffenen zuhause durch und begleiten sie beratend während einem Jahr. Als Ergebnis werden eine tiefere Rehospitalisationsrate sowie weniger neu auftretende diabetischen Fussulzerationen erwartet.

http://www.zhaw.ch/fileadmin/php_includes/popup/projekt-detail.php?projektnr=891

b)

Proitera

Betriebliche Sozialberatung, Coaching, Organisationsberatung

**Wir lösen Probleme, zeigen Wege
und vermitteln Perspektiven.**

Persönlich, effizient, erfolgreich.
Für Firmen und ihre Mitarbeitenden.

Die Online-Plattform von Proitera bietet zwei Tools, damit Beratungssuchende in einem geschützten Bereich mit Proitera kommunizieren können.

- Die E-Mail-Beratung wickeln wir über ein eigenes, hochsicheres Mail-System ab, auf das nur die Sozialarbeiter/-innen und die Beratungssuchenden selbst Zugriff haben.
- Mit dem Online-Chat hat Proitera bereits den nächsten Schritt in Richtung flexibler Beratung und Begleitung lanciert. Termine für einen Chat können online gebucht werden. Auch hier verläuft die Kommunikation über eine geschützte Internetverbindung.

https://proitera.ch/obera/htdocs/index.php?cmd=pre_welcome

5. Umsetzung	Projektstatus (inkl. Umsetzungschance, Abbruchrisiko) Projektorganisation und Projektmanagement Kosten und Finanzierung bzw. Finanzierbarkeit
---------------------	---

Risiken

- Die hier geschilderte Applikation kann ihren Nutzen nur dann entfalten, wenn sie als Ergänzung für professionelle und wertschätzende Kommunikation eingesetzt wird. Sind mit der Verwendung dieser App einseitig Erwartungen auf Ressourcenminimierung ohne Leistungsverbesserung verbunden, muss deren sinnvolle Anwendung in Frage gestellt werden.
- Bei der gemeinsamen Nutzung von Daten, Abmachungen und persönlichen Informationen ist der Bedarf an Datenschutz und -sicherheit hoch. Die Applikation wird nur mit ausdrücklichem Einverständnis der Beteiligten eingesetzt. Es dürfen keine Daten von Dritten ohne explizite Erlaubnis der in der Beratung involvierten Personen ersichtlich sein. Aus diesem Grund sind spezielle Massnahmen von Anonymisierung und Verschlüsselung der App zugrunde gelegt, so dass für unbefugte Dritte keine Informationen zugreifbar sind.

3 Finanzierungsarten

A) Es wird bezahlt für den Zugang zur Website, ähnlich wie bei www.ebalance.ch. Z.B. 70.-Fr für 3 Monate. (Pay-Website)

Beispielsweise 3 Institutionen im sozialen Bereich:

1. *Beratende Notschlafstelle:*

10 Klienten x 70.- = 700.- alle drei Monate; 2800.- pro Jahr

2. *Netz2:*

8 Case Manager mit je 5 Klienten = 2800.- alle drei Monate = 11200.- pro Jahr

3. *www.vapp.ch:*

22 Pflegefachleute mit je 4 Klienten = 6160.- = 24640 pro Jahr

Total: 38640.- / 138 Klienten pro Jahr

B) Vereinsmitgliedschaft im Verein 'zuerichsozial'. Man kann mit gewissen Qualifikationen Mitglied werden und bezahlt einen Jahresbeitrag, der die anfallenden Kosten mitträgt. Dafür kann jedes Vereinsmitglied die App SOZUP nutzen.

C) Auf der Internetseite von 'zuerichsozial' können Institutionen aus dem sozialen Bereich Werbung schalten und bezahlen dafür.

Links: <http://www.webmaster-zentrale.de/marketing/geld-verdienen/finanzierung-einer-website/>

Projektwettbewerb 2014: Anmeldeformular

Projektname: SPICA		
Nachhaltige Bewegungsaktivierung von Senioren durch individuelles, betreutes und langfristiges Aufbautraining zur Erhaltung der Selbstständigkeit und der damit verbundenen Lebensqualität		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	CarefitMTT	
Kontaktperson:	Martin Gsponer	Funktion: Geschäftsführer/ Projektverantwortlicher SPICA
Telefonnummer:	044 716 60 50	Email: martin.gsponer@carefitmtt.ch
Adresse:	Grütstrasse 60 8802 Kilchberg	
Organisation 2		
Spitex Zürich Limmat		
Kontaktperson:	Christina Brunnschweiler	Funktion: CEO
Telefonnummer:	058 404 47 30	Email: christina.brunnschweiler@spitex-zuerich.ch
Adresse:	Nordstrasse 20 8006 Zürich	
Organisation 3		
Ambulante Herzrehabilitation Zürich		
Kontaktperson:	Dr. med. Lorenz Felder	Funktion: Leitender Arzt
Telefonnummer:	044 716 60 46	Email: ahzfelder@bluwin.ch
Adresse:	Grütstrasse 60 8802 Kilchberg	
Weitere Beteiligte: Maja Marquart, Projektleitung		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>In der CH leben immer mehr Menschen immer länger. Die positiven Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf die Gesundheit sind gut erforscht und wissenschaftlich belegt. Ziel des Projekts SPICA ist die Erstellung von Pfaden zur Aktivierung der Zielgruppe und eine dreijährige Begleitung der nachhaltigen Umsetzung des Bewegungsprogramms.</p> <p>SPICA ist ein gemeinsames Projekt von Spitex ZH Limmat und CarefitMTT in Zusammenarbeit mit der Fachstelle für präventive Beratungen der Gesundheitsdienste der Stadt Zürich.</p> <p>SPICA ist ein Programm zur Aktivierung für Senioren, die aus verschiedenen Gründen inaktiv sind. Spitex und Arztpraxen (z.B: Medix) melden die Teilnehmenden für ein therapeutisch betreutes Aufbautraining an. Die Teilnahme und die Fortschritte werden überprüft und dokumentiert. Das ganze Trainingsprogramm dauert 3 Jahre. Nach Beendigung des Programms werden die Pfade, die Aktivierung der Zielgruppe und die Nachhaltigkeit der Anwendungen im Alltag überprüft.</p> <p>Die Pfade zur Aktivierung der Zielgruppe sind erstellt und die erste Phase der Aktivierung ist abgeschlossen. 80 Teilnehmer konnten bisher im Programm aufgenommen werden und nehmen regelmässig am Bewegungsprogramm teil.</p>		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Bewertungskriterien der Jury berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2014		
Einsenden an sekretariat@gn2025.ch (PDF / Word-Datei)		

Spica

Ein gemeinsames Projekt der Spitex Zürich
Limmat und von CarefitMTT

31.3.2014

Einleitung

In der Schweiz leben immer mehr Menschen immer länger. Der Anteil der älteren Menschen gemessen an der Gesamtbevölkerung wächst.

- Altersquotient 2005: 1 ältere Person / 4 Erwerbstätige
- Altersquotient 2030: 1 ältere Person / 2 Erwerbstätige

Dies hat beträchtliche Auswirkungen auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zur Folge. Zwischen 1995 und 2005 erhöhten sich die Kosten der Alters- und Pflegeheime sowie der Spitex-Dienste real um mehr als 45%. Damit sind diese Kosten schneller gewachsen als jene für das gesamte Gesundheitswesen.

Es ist also für die Gesellschaft wichtig, dass möglichst viele Menschen gesund alt werden.

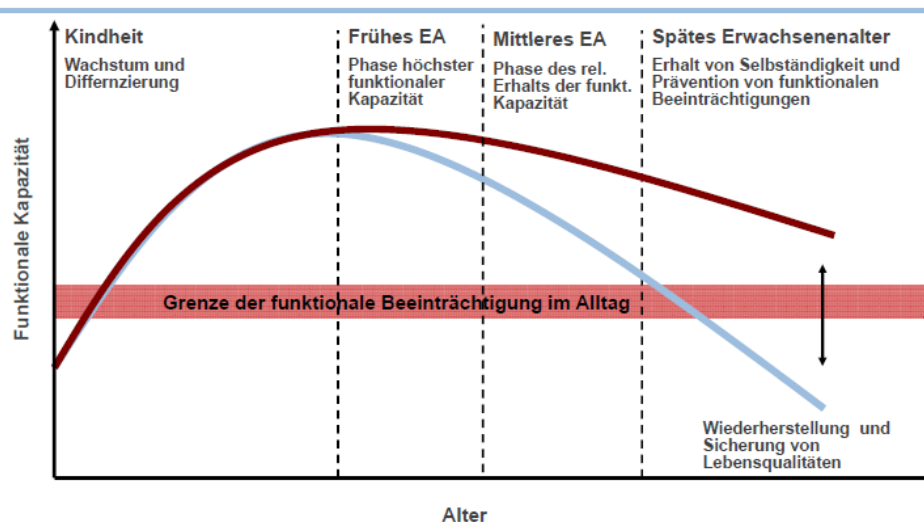
Die positiven Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf die Gesundheit in jedem Lebensalter und unabhängig vom Gesundheitszustand sind unbestritten.

Auch für gesundes Altern und Wohlbefinden ist regelmässige Bewegung eine wichtige Voraussetzung. Gesundheit im Alter bedeutet Erhalt der Selbstständigkeit und ist die Voraussetzung für die möglichst lange Führung eines eigenverantwortlichen Lebens in Unabhängigkeit. Gesundheit im Alter bedeutet die Verlängerung der gesunden Lebenserwartung und Sicherung einer hohen Lebensqualität.

Funktionale Kapazität und Alltagsbewältigung

u^b

UNIVERSITÄT
BERN



(modifiziert nach Kalache & Kickbusch, 1997)

© A. Conzelmann, 2012

Die obige Darstellung zeigt deutlich die Unterschiede auf zwischen einem aktiven Lebensstil (braune Kurve) und einem inaktiven Lebensstil (blaue Kurve) in Bezug auf die Grenze der funktionalen Beeinträchtigung im Alter.

Verschiedene Studien (Wiesman et al., Mayer & Baltes, 1996) zeigen klar die Zusammenhänge zwischen physischer Gesundheit und psychischem Wohlbefinden und der motorischen Handlungsfähigkeit.

Ein regelmässiges körperliches Training wirkt bei verschiedenen chronisch degenerativen Krankheiten präventiv. Therapeutisch eingesetzt verbessert es die Beschwerden und verlangsamt das Fortschreiten der Erkrankung.

- Körperliche Aktivität wirkt bei verschiedenen Krankheiten (kardiovaskuläre Erkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus 2, Osteoporose, Arthrose, Rückenschmerzen, u.a.) präventiv und/oder therapeutisch
- Körperliche Aktivität fördert den Schlaf und die Psyche
- Regelmässige körperliche Aktivität hilft Menschen mit chronischen Leiden, beispielsweise indem sie Arthrosebeschwerden lindert oder die Atem- oder Herzleistung verbessert
- Regelmässige Bewegung trägt wesentlich zur Bekämpfung des altersbedingten Verlusts an Muskelmasse (Sarkopenie) und Knochenmasse bei
- Regelmässige Bewegung trägt wesentlich zur Erhaltung von Ausdauer, Beweglichkeit und Gleichgewicht bei, womit sich das Risiko von Stürzen und Knochenbrüchen reduzieren lässt

Die Ausgangslage für das Projekt "Spica" ist also gut erforscht und wissenschaftlich belegt. Ein grosses Problem ist aber immer noch die nachhaltige Umsetzung.

Bei der Mehrheit der Teilnehmer verschiedener Gesundheits- und Bewegungsangebote handelt es sich um eine „positive“ Selektion. Viele potentielle Teilnehmer können aber durch bestehende Angebote nicht nachhaltig gefördert werden.

A Zielsetzung

Das Projekt Spica ist ein Bewegungsprogramm für zuhause lebende Senioren, die aus verschiedenen Gründen inaktiv sind. Nach einer ersten Phase der Einführung ins Bewegungstraining auch "Frühmobilisierung" zuhause, die durch Sport- und Physiotherapeuten geschieht, werden die Teilnehmenden in ein strukturiertes, betreutes Aufbautraining 2mal pro Woche in der Medizinischen Trainingstherapie integriert. Die Fortschritte werden regelmässig überprüft und dokumentiert. Das ganze Trainingsprogramm dauert 3 Jahre. Nach Beendigung des Programms wird die Nachhaltigkeit durch geschultes Spitex-Personal regelmässig überprüft.

Nebst der Prozessentwicklung und der Durchführung des Bewegungsprogrammes ist es das Hauptziel des Projektes mit einer klaren Dokumentation der verschiedenen Prozesse, die nachhaltige Anwendbarkeit der „Intervention Spica“ zu garantieren.

Die gesamten Anwendungen münden in einen integrierten Patienten- und Betreuungspfad. Bereits während der dreijährigen Projektphase werden Nachhaltigkeit und die stufenweise Überführung von Spica in ein selbsttragendes Angebot angestrebt.

Zielgruppe

- zuhause lebende Senioren
- chronisch kranke Senioren, die zuhause sind und mit bestehenden Angeboten nicht erreicht werden.(z.B.Diabetiker, die mit dem Handling ihrer Krankheit Mühe haben)

Jährlich sollen 60-100 Teilnehmende in ein solches Bewegungsprogramm eingeschleust werden.

Zielsetzung

Die Zielgruppe soll rekrutiert und in ein regelmässiges Bewegungstraining integriert werden.

Dieses Training soll ein Aufbautraining in den Bereichen Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination beinhalten, individuell angepasst und durch Fachleute betreut sein.

Das nachhaltig ausgeführte Aufbautraining soll folgendes bewirken:

- Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit in den Bereichen Kraft, Ausdauer, Koordination, Beweglichkeit
- Vermehrte soziale Kontakte durch Teilnahme an Trainings ausser Haus (z.B. Demenzprävention)
- Verbesserung des psychischen Wohlbefindens
- Erhaltung der mit der Selbständigkeit verbundenen Gesundheit und Lebensqualität, so gut und so lange wie möglich
- Erhöhung der Zahl der gesunden Lebensjahre, Verlängerung der gesunden Lebenserwartung

B Ablauf des Projektes

Der Ablauf des Projektes Spica gliedert sich in 4 Phasen:

1. Rekrutierung der TeilnehmerInnen

Es werden folgende Fragestellungen formuliert:

- Wie ist es möglich, an die Zielgruppe zu gelangen?
- Wie kann die Zielgruppe in ein regelmässiges, nachhaltiges Aufbautraining integriert werden?

Spitex Zürich Limmat verfügt über Kontakte zum Zielpublikum. CarefitMTT verfügt über die fachliche Kompetenz, das Zielpublikum zu mehr Bewegung zu motivieren und Bewegung zu instruieren. Um die Zielgruppe zu identifizieren wird ein „Assessment-Instruments“ entwickelt. Ein Leitfaden hilft bei der Anwendung.

Das Projekt basiert auf der Tatsache, dass es viele Menschen mit chronischen Krankheiten gibt, die sich aus verschiedenen Gründen davor scheuen, sich regelmässig zu bewegen, obwohl Angebote vorhanden sind. Um diese Zielgruppe zu erreichen, ist es wichtig, dass ein Zugang gefunden wird, der niederschwellig ist. **Die Spitex Zürich Limmat** stellt zwei erprobte und gut etablierte Zugänge zur Verfügung.

- **hauswirtschaftliche Einsätze**
Spitex ist in vielen Haushalten tätig, in denen noch keine Pflege notwendig ist, in denen aber aufgrund von chronischen Krankheiten die Menschen Unterstützung in ihren alltäglichen Aufgaben benötigen. Diese Personengruppe ist eine Zielgruppe des Projektes. Der Zugang könnte über eine einfache Befragung der sich im Einsatz befindlichen Spitexmitarbeitenden erfolgen, welche bei Bedarf durch ein Assessment vor Ort (z.B. Tinetti bei Sturzgefahr) ergänzt werden kann.
- **Fachstelle für präventive Beratung**
Der Zugang zu chronisch kranken älteren Menschen, welche ohne Unterstützung seitens Spitex zuhause leben, ist über die Fachstelle für präventive Beratung der Spitex möglich, welche regelmässig alle 65-jährigen und 75-jährigen Bewohner der Stadt kontaktiert.

2. Einführungsphase Bewegungstraining oder Frühmobilisierung

Das strukturierte Bewegungsprogramm ist in verschiedenen Schritten aufgebaut:

- Durch Aufklärungsgespräche und erste Bewegungssequenzen soll der Patient zuhause an ein regelmässiges Aufbautraining, "Frühmobilisierung" genannt, herangeführt werden.
- Betreut werden die Teilnehmenden durch Sport- und Physiotherapeuten.

3. Integration der Teilnehmenden in ein regelmässiges, betreutes Aufbautraining

Sobald es dem Teilnehmenden möglich ist, selbständig ins Trainingszenter zu kommen, folgt dieser weitere Schritt im Programm:

- Nach der "Frühmobilisierung" zuhause, die durch Sport- und Physiotherapeuten geschieht, werden die Teilnehmenden in ein strukturiertes betreutes Aufbautraining in der Medizinischen Trainingstherapie (MTT) integriert
- Trainingsfrequenz: 2x pro Woche unter Anleitung von Fachleuten, (Sport- und /oder Physiotherapeuten) in der Medizinischen Trainingstherapie (MTT)
Dauer: 3 Jahre
- Die Fortschritte der Teilnehmenden werden regelmässig überprüft, wissenschaftlich festgehalten und dokumentiert.
Durchgeführt werden Baseline- Tests zur Messung von Kraft, Koordination und Gleichgewicht und Ausdauer. Auch wird ein Fragebogen zu Bewegungsverhalten, Bewegungserfahrung und Lebensqualität ausgefüllt.

4. Regelmässige Überprüfung des Gelernten

Die Überprüfung der Nachhaltigkeit des Gelernten, **nach** Beendigung des betreuten Aufbautrainings-Programmes erfolgt durch Personal von CarefitMTT Spitex.

- Von der CarefitMTT und Spitex geschultes Personal prüft, ob das Vereinbarte und Gelernte zuhause auch umgesetzt wird.
- Dazu ist im Laufe des Projektes ein einfaches Instrument zu entwickeln, welches auch durch Nicht-Fachpersonen ausgefüllt werden kann. Eventuell macht es auch Sinn, parallel dazu ein Instrument zu entwickeln, mit dem sich die Teilnehmenden selber beurteilen können.

Zusammenfassung

In der Schweiz leben immer mehr Menschen immer länger. Dies hat beträchtliche Auswirkungen auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen zur Folge. Es ist also für die Gesellschaft wichtig, dass viele Menschen gesund alt werden und die Selbständigkeit lange erhalten bleibt. Die positiven Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf die Gesundheit sind in jedem Lebensalter unabhängig vom Gesundheitszustand gut erforscht und wissenschaftlich belegt. Ziel des Projekts SPICA ist die Erstellung von Pfaden zur Aktivierung der Zielgruppe und eine dreijährige Begleitung der nachhaltigen Umsetzung des Bewegungsprogramms.

Schlussfolgerungen

Die erstellten und integrierten Patienten- und Betreuungspfade bewähren sich. Die Zielgruppe ist an einem betreuten Aktivierungsprogramm interessiert. Die Nachhaltigkeit und die stufenweise Überführung von Spica in das angestrebte selbsttragende Angebot wird die Weiterführung des Projektes zeigen.

Projektwettbewerb 2014: Anmeldeformular

Projektname: Trauerbroschüre		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Stadtspital Triemli Zürich	
Kontaktperson:	Silvia Richner	Funktion: Oberärztin Innere Medizin & Palliative Care
Telefonnummer:	044 466 12 83	Email: silvia.richner@triemli.zuerich.ch
Adresse:	Birmensdorferstrasse 497, 8063 Zürich	
Organisation 2		
Pflegezentren der Stadt Zürich, Pflegezentrum Witikon/Riesbach		
Kontaktperson:	Elisabeth Jordi	Funktion: Spitalpfarrerin
Telefonnummer:	044 414 83 08	Email: elisabeth.jordi@zuerich.ch
Adresse:	Kienastenviesweg 2, 8053 Zürich	
Organisation 3		
Universitätsspital Zürich, Kompetenzzentrum Palliative Care		
Kontaktperson:	Esther Linka	Funktion: Pflegedienstleiterin Bereich IMO
Telefonnummer:	044 255 11 11	Email: Esther.Linka@usz.ch
Adresse:	Rämistrasse 100, 8091 Zürich	
Weitere Beteiligte:		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>Ziel: Erstellung einer Broschüre zum Thema Trauer, welche sich an Angehörige richtet, die einen nahestehenden Menschen verloren haben. Einsatz der Broschüre an verschiedenen Institutionen der Stadt Zürich im Rahmen der hauseigenen Konzepte zum Umgang mit Trauernden.</p> <p>Hintergrund: In der Stadt Zürich sterben jährlich 3500-4000 Menschen, die Mehrheit in Spitälern oder Pflegezentren. Eine gute Betreuung von Sterbenden umfasst auch die Unterstützung der Angehörigen. Die Broschüre bietet im Rahmen der Angehörigenbetreuung eine einfache Möglichkeit, Informationen zu Trauer und zu Hilfsangeboten zu vermitteln, dies im Sinne einer Primärprävention.</p> <p>Umsetzung: Die Broschüre wurde von einer interprofessionellen Arbeitsgruppe (Pfleger, Seelsorger, Psychologin, Ärztin) der drei grossen Spitäler und der Pflegezentren in der Stadt Zürich erarbeitet und von einem Grafikbüro professionell gestaltet. In einem nächsten Schritt soll die Broschüre nun über die verschiedenen Institutionen verbreitet werden.</p> <p>Finanzierung: Finanziert wurde die Broschüre von den vier beteiligten Institutionen (Pflegezentren der Stadt Zürich, Triemlispital, Waidspital, USZ), dem Friedhofforum sowie über weitere Sponsoren.</p>		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Bewertungskriterien der Jury berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2014		
Einsenden an sekretariat@gn2025.ch (PDF / Word-Datei)		

Projektbeschreibung

Trauerbroschüre „Und plötzlich ist alles anders. Wenn ein geliebter Mensch stirbt.“

Erarbeitung und Implementierung einer Broschüre mit Trauerinformationen für Angehörige

Ausgangslage

Die Mehrheit der Menschen (in den industrialisierten Ländern) stirbt heutzutage im Spital oder in einer anderen Institution (Alters-/Pflegeheim, Hospiz). Von den im Jahr 2011 verstorbenen Zürcherinnen und Zürchern starben 38 Prozent in einem Spital und 33 Prozent in einem Alters-, Kranken- oder Pflegeheim (Statistik Stadt Zürich 2012). In Zürich sterben pro Jahr zwischen 3500 und 4000 Menschen, das sind im Schnitt 10 Menschen am Tag. Es müssen also in Zürich jedes Jahr tausende Angehörige mit einem Todesfall fertig werden.

„Ich weiss gar nicht, wie es jetzt weitergehen soll“. Solche Sätze hören wir oft von Angehörigen bei der Betreuung von Sterbenden. Der Umgang mit Angehörigen nach dem Tod eines nahestehenden Menschen gehört zur Arbeit der Mitarbeitenden in Spitälern und Pflegeinstitutionen. Auch wenn das Sterben in diesen Institutionen eine tägliche Erfahrung ist, kann das Verhalten von trauernden Menschen beim Betreuungspersonal Unsicherheit und Hilflosigkeitsgefühle auslösen und im schlechtesten Fall zu einem distanzierten Umgang führen.

In den Spitälern und Pflegezentren gibt es administrative Vorgaben und Weisungen zu den notwendigen Massnahmen bei einem Todesfall. Diese enthalten aber kaum Hinweise auf den zwischenmenschlichen Umgang mit Hinterbliebenen und trauernden Menschen. Zwar gibt es Weiterbildungsangebote zum Thema Tod und Trauer, es hängt aber jeweils vom persönlichen Engagement der Mitarbeitenden ab, ob sie solche Schulungen besuchen. Der Auftrag zur Angehörigenbegleitung ist in den Spitälern nicht definiert. Nachdem der Bestatter den Verstorbenen abgeholt hat, besteht kein institutioneller Auftrag mehr. Die Trauernden sind dann sich selbst überlassen.

Für die Angehörigen sind in dieser Ausnahmesituation jedoch ein einfühlsamer Umgang von Seiten der Institutionsmitarbeitenden, angemessene Kommunikation sowie Zugang zu Unterstützungsangeboten wichtig.

Die Betreuung von trauernden Angehörigen ist denn auch explizit in der WHO-Definition von Palliative Care enthalten: „Palliative care....offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement.“ und „.....uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated.“ (WHO, 1990, 2002)

Im Rahmen der Nationalen Strategie Palliative Care des Bundes wird angestrebt, allen schwerkranken und sterbenden Menschen eine ihrer Situation angepasste optimale Lebens-

qualität bis zum Tode zu gewährleisten und die nahestehenden Bezugspersonen angemessen zu unterstützen (BAG, 2010).

Qualitätsprojekte wie der Liverpool Care Pathway (LCP) für die Betreuung von Sterbenden und ihren Angehörigen streben eine Verbesserung der bisher wenig strukturierten Abschiedskultur in den Spitälern und Pflegeinstitutionen an. Das Qualitätsprojekt LCP empfiehlt u.a. die Abgabe einer Broschüre mit Trauerinformationen an die Hinterbliebenen (Kantonsspital St. Gallen, 2012).

Da es unserer Ansicht nach zu den Aufgaben einer Institution gehört, eine bewusste Abschiedskultur zu entwickeln und zu pflegen, diese in die strukturellen Abläufe der Organisation zu integrieren und das Personal im Umgang mit den Hinterbliebenen zu schulen, initiierte das interprofessionelle Team Palliative Care des Triemlispitals das Projekt „Trauerbroschüre“.

Eine Trauerbroschüre – Ziele und Nutzen

1. Eine Broschüre mit Trauerinformationen für Angehörige soll das aktuelle Wissen über Trauer in einer leicht verständlichen und ansprechenden Form vermitteln.

Es gibt verbreitete Annahmen zu Trauer, die tief in unserer westlichen Kultur verankert zu sein scheinen. So wird z.B. von Hinterbliebenen erwartet, dass sie nach einem bedeutenden Verlust grossen Kummer zeigen. Wenn sie diesen Kummer nicht erleben, wird dies als Anzeichen für eine problematische Entwicklung angesehen. Auch wird verbreitet davon ausgegangen, dass während der Trauer keine positiven Gefühle auftreten können, dass die auftretenden Gefühle „durchgearbeitet“ werden müssen und dass Hinterbliebene die Verarbeitung des Verlustes innerhalb von ein bis zwei Jahren vollständig abschliessen können.

Für keine dieser Annahmen gibt es jedoch wissenschaftliche Evidenz - sie gehören in das Reich der Mythen (Wortman & Boerner, 2007). Eine Informationsbroschüre soll Trauernde von falschen Vorstellungen über den Trauerprozess entlasten.

2. Die Broschüre soll Angehörigen auch Wochen und Monate nach dem Verlust eines nahestehenden Menschen eine Hilfestellung zum Umgang mit der Trauer bieten. Durch Informationen und Hilfe zur Selbsthilfe sollen Trauernde gestärkt werden.

Obwohl Trauer keine Krankheit ist und die meisten Menschen ohne professionelle psychologische Unterstützung mit dem Tod eines Angehörigen umgehen können, ist Trauer mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität assoziiert (Stroebe et al., 2007). Trauerberatung und -begleitung im Sinne einer Primärprävention kann hilfreich sein, wenn sie von den Trauernden selbst gewünscht wird. Wichtig dabei ist, dass Zugang zu einer Infrastruktur vorhanden ist und Trauernde die vorhandenen Angebote kennen (Stroebe et al., 2007; Jatoi et al., 2006). Die Broschüre soll die nötigen Informationen zu Unterstützungsangeboten für Trau-

ernde in der Stadt Zürich enthalten und somit die Zugänglichkeit zu der vorhandenen Infrastruktur erleichtern.

3. Die Broschüre soll die Mitarbeitenden in den Zürcher Spitälern und Pflegeinstitutionen für das Thema Trauer sensibilisieren und Aufklärungsarbeit leisten. Sie kann den Mitarbeitenden zudem als Mittel dienen, um mit Angehörigen über deren Trauer ins Gespräch zu kommen. Das Phänomen Trauer soll an den Institutionen enttabuisiert werden.

4. Die Broschüre soll als Baustein in einem Konzept der Abschiedskultur in den Institutionen verwendet werden.

Projektumsetzung – Erarbeitung der Broschüre

Zusammensetzung der Arbeitsgruppe

Bereits in einem ersten Sondierungsgespräch mit Fachpersonen aus dem Kompetenzzentrum Palliative Care im Universitätsspital Zürich wurde klar, dass es zweckmässig ist, die Broschüre nicht nur für das Stadtspital Triemli sondern für mehrere Spitäler und Pflegezentren in Zürich zu machen.

Es wurden deshalb verschiedene Fachleute aus dem Universitätsspital, den Stadtspitälern Waid und Triemli und den Pflegezentren für die Mitarbeit in einer interprofessionellen Arbeitsgruppe angefragt. Mit einer ersten Projektskizze klärten die angefragten Fachleute mit ihren Vorgesetzten in der jeweiligen Institution ihren Auftrag ab.

Folgende Personen arbeiteten schliesslich in der Arbeitsgruppe zur Erstellung der Broschüre mit:

- Silvia Richner, Oberärztin Innere Medizin und Palliative Care, Stadtspital Triemli (Projektleitung)
- Hildegard Egolf, Pflegefachfrau Fachexpertin MAS, Kompetenzzentrum Palliative Care Universitätsspital Zürich
- Claudia Furler, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, Stadtspital Triemli
- Rosa Grunder, Fachberaterin Pflege Palliative Care, Stadtspital Triemli
- Rahel Hautle-Angst, Oberärztin Onkologie, Stadtspital Waid
- Elisabeth Jordi, Reformierte Pfarrerin, Städtische Pflegezentren
- Irène Ris, Qualitätsbeauftragte Pflege
- Ankie Van Es, Pflegefachfrau Fachexpertin MAS
- Christoph Wettstein, Katholischer Seelsorger, Stadtspital Triemli

Methode der Erarbeitung

Grundlage der ersten Diskussion in der Arbeitsgruppe war der Text der Trauerbroschüre aus dem Kantonsspital St. Gallen, welcher freundlicherweise von den Autorinnen und Autoren für diesen Zweck zur Verfügung gestellt wurde.

Darauf aufbauend wurden folgende Aufgaben definiert:

- Vergleich der beschriebenen Trauerreaktionen mit aktuellen Forschungsergebnissen
- Erarbeitung von praktischen Tipps im Umgang mit der Trauer
- Überprüfen und Erweitern der Literaturliste
- Zusammenstellen einer Liste von Adressen mit Hilfsangeboten in Zürich

Der Text und die Gestaltung der Broschüre wurden in einem sorgfältigen Prozess des kritischen Reflektierens in der interprofessionellen Arbeitsgruppe entwickelt. Dabei wurde fast jedes Wort auf die „Waage“ gelegt. Wichtig war uns, dass die Formulierungen dem aktuellen Wissen über das Trauern entsprechen und sprachlich sensibel auf die Bedürfnisse von Menschen in einer emotional verletzlichen Situation eingehen. Trauersensible Sprache soll nicht versachlichen, nicht verharmlosen, nicht beschönigen und auch nicht belehren. Verletzlichkeit und Verlusterfahrungen verlangen nach einer empathischen, die seelische Situation spiegelnden Sprache (Staudacher, 2012).

Zusammenarbeit mit Bestattungsamt Zürich

Ein durch Zufall entstandener Kontakt mit Herrn Steinmann vom Bestattungsamt Zürich und Frau Süssmann, Leiterin des Friedhofforums, führte zu einer Zusammenarbeit beim Projekt Trauerbroschüre. Die grafische Gestaltung des Veranstaltungskalenders des Friedhofforums sprach uns sehr an. So entschieden wir uns, dasselbe Grafikbüro mit der Gestaltung unserer Broschüre zu beauftragen, insbesondere da die beiden Grafikerinnen bereits mit der Thematik ‚Sterben und Trauer‘ vertraut waren. Verantwortlich für das gelungene Aussehen der Broschüre sind Wernlis grafische Gestalter, Basel und Zürich.

Layout

Ziel war es, mit dem Layout der Broschüre einen eigenständigen Charakter zu geben, ohne an eine bestimmte Institution gebunden zu sein. Trotzdem sollte die Broschüre der Stadt Zürich zugeordnet werden können. Da das Grafikbüro Wernlis bereits über alle gestalterischen Vorgaben der Stadt Zürich verfügte, konnte die Broschüre ohne zusätzlichen Aufwand nach Corporate Design-Richtlinien der Stadt Zürich gestaltet werden.

In der Broschüre sollten Text und Bilder möglichst gleichberechtigt „sprechen“ können.

Grundidee der grafischen Gestaltung war, dass nach dem Tod einer nahestehenden Person

bei den Hinterbliebenen Erinnerungen und Bilder wie ein Film vorüberziehen. Gewisse Erinnerungen sind detaillierter, andere verschwommener und abstrakter. So wurden Kapitelbilder in Filmmanier von oben nach unten auf dem Format platziert und zeigen pro Kapitel eine Situation.

Fertigstellung

Den Text gaben wir weiteren Fachleuten und trauernden Menschen im Bekanntenkreis zum kritischen Gegenlesen. Ebenfalls wurde er professionell lektoriert. So entwickelten wir den endgültigen Text in vielen kleinen Reflexionsschritten.

Das Licht der Öffentlichkeit erblickte die Broschüre am 17. März 2014, wo sie am Netzwerktreffen von palliative zh+sh vorgestellt wurde.

Finanzierung

Anfänglich strebten wir eine Finanzierung durch die vier beteiligten Institutionen an, welche uns die budgetierten 6100.- Franken zusicherten. Im Verlauf der Projektarbeit sahen wir, dass unser anfängliches Budget nicht reichte, da wir der professionellen Gestaltung des Layouts und auch des Textes eine grössere Bedeutung zukommen lassen wollten. Nachdem wir einen ersten Entwurf der Broschüre vorlegen konnten, gelang es – sicher auch dank der ansprechenden grafischen Gestaltung – weitere Sponsoren zu mobilisieren. Wir erhielten Unterstützungsbeiträge von der Krebsliga Zürich, dem Friedhofforum des Bevölkerungsamtes der Stadt Zürich, der Spitex Zürich Limmat und von Palliative ZH/SH, um die erste Auflage von 5000 Exemplaren zu finanzieren.

Projektumsetzung – Einsatz in der Praxis

Die Implementierung der Broschüre in den Arbeitsalltag obliegt den Mitarbeitenden und Führungspersonen in den einzelnen Institutionen. Möglichkeiten sind, die Broschüre in den Kadersitzungen und bei Pflorgeteams vorzustellen und einzuführen. Dazu könnten die etablierten Strukturen für Weiterbildung und Qualitätsmanagement genutzt werden. Die Präsentation der Broschüre kann auch zum Anlass genommen werden, den Umgang mit Trauernden und die Abschiedskultur in den einzelnen Teams zu thematisieren und zu reflektieren. Anfang 2015 ist eine erste Evaluation der Rückmeldungen zur Broschüre aus den verschiedenen Institutionen geplant.

Wir beabsichtigen, gegebenenfalls die positive Zusammenarbeit der Arbeitsgruppe für eine weitere Vernetzung der Aktivitäten zu Trauer- und Abschiedskultur in den Zürcher Institutionen zu nutzen. Ein Nachdruck weiterer Broschüren muss voraussichtlich durch die interessierten Institutionen finanziert werden.

Fazit

Die Zusammenarbeit mit Fachleuten unterschiedlicher Professionen und aus verschiedenen Institutionen war sehr befruchtend und lehrreich. Herausfordernd war jedoch, aufgrund von Stellenwechseln einzelner Projektmitglieder alle Institutionen im Projekt eingebunden zu halten.

Nun liegt uns eine visuell ansprechende und inhaltlich sorgfältig erarbeitete Broschüre mit Informationen für trauernde Angehörige vor. Erste Rückmeldungen von Mitarbeitenden und Betroffenen sind durchgehend positiv. Der Nutzen der Broschüre in Bezug auf Wissensvermittlung und Unterstützung von Trauernden ist vielversprechend, die Erprobung und Bewährung in der Praxis steht jedoch noch aus.

Quellen

- Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) (2010): Nationale Leitlinien Palliative Care
- Jatoi, A., Jacobs, J.A., Zimmermann E., Johnson M.E., Nguyen P.L., Hartmann, L.C.: Helping people cope with bereavement: an opportunity for health care providers to link Web-based resources across Minnesota. *Minn Med.* 2006; 89 (19): 42-44.
- Kantonsspital St. Gallen, 2012: 1.deutschsprachige LCP-Version 12, April 2012: Approved by Marie Curie Palliative Care Institute Liverpool (MCPCIL) Dezember 2009; © Kantonsspital St. Gallen, Palliativzentrum CH und Uniklinik Köln, Zentrum für Palliativmedizin D
- Statistik Zürich; Jahrbuch 2012
- Staudacher, D.: Wege zu einer trauersensiblen Sprache. In: Erika Schärer-Santschi (Hrsg.)(2012), *Fachbuch Trauern - Trauernde Menschen in Palliative Care und Pflege begleiten*, Verlag Hans Huber, S.125
- Stroebe M., Schut H., Stroebe W.: Health outcomes of bereavement. *Lancet* 2007; 370:1960–1973.
- WHO 1990, angepasst 2002) Definition of Palliative Care;
www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
- Wortman, C.B., Boerner, K. (2007): Beyond the myths of coping with loss: prevailing assumptions versus scientific evidence, S. 285-324, in: Friedman, H.S., Silver, R.C. (Hrsg.), *Foundations of health psychology*, New York: Oxford University Press.

Beilage

Broschüre: Und plötzlich ist alles anders (pdf)

Projektwettbewerb 2014: Anmeldeformular

Projektname: Übergangsabteilung für psychosoziale Pflege (ÜPP)		
Das Projekt wird eingereicht von: Pflegezentrum Entlisberg		
Organisation 1	Gesamtleitung	
Kontaktperson:	Peter Schuler	Funktion: Betriebsleiter
Telefonnummer:	043 495 10 00	Email: peter.schuler@zuerich.ch
Adresse:	Paradiesstrasse 45, 8038 Zürich	
Organisation 2		
Ärztliche Leitung ÜPP		
Kontaktperson:	Dr.med. Verena Schmid	Funktion: Leitende Ärztin
Telefonnummer:	dito	Email: verena.schmid@zuerich.ch
Adresse:	dito	
Organisation 3		
Projektleitung ÜPP		
Kontaktperson:	Constanze Jacke	Funktion: Leitung Pflege
Telefonnummer:	dito	Email: constanze.jacke@zuerich.ch
Adresse:	dito	
Weitere Beteiligte: Helmut Berndt, Sylvia Stadler-Langhardt, Dr. Bettina Ugolini, Goretí Rodrigues, Dr. Rita Zehnder,		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>Die Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ) eröffnen eine «Übergangsabteilung für psychosoziale Pflege» (ÜPP) zur Entlastung der Langzeitpflege und zum Wohle von Menschen mit einem spezielleren Betreuungsbedarf.</p> <p>Bisher wurden Menschen, die aufgrund ihrer Krankheit ein spezielles (herausforderndes) Verhalten zeigen, auf allen Abteilungen der Pflegezentren betreut. Dieses Umfeld war aus zwei Gründen nicht optimal: Erstens wurden dadurch die anderen Bewohnerinnen und Bewohner in ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt und zweitens hatten die Pflegenden nicht die notwendigen Ressourcen, um den Bedürfnissen dieser Patientinnen und Patienten gerecht zu werden. Die Folge waren häufige Einweisungen in eine psychiatrische Klinik.</p> <p>Neu können diese Menschen vorübergehend in die ÜPP eintreten und nach einer Verbesserung ihrer Situation wieder austreten. Die ÜPP bietet ein spezielles, auf die individuellen Bedürfnisse dieser Menschen zugeschnittenes Angebot, das stabilisierende sozio- und milieutherapeutische Massnahmen umfasst. Dieses wird den Bedürfnissen der genannten Patientengruppe in hohem Masse gerecht werden können.</p>		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Bewertungskriterien der Jury berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2014		
Einsenden an sekretariat@gn2025.ch (PDF / Word-Datei)		

Gesundheitsnetz 2025 - Projektwettbewerb

Neues Angebot der Pflegezentren der Stadt Zürich im Pflegezentrum Entlisberg :

Übergangsabteilung für psychosoziale Pflege (ÜPP)

Projektbeschreibung allgemein

Die Herausforderungen, die Menschen mit einem besonderen psychosozialen Pflege- und Betreuungsbedarf stellen, gaben den Anlass, ein spezifisches Angebot zu entwickeln. Die bisherige Praxis, diese Patientinnen und Patienten auf einer Demenzabteilung zu betreuen, war oft mit Schwierigkeiten verbunden, da sie die Pflegenden fachlich und ressourcenmässig an ihre Grenzen brachte und die übrigen Bewohner/-innen in ihrem Wohlbefinden beeinträchtigte. Vor allem aber konnte man den Bedürfnissen dieser Patientinnen und Patienten nicht gerecht werden, was häufig eine fürsorgliche Unterbringung (FU) in einer psychiatrischen Klinik mit sich brachte. Eine FU ist jedoch immer ein nicht zu unterschätzender Stress für den betroffenen Menschen und unter Umständen mit einer Stigmatisierung verbunden.

Deshalb schufen die Pflegezentren der Stadt Zürich im Pflegezentrum Entlisberg eine neue Abteilung. Es ist dies die «Übergangsabteilung für psychosoziale Pflege» (ÜPP). Sie ist sowohl für interne wie externe Patientinnen und Patienten gedacht. Diese sind in der Regel älter als 65 Jahre, pflegebedürftig und haben Wohnsitz in der Stadt Zürich. Sie weisen ein problematisches/herausforderndes Verhalten auf und/oder eine psychiatrische Erkrankung. Eine bestimmte Diagnose ist nicht erforderlich, hingegen gibt es eine Reihe von Ausschlusskriterien für eine Aufnahme (z.B. akutmedizinische oder forensische Kriterien oder die Notwendigkeit der Anwendung von Zwangsmassnahmen).

Ziel dieses kürzer- oder längerfristigen Aufenthaltes eines Patienten/einer Patientin auf der ÜPP ist die Entlassung in einem stabileren Zustand und die Chance, mit den neu erworbenen oder wieder erlangten Fähigkeiten in der Folgeinstitution besser integrierbar zu sein. Entlassung bedeutet in diesem Fall die Rückverlegung auf eine Langzeitabteilung in ein Pflegezentrum, in eine andere Institution oder nach Hause.

Die ÜPP gewährleistet eine individuelle Tagesstruktur mit soziokulturellen und therapeutischen Angeboten (jedoch keine Psychotherapie im engeren Sinne). In einer Krisensituation kann über eine begrenzte Zeit eine 1:1 Betreuung angeboten werden. Die Abteilung ist grundsätzlich offen, kann aber bei Bedarf auch geschlossen werden. Die medizinische Betreuung erfolgt durch eine Fachärztin Psychiatrie mit geriatrischer Erfahrung. Eine psychologische Fachperson führt in deren Auftrag zielorientierte, verhaltenstherapeutische Interventionen durch und steht dem Team als Fachberatung zur Verfügung.

Das stabilisierende Milieu der ÜPP beeinflusst das aus den Fugen geratene psychische und soziale Gleichgewicht der Patientinnen und Patienten positiv. Möglich macht dies die

Soziotherapie, also die gezielte, ressourcenorientierte Auseinandersetzung mit alltäglichen Bedürfnissen, Notwendigkeiten und Regeln. Sie wirkt auf dysfunktionale Denk- und Handlungsmuster, ermöglicht korrigierende Erfahrungen und deren allmähliche Integration ins stabile Verhaltensrepertoire. Soziotherapie ist ressourcenorientiert. Sie mobilisiert und stärkt gezielt die gesunden Anteile der Patientin/des Patienten und steht damit im Dienste der Resilienz.

Die ÜPP verfügt über 10 Prozent mehr Stellen als eine Langzeitpflegeabteilung inklusive der dazugehörenden konsiliarischen Fachberatung. Die drei Schlüsselqualifikationen für das Personal sind Belastbarkeit, Kommunikationsfähigkeit und Durchsetzungsfähigkeit. Der Mix aus diplomierten Pflegenden HF, Pflegekräften mit langjähriger Erfahrung in der Altenpflege, psychiatrisch ausgebildetem Pflegefachpersonal, Pflegeassistentinnen und -assistenten und einer Sozialpädagogin ermöglicht eine vielschichtige Begleitung der Patientinnen und Patienten. In Ergänzung zu verordneten medizinischen Therapien begleiten alltagsrelevante Tätigkeiten (z.B. Kochen, Einkaufen, Zimmer aufräumen) sowie Elemente der Musik-, Mal- und Bewegungstherapie den Alltag der Patientinnen und Patienten.

Alle Mitarbeitenden werden durch eine externe Fachperson zu Aggressionsmanagement und Deeskalation geschult. Sie trainieren diese Techniken regelmässig und erhalten kontinuierliche Supervision. Den Start des Teams begleitet eine Teamentwicklung während des ganzen Jahres 2014.

Die Interdisziplinarität geniesst einen hohen Stellenwert auf dieser Abteilung. Regelmässige Fallbesprechungen sind Standard.

Klare Entscheidungskriterien regeln den Eintritt in die ÜPP bzw. die Rückverlegung in eine Langzeitabteilung oder nach Hause. Bei der Verlegung von der ÜPP in die Folgeinstitution oder nach Hause wird in Zusammenarbeit mit der leitenden Ärztin, der Abteilungsleitung, dem Sozialdienst und einer/einem Übertrittsmanager/-in (Casemanagement) eine begleitete Verlegung organisiert. Es ist vorgesehen, dass diese Begleitung noch bis zu zwei Wochen bei einer externen Verlegung (bzw. vier bei einer Verlegung innerhalb der Pflegezentren der Stadt Zürich) für Fragen zur Verfügung steht.

Projektbeschreibung kriterienspezifisch

1. Patientennutzen

Das neue Angebot ist spezifisch auf die genannte Patientengruppe ausgerichtet, d.h. die strukturellen und personellen Erfordernisse wurden anhand ihrer besonderen Bedürfnisse gestaltet. Es ist keine (allzu grosse) Anpassung des Menschen an die Gegebenheiten vonnöten, sondern die Rahmenbedingungen sind gleichsam massgeschneidert für ihn. Dies, sowie die Tatsache, dass ein Wechsel der Institution häufig vermieden werden kann, dient sowohl der Verbesserung der Behandlung wie der Lebensqualität des/der Betroffenen.

Eine fürsorgerische Unterbringung (FU) kann in den meisten Fällen verhindert werden. Das ist ein nicht zu unterschätzender Vorteil für die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen. Der mit einer FU verbundene Stress und eine allfällige Stigmatisierung bleiben ihnen erspart.

Die Patientin/der Patient wird in ihren/seinen Gesundheitskompetenzen gestärkt. Die Soziotherapie arbeitet ressourcenorientiert. Sie ermöglicht dem Patienten/der Patientin das Erlernen neuer Verhaltensweisen und damit das Erleben anderer (konstruktiverer) Reaktionen der Umwelt. Positive Erfahrungen wiederum stärken eine nachhaltige Veränderung des Verhaltensrepertoires. Zentral an diesem Vorgang ist das Erlebnis der Selbstwirksamkeit.

Die Zustimmung des Patienten/der Patientin zu einem Aufenthalt auf der ÜPP ist unabdingbar – seine Verweildauer selbstbestimmt. Es werden individuelle Pflege- und Betreuungsplanungen erstellt, die zum Ziel haben, eine mögliche Rück- oder Weiterverlegung zu unterstützen. Die Planungen werden gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin besprochen, überprüft und angepasst.

2. Vernetzung

Die ÜPP pflegt eine enge Zusammenarbeit mit allen Pflegezentren der Stadt Zürich, mit Vertragsheimen und mit anderen Langzeiteinrichtungen. Für das Marketing wurde ein spezieller Flyer gedruckt, der das Angebot vorstellt. Zuweisende und nachsorgende Stellen wie z. B. Kompass (aufsuchendes Case Management bei komplexen Problemstellungen), Wohnassistenz SAW (psycho-geriatisches Wohnkonzept), Hausbesuche SiL (Sozialmedizinische individuelle Lösungen) und andere Partnerorganisationen kennen das Angebot der Abteilung, aber auch den Unterschied zu einer Abteilung in einer psychiatrischen Klinik.

Eine Fachärztin Psychiatrie mit geriatrischer Erfahrung ist für die ärztliche Betreuung verantwortlich. Sie ist massgeblich an den Behandlungszielsetzungen beteiligt (insbesondere an verhaltenstherapeutischen Massnahmen). Eine externe psychologische Fachperson führt in ihrem Auftrag zielorientierte Interventionen mit den Patientinnen und Patienten aus. Die Betroffenen und ihre Angehörigen sind in diesen Prozess eingebunden, was eine systemische Wirkung gewährleistet.

Klare Entscheidungskriterien regeln den Eintritt in die ÜPP bzw. die Rückverlegung in eine Langzeitabteilung oder auch nach Hause. Bei der Verlegung von der ÜPP in die Folgeinstitution wird in Zusammenarbeit mit der leitenden Ärztin, der Abteilungsleitung, dem Sozialdienst und einem/einer Übertrittsmanager/-in (Casemanagement) eine begleitete Verlegung organisiert. Es ist vorgesehen, dass diese Begleitung bei einer externen Verlegung noch bis zu zwei Wochen (bzw. vier bei einer Verlegung innerhalb der Pflegezentren der Stadt Zürich) für Fragen oder zielführende Interventionen zur Verfügung steht. Dieses Vorgehen dient der Adhärenz und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass ein Aufenthalt auf der ÜPP kein punktuell Ereignis ist, sondern eine Intervention, die für Kontinuität der Behandlung sorgt.

3. Innovation

In der Schweiz gibt es bisher im Langzeitpflegebereich keine geronto-psychiatrische Übergangspflegeabteilung. Menschen, die aufgrund ihrer Krankheit ein spezielles (herausforderndes) Verhalten zeigen, werden bis anhin auf allen Abteilungen, häufig aber auf Demenzabteilungen oder geronto-psychiatrischen Langzeitpflegeeinrichtungen betreut. Dieses Umfeld wird den spezifischen Bedürfnissen dieser Patientengruppe nicht genügend gerecht. Zudem werden sie häufig zur Belastung für Pflegende und Mitbewohnende.

Die neu geschaffene Abteilung bildet sozusagen einen „missing link“ zwischen Langzeitpflege und psychiatrischer Klinik.

Klassische Pflegeabteilungen werden entlastet, ihre Bewohnenden sind nicht mehr in ihren Wohlbefinden durch Menschen beeinträchtigt, die im Grunde nicht richtig platziert sind (wobei es den richtigen Ort, wie erwähnt, bisher nicht gab).

Die ÜPP im Pflegezentrum Entlisberg in Zürich ist ein Pilotprojekt. Das Interesse anderer Institutionen des Gesundheitswesens lässt jedoch vermuten, dass das Beispiel Schule machen könnte.

Eine Evaluation ist für Mitte/Herbst 2015 geplant. Um diese «lege artis» durchführen zu können und um die Qualitätssicherung zu gewährleisten, stehen psychiatrisch/psychologische Messinstrumente zur Verfügung. Verschiedene Parameter können direkt den Dokumentationssystemen entnommen werden, z. B. Einsatz von Neuroleptika, Verhaltensauffälligkeiten, Aggressionsmeldungen, Zahlen zu Rückverlegungen in psychiatrische Kliniken, Wiedereintritten usw.

4. Effizienz

Bezüglich Effizienz muss unterschieden werden zwischen „Efficacy“, also der Wirksamkeit der Studie (in unserem Fall der Arbeitshypothese) und der „Effectiveness“, der Wirksamkeit in der Praxis.

Die Arbeitshypothese besagt, dass mit der neu geschaffenen Spezialabteilung Patientinnen und Patienten, die einer psychischen und sozialen Stabilisierung bedürfen, bedarfsgerechter betreut werden können und dass herkömmliche Langzeitabteilungen entlastet werden. Die Wirksamkeit bezüglich (teilweiser) Remission bzw. besserer Lebensqualität des Patienten / der Patientin wird in erster Linie empirisch/phänomenologisch überprüft werden. Beides ist frühestens nach einem Jahr Vollbetrieb der Abteilung zum Zeitpunkt der Evaluation möglich.

Effizienz im umgangssprachlichen Sinn ist dadurch gegeben, dass der Leistungsauftrag der Stadt Zürich eindeutig regelt, welche Menschen vom neuen Angebot profitieren sollen und welche aufgrund spezieller Kriterien ausgeschlossen sind. Zudem sorgen definierte Strukturen und Prozesse bezüglich Eintritt in die ÜPP, Aufenthalt und Austritt für Transparenz gegenüber allen Beteiligten. Doppelspurigkeiten in der Behandlung werden

vermieden und Synergien genutzt (z.B. indem bestehende betriebliche Angebote im Haus auch Patientinnen und Patienten dieser Abteilung offen stehen).

5. Umsetzung

Die Direktion der Pflegezentren der Stadt Zürich erteilte dem Pflegezentrum Entlisberg den Leistungsauftrag, diese Abteilung aufzubauen. Die Projektgruppe setzte sich zusammen aus Pflegefachleuten (Pflegefachmann Psychiatrie und zwei Abteilungsleitungen), der Leiterin Pflege, Ärztinnen/Ärzten, der Leitung Angebotsmanagement, dem Betriebsleiter des Pflegezentrums Entlisberg sowie einer Psychologin des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich.

In einer halbjährigen Projektphase wurden sämtliche medizinischen, juristischen, strukturellen, personellen und finanziellen Fragen geprüft, so dass die ÜPP am 1. Dezember 2013 eröffnet werden konnte. Dank der günstigen Architektur des Pflegezentrums Entlisberg waren keine zwingenden Investitionen baulicher Art notwendig. Auf die gewünschte Realisierung einer Raumunterteilung (grosser Aufenthaltsbereich zugunsten zweier kleinerer Gruppenräume) muss jedoch wegen enormer Kosten, die durch die Sicherheits- und Brandschutzauflagen entstehen, vorderhand verzichtet werden. In einer ersten Evaluation (Sommer/Herbst 2014) soll dann definitiv entschieden werden, ob diese langfristig umgesetzt wird.

Die Kosten für zusätzliches Mobiliar beliefen sich auf CHF 10'000.--. Sie wurden durch das bestehende Investitionsbudget finanziert. Der Personalaufwand der ÜPP wird auf rund CHF 330.-- und der Sachaufwand – inkl. Abschreibungen und Zinsen – auf CHF 80.-- pro Pflegeetag geschätzt. Insgesamt wird für die ÜPP mit total 23 Betten mit jährlichen Betriebskosten von CHF 3.4 Mio. gerechnet.

Die Hotellerietaxe in den Einer- und Zweierzimmern beträgt CHF 155.--, im Dreier-Zimmer CHF 130.--pro Tag. Die Taxe umfasst Unterbringung, Verpflegung, Wäsche- und Reinigungsservice sowie die Besorgung der persönlichen Wäsche. Zusätzlich zur Hotellerietaxe wird dem Patienten / der Patientin die Betreuungstaxe in Rechnung gestellt. Diese beträgt während der ersten 14 Tage CHF 55.-- pro Tag, danach CHF 40.-- pro Tag. Sie umfasst Leistungen wie die allgemeine Unterstützung im Alltag, Aktivierung, soziokulturelle Angebote und seelsorgerische Betreuung.

Die Pflegeleistungen werden auf Basis des RAI/NH-Systems abgerechnet. Die Pflegekosten werden gemeinsam durch Beiträge der Krankenversicherungen und der öffentlichen Hand getragen. Weitere kassenpflichtige Leistungen wie ärztliche, diagnostische und therapeutische Leistungen, Arzneimittel und Pflegematerial werden ebenfalls von den Krankenversicherungen übernommen. Die Eigenbeteiligung des Patienten/der Patientin an den Pflegekosten beträgt CHF 21.60 pro Tag.