

Projektwettbewerb 2015: Anmeldeformular

Projektname: AGIL		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Klinik für Alterspsychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich	
Kontaktperson:	Dr. med. Martin Peterson	Funktion: Oberarzt
Telefonnummer:	044 384 26 23	E-Mail: martin.peterson@puk.zh.ch
Adresse:	Lenggstrasse 31, 8032 Zürich	
Organisation 2		
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		E-Mail:
Adresse:		
Organisation 3		
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		E-Mail:
Adresse:		
Weitere Beteiligte:		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>Der Aufsuchende Gerontopsychiatrische Interprofessionelle Liaison-Dienst (AGIL) hat am 01.06.2014 seine Arbeit aufgenommen. Der interdisziplinär (ÄrztIn/Fachpflege/Sozialdienst) aufgebaute aufsuchende 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. Er führt zusätzlich Team-Supervisionen, Fallbesprechungen und fachpflegerische Interventionen in den Alters- und Pflegeheimen durch. Ziele des Aufsuchenden Dienstes sind (Re)Hospitalisationen durch eine Krisenintervention und Behandlung vor Ort auf ein Minimum reduzieren, verkürzte Hospitalisationen mit ambulanter Nach-/Weiterbehandlung und Verbesserung des alterspsychiatrischen Knowhow in den Alters- und Pflegeheimen. Betroffene und Angehörige werden durch eine Behandlung im häuslichen Milieu und Vermeidung einer wohlmöglich stigmatisierenden und traumatisierenden Hospitalisation entlastet. Schliesslich erfolgt auch eine finanzielle Entlastung des Gesundheitssystems durch eine ressourcenorientierte transparente Netzwerkarbeit.</p>		
<p>Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.</p>		
Einsendeschluss: 31. März 2015		
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

Dr. med. Peterson, Ruth Schmid, 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 in 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 Angebots

Das neue Versorgungsangebot AGIL ermöglicht in Ergänzung zum (momentan rein ärztlichen) Konsiliar-/Liaison-Dienst der KAP die interprofessionelle Behandlung der alterspsychiatrischen Patienten zu Hause und weitet die Versorgung in den APH aus. Grundsätzlich versteht sich AGIL als ein Netzwerkpartner im Versorgungsnetz für Ältere Menschen in der Region Zürich.

Das Netzwerk setzt sich zusammen aus

- Hausärzten
- Niedergelassene Psychiater und Neurologen
- AGIL
- Städtärztlicher Dienst
- Spitex/psychosoziale

- Pro-Senectute
- Wohnen im Alter
- Alzheimervereinigung
- Psychiatrische Kliniken der Region
- Somatische Spitäler in der Region
- Alters- und Pflegeheime/-zentren
- Kirchengemeinden

Zudem sind die Angehörigen der Betroffenen wichtige Partner in der Behandlung.

Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass eine enge Zusammenarbeit mit den jeweils beteiligten oder neu hinzukommenden Netzwerkpartnern eine sehr wichtige Rolle spielt. Ein Netzwerkpartner, in der Regel der Hausarzt oder die Spitex sollte möglichst die Koordination übernehmen, bei ihm „laufen alle Fäden zusammen“. Eine gute Kommunikation führt zu Transparenz in der Behandlung, Ressourcen werden durch klare Zuständigkeiten/Aufgabenverteilungen gezielt und kostensparend eingesetzt.

1. Konsiliar-Dienst:

Mitglieder des AGIL führen ärztliche Konsilien und pflegerische Interventionen in den APH und nach Bedarf auch in anderen Institutionen wie z.B. somatische Spitäler durch. Neben ärztlichen alterspsychiatrischen Interventionen umfassen die pflegerischen Interventionen in erster Linie alterspsychiatrische Assessments (Depression, Suizidalität, Demenz, Psychose, Delir u.a.) sowie Vermittlung von alterspsychiatrischem Knowhow bezüglich des Umgangs mit dem Patienten wie z.B. Verhaltensmanagement, Validation, milieutherapeutische Massnahmen. Das Angebot ist komplementär zur Hausarztmedizin und unterstützt die Hausärzte in ihrer ambulanten Therapie.

2. Liaison-Dienst:

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

3. Aufsuchender Dienst:

AGIL führt als aufsuchender Dienst im häuslichen Umfeld der Betroffenen therapeutische, pflegerische und soziale Interventionen durch. Ärztliche Therapien, pflegerische Assessments und Interventionen, soziale Hilfeleistungen werden dadurch bei Patienten möglich, die mit einer alterspsychiatrischen Erkrankung leben und sich in einer akuten Krisensituation befinden, aber nicht in der Lage sind für die Therapie eine Institution aufzusuchen. Insbesondere bei den Hausbesuchen werden häufig die Angehörigen mit angetroffen. Hier gilt es, sie als wichtige Partner bei der Behandlung mit einzubeziehen, sie andererseits aber auch als Betroffene mit ihren möglichen Nöten und Sorgen aufzufangen. Ggf. erfolgen im Verlauf auch weitere Angehörigen- oder Familiengespräche, sozialarbeiterische oder pflegerische Beratungen.

Zuweiser sind niedergelassene Ärzte, Betroffene selber, deren Angehörige und kantonale Institutionen. Diese Dienstleistung unterstützt die Zuweiser im

ambulanten Bereich, akute Behandlungen im häuslichen Umfeld können stationäre Aufnahmen vermeiden, die häufig mit einer Traumatisierung Betroffener und deren Angehörigen einhergehen können. Beispiel wäre die Einweisung eines mit einer Demenz lebenden Patienten gegen seinen Willen.

AGIL ist wie folgt aufgebaut und hat folgende Aufgaben:

- 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 suchen Mitglieder von AGIL die Betroffenen in den APH, in den Institutionen oder zu Hause auf und die Therapie an Ort und Stelle, basierend auf den vorhandenen Ressourcen des Patienten, einleiten
- AGIL gewährleistet die Versorgung von PatientInnen Montag bis Freitag zu Dienstzeiten.
- 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 einer zeitlich aufwendigeren sowie inhaltlich diversifizierteren, interdisziplinären 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.

Die Behandlung erfolgt wie folgt:

- Die PatientInnen werden durch einen Hausarzt, niedergelassenen Psychiater oder Heim-Arzt, Team der APH oder Institutionen angemeldet. In den APH initiiert AGIL im Rahmen regelmässig stattfindender Visiten mit dem Pflorgeteam alterspsychiatrische Therapien, Fallbesprechungen/Visiten und nimmt Schulungen vor.
- 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 Pflorgeteams 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 aktiv wird.

- Der aufsuchende Dienst führt ärztliche und pflegerische Diagnostik, Therapie und Interventionen im häuslichen Umfeld der Betroffenen durch. 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 die 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 ggf. eine anschliessende 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 von 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. Je mehr Betroffene durch diese Behandlung in ihrem häuslichen Umfeld bleiben können, also nicht hospitalisiert werden müssen, desto grösser wird die finanzielle Entlastung des Gesundheitssystems sein. AGIL steht seit dem 01.06.2014 als Ergänzung des Konsiliar-/Liaison-Dienstes der Klinik für Alterspsychiatrie der Bevölkerung und dem Versorgungsnetz für ältere Menschen der Stadt Zürich zur Verfügung.

Erste Erfahrungen seit Start des Projektes am 01.06.2014

Zu Beginn des Projektes erfolgte eine breitgefächerte Information im ambulanten Versorgungsnetz. Ein Flyer, der über das Angebot informiert, wurde an die bekannten zuweisenden Hausärzte und an APH verschickt. Zudem erfolgten verschiedenen Informationsveranstaltungen für die Netzwerkpartner. Mit dem Stadtärztlichen Dienst als wichtigen Partner in der Region Zürich wurden die jeweiligen Zuständigkeiten und Grenzen ausgelotet, um eine ressourcensparende Versorgung zu gewährleisten. Soziale/sozialpsychiatrische Einrichtungen/Beratungsstellen wurden bei mehreren Treffen über das Angebot informiert.

AGIL hat, um den bestehenden Konsiliar- und Liaisondienst der eigenen Klinik zu entlasten, 5 APH mit regelmässigen Visiten von ihm übernommen, in 6 bisher nicht versorgten APH konnten bereits regelmässige Visiten etabliert werden. In 12 APH erfolgten einzelne bis mehrfache Besuche, mit der Option, auch dort die Versorgung auszubauen.

Die Nachfrage nach Hausbesuchen nimmt langsam zu, die jeweiligen Hausärzte gaben bisher ein positives Feedback. Die Hausbesuche förderten bisher v. a. die Zusammenarbeit mit den Hausärzten und den Spitex-Diensten. Bei den Hausbesuchen konnte auch die Sozialarbeiterin bereits mehrmals aktiv werden. Dabei entstand meistens auch ein Kontakt zu den Angehörigen, die in ihren Rollen als Helfer und Betroffene einer Beratung und Unterstützung bedurften. Im Zusammenhang mit den Hausbesuchen erscheint es wichtig, gerade den Hausärzten stets zu vermitteln, dass AGIL kein Notfalldienst ist. Die Anfragen/Anmeldungen betrafen mehrmals Menschen, die sich in einer sehr akuten Krise befanden und es wurde eine möglichst rasche Konsultation gewünscht. Dies kann AGIL nicht vollumfänglich leisten, der Dienst kann den regional zuständigen Notfallpsychiater nicht ersetzen.

Die Nachfrage aus den APH nach Fallbesprechungen zusammen mit der Pflegefachfrau von AGIL ist steigend. Die gemeinsamen Besprechungen mit Erarbeitung von Behandlungsstrategien/milieutherapeutischen- primär nicht medikamentösen Massnahmen trafen bisher in den Teams der APH auf grosse Resonanz.

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 2015: Anmeldeformular

Projektname: ALADDIN - ELTERNENTLASTUNG		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Aladdin-Stiftung	
Kontaktperson:	Tanja Bootz	Funktion: Projektleiterin
Telefonnummer:	044 350 44 34	E-Mail: aladdin@stiftung.ch
Adresse:	Schaffhauserstrasse 43, Postfach 321, 8042 Zürich	
Organisation 2	Kinderspital Zürich	
Kontaktperson:	Andrea Ullmann	Funktion: Leiterin Bereich Pflegeentwicklung
Telefonnummer:	044 266 8147	E-Mail: Andrea.Ullmann@kispi.uzh.ch
Adresse:	Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich	
Organisation 3		
Kontaktperson:		Funktion:
Weitere Beteiligte:		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>Gemeinsam hat der Pflegedienst des Kinderspitals Zürich mit der Aladdin-Stiftung einen Besuchsdienst für hospitalisierte Kinder aufgebaut. In Abwesenheit der Angehörigen besuchen freiwillige Mitarbeiterinnen der Aladdin-Stiftung die kleinen Patienten am Spitalbett, mit dem Ziel, die Eltern zu entlasten und den Kindern den Aufenthalt im Spital abwechslungsreicher zu gestalten.</p> <p>Das Angebot wird in enger Zusammenarbeit mit den Pflege-Abteilungen koordiniert. Der Einsatz moderner Kommunikationsmitteln ermöglicht es, die Freiwilligen innert 24 Stunden ans Spital zu vermitteln. Diese flexible Struktur erlaubt es, Freiwilligenarbeit dann zu leisten, wenn es in den persönlichen Terminkalender passt und spricht somit eine jüngere Generation von Menschen an, die Freiwilligenarbeit leisten wollen.</p> <p>Was 2012 begann konnte bis 2015 stark ausgebaut werden. Heute sind es 61 Freiwillige welche 7 Tage pro Woche von 9-20 Uhr ihre Dienste anbieten. 2014 wurden 2390 Stunden am Bett eines erkrankten Säuglings, Kindes oder Jugendlichen geleistet.</p> <p>Die hohe Motivation, aber auch die Diversität im Freiwilligenteam ist für die Patienten, die Eltern und das Spital enorm bereichernd, unterstützend und nicht mehr wegzudenken.</p>		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2015		
Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)		

Projektbeschreibung Projektwettbewerb GN2025

Eine innovative, moderne und schnelle Unterstützung

Aladdin-Elternentlastung

Ein Freiwilligen-Besuchsdienst für hospitalisierte Kinder, mit dem Ziel, Eltern und Angehörige zu entlasten und den kleinen Patienten den Aufenthalt im Spital zu erleichtern.



Aladdin-Stiftung

Tanja Bootz, 044 350 44 34, aladdin@siftung.ch

www.aladdin-stiftung.ch/elternentlastung

Kinderspital Zürich

Andrea Ullmann-Bremi, 044 266 81 47, andrea.ullmann@kispi.uzh.ch

1. Ausgangslage

Der Spitalaufenthalt eines Kindes bringt für die Eltern - neben den Sorgen um die Gesundheit des Kindes - bedeutende organisatorische Herausforderungen mit sich. Plötzlich heisst es, gesunde Geschwister, Haushalt und Arbeitsstelle unter einen Hut zu bringen und dabei selbst noch Ruhe und Optimismus auszustrahlen. Das rationelle Gesundheitssystem erlaubt dem Pflegepersonal immer weniger nicht pflegeorientierte Zeit mit den Kindern zu verbringen. Eine „rund-um-die-Uhr-Präsenz“ vor allem bei Kleinkindern wird von den Angehörigen erwartet. Oft fehlt aber ein soziales Umfeld in der Nähe, das in dieser Situation die Eltern unterstützen kann.

Diese Problematik hat das Kinderspital erkannt und nach Lösungen gesucht. Das Freiwilligen-Angebot Aladdin-Elternentlastung bietet Unterstützung in dieser Situation: Wenn die Angehörigen nicht beim Kind sein können, besuchen Freiwillige der Aladdin-Stiftung („die Stiftung“) die kleinen Patienten. Dies bedeutet für die Kinder eine Abwechslung im Spitalalltag, ungeteilte Zuwendung und Aufmerksamkeit. Für die Angehörigen sind diese Stunden ein Zeitfenster, in dem sie andere Verpflichtungen wahrnehmen können, oder –ohne schlechtes Gewissen- eine Pause machen dürfen um neue Kräfte zu schöpfen.

Was die Freiwilligen in ihren Einsätzen mit den kleinen Patienten unternehmen, richtet sich nach dem Bedürfnis und dem Gesundheitszustand des Kindes. Frühgeborene Kinder dürfen während der Zeit auf den Armen der Freiwilligen ruhen. Grösseren Kindern werden Geschichten erzählt, es wird gebastelt, gesungen, gelacht und geweint – und manchmal wird auch gar nichts gesagt. Weil es nichts zu sagen gibt, das kranke Kind nicht mag oder ganz einfach keine Kraft hat.

2. Vorgehensweise

2012 hat sich der Pflegedienst des Kinderspitals Zürich zum ersten Mal mit der Aladdin-Stiftung getroffen, um das Anliegen der Elternentlastung zu besprechen. Auf die private Initiative von Karin O'Bryan, der heutigen Teamleiterin Zürich, wurde der Aladdin-Freiwilligendienst 2011 in der Kinderklinik Luzern bereits gestartet. Im Kinderspital Zürich wurden vorerst nur die Abendstunden von 17.00-20.00 Uhr abgedeckt, da zu dieser Zeit die Nachfrage am höchsten war. Einerseits wegen der familiären Verpflichtungen der Eltern und andererseits der weniger stark besetzten Schichten der Pflege. Zudem gab es im Kinderspital bereits einige „Freiwillige am Patientenbett“, welche aber nur bei Langzeitpatienten und erst nach mehreren Tagen Vorlaufzeit und nur tagsüber eingesetzt werden konnten. Dank grosser Nachfrage wurde der Dienst bald erweitert, sowohl auf alle Stationen und ganztags. Per Februar 2015 umfasst das Team 61 aktive Freiwillige, die ihre Besuche an 7 Tagen die Woche von 9.00-20.00 Uhr anbieten.

3. Rahmenbedingungen

3.1. Organisation/Struktur/Prozess

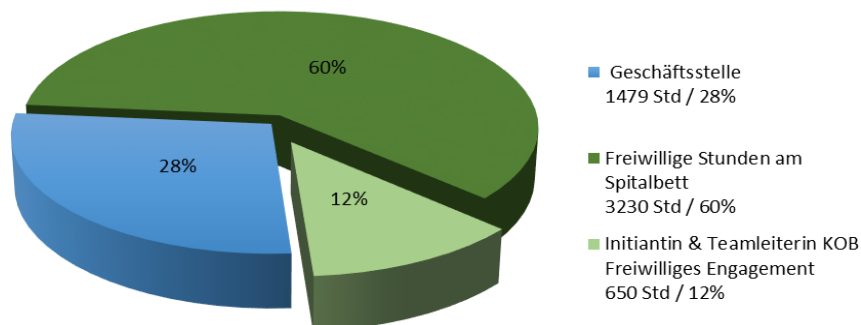
Das Angebot wird in enger Zusammenarbeit mit dem Spital koordiniert. Organisiert wird der Dienst von der Stiftung, für das Spital fallen keine administrativen Aufgaben an. Unterstützung wird hingegen bei der Schulung, beim Coaching und bei der Weiterbildung der Freiwilligen geboten.

Die Pflege bildet die Schnittstelle zwischen den Eltern und der Stiftung. Nachdem der Betreuungsbedarf bei einem Kind abgeklärt worden ist und die Eltern ihre mündliche Einwilligung zur Betreuung ihres Kindes durch die Aladdin-Freiwilligen gegeben haben, nimmt das Pflegepersonal Kontakt mit der Stiftung auf. In der Betreuungsanfrage wird die gesundheitliche Situation des Patienten erfasst und es werden die Beschäftigungsmöglichkeiten aufgezeigt. Danach leitet die Stiftung die Betreuungsanfrage an die 60 Freiwilligen weiter, die sich nach Verfügbarkeit für die Einsätze eintragen. Die abschliessende Einsatzplanung wird von der Stiftung vorgenommen.

Der Einsatz moderner Kommunikationsmittel (SMS, Email, Doodle) ermöglicht es, die Freiwilligen innert 24 Stunden an das Kinderspital zu vermitteln. Dies ist ein grosser Vorteil und kommt dem oftmals unplanbaren Spitalalltag entgegen. Auch für die Freiwilligen hat diese flexible Organisation ihre Vorteile. Sie erlaubt es, Freiwilligenarbeit dann zu leisten, wenn es in den persönlichen Terminkalender passt. Trotzdem hat das Engagement für die Freiwilligen eine gewisse Verbindlichkeit. Zu Beginn der Tätigkeit unterzeichnen sie eine Einsatzvereinbarung und verpflichten sich pro Monat mindestens 2 Einsätze zuverlässig zu erfüllen.

Die Aladdin-Freiwilligen werden als vollwertige Mitglieder in den Spitalalltag integriert. Sie erhalten einen Personalausweis und den Zutrittsbadge vom Spital. Als Erkennung tragen sie ein weisses Aladdin-Shirt.

Aladdin-Elternentlastung
bezahlte und ehrenamtliche Arbeit 2014
Total: rund 5350 Stunden



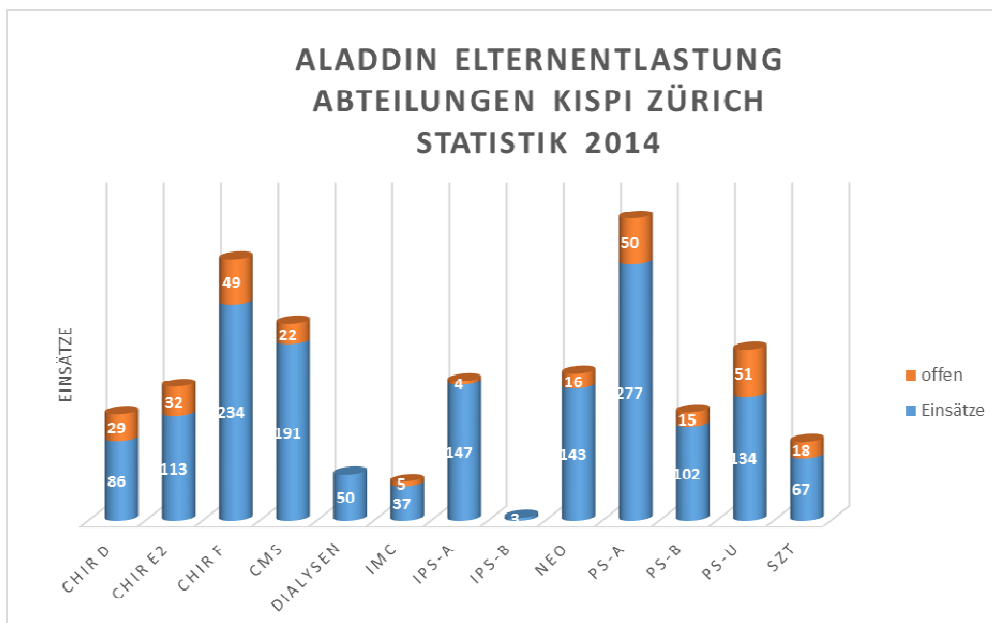
Die Stiftung organisiert die Ausführung der Aladdin-Elternentlastung vorwiegend über Freiwilligenarbeit. Knapp 75% des Arbeitsaufwandes für das Angebot wurde 2014 durch Freiwilligenarbeit abgedeckt.

3.2. Qualität/Quantität/Herausforderung

Durch die Zusammenarbeit und Kooperation von Spital und Stiftung und den Einsatz von Freiwilligen wird das Fachpersonal unterstützt und die Familien von kranken Kindern entlastet. In diesem Auftrag liegt auch eine grosse Verantwortung, was die Sicherung der Qualität angeht.

Die Freiwilligen werden intensiv auf ihre Aufgabe vorbereitet und geschult. Da sie in den Einsätzen nicht immer nur an einfache und positive Situationen treten, ist die emotionale Unterstützung eine wichtige Aufgabe der Stiftung und des Spitals. Für besonders schwerwiegende Fälle wurde das sogenannte Team+ gegründet, welches aus 20 Freiwilligen besteht, die besonders dazu geeignet sind, sich auch auf emotional belastende Situationen, wie z.B. Entstellungen oder schwerwiegende Diagnosen, einzustellen.

Neben gemeinsamen Teamtreffen und Weiterbildungen steht die Teamleitung für Debriefing jederzeit zur Verfügung. Diese gute Betreuung und Einbindung der Freiwilligen in den Spitalalltag wirkt sich positiv auf ihr Selbstverständnis und die Akzeptanz innerhalb der verschiedenen Abteilungen aus. Die Aladdin-Elternentlastung wird am Kinderspital Zürich von 13 Abteilungen genutzt.



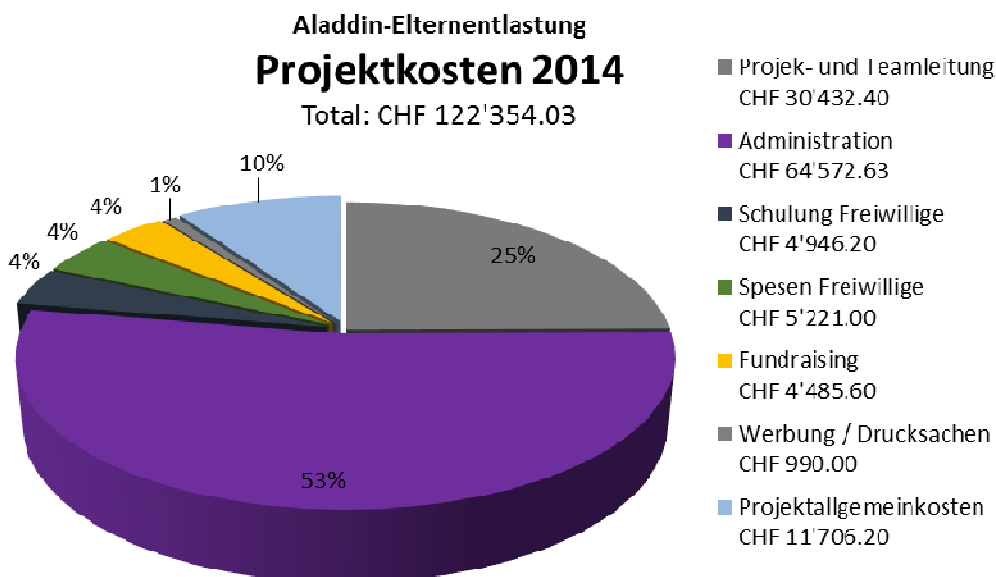
Die Freiwilligen leisteten 2014 am Kinderspital über 1300 Einsätze mit rund 2600 Betreuungsstunden. Die Abdeckung lag bei durchschnittlich 84%. Es ist unser Ziel, die Abdeckung im Rahmen unserer Betreuungsphilosophie, welche die professionelle Begleitung der Freiwilligen zum Gegenstand hat, weiterhin zu optimieren.

3.3. Kosten/Finanzierung

Die Aladdin-Elternentlastung hat sich innerhalb von vier Jahren zum grössten Budgetposten der Aladdin-Stiftung entwickelt. Seit ihrer Lancierung 2011 hat sich der Projektaufwand aufgrund des Ausbaus des Angebots fast verdreifacht. Das Budget 2015 beträgt rund CHF 125'000.- .

Der Hauptaufwand liegt in der administrativen Abwicklung der Anfragen, sowie der individuellen Betreuung der Freiwilligen. Die Schnellebigkeit des Spitalalltags erfordert eine hohe Flexibilität. Einsätze müssen abgesagt oder verschoben werden, viele kleine Ausnahmen ausserhalb des Normablaufs verursachen einen hohen Koordinationsaufwand. Für diese Aufgabe sowie für die Unterstützung der Team- und Projektleitung steht von der Stiftung ein 60%-Pensum zur Verfügung. Ab September 2014 wurde die Teamleiterin Karin O'Bryan zusätzlich mit einem symbolischen 20%-Pensum angestellt. Dies, nachdem sie seit 2011 beim Aufbau des Dienstes an den Kinderspitälern Zürich und Luzern sowie bei zahlreichen Einsätzen am Spitalbett jährlich rund 800 Stunden Freiwilligenarbeit geleistet hatte.

Der Hauptteil des Budgets wird durch Beiträge von Förderstiftungen abgedeckt. Die Beiträge müssen durch Gesuche jährlich, resp. alle zwei Jahre, beantragt werden. Diese Art der Finanzierung erfordert eine hohe Bereitschaft zur Rechenschaft und zur Transparenz, was auch sehr im Sinne der Stiftung liegt. Bis 2014 konnten 4 Projektpartner gefunden werden. Dennoch ist die Zusage der Gelder nicht jährlich garantiert, weshalb es das Ziel ist, weitere Projektpartner zu gewinnen, welche die Elternentlastung mit einem Beitrag von CHF 20'000.- über 2 – 5 Jahre begleiten.



4. Nutzen und Ergebnis

4.1 Für die kleinen Patienten

Durch die individuelle Betreuung der Freiwilligen werden die Kinder von körperlichem Unwohlsein oder seelischen Belastungen abgelenkt oder es wird von der Langeweile oder Unterforderung während des Spitalaufenthaltes entgegengewirkt. Freiwillige tragen nachgewiesen zur Zufriedenheit der Patienten und zu deren Sicherheit bei. (Hotchkiss, Unruhe&Fottler, 2014; Prabhu, Hanley& Kearney, 2008)

4.2 Für die Eltern und Angehörigen

Für Angehörige ist es manchmal Unmöglich beim Kind zu sein (Geschwister, Job, familiäre und persönliche Verpflichtungen, Kraft). Oft quält sie dabei ein schlechtes Gewissen. Es ist enorm wie viel Kraft es für Eltern braucht in solch schwierigen Situationen 24 h präsent zu sein. Sie fühlen sich emotional und zeitlich entlastet durch die Freiwilligen und haben grosses Vertrauen in sie.

4.3 Für die Freiwilligen

Die Freiwilligen erleben die Einsätze bei den Kindern als bunte Mischung aus fröhlichen, hoffnungsvollen, schweren und ergreifenden aber vor allem sehr bereichernden Augenblicken. Die regelmässige Teamtreffen, Supervisionen bzw. Coachings von der Stiftung sowie die Betreuung durch die Teamleiterin, ermöglichen den den Freiwilligen das Erlebte zu Verarbeiten. Darüber hinaus stehen ihnen die Teilnahmemöglichkeiten an spitalinternen Fort- und Weiterbildungsprogrammen offen. Diese Kombination von menschlichen Erlebnissen und fachlicher Weiterbildung macht die Freiwilligenarbeit am Kinderspital sehr attraktiv.

4.4 Für die Pflege und das Spital

Was für die kleinen Patienten eine tolle Abwechslung ist, ist für die Eltern eine grosse Entlastung und für die Pflege eine nicht- mehr- weg- zu- denkende Dienstleistung. Die Freiwilligen ergänzen und bereichern die Arbeit des Pflegeteams. Diese schätzen die Begegnungen und die niederschwellige Unterstützung durch die Freiwilligen, die eine Ruhe und Abwechslung in den oft hektischen Spitalalltag bringen. Nicht selten erfahren sie persönliche Informationen von den Kindern, welche für die Pflege von grosser Bedeutung sind.

Für das Spital bringen die Freiwilligen, -neben finanzieller Entlastung, welche bei Freiwilligenarbeit sicherlich eine Rolle spielt-, einen grosse Entlastung im Pflegealltag und bereichern diesen deutlich.

4.5 Für die Stiftung

Mit dem Dienst konnte die Stiftung ihr Profil stärken und das Angebot im engen Sinne ihres Stiftungszwecks erweitern, der die Unterstützung von Familien mit Kindern, die von einer schweren Krankheit oder Behinderung betroffen sind, zum Ziel hat. Im Angebot Aladdin-Elternentlastung wird dieses Ziel mit einer Win-Win-Situation für alle Beteiligten erreicht.

5. Schlussfolgerung und Ausblick

Für alle Beteiligten: die Eltern, die Patienten, die Freiwilligen und die Pflegenden ist diese Dienstleistung eine bereichernde, flexible und nicht mehr weg-zu-denkende Unterstützung. Mit der hohen Flexibilität der Einsätze ist diese Dienstleistung auf das Spital der Zukunft ausgerichtet. Nicht zuletzt dank der modernen Medien und der engagierten Freiwilligen.

Was mit der persönlichen Betroffenheit der Initiatorin Karin O'Bryan begonnen hat, hat sich zu einer Vision entwickelt, die Modellhaft an allen Kinderspitälern eingeführt werden könnte. Die Vision diese tolle Dienstleistung auszubauen, zu optimieren und zu evaluieren wären wichtige Schritte für die Zukunft.

Es wäre erstrebenswert 2015 möglichst alle Anfragen abdecken zu können, wie auch einem erhöhten Anfragebedarf gerecht zu werden. Zudem wäre eine Ausdehnung der Dienstleistung aufs Rehabilitationszentrum Affoltern a.A. des Kinderspitals anzustreben. Zudem müsste man diskutieren, ob die Freiwilligen bei chronisch kranken Kindern auch zu Hause entlasten und unterstützen könnten.

6. Literatur

The Role, Measurement and Impact of Volunteerism in Hospitals. Hotchkiss, Unruhe & Fottler, Nonprofit & Voluntary Sector Quarterly, 43 (1), 2014, 1111-1128.

Evaluation of a hospital volunteer program in rural Australia, Prabhu, Hanley & Kearney, Australian Health Review, 32 (2), 2008, 265-270.

Projektwettbewerb 2015: Anmeldeformular

Projektname: Aufsuchende Sozialarbeit und Gesundheitsprävention im Kanton Zürich für Sexarbeiterinnen, mit integriertem niederschwelligem Voluntary Counselling and Testing, VCT-Angebot		
Das Projekt wird eingereicht von: Zürcher Stadtmission		
Organisation 1	Isla Victoria	
Kontaktperson:	Regula Rother	Funktion: Leiterin
Telefonnummer:	043 244 81 31	E-Mail: regula.rother@stadtmission.ch
Adresse:	Klosbachstr. 51, 8032 Zürich	
Organisation 2		
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		E-Mail:
Adresse:		
Organisation 3		
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		E-Mail:
Adresse:		
Weitere Beteiligte:		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>Seit 2009 suchen die MitarbeiterInnen von Isla Victoria Sexarbeiterinnen im Kantonsgebiet an ihren Arbeitsorten auf und bieten dort eine Kurzberatung an. Diese erste Kontaktaufnahme mit den SexarbeiterInnen legt den Focus auf Gesundheitsfragen. HIV/STI Prävention. Es besteht eine intensive Zusammenarbeit mit dem Ambulatorium Kanonengasse in Zürich und andern Fachstellen.</p> <p>Das Bundesamt für Gesundheit, Abt. HIV/STI Prävention entwickelt zur Zeit ein Rahmenkonzept zur HIV/STI-Prävention 2015+ für Personen mit besonderer Vulnerabilität, wie Sexarbeiterinnen und Migrantinnen. Sexarbeiterinnen sollen einen einfachen und niederschweligen Zugang zu Schnelltests für HIV und Syphilis erhalten.</p> <p>Mit unserem Projekt erreichen wir bereits heute viele Sexarbeiterinnen, und wir beraten sie umfassend zu Fragen der Gesundheit. Die Beratungssituation in den Salons ist nicht günstig, da die Beratung jederzeit durch Kunden oder Betreiber unterbrochen werden kann. Wir möchten mit diesem Projekt den Zugang zu Schnelltest vor Ort ermöglichen. Die aufsuchende Arbeit soll mit einem Klein-Bus, der für die Beratung eingerichtet ist, durchgeführt werden. Die Frauen werden bei einem positiven Resultat, weiter betreut und zu weiteren Test begleitet. Die Vorgaben des BAG zu VCT-Testing werden eingehalten.</p>		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.		

Einsendeschluss: 31. März 2015

Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)

Konzept

Aufsuchende Sozialarbeit und Gesundheitsprävention im Kanton Zürich für Sexarbeiterinnen, mit integriertem niederschwelligem Voluntary Counselling and Testing-Angebot

Ist-Situation

Die Zürcher Stadtmission betreibt mit dem Projekt Isla Victoria seit über zehn Jahren eine Beratungsstelle für Sexarbeiterinnen mit aufsuchender Sozialarbeit in Zürich und seit 2009 eine Beratungsstelle für Sexarbeiterinnen in Winterthur. Wichtiger Bestandteil beider Beratungsstellen ist die aufsuchende Präventionsarbeit. Die Zürcher Stadtmission ist die einzige Organisation, die Sexarbeiterinnen an ihrem Arbeitsort aufsucht.

In Zürich bietet das Ambulatorium Kanonengasse, geführt vom Gesundheitsdepartement GUD der Stadt Zürich, eine optimale medizinische Versorgung für Sexarbeiterinnen. Dank der reibungslosen Zusammenarbeit zwischen dem Ambulatorium und der Beratungsstelle Isla Victoria können die Sexarbeiterinnen das Angebot rasch und ohne bürokratische Hürden nutzen und werden umfassend medizinisch versorgt.

HIV/STI-Tests werden dann vorgenommen, wenn es indiziert ist. STI steht für sexually transmitted infections, sexuell übertragbare Infektionen. Den Sexarbeiterinnen aus der Stadt Zürich steht eine sehr gute medizinische Versorgung zur Verfügung. Grundsätzlich ist das Ambulatorium Kanonengasse auch für Frauen da, welche nicht in der Stadt Zürich wohnen. Oft ist jedoch der Weg dahin zu weit, oder die Frau befindet sich bereits in einer akuten Notlage und muss sofort eine Diagnose und Behandlung erhalten. Das Ambulatorium führt jedoch keine Schnelltest für HIV/Syphilis durch.

Unter anderem auf Grund der Auflagen der neuen Prostitutionsgewerbeverordnung (PVGO) in der Stadt Zürich, entschliessen sich immer mehr Frauen in einem Salon im Kantonsgebiet zu arbeiten. Speziell für die HIV/STI-Prävention ist es von enormer Bedeutung, dass diese Frauen an ihrem

Arbeitsort aufgesucht werden, ihnen Präventionsmaterial abgegeben wird und sie eine erste Information über die Beratungsmöglichkeit erhalten.

Die Zürcher Stadtmission sucht Sexarbeiterinnen im Zürcher Kantonsgebiet seit 2009 an ihren Arbeitsorten auf. Wir erreichten über die aufsuchende Arbeit 2014 rund 1300 Frauen mit Erstkontakten und es folgten 630 Wiederholungskontakte.

Beratungen 2014:

- Beratungen, länger als 15 Minuten: 508
- Telefonische Beratungen, länger als 15 Minuten: 238

Grundlagen für eine VCT-Projektergänzung

Das «Nationale Programm HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen 2011–2017 (NPHS 2011-2017)» des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) legt unter anderen das Ziel fest, Informationen für «mögliche Erkennungszeichen von HIV und STI und spezifische Anlaufstellen für Test und Beratungen» zu fördern ((sammeln??)).

Die bei der Zwischenevaluation des NPHS 2011-2017 festgestellten Zielerreichungen zeigen einen deutlichen Bedarf an verstärkter Prävention im Bereich der vulnerablen Personen, Female Sexworkers (FSW, weibliche Sexarbeiterinnen) und Migrantinnen (FSW sind meist auch Migrantinnen). Der Bericht vom BAG liegt vor ((welcher Bericht?)).

Als Grundlagen für ein VCT-Angebot dienen die Richtlinien BAG zu VCT (Version vom 18.5. 2011) und der Entwurf «Leitlinien für niederschwellige VCT-Angebote» der Aids-Hilfe Schweiz. Zusätzlich ist das: «Rahmenkonzept Migration und Vulnerabilitätsfaktoren 2015+» des BAG in Bearbeitung.

Mit der Erweiterung der Beratungsstelle Winterthur und einer verbindlich festgelegten Zusammenarbeit mit dem Ambulatorium Kanonengasse werden beide Projekte in sinnvoller Weise für FSW im Kanton Zürich umgesetzt.

Epidemiologie

Es ist zu beachten, dass die Datenlage über Diagnosen von HIV und STI bei Sexarbeiterinnen nicht besonders ausführlich ist. Die wenigsten Frauen geben ihre berufliche Tätigkeit korrekt an, aus Angst vor Stigmatisierung. Ihre Aufenthaltsdauer ist sehr kurz, die Frauen wechseln den Wohn- und Arbeitsort oft monatlich.

Zahlen HIV/STI im Kanton Zürich, erstes Quartal 2014:

Die Anzahl von HIV-Diagnosen (Männer und Frauen) sind im Kanton Zürich im Vergleich zum Vorjahr gleichbleibend. Syphilis-Diagnosen sind ganz leicht rückgängig. Gonorrhoe-Diagnosen sind bei weiblichen Personen leicht steigend. Chlamydien-Diagnosen sind ebenfalls leicht steigend.

FSW-Daten des Ambulatorium Kanonengasse Zürich 2013 ((2014??))

- 3 HIV-Erstdiagnosen. Vorjahr: 1
- 56 Chlamydien-Erstdiagnosen. Vorjahr: 50. Das sind 3 % mehr positive Abstriche als im Vorjahr.
- 27 Gonorrhoe-Erstdiagnosen. Vorjahr: 15. Das sind 5.7 % mehr positive Abstriche als im Vorjahr.

Übertragungswege

Die vorwiegende Zahl der Neuinfektionen geschieht über ungeschützten Geschlechtsverkehr. Jüngste Befragungen zeigen Tendenzen, dass auf Grund des Preiszerfalls im Sexgewerbe wieder vermehrt Frauen mit ungeschütztem Geschlechtsverkehr arbeiten.

Sexual und Schutzverhalten

Für FSW gehört der Sexualverkehr zum Beruf und sichert ihr Einkommen. Der Preisdruck im Sexgewerbe ist zurzeit enorm. Das führt dazu, dass die Frauen auch ohne Kondom arbeiten. Viele Frauen kommen aus Ländern, in denen die HIV- und STI-Prävention nicht sehr verbreitet ist.

Dennoch kann gesagt werden, dass es den FSW bewusst ist, dass sie sich schützen müssen. Sie sind sehr offen für Informationen und Beratungen bezüglich Prävention.

Vulnerabilität von FSW

FSW gehören grundsätzlich zur Gruppe der vulnerablen Bevölkerung.

Gründe dafür sind:

- Hohe Anzahl von Sexualpartnern
- Das Nicht-Wissen betreffend des eigenen HIV/STI-Status und desjenigen des Partners
- FSW haben häufig Aufenthaltsprobleme
- FSW sind oft vom Arbeitgeber abhängig
- FSW sind oft schlechten Arbeitsbedingungen ausgesetzt (auch hygienisch)
- FSW sind oft bildungsfern und verfügen über mangelnde Sprachkenntnisse in der jeweiligen Landessprache
- FSW sind vermehrt von psychischen Problemen betroffen
- FSW haben ein höheres Suchtpotenzial als die Allgemeinbevölkerung
- Die finanzielle Situation von FSW ist oft prekär

Begründung Ausbau der aufsuchenden Arbeit

Bei den Beratungen der FSW zeigt es sich immer wieder, dass die Frauen einen hohen Bedarf an gynäkologischen Untersuchungen haben. Die Mitarbeiterin von Isla Victoria, die in der aufsuchenden Arbeit tätig ist, ist eine Pflegefachfrau. Sie trifft oft auf akute Erkrankungen und Probleme. Dazu ist anzumerken, dass Sexarbeiterinnen selten die bestehenden Angebote für

Schwangerschaftsberatungen nutzen. Erwünschte und unerwünschte Schwangerschaften sind aber oft Themen, mit denen sich die FSW an uns wenden. Frauen, die bei keiner Krankenkasse versichert sind, versuchen, einen Arzt- oder Spitalbesuch so lange wie möglich hinauszuzögern. Dies führt oft zu prekären Situationen. Laut Statistik 2013 des Ambulatoriums Kanonengasse Zürich sind nur knapp 30 Prozent der Patientinnen bei einer Krankenkasse versichert. Die aufsuchende Arbeit von Isla Victoria ist einer der «Haupt-Zulieferer» von Patientinnen an das Ambulatorium Kanonengasse

Die Aidshilfe Schweiz hat entschieden, dass für die vulnerablen Zielgruppen Sexarbeiterinnen und Migrantinnen der Zugang zu professionellen, niederschweligen, zielgruppengerechten und ethisch vertretbaren Test- und Beratungsangeboten verbessert werden soll. Dabei soll der jeweiligen Lebens- und Arbeitssituation Rechnung getragen werden. Wenn immer möglich, muss den Frauen aus dem Sexgewerbe eine umfassende medizinische Versorgung und eine möglichst kostengünstige Behandlung zur Verfügung stehen. Es ist vorgesehen, vermehrt niederschwellige und zielgruppengerechte Testing-Möglichkeiten einzurichten.

Zusätzlich zum bestehenden Beratungsangebot und der aufsuchenden Sozialarbeit von Isla Victoria wird mit dem VCT-Projekt ein Angebot für medizinische Grundversorgung, für Prävention und Testing geschaffen. Dieses Angebot ist niederschwellig und es besteht die Möglichkeit, auf freiwilliger Basis Schnelltests für HIV und Syphilis vorzunehmen. Isla Victoria stellt sicher, dass alle Frauen, die sich testen lassen, umfassend beraten und begleitet werden.

Hauptziele

Die Haltung von Isla Victoria, ein Arbeitszweig der Zürcher Stadtmission

Eine wertschätzende und vorurteilslose Betreuung, ein empathisches Zuhören, die Wahrung der Vertraulichkeit sowie professionelle, sozialmedizinisch ausgebildete MitarbeiterInnen sind die Grundlage der Beratung- und Testingstelle.

Ziele

- Optimale Erreichung der Zielgruppe
- Schaffung eines unbürokratischen Zugangs für freiwilliges Testing
- Verhinderung / Verminderung von HIV- und STI-Infektionen bei FSW
- Besseres Schutzverhalten durch umfassende Beratung
- Freiwilliges und kostengünstiges Testing im näheren Umfeld der FSW
- Wahrung der Vertraulichkeit
- Anonymes Testing
- Umfassende Gesundheitsvorsorge bei Sexarbeiterinnen
- Vernetzte Arbeit im Umfeld von Sexarbeiterinnen und HIV/STI

Angebote VCT

- Inhouse Schnelltesting auf HIV und Syphilis, wenn nötig kostenlos
- Kontrolltest im Spital bei positivem Testresultat ((Kosten??))
- Vermittlung von Testmöglichkeiten für STI (Gonorrhoe, Chlamydien, Hepatitis)
- Vermittlung von Impfungen und weitere Blutuntersuchungen
- Die Schnelltests werden in der Beratungsstelle Isla Victoria vorgenommen
- Für jede sich testende Person wird eine finanzierbare Behandlungsmöglichkeit organisiert
- Qualitativ hochstehende Vor- und Nachtestberatung
- Im Falle eines positiven Ergebnisses wird die Beratung in der Muttersprache der Person geleistet (ausser sie versteht sehr gut Deutsch)
- Wenn immer möglich wird eine gynäkologische Versorgung angeboten
- Die medizinische Versorgung und das Testing werden immer mit sozialer Beratung verbunden

Umsetzung, Zusammenarbeit

Vorgehen

Die Kommission für HIV/STI des Kantons Zürich wird über den neuen Bereich der Beratungsstelle Isla Victoria Winterthur informiert, ebenfalls der Kantonsarzt der Stadt Zürich.

Der Kantonsspital Winterthur ist bereit, die Zuweisungen von Patientinnen unbürokratisch zu behandeln. Für Frauen ohne Krankenkasse übernimmt der Kanton Zürich die Kosten für Testings und Notfallbehandlungen. Die Mitarbeiterin von Isla Victoria begleitet die Frauen ins Spital und steht den dort arbeitenden Ärzten zur Seite. Die Notfallstation für Gynäkologie ist über die Arbeit von Isla Victoria informiert und gewährleistet eine unbürokratische Zusammenarbeit in Notfällen.

Die Zürcher Stadtmission arbeitet grundsätzlich vernetzt. Eine Zusammenarbeit besteht mit folgenden Organisationen und Stellen:

- Stadt Zürich, Soziale Dienste (SD) und Gesundheitsdepartement (GUD)
- Aids-Hilfe Schweiz, Mitarbeit in der Fachkommission Sexwork
- Zürcher Aidshilfe
- Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Verschiedene Spitäler
- Polizei
- Fachstelle für Frauenhandel und Frauenmigration (FIZ)
- Anwälte und weitere Fachstellen

Ressourcen

Die Zürcher Stadtmission / Isla Victoria setzt bisher für die aufsuchende Sozialarbeit im Kanton Zürich rund 50 Stellenprozente ein. Dies ist deutlich zu knapp. Allein die Anfahrtswege zu den Salons im ganzen Kanton benötigen viel Zeit. Die Frauen wechseln ihren Arbeitsplatz meist sehr rasch,

das bedeutet, dass eigentlich alle bekannten Salons mindestens alle zwei Monate aufgesucht werden müssen.

Insgesamt sind 150 Stellenprozent notwendig, um den Auftrag einer einigermaßen flächendeckenden Prävention mit VCT-Testing und fachlicher Beratung zu erfüllen.

Dies kann die Zürcher Stadtmission aus Kostengründen nicht leisten.

Bedarf an Konsultation im Spital

Wir rechnen mit durchschnittlich zwei Konsultationen pro Woche im Spital, für HIV/STI-Tests oder gynäkologische Untersuchungen. Die Zürcher Stadtmission / Isla Victoria leistet den beratenden Teil und sorgt für Übersetzungen.

Finanzierung aufsuchende Sozialarbeit und sozialmedizinische Beratung im Kanton Zürich inkl. VCT Angebot

Personalkosten	
Pflegefachpersonen ((plural, s.150%)) mit spezieller Weiterbildung (sozialmedizinische Beratung): 150 Stellenprozent	180'000
Projektleitung: 5 Stellenprozent	10'000
Miete Beratungs- / Praxisraum	6'000
Auto-Miete und Verbrauch ((Benzin??))	7'000
Unterstützungen für Notfälle	6'000
Büromaterial, Telefon, IT	5'000
Behandlungskosten und Präventionsmaterial	30'000
Total Kosten	244'000
Finanzierung	
Beitrag Kanton Zürich (bisher Fr. 40'000)	91'000
Reformierte Landeskirche Kanton Zürich, Beitrag aus Aidsfonds	33'000
Eigenleistungen Zürcher Stadtmission	40'000
Anschubfinanzierung BAG	70'000
Einnahmen Beiträge Frauen, pro Test Fr. 25.00 (Annahme: 400 Tests pro Jahr).	10'000
Total	244'000

Umsetzung

Anstelle eines Personenwagens wie bisher steht ein kleiner Bus zur Verfügung. Dieser ist so einrichtet, dass die Pflegefachfrau in diesem Bus sozialmedizinische Abklärungen und Leistungen sowie die Beratungen vornehmen kann. Die Erfahrung zeigt, dass sozialmedizinische Beratungen in den Salons oder in den Clubs oft nicht in der benötigten vertrauensfördernden Atmosphäre stattfinden können.

Begründung

Der Bus wird «mobile sozialmedizinische Sozialberatung» genannt. Tests werden im Rahmen von VCT vorgenommen. Wir wollen den Frauen einen Zugang zu sozialmedizinischer Beratung ermöglichen, ebenso einen Zugang zu HIV- und Syphilis-Tests. Wir wollen aber verhindern, dass Betreiber die Frauen zu Tests zwingen oder von uns Ergebnisse verlangen. Die Pflegefachfrau wird alle Frauen, die Folgeuntersuchungen und Folgetest benötigen, entweder an das Ambulatorium Kanonengasse oder an ein Spital triagieren und die Frau begleiten.

Vorteil: Mit einer solchen mobilen sozialmedizinischen Beratung können die Frauen gut versorgt werden, komplexe Situationen werden nach wie vor an Spitäler oder an das Ambulatorium weiter verwiesen. Im Vergleich zur jetzigen Situation mit Personenwagen und Konsultationen im Etablissement wäre die Versorgung einfacher, hygienischer, anonymer. Es stünde ein guter Arbeitsplatz für die Mitarbeiterin zur Verfügung. Das Ambulatorium Kanonengasse ((??)) kann entlastet werden.

Zeitplan

Die aufsuchende sozialmedizinische Arbeit wird seit 2009 durchgeführt. Es ist unser Ziel, das Angebot mit Testing und Bus ab Juli 2015 zu starten, allerdings muss die Finanzierung einigermaßen sichergestellt sein. Wir sind mit dem Kanton Zürich und dem BAG in Abklärungsgesprächen.

Evaluation

Zur Datenerhebung wird das vom BAG entwickelte System BerDa benutzt.

Die Daten werden anonym erhoben. Wir schlagen eine drei jährige Pilotphase vor, die mit einem jährlichen Bericht und einem Abschlussbericht dokumentiert wird.

Zürich, März 2015/ror

Projektwettbewerb 2015: Anmeldeformular

Projektname: Begegnungs- und Informationszentrum Turmhaus, Winterthur		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Krebsliga des Kanton Zürich	
Kontaktperson:	Marlies Heerdegen	Funktion: Major Donor Consultant
Telefonnummer:	044 388 55 25	E-Mail: marlies.heerdegen@krebsligazuerich.ch
Adresse:	Freiestrasse 71, 8032 Zürich	
Organisation 2	Kantonsspital Winterthur	
Kontaktperson:	Valeska Auerbach	Funktion: Direktionsassistentin des Leiters Tumorzentrums Winterthur (Dr. Miklos Pless)
Telefonnummer:	052 266 52 52	E-Mail: valeska.auerbach@ksw.ch
Adresse:	Brauerstrasse 16, 8401 Winterthur	
Weitere Beteiligte:		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>„Das Wichtigste ist, in der Angst vor dem Tod die Lebensfreude zu bewahren“ Maggie Keswick Jencks</p> <p>Das Begegnungs- und Informationszentrum Turmhaus in Winterthur ist ein in der Deutschschweiz einzigartiges Gemeinschaftsprojekt des Kantonsspitals Winterthur und der Krebsliga Zürich. Hier findet man Austausch mit Menschen, die ihre Erfahrungen zum Thema Krebs teilen. Hier findet man auch vertrauenswürdige Informationen und Unterstützung durch die Beratungsstelle der Krebsliga Zürich. Und man findet eine herzliche, einladende Atmosphäre, die zum Verweilen einlädt und neue Kraft gibt. Die geografische Nähe zum Kantonsspital Winterthur fördert die enge Zusammenarbeit zwischen medizinischer und psychologischer Betreuung. Das Turmhaus steht allen offen: Betroffenen, die soeben die Diagnose erhalten haben oder regelmässig zur Therapie gehen, und Angehörigen, die Hilfe und Anregungen suchen, wie sie mit der schwierigen Situation umgehen – und mit anderen über ihre Wut und Trauer reden können.</p> <p>Schlussendlich soll das oberste Ziel, die Verbesserung der Lebensqualität durch eine Entstigmatisierung der Krankheit Krebs und einer Verbesserten Krankheitsbewältigung durch die Betroffenen erreicht werden.</p>		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2015		
Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)		

Begegnungs- und Informationszentrum „Turmhaus“

1. Einleitung

Das gemeinsame Projekt des Kantonsspitals Winterthur und der Krebsliga Zürich wurde am 30. Juni 2012 erfolgreich gestartet und erfreut sich eines regen Zulaufs von Krebsbetroffenen. Das Turmhaus ist der Ort, der Menschen Kraft und Lebensfreude zurückgibt. Es bietet fundierte Informationen, praktische Ratschläge und emotionale Unterstützung für alle, die sich dem Kampf gegen Krebs stellen müssen. Das Hilfsangebot soll niederschwellig und für alle Krebsbetroffenen (Patientinnen und Patienten, Angehörige und andere) offen sein. Die meisten Besuche erfolgen unangemeldet und die meisten Dienstleistungen sind kostenlos. Das Angebot umfasst nebst diversen Kursen, Workshops und Referaten auch psychoonkologische Therapien und psychosoziale Beratungen. Mit einer Fachärztin, welche sich auf Krebsbetroffene spezialisiert hat, erhalten Betroffene in der psychoonkologischen Therapie die Möglichkeit durch eine speziell auf die Situation zugeschnittene Psychotherapie schwierige Gefühle und Ängste in Bezug auf die Krankheit zu besprechen und geeignete Bewältigungsstrategien zu erarbeiten.

Schlussendlich soll das übergeordnete Förderziel, die **Verbesserung der Lebensqualität** durch eine Entstigmatisierung der Krankheit Krebs und einer verbesserten Krankheitsbewältigung durch die Betroffenen erreicht werden. Da es in der Deutschschweiz keine vergleichbaren Zentren gibt, stellt das Turmhaus für diese Region ein innovatives Pilotprojekt dar.

2. Projektpartner: Krebsliga des Kanton Zürich (KLZ)

Die Krebsliga des Kanton Zürich ist eine gemeinnützige Organisation mit der Geschäfts- und Beratungsstelle in Zürich und einer Beratungsstelle in Winterthur. Rechtlich ist die Krebsliga des Kantons Zürich ein Verein mit rund 10'000 Mitgliedern. Die Krebsliga Zürich setzt sich für das Wohl von krebskranken Menschen und ihren Angehörigen im Kanton Zürich ein. Sie ist eine Drehscheibe für Krebsthemen. Allein im Kanton Zürich erkranken jedes Jahr 6'000 Menschen an Krebs. Jeder von uns kennt in seinem Familien- und Freundeskreis Menschen mit Krebs. Die Krebsliga des Kantons Zürich bietet Krebsbetroffenen und ihren Angehörigen einfach zugängliche Hilfestellung. Sie informiert, berät und unterstützt. Weitere Schwerpunkte sind die Information der Bevölkerung zur Prävention und die Förderung der Krebsforschung im Kanton Zürich. Die Krebsliga des Kantons Zürich ist eine von 19 kantonalen und regionalen Krebsligen der Schweiz und ausschliesslich im Kanton Zürich tätig. Sie ist Mitglied der Krebsliga Schweiz.

3. Projektpartner: Kantonsspital Winterthur (KSW)

Das Kantonsspital Winterthur ist eines der zehn grössten Spitäler der Schweiz und behandelt jährlich rund 200 000 Patientinnen und Patienten. Mit 3000 Mitarbeitenden und 500 Betten sichert es die medizinische Grundversorgung für die Einwohner der Spitalregion.

Über die Region hinaus erbringt das KSW in Zusammenarbeit mit den Regionalspitälern Leistungen der spezialisierten Medizin. Das Kantonsspital Winterthur erfüllt einen wichtigen Ausbildungsauftrag. Um die Krebsbehandlung zu optimieren besteht das „Tumorzentrum Winterthur“, welches medizinische Onkologie, Klinik für Radio-Onkologie und Chirurgie umfasst. Dank der «gesunden Grösse» sind die Kommunikationswege kurz und klar. Die Kultur der Zusammenarbeit hat einen hohen Stellenwert.

4. Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit mit dem KSW ermöglicht dem Projekt „Turmhaus eine hohe Bekanntheit. KSW-Mitarbeitende werden auf das Turmhaus aufmerksam gemacht und schicken Patienten in das nahe gelegene Begegnungszentrum. Die „Turmhaus“-Mitarbeitenden besuchen regelmässig alle relevanten

Abteilungen des KSW und nehmen wenn immer möglich auch an deren Rapporten teil. Zudem stellt das KSW auch Mitglieder für die Betriebskommission, um den Austausch und die Kooperation zu fördern.

Pro Monat nimmt eine Person des Turmhauses an der Austauschsitzung mit den Mitarbeitern des KLZ teil. Die Teammitglieder der psychosozialen Beratung übernehmen Ferien- und andere Abwesenheitsvertretungen der Turmhausmitarbeitenden. Die Kommunikation, das Fundraising, die Buchhaltung und das Personalwesen werden von der KLZ übernommen. Auch die Administration unterstützt das Turmhaus. Durch diese Zusammenarbeit können Synergien genutzt und Kosten eingespart werden.

5. Personal Turmhaus

Im Turmhaus arbeiten zwei Pflegefachfrauen mit Pensen von 80% bzw. 60%. Ferien und andere Abwesenheiten werden untereinander oder durch das Psychosoziale Beratungsteam der KLZ abgedeckt. Die beiden Pflegefachfrauen bringen eine grosse Onkologieerfahrung aus der Praxis mit und teilen sich die Leitung des Turmhauses.

6. Operative Leistungsziele

Mit dem nachfolgend beschriebenen Angebot werden folgende operative Leistungsziele verfolgt:

- **Nichtstrukturierter Besuch und Austausch:** Offener Zugang zu den Angeboten. Die Besucherinnen und Besucher entscheiden selbst, welche Angebote des Turmhauses sie wann in Anspruch nehmen.
- **Niederschwelliger Begegnungsort:** Der Zugang zu den Angeboten soll niederschwellig und unkompliziert sein.
- **Triage und Assessment:** Die Besucherinnen und Besucher werden schnell und freundlich empfangen. Die Bedürfnisse werden erfasst und respektiert.
- **Raum und Zeit:** Das Turmhaus bietet eine wohnliche Umgebung und Möglichkeiten zum Rückzug und Verweilen.
- **Psychosoziale Beratung und psychoonkologische Therapie:** Betroffene und Angehörige haben einen niederschweligen Zugang zur psychosozialen Beratung und psychoonkologischen Psychotherapie.
- **Fachinformationen:** Das Turmhaus stellt vertrauenswürdige Informationen mit schulmedizinischer Ausrichtung zum Thema Krebs zur Verfügung. Dadurch erhalten die Besucherinnen und Besucher einen besseren Wissensstand.
- **Kursangebote:** Das Turmhaus schafft ein vielfältiges Angebot an Kursen, die den persönlichen Wissensstand und/oder die Bewältigungsstrategien der Besucherinnen und Besucher erweitern.
- **Referate:** Durch die Referate wird der Wissensstand der Besucherinnen und Besucher verbessert.
- **Selbsthilfegruppen:** Das Turmhaus bietet interessierten Gruppen die Möglichkeit sich regelmässig zu treffen und unterstützt den Aufbau der Gruppen.
- **Promotion externer Angebote:** Die Turmhausmitarbeitenden kennen und vermitteln externe Angebote.

7. Turmhausangebote

Die Ideen für die ersten Angebote im Turmhaus kamen von ähnlichen Zentren in Genf und Grossbritannien. Lanciert wurde die Idee vom Leiter Tumorzentrums des KSW im 2006. Mit der Zeit wurden die Angebote so angepasst, dass sie den besonderen Wünschen und lokalen Gegebenheiten der Region Winterthur Rechnung tragen.

7.1. Familientisch *(Begleitung der Besucherinnen und Besuch durch Pflegefachfrauen mit Onkologierfahrung)*

Der Familientisch, der im Turmhaus im offenen Bereich gleich bei der Küche zu finden ist, symbolisiert die Möglichkeit zum nichtstrukturierten oder begleiteten Austausch. Er bildet das Zentrum des Turmhauses – Das Angebot kann als Kerngeschäft des Begegnungs- und Informationszentrum bezeichnet werden. Ein grosser Teil des Turmhausbetriebes findet hier statt.

7.2. Brunch

Der Brunch wird durchschnittlich von 10 Personen besucht. Es wird ein grosses Frühstück angeboten, für das die Teilnehmenden einen Unkostenbeitrag leisten. Diese Angebot ermöglicht einen Austausch zwischen neuen und bestehenden Besuchern. Der Brunch ist die beliebteste monatliche Veranstaltung und bietet eine niederschwelliges Angebot, bei dem unbeschwerter Austausch möglich ist.

7.3. Gesprächsrunden

Die Gesprächsrunden finden wöchentlich statt und werden von einer Fachperson moderiert. Es werden Themen besprochen, die Krebsbetroffene und Angehörige im Alltag beschäftigen. Am Anfang steht meist ein krebspezifisches Fachreferat danach wird diskutiert.

Innerhalb dieses Angebotes gibt es auch eine spezielle Gesprächsrunde nur für Männer, das „Männercafé“. Hier gibt es meist noch ein Zusatzangebot wie beispielsweise gemeinsames Grillieren oder Jassen.

Die Besucherinnen und Besucher erhalten einen niederschweligen Zugang zu einem Fachreferat, da eine Anmeldung nicht nötig ist.

7.4. Kurse

Es besteht ein breites Angebot, aus dem die Besucherinnen und Besucher auswählen können. Im Rahmen der Kurse wird ihnen eine Erweiterung der persönlichen Bewältigungsressourcen ermöglicht.

Folgende Kursangebote stehen den Besuchern zur Verfügung: Entspannungsstunde, Bewegung und Sport, Kochkurs, Malen, Taj Ji/Qui Gong, Yoga, Schreibkurs „Schreiben heisst sich selber lesen“.

7.5 .Psychosoziale Beratung KLZ

Die psychosoziale Beratung ist ein etabliertes Angebot der Krebsliga Zürich und gehört zu ihrem Kerngeschäft. Krebsbetroffene und Angehörige erhalten Beratung von Sozialarbeitern zu folgenden Themen: Umgang mit der Erkrankung, Sozialversicherungen, Finanzen etc. Für diese Beratungen muss vorgängig eine Terminvereinbarung stattfinden. Die Turmhausmitarbeiterinnen machen die Besucherinnen und Besucher auf dieses Angebot aufmerksam und vereinbaren auch die Termine. Dadurch wird eine ganzheitliche Betreuung gewährleistet.

7.6. Psychoonkologische Therapie

Die Psychoonkologische Therapie wird durch eine Fachärztin, Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie, angeboten. Die Turmhausmitarbeiterinnen triagieren direkt an die Psychoonkologie und können auch Termine vereinbaren. Durch die enge Zusammenarbeit zwischen den Turmhausmitarbeiterinnen und der Psychoonkologie entsteht ein niederschwelliger Zugang zu diesem Angebot.

7.7. Gesellschaftliche Angebote

Die gesellschaftlichen Angebote werden durch die Turmhausmitarbeitenden selber angeboten. Dazu

gehören Bastelnachmittage, Filmnachmittage und Spielnachmittage. Diese Angebote bieten die Möglichkeit zu einem informellen Austausch mit Turmhausmitarbeiterinnen und anderen Betroffenen. Die themenspezifischen Filmen dienen dem Wissenszuwachs und der persönlichen Weiterbildung.

7.8. Workshops und Referate

Für die Referate werden Expertinnen und Experten aus verschiedenen Fachgebieten angefragt. Die Referate bieten aktuelle Fachinformationen und die Möglichkeit individuelle Fragen zu stellen. Sie tragen so zum persönlichen Wissenszuwachs bei.

7.9. Bibliothek

Die Bibliothek enthält Fachliteratur zum Thema Krebs sowie Kinderbücher und DVDs. Weiter werden Broschüren der Krebsliga Schweiz und der Krebshilfe Deutschland aufgelegt. Ausserdem besteht eine Internetstation mit Favoritenliste zum Thema Krebs.

Dieses Angebot an vertrauenswürdigen Informationen soll zum Wissenszuwachs der Besucherinnen und Besucher beitragen, damit sie im Dschungel der Informationen zum Thema Krebs Unterstützung und Möglichkeiten zu Eingrenzung erhalten.

8. Finanzierung:

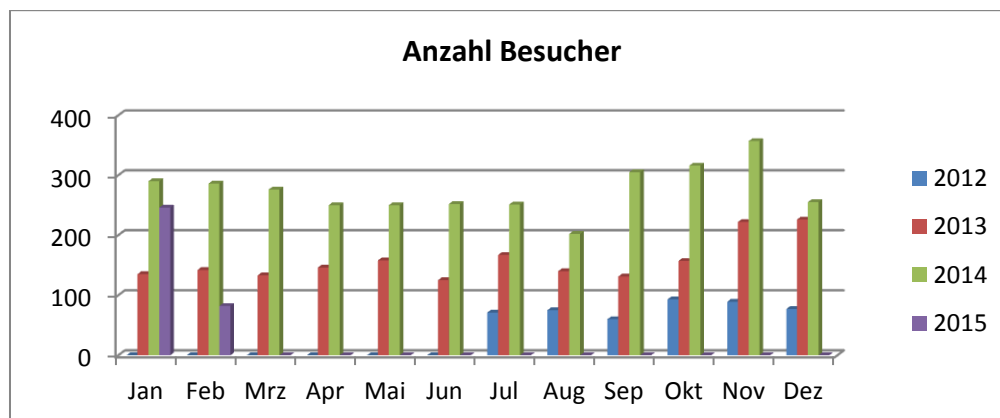
Das Turmhaus wird über Spendengelder finanziert. Im 2014 entstanden Kosten von CHF 320'000.— (Personalkosten, Dienstleistungskosten, Mietkosten und Administrationskosten). (Details siehe beiliegendes Factstheet)

9. Stand des Projektes und Ausblick

Die stetige Zunahme der Besucher des Turmhauses seit 2012 hat gezeigt, dass ein solches Angebot bei Krebsbetroffenen und Angehörigen sehr willkommen ist und rege genutzt wird. Aus diesem Grunde sind im Kanton Zürich weitere solche Begegnungs- und Informationszentren geplant.

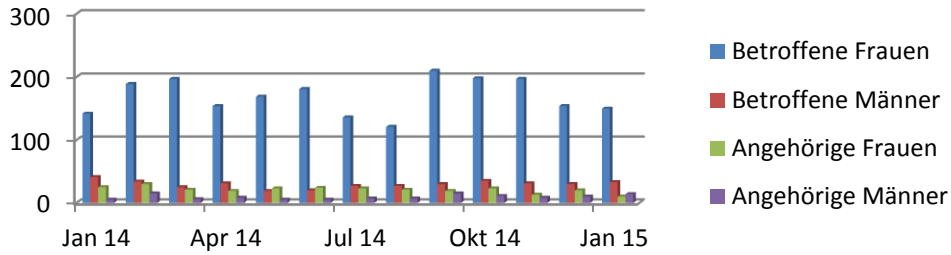
10. Evaluation und Umsetzung

Die Besucherzahlen haben sich seit 2012 erfreulich entwickelt. Seit dem Start im Juli 2012 konnte die Besucherzahl kontinuierlich gesteigert werden (siehe Grafik Anzahl Besucher pro Monat 2012 – 2014). Im 2014 verzeichnete das Turmhaus über das ganze Jahr insgesamt 3290 Besucher.



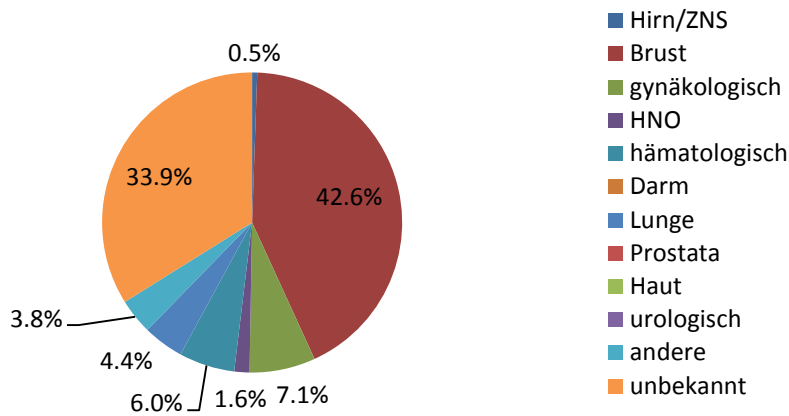
Die Vergangenheit hat zudem gezeigt, dass mehrheitlich Frauen das Angebot nutzen.(siehe Grafik Verhältnis betroffene und angehörige Frauen und Männer). Um dem entgegenzuwirken wurde das Angebot mit mÄnnerspezifischen Themen wie beispielsweise einem MÄnnercafé sowie einer GesprÄchsrunde fÄr Prostatabetroffene ausgebaut.

Verhältnis zwischen betroffenen und angehörigen Frauen und Männern

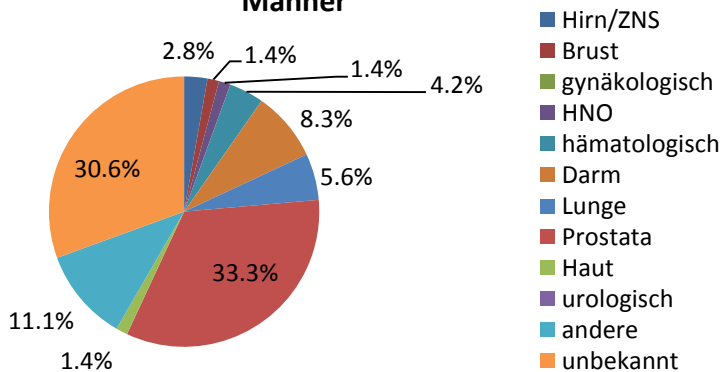


Bezüglich der Verteilung der Krebsarten (siehe Grafiken Verteilung Krebsarten der neuen Besucher) zeigt sich, dass der überwiegende Teil der Besucherinnen an Brustkrebs und derjenige der Besucher an Prostatakrebs erkrankt ist.

Verteilung der Krebsarten bei den neuen Besuchern: Frauen

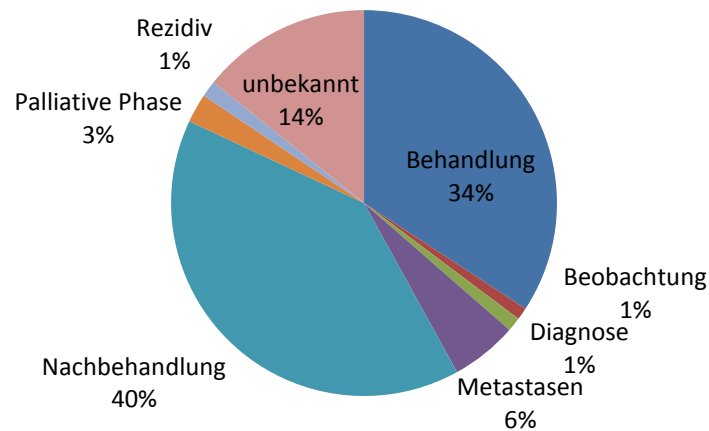


Verteilung der Krebsarten bei den neuen Besuchern: Männer



Der überwiegende Teil der Besucherinnen und Besucher besuchen das Turmhaus während der Behandlung oder Nachbehandlung der Krankheit. (siehe Grafik Krankheitsstadium der Betroffenen).

Krankheitsstadium der Betroffenen zum Zeitpunkt des Besuchs im 2013



11. Bewertungskriterien Wettbewerb:

11.1. Patientennutzen:

Durch den einfachen Zugang und dem vielfältigen Angebot soll dem krebsbetroffenen Patienten geholfen werden die Krankheit besser zu bewältigen und seine Lebensqualität zu verbessern. Er soll besser informiert sein und fachliche Auskunft erhalten.

11.2. Vernetzung:

Durch die Vernetzung und der geografischen Nähe zum KSW werden krebsbetroffene Patienten im Spital auf das Angebot des „Turmhauses“ aufmerksam gemacht. Die Mitarbeiter des Turmhauses pflegen einen engen Kontakt zu den Mitarbeitern des KSW. Die Patienten und Angehörigen werden eingebunden.

11.3. Innovation:

Es gibt in der Deutschschweiz kein vergleichbares Begegnungs- und Informationszentrum. Als Vorbild dienen die Maggie's Centres in Grossbritannien und das Espace Médiane der Krebsliga Genf.

11.4 Effizienz:

Durch die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der KLZ (Stellvertretung, Administration etc.), werden Synergien genutzt. Durch die Nähe zum KSW werden Betroffene auf das Turmhaus-Angebot aufmerksam gemacht und können ohne Voranmeldung ins Turmhaus gesandt werden.

11.5. Umsetzung:

Das Projekt „Turmhaus“ ist seit Juli 2012 operativ. Das Angebot wird rege genutzt und die Besucherzahlen konnten jedes Jahr gesteigert werden. Die Zusammenarbeit hat sich eingespielt. Gewisse Angebote wurden leicht auf die Bedürfnisse der Besucherinnen und Besucher angepasst.

Fact Sheet Begegnungs- und Informationszentrum «Turmhaus»

(Feb 2015 / sfa)

Beschrieb Dienstleistung

Das Turmhaus ist ein in der Deutschschweiz einzigartiges **Begegnungs- und Informationszentrum**. Hier findet man Austausch mit Menschen, die ihre Erfahrungen zum Thema Krebs teilen. Hier findet man aber auch vertrauenswürdige **Informationen** und Unterstützung durch die **Beratungsstelle** der Krebsliga Zürich. Und man findet eine herzliche, einladende Atmosphäre, die zum Verweilen einlädt und neue Kraft gibt. Das Turmhaus ist ein Gemeinschaftsprojekt der Krebsliga des Kantons Zürich und des Kantonsspitals Winterthur. Die geografische Nähe zum Kantonsspital fördert die enge Zusammenarbeit zwischen medizinischer und psychologischer Betreuung. Das Turmhaus steht allen offen: Betroffenen, die soeben die Diagnose erhalten haben oder regelmässig zur Therapie gehen, und Angehörigen, die Hilfe und Anregung suchen, wie sie mit der schwierigen Situation umgehen – und mit anderen über ihre Wut und Trauer reden können.

Facts (Zahlen 2014)

Anzahl Besucher	3'250
Ø Besucher/Monat	271
Personengruppen	1. 72 % Betroffenen (meist Frauen mit Brustkrebserkrankung) 2. 13 % Angehörige 3. 10 % Fachpersonen 4. 3 % Interessierte 5. 2 % Unbekannt
Anzahl Mitarbeitende	2 Co-Leitung (Pflegfachfrauen, 80% & 60%)

Täglich sind SozialarbeiterInnen, sowie an einzelnen Tagen nach Vereinbarung eine Psycho-Onkologin anwesend.

Betriebsrechnung Turmhaus 2014 (ohne Abschreibungen)

Mittelbeschaffung

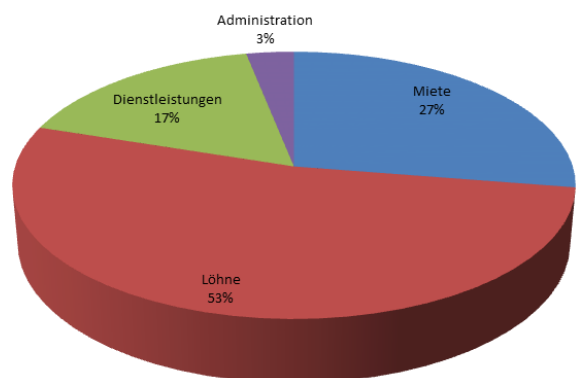
Total Aufwand:	CHF 320'000.-
./ .regelmässige Spenden Turmhausgönner	CHF 229'000.-
./ .Beiträge Dritte (Mieterlöse & Events)	CHF 30'000.-
./ .zweckgebundene Spenden	CHF 79'000.-
<u>Total Einnahmen Turmhaus</u>	<u>CHF 338'000.-</u>
Überschuss	CHF 18'000.-

(Überschüsse werden in zweckgebundenen Fonds parkiert)

Mittelverwendung

Total Aufwand:	CHF 320'000.-
Personalkosten	CHF 168'000.-
Dienstleistungskosten	CHF 54'000.-
Mietkosten	CHF 88'000.-
Administration	CHF 10'000.-

Mittelverwendung Turmhaus 2014



Weitere Begegnungsorte im Kanton Zürich, aber auch in weiteren Kantonen sind unter der nationalen Dachmarke *zeitRaum* in Planung. Zweckgebunden Spenden können derzeit in den Fonds der KLZ „Begegnungsorte für krebsbetroffene Menschen im Kanton Zürich“ einbezahlt werden.

Möglichkeiten der Unterstützung

Der laufende Betrieb ist mit zweckgebundenen Dauerspenden und weiteren Zuwendungen bis ins Jahr **2018** gesichert.

Besichtigungen jederzeit möglich: Sven Fäh, Leiter Fundraising, 044 388 55 27

Projektwettbewerb 2015: Anmeldeformular

Projektname: Bewegter Alltag in Alterszentren der Stadt Zürich		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	ZHAW, Departement Gesundheit (Institut für Physiotherapie und Zentrum für Gesundheitswissenschaften)	
Kontaktperson:	Niedermann Karin Bänziger Andreas	Funktion: Co-Projektleiter/in
Telefonnummer:	058 934 63 46 058 934 65 19	E-Mail: karin.niedermann@zhaw.ch andreas.baenziger@zhaw.ch
Adresse:	ZHAW, Departement G, Technikumstr. 71, 8401 Winterthur	
Organisation 2		
ZHAW, Departement S (Soziale Arbeit)		
Kontaktperson:	Baumeister Barbara	Funktion: Co-Projektleiterin
Telefonnummer:	058 934 88 56	E-Mail: barbara.baumeister@zhaw.ch
Adresse:	ZHAW, Departement S, Pfingstweidstrasse 96, Postfach 2151, 8031 Zürich	
Organisation 3		
Alterszentren der Stadt Zürich, vertreten durch Geschäftsleitung (Praxispartner)		
Kontaktperson:	Elmiger Marc	Funktion: Projektverantwortlicher seitens Praxispartner
Telefonnummer:	044 412 47 70	E-Mail: marc.elmiger@zuerich.ch
Adresse:	Stadt Zürich, Alterszentren, Walchestrasse 31, Postfach, 8021 Zürich	
Weitere Beteiligte:		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen) Das Projekt findet in drei Alterszentren der Stadt Zürich (AZ) statt. Das Ziel ist, zusammen mit den Bewohner/innen ein Konzept für peer-gestützte Bewegungsförderung zu entwickeln und zu implementieren. In einem Entwicklungsprojekt wurden in Workshops mit Bewohner/innen ihre Bedürfnisse und Ideen diskutiert und priorisiert sowie spezifische Bewegungsaktivitäten skizziert. Weiter konnten drei Bewohnertypen identifiziert werden, deren unterschiedliche Ressourcen und Interessen für peer-gestützte Bewegungsförderung entsprechend genutzt werden können. Im aktuell laufenden Umsetzungsprojekt werden die Ideenskizzen und das Peerkonzept in den drei AZ umgesetzt und evaluiert. In jedem AZ wurde ein Bewegungsrat (Mitglieder=Bewohner/innen) konstituiert um eine nachhaltige Bewegungskultur zu etablieren. Am Ende dieses innovativen Projektes wird ein Manual entstehen, das den Prozess für partizipative und peer-gestützte Bewegungsförderung sowie die nötigen Instrumente zur Planung, Durchführung und Evaluation enthält. Damit wird weiteren interessierten Alterszentren ermöglicht, peer-gestützte Bewegungsangebote für ihre Bewohner/innen einzuführen und ‚Bewegung‘ als soziale Aktivität zu verankern.		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2015		
Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)		

Bewegter Alltag in Alterszentren der Stadt Zürich

Ein forschungsbasiertes Entwicklungs- und Umsetzungsprojekt für peer-gestützte Bewegungsangebote

Forschungsteam

Bänziger Andreas, Dr. phil., Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)

Baumeister Barbara, dipl. Psych., Departement Soziale Arbeit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)

Niedermann Karin, Prof. Dr., Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW)

Praxispartner

Alterszentren Stadt Zürich, beteiligt mit den Alterszentren Dorflinde, Kluspark und Wolfswinkel

1 Hintergrund

In der Schweiz lebten im Jahr 2008 ca. 30% der über 84-jährigen Frauen und ca. 10% der Männer in einer stationären Alterseinrichtung¹. Gute soziale Beziehungen sind für Männer und Frauen in jeder Lebensphase ein zentrales Element sozialer Integration und beeinflussen damit auch ihr Wohlbefinden². Einhergehend mit dem Abbau sozialer Netze im Alter zeigt sich der Bedarf nach Integration, Teilhabe und Gestaltungsfreiheiten gerade auch bei Personen, die in Institutionen leben. Diesem Anspruch gerecht zu werden, stellt die Mitarbeiter/innen in stationären Alterseinrichtungen vor grosse Herausforderungen und dies insbesondere unter zunehmendem ökonomischem Druck.

Körperliche Aktivität und Mobilität sind eine Ressource für Gesundheit. Körperliche Inaktivität ist ein Risikofaktor für viele Krankheiten und ein starker Prädiktor für körperliche Einschränkungen. Die ersten Einschränkungen erleben ältere Erwachsene oft durch den Verlust von Mobilität, welcher mit einem erhöhten Sturzrisiko sowie dem Verlust von Unabhängigkeit und sozialer Partizipation einhergeht und letztlich zu einer reduzierten Lebensqualität führt³.

Tatsächlich aber ist nur rund ein Viertel der Bewohner/innen von Alters-Institutionen entsprechend den internationalen Bewegungsempfehlungen (150 Minuten Alltagsbewegung / Woche, z.B. gehen) genügend körperlich aktiv⁴. Eine Möglichkeit, Bewegung für die Bewohner/innen adäquat und attraktiv zu gestalten, ist der verstärkte Einbezug der Betroffenen (=Peers), also der Bewohner/innen selber. Sie können sowohl bei der Entwicklung und Umsetzung von Bewegungs-ideen, als auch bei der Kommunikation und Animation an ihre Mitbewohner/innen eine unschätzbare Ressource darstellen. Damit wird auch der soziale Kontakt untereinander gefördert.

Das forschungsbasierte Projekt ‚Bewegter Alltag in Alterszentren der Stadt Zürich‘ besteht aus zwei Teilen: einem Entwicklungsprojekt (Teil 1, Oktober 2012–April 2014) und einem Umsetzungsprojekt (Teil 2 Juli 2014–Dezember 2015), das auf den Ergebnissen des Entwicklungsprojektes basiert⁵. Es findet in drei Alterszentren der Stadt Zürich (AZ) statt und ist Drittmittel-finanziert (2x 50'000 CHF für beide Projektteile).

2 Zielsetzung des Gesamtprojektes

Ziel des Gesamtprojektes ist es, unter Einbezug der Bewohner/innen (= partizipativ) ein Konzept für peer-gestützte Bewegungsförderung im Alltag zu entwickeln, zu implementieren und zu evaluieren.

1. Fragestellungen und Ergebnisse des Entwicklungsprojektes (Teil 1)⁵

- *Welche Bewegungsangebote bestehen in den ausgewählten Alterszentren, wie werden sie genutzt und welche Erfahrungen sind damit verbunden?*

¹ Höpflinger, F., Bayser-Oglesby, L. & Zumbrunn, A. (2011). Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter: Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Bern: Huber.

² Tesch-Römer, C. (2010). Soziale Beziehungen im Alter. Grundriss Gerontologie Band 8. Stuttgart: Kohlhammer.

³ Lips, P., Pluijm, SMF., Stel, VS., Visser, M., Smit, JH. & Deeg, DJH (2001). Physical activity and the risk of falls in older men and women: The Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). Journal of Bone and Mineral Research (16), 563-563

⁴ Bundesamt für Statistik: „Bundesamt für Statistik, Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen 2008/09“

⁵ Bänziger, A., Baumeister, B., Forrer Kasteel, E. & Niedermann, K. (2014). Bewegter Alltag in Alterszentren der Stadt Zürich – Ein forschungsbasiertes Entwicklungsprojekt für ein peer-gestütztes Bewegungsangebot. Ergebnisbericht, April 2014.

Bewegungsangebote gab es in zwei Zentren nur einmal pro Woche und im dritten Zentrum zweimal. Damit werden die internationalen Bewegungsempfehlungen sowohl für das Training von Beweglichkeit, Kraft oder Ausdauer (Häufigkeit 2-3x pro Woche) nicht erfüllt als auch die Empfehlungen für körperliche Alltags-Bewegung (eine halbe Stunde pro Tag) nicht unterstützt.

Die vorhandenen Bewegungsangebote werden von 10-15% der Bewohnerschaft regelmässig besucht und positiv bewertet. Es wird empfohlen, mehr und differenziertere Angebote mit körperlicher Aktivität und Training in den ausgewählten Alterszentren anzubieten. Dadurch haben einerseits mehr Bewohner/innen die Möglichkeit, an einem Angebot teilzunehmen, andererseits können auch mehr Bewohner/innen durch die Passung des Angebots angesprochen und dafür gewonnen werden. Dieser Punkt wurde in diesem Projekt nicht weiterverfolgt, da das Ziel ein peer-gestütztes Konzept ist: Die Einführung neuer, durch Fachpersonen geleiteter Bewegungsangebote fällt nicht in diesen Zielbereich.

- *Welche Förderfaktoren und Barrieren zu Bewegungsangeboten bestehen aus Sicht verschiedener Akteure?*

Anhand der durchgeführten Gruppendiskussionen, Einzelinterviews und Workshops konnte eine Reihe von Motiven für die Teilnahme identifiziert werden, wie der Nutzen für die eigene Gesundheit (Prävention), soziale Kontakte, Spass an Bewegung und an der Ausgestaltung des Angebots. Als Gründe für die Nicht-Teilnahme werden konkurrierende Aktivitäten genannt, aber auch, dass das Angebot zu einfach oder zu anstrengend sei sowie eine gewisse Bequemlichkeit der Bewohner/innen und die Kostenpflichtigkeit der Angebote (in einem Heim).

Seitens der bewegungsverantwortlichen Personen wird die Freude der teilnehmenden Bewohner/innen an Bewegung und sozialen Kontakten als primärer Förderfaktor genannt, aber auch die Herausforderung im Umgang mit heterogenen Gruppen (in Bezug auf körperliche und geistige Ressourcen) betont.

- *Welche Art von sozialen Kontakten besteht formell (Angebote in den Institutionen) und informell (der Bewohnerschaft untereinander)? Welche Erfahrungen werden in Zusammenhang mit sozialen Kontakten gemacht?*

In allen Zentren ist eine grosse Anzahl an institutionellen Angeboten, insbesondere in den Bereichen Kultur, Aktivierung und gemeinschaftlichem Zusammensein vorhanden. Für informelle soziale Kontakte ist der Mittagstisch die zentrale Drehscheibe im Alterszentrum.

- *Welches sind die Förderfaktoren und Barrieren bezüglich sozialer Teilhabe aus Sicht verschiedener Akteure?*

Die unterschiedliche Wahrnehmung der Lebenswelt ‚Alterszentrum‘ durch die Bewohner/innen steht in starkem Zusammenhang mit der Integration im AZ (oft abhängig von der Zeitdauer seit Eintritt) und ist insbesondere auch abhängig von den eigenen körperlichen und sozialen Ressourcen.

Für die Teilnahme an sozialen Aktivitäten ist den Bewohner/innen Niederschwelligkeit und Freiwilligkeit wichtig. Das wird von der Zentrumsleitung bestätigt.

Aufgrund der Einzel- und Gruppengespräche kann die Bewohnerschaft in drei idealtypische Bewohner/innen eingeteilt werden, welche über eine unterschiedliche Kontextwahrnehmung verfügen und unterschiedlich stark im Sozialgefüge des Alterszentrums integriert sind. Die unterschiedlichen Ressourcen und Interessen dieser Idealtypen können für die Umsetzung peer-gestützter Bewegungsförderung entsprechend genutzt werden (siehe nächster Punkt).

- *Wie können die bestehenden Bewegungsangebote in diesen drei Institutionen partizipativ weiterentwickelt resp. neue Bewegungsangebote oder Instrumente zur Förderung der Bewegung im Alltag unter Nutzung der bestehenden sozialen Ressourcen entwickelt werden?*

Aufgrund der Einzel- und Gruppengespräche konnten drei idealtypische Bewohner/innen identifiziert werden. Die unterschiedlichen Ressourcen und Interessen dieser Idealtypen können für die Umsetzung peer-gestützter Bewegungsförderung entsprechend genutzt werden. Es sind dies:

- 1) *Kontinuität*: diese Bewohner/innen sind gut integriert im AZ, haben viele soziale und körperliche Ressourcen und ein «volles Programm».
- 2) *Kontraste*: diese Bewohner/innen erleben den Eintritt ins AZ als biographischen Bruch, ihre Integration ist noch nicht gelungen, aber sie verfügen über viele soziale und körperliche Ressourcen.
- 3) *Akzeptanz*: diese Bewohner/innen haben wenig soziale und/oder körperliche Ressourcen und sind eher im Modus ‚warten‘ und ‚Langweile‘.

Der Typ ‚Kontinuität‘ ist im Peer-Konzept in flexibler Funktion / für punktuelle Aufgaben und als Kommunikator/Animator geeignet, der Typ ‚Kontraste‘ kann klar definierte Aufgaben übernehmen, während der Typ ‚Akzeptanz‘ vor allem als Adressat ansprechbar sein könnte. Im Rahmen der Entwicklungsphase wurden in jedem teilnehmenden Zentrum zwei Entwicklungsworkshops durchgeführt, welche die kritische Diskussion der Resultate ermöglichte. Gleichzeitig wurden konkret ausgearbeitete Ideen/Möglichkeiten bezüglich der Peer-Rolle (Bewegungsrat) sowie der Bewegungsangebote geprüft und partizipativ weiterentwickelt. Schliesslich konnte auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse das erwähnte Konzept entwickelt werden.

3 Zentrale Erkenntnisse für die Umsetzung der peer –gestützten Bewegungsangeboten

- Die drei Alterszentren verfügen über *vergleichbare strukturelle Voraussetzungen* und die Bewohner/innen bringen *vergleichbare Bedürfnisse resp. Ressourcen für Peer-Rollen* mit.
- Es lassen sich drei *Typen von Zentrumsbewohner/innen* unterscheiden (‚Kontraste‘, ‚Kontinuität‘, ‚Akzeptanz‘), welche unterschiedliche Zielgruppen für den Peer-Ansatz darstellen (Kriterien: Ressourcen für Peer-Rolle, Profitieren von Peer-Rolle, aktive und passive Rollen). Die jeweiligen Angebote sowie allgemein die partizipative Entwicklung von bewohnergestützter Bewegungsförderung soll diese Typen und ihre unterschiedlichen Ressourcen und Bedürfnisse möglichst gut berücksichtigen/miteinbeziehen, will heissen: der *Heterogenität* der Bewohnerschaft möglichst gerecht werden.
- Es lassen sich zentrale Voraussetzungen identifizieren, welche Faktoren für ein erfolgreiches Angebot darstellen. Die Angebote an sich sowie der Einbezug von Bewohner/innen muss möglichst *niederschwellig* und *offen/freiwillig* gestaltet sein, damit sich die Bewohner/innen selbstverantwortlich einbringen. Ein hoher *Spasfaktor* des Angebots dürfte ebenfalls die Wahrscheinlichkeit eines Erfolgs stark erhöhen. Die Angebote sollen mit ihrem (*präventiven*) *Nutzen für die Gesundheit* beworben werden. Die *Ansprache/Motivation* von anderen Bewohner/innen sollte möglichst unaufdringlich und eher *Motivation über ein positives Rollen-vorbild* sein denn eine ‚dränglerische‘ Aufforderung zum Mitmachen.
- Die *Motivation* zur Teilnahme und die *Kommunikation* über die Angebote sollten allgemein *über soziale Treffpunkte im Zentrum* geschehen (von denen v.a. der Mittagstisch zentral ist).

4 Umsetzungsprojekt (Teil 2)

Im aktuell laufenden Umsetzungsprojekt, das auf den Ergebnissen des Entwicklungsprojektes basiert, werden das Peerkonzept und die Ideenskizzen in den drei AZ spezifisch umgesetzt und evaluiert.

Wegen ihrer Nähe zur Bewohnerschaft wurden die Aktivierungstherapeutinnen (AT) während des 1. Teilprojektes als die geeigneten Fachpersonen innerhalb des Settings AZ identifiziert, um die Bewohner/innen in der Umsetzung dieser (und weiterer) Ideen zu begleiten und die Etablierung einer ‚Bewegungskultur‘ zu unterstützen. Sie übernehmen jetzt in der Umsetzungsphase zunehmend Verantwortung und werden dabei vom Forschungsteam gecoachert.

Das Forschungsteam begleitet die Umsetzung der zuvor entwickelten Ideen, indem die Bewohner/innen und die Institution bei der Etablierung eines Bewegungsrates und der Durchführung der neuen Bewegungsaktivitäten unterstützt und begleitet werden. Unter Einbezug geeigneter Bewohnertypen (insbesondere ‚Kontraste‘ und ‚Kontinuität‘) wird eine Gruppe von Bewohner/innen gebildet, deren Mitglieder eine Brückenfunktion einnehmen: Sie stellen die Verbindungspersonen zu den Zentrumsbewohner/innen dar (Kommunikation im Zentrum; Identifikation von Bedürfnissen und Ressourcen der gesamten Bewohnerschaft). Mit dem Bewegungsrat werden die skizzierten Projekte für Bewegungsaktivitäten (z.B. ‚Spieltag‘, ‚Tanznachmittag‘ etc.) im Detail geplant und die Durchführung begleitet.

Gleichzeitig werden im Rahmen der Durchführung laufend Daten gesammelt, welche am Ende der Umsetzungsphase synthetisiert, analysiert und interpretiert werden.

Ein zusätzliches Ergebnis wird ein Manual sein, das den Prozess für partizipative Bewegungsförderung sowie die nötigen Instrumente zur Planung, Durchführung und Evaluation von peer-gestützten Bewegungsaktivitäten enthalten wird. Damit wird weiteren interessierten Altersinstitutionen ermöglicht, peer-gestützte Bewegungsangebote für ihre Bewohner/innen einzuführen und ‚Bewegung‘ als soziale Aktivität zu verankern.

5 Ziele, Fragestellungen und Evaluation der Zielerreichung im Umsetzungsprojekt (Teil 2)

Ziele

- *Umsetzung* der von Bewohner/innen ausgearbeiteten *Bewegungsaktivitäten* und -angebote zur Bewegungsförderung im Alltag (z.B. ‚Spieltag‘, ‚Tanznachmittag/-abend‘, ‚Bewegungs-Parcours‘, ‚Bewegen & Rätseln‘)
- *Konstituierung und Etablierung* eines sogenannten ‚*Bewegungsrats*‘ und damit Implementierung des partizipativen Ansatzes in den AZ. Dadurch sollen Bewohner/innen – unter Berücksichtigung ihrer Ressourcen und Interessen – für die Übernahme von Peer-Aufgaben gefördert werden.
- Verankerung von ‚Bewegung‘ im Alltag der AZ als soziale Aktivität (Etablieren einer *Bewegungskultur*).

Fragestellungen

- ➔ Wie können die erkannten Förderfaktoren und Barrieren genutzt werden, um die Umsetzung der Bewegungsideen zu unterstützen?
- ➔ Welche Bewohner/innen sind für welche Peer-Rollen besonders geeignet?
- ➔ Welche individuellen, organisatorischen und strukturellen Veränderungen sind nötig, um eine ‚Bewegungskultur‘ in den Alterszentren zu etablieren?

Evaluation der Zielerreichung

Für alle genannten Ziele wurden in den ausgewählten Zentren zusammen mit der Heimleitung und der Aktivierungstherapeutin sowie mit dem Bewegungsrat entsprechende Indikatoren zur Messung der Zielerreichung festgelegt.

- *Umsetzung der Bewegungsaktivitäten*
 - ➔ Evaluation der Teilnehmerate, Zufriedenheit der Teilnehmenden, Förderfaktoren/Barrieren für Teilnahme
- *Konstituierung und Etablierung eines Bewegungsrats:*
 - ➔ Evaluation des Etablierungsgrades, der Aktivitäten des Bewegungsrates und der Akzeptanz seitens der Bewohnerschaft.
- *Verankerung von Bewegung im Alltag der AZ als soziale Aktivität*
 - ➔ Evaluation des Etablierungsgrades, Anzahl der sozialen Kontakte, insbesondere auch durch die Bewegungsaktivitäten initiierte, selbstorganisierte Aktivitäten; Aktivitäten der Aktivierungstherapeutinnen

6 Zeitplan und Stand des Projektes (März 2015)

In allen drei AZ wurden zusammen mit der Zentrumsleitung und der AT die Ziele besprochen und die in jedem Zentrum individuell umzusetzenden Bewegungsaktivitäten inkl. eines groben Zeitplans vereinbart (November 2014). In allen AZ wurde anfangs 2015 ein ‚Bewegungsrat‘ konstituiert und die Umsetzung der ersten Bewegungsaktivitäten (Tanzveranstaltung, Spieltag, Parcours) begonnen, die überall bis spätestens vor den Sommerferien erstmals durchgeführt resp. gestartet werden sollen. Es gibt Bewegungsförderung, die in den Alltag integriert werden soll sowie einzelne Anlässe, die einen festlichen Charakter haben und damit Höhepunkte im Heimalltag darstellen sollen.

8 Relevanz

In Anbetracht des zunehmend anerkannten Ansatzes von Autonomie und Partizipation bei Menschen in der dritten und vierten Lebensphase ist der innovative Peer-Ansatz in Bewegungsangeboten ein konkreter Schritt um die Selbstbestimmung, Integration, aktive Teilhabe sowie die Erweiterung der Netzwerke der Bewohnerschaft zu fördern. Ebenso ist die grosse Bedeutung von körperlicher Aktivität auch und gerade im Alter als Ressource für Gesundheit und Wohlbefinden, und damit Mobilität und Lebensqualität anerkannt.

Das Manual als weiteres Ergebnis wird interessierten Altersinstitutionen ermöglichen, peer-gestützte Bewegungsangebote für ihre Bewohner/innen einzuführen und ‚Bewegung‘ als soziale Aktivität zu verankern. Diese Verankerung schafft Nachhaltigkeit.

Durch die Umsetzung des Peer-Konzeptes besteht einerseits ein direkter Nutzen für die teilnehmenden AZ, andererseits aber ein potentieller gesellschaftlicher Impact. Zudem sind Erkenntnisse möglicherweise auch in anderen Lebensfeldern umsetzbar.

9 Bezug zu den Bewertungskriterien

Patientennutzen (in diesem Fall AZ-Bewohnernutzen):

Die Bewohnerorientierung ist in diesem Projekt zentral. Körperliche Aktivität und Mobilität sowie soziale Interaktionen sind wichtige Gesundheitsressourcen, ihre Förderung ergibt einen konkreten Nutzen für die Bewohner/innen. Der Verlust von Mobilität geht rasch mit dem Verlust

von Unabhängigkeit und sozialer Partizipation und damit reduzierter Lebensqualität einher. Die in Altersinstitutionen so wichtige Förderung von Bewegung und Sozialkontakten verbessert also nicht nur Gesundheit und Wohlbefinden, sondern auch die soziale Partizipation und Autonomie und damit die Lebensqualität der Bewohner/innen. Durch den konsequenten Einbezug der Bewohnerschaft bei der Entwicklung und Umsetzung von Bewegungsideen und deren engagierte Teilnahme ist der direkte Nutzen sichtbar. Durch den partizipativen Ansatz sind die Ressourcen der Bewohner/innen gefragt und sie werden in ihren (Gesundheits-)Kompetenzen und ihrer Selbstbestimmung gestärkt.

Vernetzung

Das Projekt fördert die Zusammenarbeit von verschiedenen Organisationen und Gruppen. Einerseits die Kooperation von Hochschule und Praxispartner, andererseits die fachliche Kooperation von Gesundheitsfachleuten mit Fachleuten des Sozialbereichs; ganz besonders aber die Vernetzung der Bewohner/innen untereinander und neue Formen der Zusammenarbeit des Personals in den AZ mit deren Bewohnerschaft. Durch die konsequente Einbindung der Bewohner/innen entstehen eine erhöhte Verbindlichkeit und die Chance auf Kontinuität. Mit der Gründung eines ‚Bewegungsrats‘ in jedem AZ, in dem 6-10 Bewohner/innen und eine AT Mitglied sind, wird diese Einbindung formalisiert und die Basis für eine langfristige Umsetzung und Implementierung in Alterseinrichtungen geschaffen.

Innovation

Der partizipative Ansatz ist innovativ, besonders im Altersbereich. Partizipation ist in aller Munde, wird aber im Altersbereich – im Gegensatz zum Jugendbereich – (noch) nicht ausreichend gelebt. Dieses Projekt stärkt diesen Ansatz in Alterszentren. Auf diese Weise wird nicht nur das Bewegungsverhalten verändert, es werden auch sinnstiftende Aufgaben für die Peers geschaffen. Die Passung von Peer-Typ und Aufgaben, d.h. ‚Kontraste‘ und ‚Kontinuität‘ für ‚massgeschneiderte‘ Aufgaben und Rollen, und ‚Akzeptanz‘ eher als Adressat, ist ein weiterer innovativer Ansatz und erhöht zusätzlich die Chance für eine erfolgreiche Umsetzung und Etablierung des Peerkonzeptes und damit die Chance auf Nachhaltigkeit.

Auch der gesellschaftliche Impact ist als gross einzuschätzen. Mittels des Manuals, das alle nötigen Instrumente zur Planung, Durchführung und Evaluation enthält, kann das Peer-Konzept auch für andere Alters-Institutionen nutzbar gemacht werden.

Effizienz

Das Projekt baut auf wissenschaftlicher Evidenz zur Wirksamkeit von körperlicher Aktivität im Alltag (resp. der Wichtigkeit diese zu erhalten) und auf Erkenntnisse aus der Altersforschung zu sozialer Teilhabe auf. Ebenfalls besteht Evidenz für die Tatsache, dass effektive Interventionen nicht im Alltag implementiert werden. So kommt es im Zusammenhang mit Bewegungsprojekten in (Alters-)Institutionen häufig vor, dass bei Abschluss der Projekte die Aktivitäten nicht weitergeführt werden (können), auch wenn sich der Nutzen klar gezeigt hat. Die Implementierung einer Bewegungskultur ist ein längerdauernder Prozess und bedarf einer sorgfältigen Übergabe der Zuständigkeit und Verantwortung. Das wird in diesem Projekt mit der konsequenten Zusammenarbeit mit der Bewohnerschaft, der Befähigung der ATs und der klaren Unterstützung durch die Leitungsebenen (AZ und Geschäftsleitung der Alterszentren Stadt Zürich) angestrebt.

Umsetzung

Der Projektstatus ist bei ca 60%. Die Umsetzung ist aufgegleist und läuft planmässig. Die Geldgeber erwarten, nebst der erfolgreichen Durchführung des Projektes, das Manual für die Umsetzung von peer-gestützter Bewegungsförderung in Altersinstitutionen zu erhalten.

Projektwettbewerb 2015: Anmeldeformular

Projektname: Entwicklung und Validierung eines ICF-basierten Fragebogens bei Harn- und Stuhlinkontinenz: Interviews mit Betroffenen zur Identifizierung von Problemen und Ressourcen		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Stadtspital Triemli	
Kontaktperson:	Dr. rer medic. Barbara Köhler	Funktion: Fachverantwortliche Beckenbodentherapie Physiotherapie
Telefonnummer:	044 466 17 86	E-Mail: barbara.koehler@triemli.zuerich.ch
Adresse:	Birmensdorferstrasse 501, 8063 Zürich	
Organisation 2		
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW		
Kontaktperson:	Dr. rer medic. Barbara Köhler	Funktion: Dozentin
Telefonnummer:	058 934 63 39	E-Mail: barbara.koehler@zhaw.ch
Adresse:	Technikumstrasse 71, 8401 Winterthur	
Organisation 3		
Berner Fachhochschule BFH		
Kontaktperson:	Prof. Dr. Lorenz Radlinger	Funktion: Leiter aF&E Physiotherapie
Telefonnummer:	031 848 35 87	E-Mail: lorenz.radlinger@bfh.ch
Adresse:	Murtenstrasse 10, 3008 Bern	
Weitere Beteiligte: Studierende MSc-Physiotherapiewissenschaften: Manuel Kuhn, Stephanie Gass, Pascale Brand und Irene König-Barbüda		
Kurze Projektskizze		
<p>Bisherige Fragebögen bei Harn- und Stuhlinkontinenz sind ausschliesslich defizitorientiert, überwiegend diagnoseorientiert und bilden nicht alle relevanten Aspekte dieser Gesundheitsstörung im Sinne des biopsychosozialen Modells der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ab. Für eine patientenorientierte Therapieplanung bedarf eines Erfassungsinstrumentes, das die Kommunikation zwischen den Betroffenen und den Gesundheitsfachpersonen der verschiedenen Professionen in diesem Sinne unterstützt.</p> <p>Zwei Fachhochschulen in der Schweiz (ZHAW und BFH) haben sich in einem Kooperationsprojekt die Beseitigung dieses Mangels zum Ziel gesetzt. Die Praxispartner für die Durchführung von Interviews mit Betroffenen sind das Stadtspital Triemli Zürich (Madeleine Isler, Stadtspital Triemli Zürich, Leitung Therapien) und das Inselspital Bern (Prof. Dr. med. Annette Kuhn, Chefärztin Urologie, Inselspital Bern). In das Projekt sind Ausbildungsprojekte des MSc-Studienganges Physiotherapie der beiden Fachhochschulen einbezogen.</p> <p>Die zentralen Ziele der Entwicklung des ICF-IAF sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifizierung der Probleme und Ressourcen der Probanden/innen bei Harn- und Stuhlinkontinenz im Sinne der ICF, Erfassen der Auswirkungen von Harn- und Stuhlinkontinenz aus der Sicht aller relevanten Berufsgruppen des Gesundheitswesens und Erstellen einer standardisierten Vorlage für Planung und Evaluation von Interventionen bei Harn- und Stuhlinkontinenz im multiprofessionellen Setting. <p>Der ICF-IAF wird ein praktikabler Fragebogen zur Erfassung und Kontrolle der Probleme und Ressourcen bei Harn- und Stuhlinkontinenz sein und kann einen Beitrag zur Standardisierung von Thera-</p>		

pie- und Forschungsprotokollen leisten.

Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten).
Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.

Einsendeschluss: 31. März 2015

Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)

Zusammenfassung des Gesamtprojektes

**Entwicklung und Validierung eines ICF-
basierten Fragebogen für
Patienten/innen mit
Harn- und Stuhlinkontinenz zur
patientenorientierten Therapieplanung
und -evaluation**

**The ICF-Incontinence Assessment Form to
identify problems and resources for planning
and evaluation of interventions**

Hintergrund

Der Schwerpunkt der Behandlung von Patienten/innen mit Harn- oder Stuhlinkontinenz liegt auf der Reduktion von Symptomen und der Förderung von Ressourcen. Eine vollständige Heilung ist nicht immer möglich. Für eine patientenorientierte Therapieplanung und -evaluation sind standardisierte Assessments notwendig, die das typische Spektrum von Funktionsstörungen, sowie positive und negative Einflussfaktoren erfassen. Es bedarf eines validen und praktikablen Erfassungsinstrumentes des Gesundheitszustandes im holistischen Sinn, das die Kommunikation zwischen den Betroffenen und den Gesundheitsfachpersonen unterstützt. Bisherige Fragebögen mit dem Empfehlungsgrad Level-A sind überwiegend diagnoseorientiert und bilden nicht alle relevanten Aspekte dieser Gesundheitsstörung im Sinne des biopsychosozialen Modells der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ab.

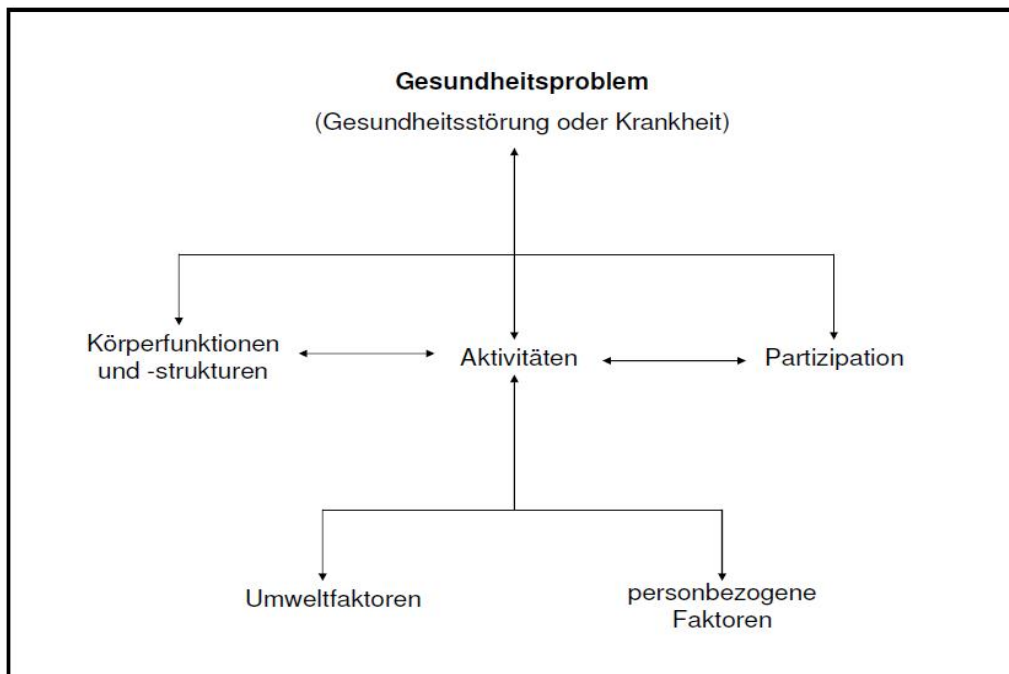


Abbildung 1: Das biopsychosoziale Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Zwei Fachhochschulen in der Schweiz (ZHAW und BFH) haben sich in einem Kooperationsprojekt die Beseitigung dieses Mangels zum Ziel gesetzt. Sie entwickeln den evidenzbasierten, reliablen und validen Fragebogen "ICF-basiertes Inkontinenz-Assessment-Formular" (ICF-IAF). Die Praxispartner sind das Stadtspital Triemli Zürich und das Inselspital Bern. In das Projekt sind Ausbildungsprojekte des MSc-Studienganges Physiotherapie der beiden Fachhochschulen einbezogen, der ebenfalls in Kooperation beider Fachhochschulen etabliert ist.

Die zentralen Ziele der Entwicklung des ICF-IAF sind:

- a. Identifizierung der Probleme und Ressourcen der Probanden/innen bei Harn- und Stuhlinkontinenz im Sinne der ICF,
- b. Erfassen der Auswirkungen von Harn- und Stuhlinkontinenz aus der Sicht aller relevanten Berufsgruppen des Gesundheitswesens und
- c. Erstellen einer standardisierten Vorlage für Planung und Evaluation von Interventionen bei Harn- und Stuhlinkontinenz im multiprofessionellen Setting.

Methodik

Die Entwicklungsschritte des ICF-IAF:

Teilprojekt 1 a)

Systematische Analyse der krankheitsspezifischen Fragebögen mit Empfehlungsgrad Level-A (abgeschlossen)

Teilprojekt 1 b)

Delphi-Befragung in drei Runden mit 262 Physiotherapeuten/innen aus Deutschland, der Schweiz, Liechtenstein und Österreich mit Spezialisierung in der Behandlung von erwachsenen Patienten/innen mit Harn- und/ oder Stuhlinkontinenz (abgeschlossen)

Teilprojekt 2 a)

Fokusgruppeninterviews mit betroffenen Patientinnen und Patienten. Die Antworten werden den Kategorien der ICF in einem standardisierten Verfahren zugeordnet (2015-2016).

Teilprojekt 2 b)

Einzelinterviews mit Betroffenen, um die im Teilprojekt 1 b entwickelte Liste relevanter ICF-Kategorien zu validieren (2015-2016).

Konsensuskonferenz 2016

Erstellen der ersten Version des ICF-IAF unter Einbezug vorangegangener Resultate in einer formellen Konsensuskonferenz mit Vertretern/innen der involvierten Organisationen des Teilprojektes 1 b aus Deutschland, Österreich, der Schweiz, Luxemburg und Liechtenstein (November 2016).

Testung und Validierung

Die internationale und interprofessionelle Validierung erfolgt mit Hilfe eines Delphi-Prozesses (2017-2018).

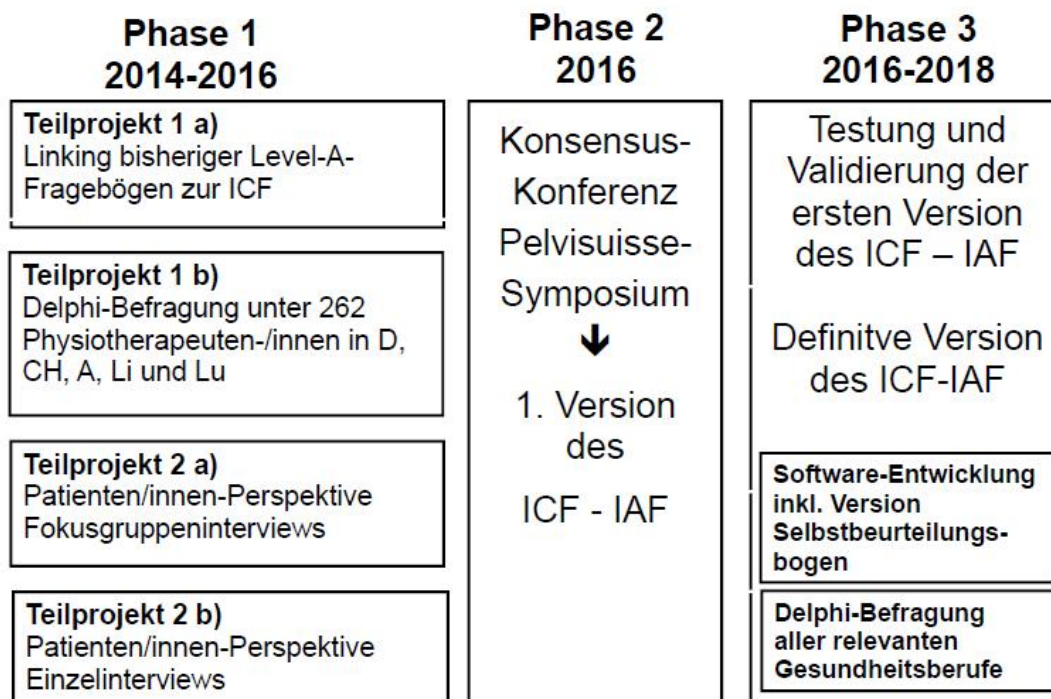


Abbildung 2: Die drei Phasen des ICF-IAF

Zu erwartende Resultate

Der ICF-IAF wird ein praktikabler Fragebogen zur Erfassung und Kontrolle der Probleme und Ressourcen bei Harn- und Stuhlinkontinenz sein. Die bestehenden Übersetzungen der ICF ermöglichen einen weltweiten Einsatz und leisten einen Beitrag zur Standardisierung von Therapie- und Forschungsprotokollen. Eine ansprechende und einfach zu handhabende Software wird zur Verfügung gestellt.

Projektstatus online:

http://www.zhaw.ch/fileadmin/php_includes/popup/person-detail.php?kurzz=koba

Projektmitarbeitende

Projektleitung

Dr. rer. medic. Barbara Köhler
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW
Departement Gesundheit, Institut für Physiotherapie

Co-Projektleitung

Prof. Dr. Lorenz Radlinger
Berner Fachhochschule BFH
Departement Gesundheit, Institut für Biomechanik

Projektmitarbeitende MSc-Studierende des gemeinsamen Studienganges beider Fachhochschulen

Pascale Brand (BFH)
Irene König-Barbüda (BFH)
Stephanie Gass (BFH)
Manuel Kuhn (ZHAW)
nn.

Praxispartner

Madeleine Isler, Stadtspital Triemli Zürich, Leitung Therapien
Prof. Dr. med. Annette Kuhn, Chefärztin Urologie, Inselspital Bern

Finanzierung

Ausbildungsprojekte beider Fachhochschulen
Personelle Ressourcen durch das Stadtspital Triemli

Projektwettbewerb 2015: Anmeldeformular

Projektname: Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Privatpersonen: Co-Produktion	
Kontaktperson:	Christine Kuratli	Kursentwicklung/Kursleitung
Telefonnummer:	079 744 15 02	christine@kuratli.com
Adresse:	Burgstrasse 5, 8193 Eglisau	
Organisation 2	Privatpersonen: Co-Produktion	
Kontaktperson:	Erica Ulrich Gisler	Kursentwicklung/Kursleitung
Telefonnummer:	078 817 39 28 / 041 850 73 82	ulrich.gisler@bluewin.ch
Adresse:	Haltikon 22, 6403 Küssnacht	
Organisation 3		
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		E-Mail:
Adresse:		
Weitere Beteiligte:		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>Der Grundsatz für die Gesundheitsversorgung in der Schweiz, ambulant vor stationär, verlangt die Übernahme der Pflege durch Angehörige mit Unterstützung der Spitex. Für Angehörige bedeutet dies ein lang andauernder, anstrengender Prozess, der negative Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit haben kann.</p> <p>Mit Kenntnissen über Pflegegrundlagen steigt die Sicherheit bei Alltagsverrichtungen. Als gesundheitsfördernde Massnahmen sollen kräftesparende, rüchenschonende und ergonomische Arbeitstechniken vermittelt werden und der Einsatz von Hilfsmitteln geübt werden. Mit der Schulung sollen auch finanzielle Effekte erreicht werden, wie Verminderung von Krankheitskosten.</p> <p>Geplant werden Tageskurse, die mit angemessenen Kosten für die Angehörigen tragbar sein sollten. Zur Vorbereitung erhalten die Teilnehmenden einen Fragebogen, welcher auf die Sensibilisierung ihrer Tätigkeit, spezifische Pflegefragen und ihr ergonomisches Verhalten ausgerichtet ist. Die Nachhaltigkeit soll später mit einem 2.Fragebogen abgeklärt und mit Erfahrungsaustausch gewährleistet werden. Zur Erreichung von geringen Kurskosten für die Teilnehmenden müssen diverse Institutionen für Beiträge angefragt werden.</p>		
<p>Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.</p>		
Einsendeschluss: 31. März 2015		
Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)		

Gesundheitsnetz 2025

Projektwettbewerb 2015

Sehr geehrte Jury, sehr geehrte Damen und Herren

In Anbetracht der demographischen Veränderungen haben wir uns als praktizierende Physiotherapeutin und Pflegefachfrau mit gerontologischen Fragen auseinandergesetzt. Infolge personeller und finanzieller Herausforderungen im Gesundheitswesen in der Zukunft haben wir ein Projekt für pflegende Angehörige für Ergonomie und Pflege ausgearbeitet. Die Gesundheitsförderung liegt uns am Herzen. Durch Vermittlung von Wissen über Pflegegrundlagen und deren Umsetzung im Alltag sowie von ergonomischem Verhalten möchten wir einen Beitrag leisten, körperliche und psychische Beschwerden sowie Krankheitskosten bei pflegenden Angehörigen zu vermeiden.

Der vorliegende Projektbeschrieb gibt Ihnen einen Überblick über den Inhalt und die Ziele dieses Kursangebots.

Freundliche Grüsse

Christine Kuratli

Erica Ulrich Gisler

Eglisau/Küssnacht, 27. März, 2015

Beilage:
Projektbeschrieb

gesundheitsnetz 2025, Projektwettbewerb 2015

Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige

1. Ausgangslage:

In Anbetracht des demographischen Wandels hat der Anteil der alten und sehr alten Menschen zugenommen. Mit der Hochaltrigkeit nimmt auch die Pflegebedürftigkeit zu. Viele Betagte werden in der Schweiz durch ihre Angehörigen zu Hause betreut und gepflegt. Bedingt durch die Verkürzung des stationären Aufenthaltes und den mangelnden Rehabilitationsplätzen nach einem Spitalaufenthalt, vor allem für geriatrische Patienten, wird die häusliche Pflege in Zukunft noch wichtiger.

43% der Pflegebedürftigen werden ambulant gepflegt und 57% stationär in einer Institution, (Obsanbericht 47, 2010). Mit der Einführung der SwissDRG 2012 (Fallpauschalen) erhalten die Spitäler Anreize, die Patienten und Patientinnen möglichst früh nach Hause zu entlassen. Der Spitex-Bedarf wird dadurch ansteigen und die Spitex-Organisationen werden ihren Dienst auf 24 Stunden sowie auch Samstag und Sonntag anbieten müssen.

Die Verkürzung der Hospitalisationsdauer wird eine Zunahme der Inanspruchnahme von Langzeitpflege verursachen. Die Rehabilitation wird einerseits in einer Pflegeinstitution, andererseits zu Hause stattfinden.

Bei Hochaltrigkeit treten vor allem chronische und degenerative Erkrankungen auf, wodurch ein längerer Pflegebedarf zu erwarten ist. Die Medizin und die Technik ermöglichen ein längeres Überleben bei schlechterem Gesundheitszustand. Das Ziel wäre aber, die Ausdehnung gesunder und behinderungsfreier Lebensjahre. Frauen können mehr behinderungsfreie Jahre erleben als Männer, sind aber oft länger behindert und pflegebedürftig, (Pflegerische Angehörige älterer Menschen, Pasqualina Perrig-Chiello & François Höpflinger, 2012).

Der Grundsatz für die Gesundheitsversorgung in der Schweiz: ambulant vor stationär, verlangt die Übernahme der Pflege durch Angehörige mit Unterstützung der Spitex. Für viele pflegende Angehörige bedeutet es ein lang andauernder, anstrengender Prozess, welcher negative Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit haben kann.

Pflegen zu Hause ist ein Thema, das in der breiten Bevölkerung bis anhin nur ansatzweise diskutiert wurde. Laut den statistischen Erhebungen rechnet man, dass bis im Jahr 2030 ca. 25% der Bevölkerung 65 Jahre und älter sein wird und somit auch eine Zunahme der Pflegebedürftigen zu erwarten ist. Die Frage häuslicher Pflege und Betreuung drängt sich auf, zumal der Wunsch nach Betreuung und Hilfeleistung zu Hause gewünscht wird.

1.2 Dauer und Umfang des Pflegeverhältnisses und deren Konsequenzen

Bei Partnerschaften besteht das Pflegeverhältnis im Durchschnitt seit 5,9 Jahren.

Die mittlere aufgewendete Zeit für die Hilfe und Pflege beträgt bei Partnerinnen und Partnern 64,95 Stunden pro Woche. (Pflegerische Angehörige älterer Menschen, Pasqualina Perrig-Chiello & François Höpflinger, 2012).

Die psychische, körperliche und zeitliche Belastung führt bei vielen Pflegenden, seien es die Partner oder vor allem die Töchter, zu Erschöpfung, psychosomatischen Beschwerden und zum Teil auch zu Erkrankungen. Viele klagen über Rücken- und Nackenschmerzen, regelmässige Kopfschmerzen und über zu wenig Schlaf wegen Störungen in der Nacht. Die körperliche Anstrengung für die Pflege am Bett, Transfers, Heben und Tragen, Unterstützung beim Gehen und ADL (activities of daily living) ist gross. Dies führt dazu, dass die Angehörigen häufig Schmerzmedikamente und Psychopharmaka konsumieren. In Studien werden die Angehörigen „hidden Patients“, versteckte Patienten, genannt.

Neben den körperlichen und psychischen Belastungen werden die Angehörigen auch sozial isoliert. Oft ist das Betreuungsverhältnis so eingespielt und eng, dass sich die Angehörigen keine Stellvertretung vorstellen können, geschweige denn eine Auszeit. Ein Entlastungsangebot wie Tagesaufenthalte oder das Beanspruchen eines Ferienbettes wird als unzumutbar für den zu Betreuenden empfunden.

Im SwissAgeCare-Projekt-2010 werden die subjektive Gesundheit, die Beschwerden, Arztkonsultationen und der Medikamentenkonsum untersucht. Gemäss Aussagen der Spitex-Mitarbeitenden werden vor allem pflegende Partner und Partnerinnen als belastet, wütend und deprimiert erlebt. Bei mehr als

der Hälfte davon meinen die Spitex-Mitarbeitenden, sie hätten eine Auszeit nötig. (Pasqualina Perrig Chiello, François Höpflinger & Brigitte Schnegg, 2010)

1.3 Unterstützung für pflegende Angehörige

Die Akteure für Serviceleistungen der derzeitigen spitalexternen Pflegeinstitutionen sind bei einer Zunahme häuslicher Pflege durch Angehörige nur bedingt in der Lage, Anleitungen und Schulungen durchzuführen. Mit den beschränkten Ressourcen des Pflegepersonals auf dem Arbeitsmarkt drängen sich Überlegungen auf, Schulungen neben den professionellen pflegerischen Hilfeleistungen im Alltag anzubieten.

Angehörige haben nur in seltenen Fällen grundlegende und genügende Instruktionen in Grundpflege, Lagerung, Dekubitusprophylaxe, Transfer, Anwendung von Hilfsmitteln und Ergonomie. Kenntnisse in diesen Bereichen erleichtern den Angehörigen die Herausforderungen und Belastungen im häuslichen Umfeld besser zu bestehen.

Spitex-Mitarbeitende sind der Meinung, dass Angehörige in Gesprächen mit Fachpersonen sich besser informieren könnten und dabei Unterstützung für ihre täglichen Aufgaben erfahren. Wissen über die Krankheit des Betroffenen und über pflegerische Massnahmen helfen den Angehörigen, sich angepasster zu verhalten, Hilfe zuzulassen und die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen. (Perrig Chiello & Höpflinger, 2012)

2. Ziel des Projektes: Gesundheitsförderung für pflegende Angehörige

Die WHO definiert Gesundheit als den Zustand des „vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ (Ottawa Charter for Health Promotion 1986). Die Gesundheit wird also in den Mittelpunkt gestellt und nicht die Krankheit. Es entsteht ein neues Gesundheitsverständnis, indem nicht die Krankheit, sondern die physisch, psychisch und sozial belastenden Faktoren bei der Arbeit beachtet werden und diese durch geeignete Massnahmen vermieden werden.

Diese Grundlagen gelten auch für die pflegenden Angehörigen!

2.1. Ursachen für Beschwerden bei pflegenden Angehörigen

Länger anhaltende grosse Belastungen, Angst und Hilflosigkeit haben pathogene Konsequenzen für das Immun- und das Herz-Kreislauf-System, die als Krankheitssymptome auftreten können. (Bernhard Badura, Wolfgang Ritter & Michael Scherf, 1999). Verschiedene Studien haben ergeben, dass das Alterspflegepersonal besonders von bandscheibenbedingten Erkrankungen betroffen ist. Angehörige haben dieselben Belastungen und sind oft älter als das Heimpersonal.

Es gibt verschiedene Ursachen für Rückenschmerzen. Der Mehrzahl von Schmerzen an der Wirbelsäule liegen aber keine Bandscheibenvorfälle zugrunde. Gereizte Bänder und Bandansätze stellen eine der Hauptursachen von Rückenschmerzen dar. Wenn eine Fehlhaltung über einige Minuten gehalten wird, treten Schmerzen auf, die sich mit zunehmender Dauer oder wiederholter Durchführung steigern. Eine daraus resultierende Reaktion des Körpers ist u.a. schmerzhafte Verspannung der Muskulatur und daraus resultierende Dauerschmerzen. Die Belastung des Pflegens reizt immer aufs Neue. Dauerschmerzen haben Einfluss auf die Psyche und die Belastbarkeit der Pflegenden.

2.2 Ziele der Gesundheitsförderung

- Vermeidung von physischen Beschwerden wie Rücken- Nacken- und Schulterschmerzen.
- Kenntnisse der Grundpflege. Anwendung verschiedener Lagerungsformen. Einsatz und Handhabung von Hilfsmitteln zur Erleichterung der Pflege.
- Kenntnisse über Ergonomie wie Arbeitshöhen, Schwerpunktverlagerung bei Transfers. Richtiges Bewegungsverhalten beim Bücken, Drehbewegungen etc.
- Günstige Umgebungsgestaltung für die Pflege, Möglichkeiten der behindertengerechten Anpassung der Wohnung.
- Psychische Stabilität durch Entlastungsmassnahmen, sei es durch Angehörige, Freunde, Spitex oder Institutionen
- Verminderung von Komplikationen des Betreuten in der Langzeitpflege

2.3 Lernprozesse für die Gesundheitsförderung

Grundregeln des betrieblichen Gesundheitsmanagements können auch für die anspruchsvolle Arbeit der pflegenden Angehörigen angewendet werden. Es ist ein Lernprozess, der in den Alltag umgesetzt werden soll. Von Vorteil ist, wenn Angehörige sich in einem Erfahrungsaustausch-Zirkel engagieren. So können sie von den Erfahrungen der Mitbetroffenen profitieren. Die eigenen Lernerfahrungen und die der anderen fördern die Wissensverbreitung.

Arbeiten in der Gruppe fördert das Lernen der Kursteilnehmenden. Um Ursachen für Probleme und Unbehagen herauszufinden und somit die Teilnehmenden auf das Thema zu sensibilisieren, eignet sich das Zusammenbringen der Problemstellungen. Es soll auch im Vorfeld eines Kurses ein Fragebogen mit den gängigsten Problemfeldern abgegeben werden, der von den Kursleitenden im Voraus analysiert wird. Neben dem individuellen Lernen fördern kollektive Auseinandersetzungen mit dem Thema die Lernprozesse.

3. Vermittlung von gesundheitsrelevantem Wissen

3.1 Praktische Massnahmen

Für die Ergonomie gilt: „Fit work to men“ Das Ziel ist, die Arbeit und die Arbeitsbedingungen dem Menschen anzupassen, nicht umgekehrt.

In diesem Projekt sollen theoretische Grundlagen in Pflege und Ergonomie vermittelt und praktische Anwendungen in einem Kursangebot für pflegende Angehörige zusammengestellt werden. Die Kursteilnehmenden sollen Unterlagen zu den behandelten Themen erhalten.

Mit den Kenntnissen über die Pflegegrundlagen steigt die Sicherheit bei den Alltagsverrichtungen. Durch die theoretische und praktische Schulung von Lagerungstechniken, Mobilisation und Information z.B. über spezielle Ernährung für Pflegebedürftige können Komplikationen wie Dekubitus vermindert werden, usw.

Als gesundheitsfördernde Massnahmen für die Pflegenden zu Hause sollen kräftesparende, rücken-schonende und ergonomische Arbeitstechniken vermittelt werden, sowie der Einsatz von Hilfsmitteln geübt werden. Hinweise über mögliche Wohnungsanpassungen vermindern die körperliche Belastung der zu Pflegenden sowie der Angehörigen.

3.2 Schulung, Aus- und Weiterbildung für die pflegenden Angehörigen

3.2.1 Pflegerelevante Aspekte

- Gesundheitliche Folgen der Arbeit als Pflegendende
- Zusammenhänge von Pflege, Körperbelastung und eigener Gesundheit
- Kenntnisse und Handhabung der Grundpflege: Beurteilung der Hautverhältnisse, Körperpflege immobiler Patienten
- Decubitus-Prophylaxe
- Lagerungstechniken und Informationen der Dekubitusprophylaxe
- Informationen über Ernährung, insbesondere für bettlägerige hochaltrige Menschen
- Aspirationsprophylaxe
- Sturzprophylaxe
- Beispiele für Alltagsgestaltung, denn sie nehmen einen wichtigen Stellenwert beim Pflegebedürftigen ein.
- Aufzeigen der Zusammenhänge von psychischen und physischen Problemen

3.2.2 Ergonomische Aspekte

- Ausrichtung auf salutogene Potentiale, Verhaltensweisen und Situationsbewältigungen. (Salutogenese = Gesundwerdung, Kräfte und Wirkungen, die die Menschen gesund erhalten, Aaron Antonovsky, 1979)
- Bewusstmachen von selbstschädigenden Verhaltensweisen

- Praktische Schulung von Körperwahrnehmung und rückschonenden Arbeitsstellungen
- Vorstellen der kräftesparenden Hebe- und Transfertechniken mittels Hilfsmitteln wie Laken, Slide-board, Drehteller etc.
- Hilfe und Unterstützung, um die Wohnung oder das Haus an die aktuellen Bedürfnisse anzupassen, Informationen über Hilfsmittel
- Schulung der pflegenden Angehörigen bezüglich eigener Gesundheitsförderung wie zum Beispiel rückschonendes und ergonomisches Arbeiten
- Massnahmen zur Aktivierung, Bewegungsförderung und Selbsthilfe für die zu Pflegenden, z.B. wie sie sich auch aktiv am Transfer beteiligen können
- Informationen über Hilfsmittel, welche die Pflege erleichtern und den Pflegebedürftigen Hilfestellungen im Alltag bieten
- Informationen über Muskeldehnungs- und Entspannungstechniken als schmerzlinderndes Selbsthilfetraining für die Pflegenden

3.2.3 Hilfestellung und Unterstützung für pflegende Angehörige

- Aufzeigen von Entlastungsangeboten wie Tagesaufenthalte oder Ferienbettplätzen
- Gesundheitserhaltende Massnahmen: z.B. Erfahrungsaustausch im Betroffenen-Zirkel
- Betroffene sind auch Experten: Die Erfahrung Einzelner sensibilisiert in der Diskussion die Gruppe für eine spezielle Thematik

Folgende Themen sind allenfalls durch spezielle Referenten zu behandeln oder es soll aufgezeigt werden, wo Informationen erhalten werden können. Dieses Wissen soll die pflegenden Angehörigen befähigen, frühzeitig Hilfe zu suchen.

- Weiterbildungen über den Umgang mit Konfliktsituationen
- Informationen über finanzielle Unterstützung wie Ergänzungsleistungen, Hilfslosenentschädigung etc.
- Informationen über Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag

4. Finanzielle Aspekte

Mit der Gesundheitsförderung und Schulung in Pflege der Angehörigen sollen neben der Gesundheitskompetenz auch finanzielle Effekte erreicht werden wie

- Vermeidung von Krankheitskosten beim pflegenden Angehörigen
- Längere Verweildauer der Gepflegten zu Hause und dadurch ein späterer Heimeintritt
- Verringerung der Spitex-Kosten
- Reduktion der finanziellen Belastung der Gemeinden
- Reduktion der Krankenkassenleistungen
- Kostenreduktion für die Pflegebedürftigen

5. Kurs

- Sensibilisierung der Kursteilnehmenden auf das Thema Gesundheitsförderung mittels eines Fragebogens. Dieser wird dem Kursteilnehmenden vor dem Kurs abgegeben und von uns ausgewertet.
- Zusammentragen von aktuellen Problemen aus der Umfrage
- Erstellen von Kursunterlagen

5.1 Nachhaltigkeit der Schulung

- Nach sechs bis zwölf Monaten: Wiederholung des Fragebogens für die Pflegenden und allenfalls Angebot eines Anschlusskurses.
- Empfehlung eines Angehörigen-Erfahrungsaustausch-Zirkels

5.2 Vernetzung und Zusammenarbeit

Eine Vernetzung und enge Zusammenarbeit zwischen Spitex und anderen Organisationen wie Ärzten, Spitälern, Pflegeinstitutionen, Physiotherapeuten, privaten Anbietern von Pflegedienstleistungen, Pro Senectute und Rotes Kreuz erleichtert den pflegenden Angehörigen ein optimales Angebot an Hilfestellungen zu erhalten. Auf diese Angebote soll in einem Kurs hingewiesen werden und deren Angebote und Unterstützungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. (Verschiedene Handhabung in den Gemeinden)

Für die Kursleitenden sind vorgängig zum Kurs Abklärungen der lokalen Akteure und deren Möglichkeiten zur Optimierung für Unterstützung der pflegenden Angehörigen zu treffen.

6. Geschäftsmodell und Organisation

6.1 Kursangebot durch zwei Fachpersonen

Erica Ulrich Gisler: dipl. Pflegefachfrau HF mit Nachdiplomstudium in Intensivpflege, langjährige Pflegeerfahrung, Gerontologin MAS, HSLU

Christine Kuratli: dipl. Physiotherapeutin mit Nachdiplomstudien Fitness, Training und Gesundheit (Uni Basel), Betriebstherapeutin ErgonPT®, Gerontologin MAS, HSLU

6.2 Markt: Analyse der Nachfrage, Kundensegment, Werbung

Es wurden bei Recherchen in der Deutschschweiz nur wenige Angebote für pflegende Angehörige gefunden. Ca. 43% bis der Pflegebedürftigen 65+ in der Schweiz werden ambulant gepflegt, das heisst, von Angehörigen und zum Teil der Spitex. Auch in Zukunft muss auf die Pflege von Angehörigen gezählt werden, da die Anzahl der zu Pflegenden steigen wird. Zudem besteht heute schon ein Mangel an ausgebildetem Pflegepersonal.

Es ist also ein zentrales Anliegen, die Angehörigen für die tägliche Pflege zu unterstützen und sie speziell für diese anspruchsvolle und anstrengende Arbeit zu befähigen.

Neben Werbung in Zeitungen und Gemeindeblättern können folgende Personen und Institutionen den Kurs durch persönliches Ansprechen und Abgabe von Flyer empfehlen:

Hausärzte und Hausärztinnen, freischaffendes Pflegepersonal, Institutionen wie Spitäler, Rehabilitationskliniken, Spitex, Behindertenorganisationen, Sozialdienste, Fachstellen für Altersfragen und Kurswesen in den Gemeinden etc.

Anfragen bei Exponenten in der Region Zürcher-Unterland sind vorgenommen worden:

- Spitex Eglisau
- Firma Bimeda, Bachenbülach: Zur Verfügung Stellen eines Schulungsraumes mit der Möglichkeit der Demonstration von Hilfsmitteln für die Pflege
- Vorgesehen: Anfragen bei Pflegeinstitutionen, da Pflegebett und Hilfsmaterial vorhanden

6.3 Pläne 2015 zur Weiterempfehlung des Kurses

Folgende Institutionen sind zur Verbreitung der Kursinformationen über ihre Plattformen und Zeitschriften vorgesehen:

- Gesundheitsförderung Schweiz
- Schweizerisches Rotes Kreuz SRK
- Pro Senectute Zürich
- Curaviva
- Krankenkassen
- MS Gesellschaft
- Alzheimervereinigung
- Vereinigung Cerebral
- Zentren für Erwachsenenbildung
- Zentren für Palliative care

6.4 Geschäftsmodell

Leistung: Dienstleistungen in Form von Kursen
Auf Nachfrage: persönliche Beratungen, Hilfsmittelabklärungen und
Beratung für bauliche Anpassungen der Wohnung oder des Hauses

Gegenleistung: Kursbeiträge
Honorare

Rechtsform: Einfache Gesellschaft: OR, Artikel 530-551

6.5 Organisation der Kurse:

Geplant ist, dass die Kurse primär regional im Zürcher Unterland und in Zürich durchgeführt werden.

Die Haftung und die Versicherung ist Sache der Teilnehmenden. (Schriftliche Erwähnung auf der Kursanmeldung)

6.6 Finanzierung

Einzahlung eines Grundkapitals von Fr. 2000.- für Vorleistungen durch die Kursleiterinnen
Aufteilung bei zwei Personen: Fr. 1000.- pro Person

6.6.1 Ausgaben, Vorfinanzierung der Kosten für:

- Kontaktaufnahme und Besprechung eines Kurses in der Gemeinde oder Region X
- Ausschreibungen des Kurses in Verbandszeitungen
- Flyer Werbung: Druckkosten
- Homepage
- Google-Eintrag
- Kursunterlagen und Fragebogen: Druckkosten
- Versand von Flyer, Fragebogen und Kursinformation
- Miete eines Kursraumes
- Miete von Demonstrationmaterial wie Hilfsmittel
- Mittagessen bei Tageskurs, Getränke

6.6.2 Vorbereitungsaufwand der Kursleiterinnen

- Kontaktaufnahme schriftlich und persönlich mit Institutionen
- Erstellung der Kursunterlagen
- Erstellen und Auswerten der Fragebogen
- Methodische und didaktische Vorbereitung des Kurses
- Organisation des Kurses
- Ausarbeitung eines Evaluationsbogens

Vorarbeiten wie Erstellung der Unterlagen und Vorbereitung des Kurses können bei mehrmaliger Erteilung des selben Kurses, angenommen sechs Mal pro Jahr, auf die verschiedenen Kurse verteilt werden. Von den Rückmeldungen der Kursevaluationen soll profitiert werden.

6.6.3 Einnahmen / Gesucht Zusatzfinanzierung

Kurskosten pro TeilnehmerIn: vorgesehen höchstens Fr. 200.- pro Kurstag (Annahme)

Die Kurskosten inklusive Mittagessen dürfen Fr. 200.- pro Tag nicht übertreffen, da nach unserer Einschätzung Privatpersonen sonst kein Interesse am Kurs haben werden. Was sind Teilnehmende bereit zu bezahlen? Vielleicht brauchen sie noch eine Person zur Betreuung des Angehörigen in dieser Zeit. Der Preis muss unseres Erachtens nach unten angepasst werden. Wir können uns auch vorstellen

len, dass nicht mehr als Fr. 80.- pro Tag verlangt werden kann, damit die Betroffenen vom Kurs Gebrauch machen werden.

Anzahl der KursteilnehmerInnen: Minimum 10 bis Maximum 16

Für den praktischen Unterricht ist die Obergrenze der Kursteilnehmenden bei zwei Referentinnen bei 16 Personen.

Gewinn / Verlust

Das Honorar für eine Kursleiterin pro Kurstag wurde im Budget mit je Fr. 1500.- eingesetzt, (Fr. 3000) Verschiedene Kosten beeinflussen das Budget.

Bei 10 Teilnehmenden entsteht eine grosse Finanzierungslücke. (budgetierter Verlust ca. Fr. 1850.-)

Bei 16 Teilnehmenden mit dem Honorar von je Fr. 1500.- resultiert ein Verlust. (budgetierter Verlust ca. Fr. 800.-)

Es müssen deshalb noch andere Finanzierungsquellen ergänzend zu den Kursbeiträgen der Kursteilnehmenden gesucht werden.

7. Geplante Anfragen für Beiträge zur Verbilligung der Kurskosten der Teilnehmenden durch Institutionen (2015)

- Pro Senectute
- Krankenkassen: Gesundheitsförderungsprogramme, Präventionsprogramme
- Gesundheitsförderung Schweiz
- MS-Gesellschaft
- Schweizerisches Rotes Kreuz SRK
- Curaviva

Kursbeginn nach Sicherstellung der Kursfinanzierung und Möglichkeiten der Bekanntmachung / Werbung bei Betroffenen.

Projektwettbewerb 2015: Anmeldeformular

Projektname: Kids mit Allergien, Herzfehler, Diabetes & Co.? In der Schule sicher betreut und kompetent unterstützt!		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Schulärztlicher Dienst der Stadt Zürich (Leitung: Dr. med. S. Stronski)	
Kontaktperson:	Dr. med. Corinne Geiser	Funktion: Schulärztin, Projektleitung
Telefonnummer:	044 413 89 22	E-Mail: corinne.geiser@zuerich.ch
Adresse:	Parkring 4, Postfach, 8027 Zürich	
Organisation 2	Kreisschulpflege Glattal	
Kontaktperson:	Rosemarie Binggeli	Funktion: Leitung Fachbereich SchülerInnen
Telefonnummer:	044 413 83 20	E-Mail: rosemarie.binggeli@zuerich.ch
Adresse:	Oberwiesenstrasse 66, 8050 Zürich	
Organisation 3	VZK Kinderärzte Zürich: Vereinigung Zürcher Kinder- und Jugendärzte	
Kontaktperson:	Dr. med. Gian Bischoff	Funktion: Co-Präsident, Facharzt FMH für Kinder und Jugendliche
Telefonnummer:	043 343 04 37	E-Mail: info@kinderpraxis-altstetten.ch
Adresse:	Hohlstrasse 473, 8004 Zürich	
Weitere in der Erarbeitungsphase des Projekts Befragte und Beteiligte:		
<ul style="list-style-type: none"> • <u>Patienten</u>: Schulpflichtige Kinder mit chronischen Krankheiten bzw. deren Eltern • <u>Setting Schule</u>: Lehrpersonen, Fachlehrpersonen, Hortpersonal, Schulleitungen, Mitglieder der Schulbehörde und politischer Instanzen (z.B. Kreisschulpflegen, Schulamt, Sportamt, Immobilienbewirtschaftung), HeilpädagogInnen, LogopädInnen, SchulärztInnen, SchulpsychologInnen, SchulzahnärztInnen, Schulhausabwarte, SchulsozialarbeiterInnen • <u>Gesundheitswesen</u>: Kinder- und SpezialärztInnen der Region Zürich, leitende ÄrztInnen der Universitätskinderklinik Zürich, VertreterInnen aus Institutionen und Selbsthilfegruppen, in deren Fokus die Begleitung und Unterstützung von chronisch kranken Patienten/Kindern liegen (z.B. aha! Allergiezentrum Schweiz, ParEpi/ Schweizerische Vereinigung der Eltern epileptischer Kinder, Swiss Diabetes Kids, Epi-Suisse, CK Care, selbsthilfecenter.ch, Kids Heart Foundation) 		
Bei der Projektumsetzung und Bekanntmachung werden zusätzlich zu den oben genannten u.a. noch folgende Berufsgruppen und Organisationen/Institutionen mit einbezogen:		
<ul style="list-style-type: none"> • Organisationen und Gremien, die im Kontakt mit vorschul- und schulpflichtigen Patienten bzw. deren Eltern stehen (z.B. Selbsthilfegruppen, Kinderspitem, Heilpädagogische Früherziehung, Mütter- und Väterberatung der Stadt Zürich, Kitas, Verband der Hebammen, Elternräte der Stadtzürcher Schulen, Elternkontaktgremium der Stadt Zürich) • Institutionen und Organisationen, die bei der Vermittlung von Assistenzpersonen mitwirken können (z.B. Nachbarschaftshilfe, HEKS, Zentrum für Einsatzvermittlung des Sozialdepartements der Stadt Zürich: Wiedereingliederungsprogramm für Arbeitslose) • AudiopädagogInnen • HausärztInnen • Andere 		

Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)

Im Sinne von Chancengleichheit sollen gemäss Volksschulgesetz möglichst alle Kinder die normale Regelklasse besuchen. Bei Kindern mit komplexeren gesundheitlichen Leiden stellt dieser Integrationsauftrag die Kinder, die Schule sowie medizinische Fachpersonen vor vielfältige Herausforderungen. Die betroffenen Kinder sollen möglichst umfassend am Schulleben (inklusive Sport, Lager, Wandertag, Hort) partizipieren, optimal lernen und soziale Interaktionen mit ihren Mitschülern pflegen können. Sie sollen sich vollwertig dazugehörend, wohl und sicher fühlen. Dazu müssen die nötigen Vorkehrungen zur Erhaltung ihrer Gesundheit im sich häufig ändernden Setting Schule gut organisiert und koordiniert sowie kontinuierlich durchgeführt werden. Das erfordert eine gute Vernetzung der verschiedenen involvierten Berufsgruppen sowie eine klar geregelte Zusammenarbeit und Informationsweitergabe. Im Rahmen des vorliegenden Projekts wurde ein neues Vorgehen entwickelt, das den Integrationsprozess in der Schule unterstützt. Im Fokus stehen neben der Integration die Steigerung der Lebensqualität und Gesundheitsversorgung chronisch kranker Kinder und die Förderung der berufsübergreifenden Zusammenarbeit.

Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten).
Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.

Einsendeschluss: 31. März 2015

Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)

Projektbeschreibung für den Projektwettbewerb Gesundheitsnetz 2025:

Kids mit Allergien, Herzfehler, Diabetes & Co.?

In der Schule sicher betreut und kompetent unterstützt!

1. Einleitung

Laut internationalen Studien sind 10-20 % der Kinder und Jugendlichen im Schulalter von einer chronischen Krankheit oder gesundheitlichen Einschränkung betroffen. Diese bemerkt man auf den ersten Blick oft gar nicht. Dazu zählen u.a. Asthma, operierte Herzfehler, Epilepsie, Diabetes, Spina bifida und Nahrungsmittelallergien. Gemäss Volksschulgesetz sollen auch diese Kinder im Sinne von Chancengleichheit wenn immer möglich den Unterricht in der normalen Klasse (Regelklasse) besuchen. Bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die eher unkompliziert verlaufen, war dies bereits bis anhin gut möglich. Dank medizinischen Fortschritten erleben zunehmend auch Kinder mit schwerwiegenderen Leiden das Schulalter und haben trotz komplexer Krankheiten die Chance auf einen Schulbesuch. Zudem hat die Präsenzzeit der Schüler¹ im Lebensraum Schule wegen der vermehrten Nutzung des Betreuungsangebots (Hort) in den letzten Jahren stark zugenommen. Die daraus resultierenden Herausforderungen lassen nicht nur die Schule immer häufiger an ihre Grenzen stossen. Die betroffenen Kinder müssen ihre Krankheit und die therapeutischen Massnahmen, die manchmal sehr aufwendig sind, dauerhaft in ihren (Schul-) Alltag integrieren. In der Schule benötigen sie zum Teil eine individuell angepasste Infrastruktur oder spezielle Unterstützung bzw. Rücksichtnahme. Besonders in Notfallsituationen sind sie darauf angewiesen, dass ihre Lehrpersonen informiert sind und kompetent reagieren.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Dokument die männliche Form für beide Geschlechter verwendet.



All diese Voraussetzungen sind im schulischen Alltag jedoch nicht flächendeckend gegeben: Die Zusammenarbeit, die Verantwortlichkeiten und der Informationsfluss zwischen den einzelnen Akteuren waren bisher kaum bzw. ungenügend festgelegt. Es bestanden Lücken in der vorausschauenden Regelung von Notfallsituationen, wodurch der Schutz der Gesundheit der betroffenen Kinder nicht in vollem Umfang gewährleistet war. Die zum Teil mangel- bzw. fehlerhafte Information der Schule durch die Eltern, fehlende Richtlinien in der Schule, fehlendes Knowhow und unkoordiniertes Vorgehen der verschiedenen Player führten zu diversen Reibungsverlusten personeller und finanzieller Art. Auch fühl(t)en sich Lehr- und Betreuungspersonen als medizinische Laien im Umgang mit den medizinischen Bedürfnissen betroffener Kinder zum Teil überfordert. Und nicht zuletzt befürchteten die Lehrpersonen rechtliche Konsequenzen, falls ein gesundheitlicher Schaden auftreten sollte. Kurz: In den Schulen der Stadt Zürich fehlte bis anhin ein übergreifendes Konzept, das die Bedingungen für die Eingliederung und Unterstützung chronisch kranker Kinder in die Regelklasse definiert und die rechtlichen Aspekte darlegt.

Bisher hing das Gelingen der Integration von chronisch kranken Kindern in den Schulalltag allein vom persönlichen Engagement der Lehr- und Betreuungspersonen sowie der Eltern ab. Dabei ist der Schulbesuch in der Regelklasse einer der besten Wege, einem betroffenen Kind zu zeigen, dass Zugehörigkeit und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben mit (und trotz) chronischer Krankheit möglich sind.

2. Projektziele

Aufgrund der beschriebenen Ausgangslage wurde im Juni 2012 das Projekt

«Kids mit Allergien, Herzfehler, Diabetes & Co.? - In der Schule sicher betreut und kompetent unterstützt!»

ins Leben gerufen. Für die Begleitung und Unterstützung von betroffenen Kindern sollte ein geeignetes Vorgehen sowie Hilfestellungen für die involvierten Akteure entwickelt werden, um optimale Bedingungen für den anspruchsvollen Integrationsprozess zu schaffen.

Folgende Ziele wurden verfolgt:

► **Patientenorientierung**

Im Fokus stehen Kinder mit medizinisch bedingtem Behandlungs-/Unterstützungsbedarf in der Schule. Im Sinne von Chancengleichheit nehmen sie möglichst umfassend am Schulalltag teil, inklusive Sport, Lager, Exkursionen und Hort. Ihre Lebensqualität wird durch die verbesserten Integrationsbedingungen gesteigert, sie fühlen sich wohl und sicher in der Schule (Safe Place). Die für ihre Entwicklung wichtigen sozialen Interaktionen mit Gleichaltrigen können auf unkomplizierte Art und Weise stattfinden.



▶ **Gesundheitsversorgung**

Individuelle Massnahmen zum Schutz der Gesundheit und zur (Behandlungs-)Unterstützung der betroffenen Kinder werden professionell getroffen und koordiniert. Dazu gehört auch, dass die Rahmenbedingungen zur Durchführung von allenfalls notwendigen medizinisch-therapeutischen Behandlungen während der Schul- und Betreuungszeit geregelt und bei Bedarf verbessert werden (z.B. Medikamentenabgabe, Inhalation, Katheterisierung). Im Sinne eines optimalen Risikomanagements werden Vorkehrungen für mögliche medizinische Notfälle antizipierend getroffen (z.B. lebensbedrohlicher Schock bei Erdnuss-Allergie). Dazu gehört, dass das Schulpersonal entsprechend informiert und – falls nötig – geschult wird.

Die Kontinuität der jeweiligen medizinischen Behandlungs-/Unterstützungsmassnahmen im sich häufig ändernden Setting Schule ist zu gewährleisten. Dies gilt auch bei Klassen- und Schulhauswechseln.

▶ **Berufsübergreifende Zusammenarbeit**

Kenntnis und Verständnis für die unterschiedlichen Bedürfnisse der involvierten Akteure, aber auch klar definierte, verbindliche Informations- und Arbeits-Abläufe sowie eine gute Vernetzung ermöglichen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit gut funktioniert.

▶ **Zusammenarbeit mit den Eltern**

Das Vertrauen der Eltern in die Kompetenz der Schule im Umgang mit betroffenen Kindern wird gestärkt. Sie vertrauen ihr Kind ohne Bedenken der Schule an und kommunizieren seine spezifischen Bedürfnisse ohne Angst vor Stigmatisierung. Die Eltern werden so umfassend wie möglich in den Integrationsprozess mit einbezogen, denn sie kennen das Kind und seine Krankheit am besten und tragen die Verantwortung für seine Gesundheit.

▶ **Stärkung der Kompetenzen**

Fachkundige Informationen und angepasste Weiterbildung vermitteln den Lehr- und Betreuungspersonen und Mitschülern Sicherheit im Umgang mit den besonderen medizinischen Bedürfnissen betroffener Kinder, insbesondere auch in Notfallsituationen. Die «Patienten» selbst werden als Experten für ihre Krankheit wahrgenommen und somit in ihrer Selbstkompetenz gestärkt. Sie werden ermutigt, je nach Alter und Möglichkeit Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen sowie die schulischen Fachpersonen und Mitschüler dabei zu unterstützen, ihnen helfend beizustehen.

▶ **Verantwortungsvolle Nutzung vorhandener und Erschliessung neuer Ressourcen**

Die in der Schule zur Verfügung stehenden beschränkten finanziellen und personellen Ressourcen werden optimal eingesetzt. Dazu gehört u.a., dass das Schulpersonal durch unkompliziert zugängliche (schulrelevante) Informationen zu chronischen Krankheiten sowie durch geklärte Abläufe und vorgefertigte Arbeitsdokumente entlastet wird. Ebenfalls arbeitserleichternd wirkt eine klare, kompetenzorientierte Zuteilung der Aufgaben und Rollen auf die beteiligten Berufsgruppen (ähnlich dem Skill-Mix in der Pflege).

Mögliche neue Ressourcen geprüft bzw. erschlossen. So z.B. der Einbezug von Zivildienstleistenden und Freiwilligen (z.B. Nachbarschaftshilfe, Senioren) als Assistenzpersonen für betroffene Kinder sowie die Zusammenarbeit mit externen Institutionen (z.B. Spitex, Arbeitswiedereingliederungsprogramme).

▶ **Zugang zum Angebot**

Das Angebot ist bei den Zielgruppen bekannt und unkompliziert zugänglich. Das Projekt-Anliegen wird auch nach der Umsetzungsphase durch wiederkehrende Informationen, in wichtigen Berufsgruppen und Organisationen zusätzlich durch «Botschafter» wach gehalten.

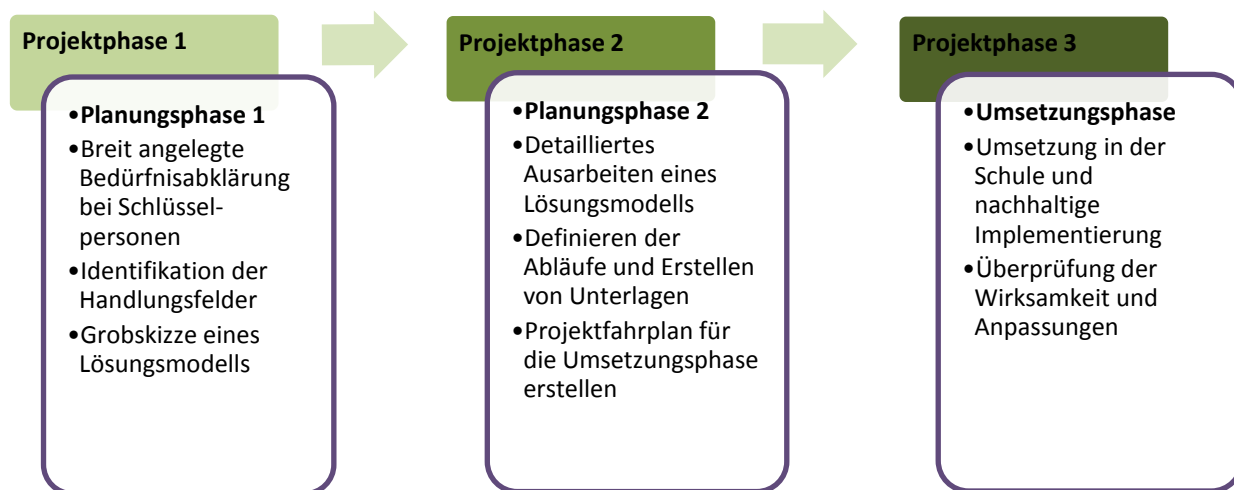
► **Wirksamkeit**

Das neu entwickelte Modell zur Begleitung und Unterstützung chronisch kranker Kinder wird nachhaltig in der Schule umgesetzt und verankert. Die Wirksamkeit wird durch ein schlankes und zielgerichtetes Evaluationsverfahren regelmässig überprüft. Bei Bedarf wird das Modell angepasst und optimiert.

Nicht nur das entwickelte Vorgehen, sondern auch die realisierten medizinisch bedingten Unterstützungsmassnahmen für das einzelne Kind und die Integrationsbedingungen im konkreten Einzelfall werden regelmässig auf ihre Wirksamkeit überprüft und bei Bedarf optimiert.

3. Bisheriger Projektverlauf

Das Projekt wurde in drei Projektphasen gegliedert:



In der ersten Projektphase wurden betroffene Eltern und Vertreter verschiedener Berufsgruppen aus Schule und Gesundheitswesen zu ihren Bedürfnissen und Erfahrungen im Zusammenhang mit der Integration von Kindern mit chronischen Krankheiten befragt (vgl. genaue Auflistung der Berufsgruppen im Projektwettbewerb-Anmeldeformular).

Dabei wurde Handlungsbedarf in folgenden drei Bereichen definiert:

1. Ethische Leitlinien und rechtliche Fragen klären, z.B.:
 - Wie können die Bedürfnisse der Klasse/Lehrperson mit jenen des betroffenen Kindes im Gleichgewicht gehalten werden? Kann z.B. von einem ganzen Schulhaus der Verzicht auf Nuss-Produkte erwartet werden wegen eines einzelnen Kindes, das an einer starken Nussallergie leidet?
 - Zu welchen Aufgaben können Lehrpersonen verpflichtet werden? Gehören medizinische Handreichungen wie z.B. die Verabreichung von Spritzen dazu? Wo liegen Grenzen ihrer Verantwortung? Können sie haftbar gemacht werden?
2. Zusammenarbeit und Informationsabläufe regeln, z.B.:
 - Welches sind die Voraussetzungen einer gut funktionierenden berufsübergreifenden Zusammenarbeit? Denn eine solche Zusammenarbeit ist laut Aussage aller Befragten für das Gelingen der Integration zentral.

- ▶ Informationsfluss: Wie kann die berufsübergreifende Kommunikation unter Berücksichtigung von Datenschutz und ärztlicher Schweigepflicht unkompliziert gestaltet werden? Wer ist für die Informationsweitergabe bei Stufenübertritt, Schulwechsel, Ferienhort zuständig?
3. Involvierte Fachpersonen mit geeigneten Massnahmen unterstützen

In dieser ersten Projektphase wurde ein Lösungsmodell mit verschiedenen Massnahmenpaketen skizziert, das die oben beschriebenen Handlungsbereiche abdeckt.

In der zweiten Projektphase wurden die beschriebenen Massnahmenpakete im Detail ausgearbeitet und die konkrete Umsetzung geplant. Auch dies geschah wiederum unter Einbezug diverser Berufsgruppen. Dabei wurden folgende Grundsätze berücksichtigt:

- ▶ Das Vorgehen in der Volksschule der Stadt Zürich bezüglich Schüler mit chronischer Krankheit ist klar strukturiert und einfach anwendbar. Es basiert auf Erfahrungen aus dem Schulalltag und entspricht den schulischen Rahmenbedingungen. Es begünstigt einen von Toleranz, Respekt und gegenseitiger Wertschätzung geprägten Umgang der Beteiligten miteinander. Im Sinne eines Empowerments sollen die Kompetenzen der einzelnen Beteiligten gestärkt werden, besonders auch jene der Patienten. Das Vorgehen soll bewirken, dass sich die Beteiligten an den Stärken und Möglichkeiten der betroffenen Kinder orientieren anstatt Defizite ins Zentrum zu rücken. Bedingungen sollen geschaffen werden, damit die Integration als Gewinn für die Schule wahrgenommen wird.
- ▶ Trotz der Verschiedenartigkeit der bestehenden chronischen Krankheiten und den daraus resultierenden sehr unterschiedlichen medizinischen Behandlungs-/Unterstützungsmassnahmen, regeln nur wenige transparente Prozesse die Abläufe, dies aber möglichst einheitlich. Prozesse, Weisungen und Kommunikationsmittel entsprechen den ethischen Grundwerten der Schule und sind gesetzes- und grundrechtskonform.
- ▶ Mit den Patienteninformationen wird vertraulich und sorgfältig umgegangen. Die Informationsweitergabe beschränkt sich auf schulrelevante Inhalte. Ein Zuviel an Information trägt nicht zum besseren Gelingen der Begleitung und Unterstützung bei. Es gilt der Grundsatz: In Absprache mit den Eltern so wenig wie möglich und so viel als nötig zu informieren.
- ▶ Die verschiedenen Beteiligten können unkompliziert und zielgruppenspezifisch auf für sie hilfreiche, ansprechend gestaltete Informations-Unterlagen und Arbeits-Dokumente elektronisch zugreifen. Der Einsatz innovativer Elemente soll mitgedacht werden (z.B. Entwicklung einer Notfall-App, gesicherter Zugriff auf Schülerdaten und Dokumente auf der Schulreise via Smartphone, QR-Codes auf Merkblättern und Flyern, Online-Tutorials, Instruktionfilme im Internet).
- ▶ Falls nötig, können die erarbeiteten Unterlagen und Prozesse in Zukunft leicht den sich ändernden Rahmenbedingungen angepasst und technische Innovationen berücksichtigt werden.
- ▶ Das Vorgehen ermöglicht, dass die während der Erarbeitungsphase entwickelte gute Vernetzung und wertvolle berufsübergreifende Zusammenarbeit innerhalb des Schul- und Sportdepartements sowie mit Playern des Gesundheitswesens auch während der Umsetzung des Integrationsprozesses gefördert wird. Das gegenseitige Verständnis der Akteure für die unterschiedlichen, zum Teil gegenläufigen Gesichtspunkte und Bedürfnisse soll gefördert werden.

Das Projektanliegen stiess bei allen kontaktierten Berufsgruppen auf breite und positive Resonanz. Vertreter mit hoher Fachkompetenz und gründlicher Kenntnis der Herausforderungen im Integrationspro-



zess wurden zur Mitarbeit ins Projektteam delegiert. Dank der Offenheit der mitarbeitenden Fachpersonen und ihrem grossen Engagement ist es gelungen, die für die ersten beiden Projektphasen gesetzten Ziele zu erreichen und die formulierten Grundsätze zu berücksichtigen. Weitere Ziele, wie z.B. ein grösserer Bekanntheitsgrad des schulischen Angebots, können sich erst in der nächsten Projektphase einstellen.

4. Kurze Übersicht über das entwickelte Vorgehen

Der Ablauf beim Begleiten und Unterstützen von Kindern mit chronischen Krankheiten ist als nachhaltiger, transparenter Prozess mit drei Phasen organisiert: **Entry, Case Management, Abschluss**. Das Bekanntwerden des medizinischen Behandlungs-/Unterstützungsbedarf im System Schule wird als **Entry** (Eintritt) bezeichnet. Um möglichst alle betroffenen Kinder zu erfassen, ist dieser Eintritt niederschwellig auf verschiedenen Wegen möglich, so z.B. elektronisch, per Post oder Telefon beim Schulärztlichen Dienst, bei den Kreisschulpflegern, Fach- und Klassenlehrpersonen, Schulleitungen, Therapeuten, Betreuungspersonen. Klar vorgegebene schul-interne Kommunikationswege regeln den weiteren Ablauf und verhindern Doppelspurigkeiten.

In einem Erstgespräch mit den Eltern festgelegt, welche Massnahmen für das Kind notwendig sind, welche schulischen Fachpersonen informiert werden sollen und wer als Case Manager die Koordination von Information und Massnahmen übernimmt. Können aufgrund des Leidens beim Kind gesundheitsschädigende Folgen oder lebensbedrohliche Situationen auftreten, muss der Schul- bzw. Kinderarzt zu diesem Erstgespräch beratend zugezogen werden, so z.B. bei Epilepsie, Diabetes, schwerer Allergie. Ein Gesprächsleitfaden hilft, dass alle wichtigen Themen angesprochen werden. In einer Protokollvorlage werden wichtige Erkenntnisse und Abmachungen übersichtlich schriftlich festgehalten.

In der zweiten Prozessphase, dem **Case Management**, werden gemäss den getroffenen Abmachungen weitere schulische Fachpersonen informiert. Die beschlossenen Behandlungs- und Unterstützungsmassnahmen werden organisiert und koordiniert. Der Case Manager erkundigt sich im weiteren Verlauf regelmässig nach dem Gelingen der Umsetzung und dem Befinden der Beteiligten (betroffene Kinder und Eltern, Mitschüler, Schulpersonal). In regelmässig stattfindenden Evaluationsgesprächen werden die Massnahmen überprüft und angepasst. Diese Gespräche finden mindestens einmal jährlich, bei Bedarf auch häufiger statt, so z.B. bei Änderungen im Krankheitsverlauf oder in der Therapie.

Abschluss: Bei einer Genesung oder wenn das Kind / der Jugendliche in eine andere Schule bzw. in die Lehre übertritt, wird der Begleit- und Unterstützungsprozess abgeschlossen. Auf Wunsch der Eltern wird die neue Ausbildungsinstanz über die erforderlichen bzw. bewährten Unterstützungsmassnahmen



informiert. Bei den Eltern und beteiligten schulischen Fachpersonen wird ein Feedback eingeholt. Dies hilft – genau wie die jährlich bei verschiedenen Berufsgruppen erfragten Rückmeldungen - das praktische Vorgehen in der Schule zu optimieren.

5. Projektorganisation, Projektstatus, Ausblick, Verbreitungspotential

Projektorganisation

Die Projektsteuerung ist im Schul- und Sportdepartement angesiedelt. Wie auch das Projektteam ist sie berufsübergreifend zusammengesetzt aus verschiedenen schulischen, behördlichen und medizinischen Fachpersonen. Die Projektleitung liegt bei einer Ärztin des Schulärztlichen Dienstes mit Projektmanagement-Weiterbildung und langjähriger Erfahrung als Unterrichtende.

Aktueller Projektstatus und Ausblick

Das Projekt befindet sich seit Ende März 2015 in der Umsetzungsphase. Ab August 2015 werden die entwickelten Abläufe sowie die erarbeiteten Unterstützungsangebote in der Volksschule der Stadt Zürich verbindlich verwendet. Vorerst für betroffene Schüler mit hohem Gesundheitsrisiko wie z.B. Epilepsie, Diabetes und schwere Allergie, ab 2016 für alle Kinder mit einer chronischen gesundheitlichen Einschränkung. Vorbereitend werden ab Mai 2015 verschiedene zielgruppenspezifische Informations- und Schulungsveranstaltungen durchgeführt. Eine Medienkonferenz, die das Projekt der breiten Öffentlichkeit bekannt macht, ist auf Beginn 2016 geplant. Der Übergang in ein dauerhaftes Angebot der Schule und somit das Ende des Projektes ist auf Juli 2018 angesetzt. Die **Finanzierung** ist gesichert, die Kosten bis zum Projektende sind im Budget der Schulgesundheitsdienste vorgemerkt.

Ein **Projekt-Abbruch** scheint unwahrscheinlich, denn die sorgfältig geplante Begleitung der Umsetzung durch ein interdisziplinäres Qualitätsteam sowie die zielgerichtete Evaluation mit Dokumentation und Auswertung wichtiger Kennzahlen ermöglicht sowohl eine nachhaltige Verbesserung der Wirksamkeit als auch bei Bedarf eine rasche Anpassung des Vorgehens.

Verbreitungspotential

Da bei der Entwicklung auf eine einfache und möglichst allgemeine Anwendbarkeit des Konzepts Wert gelegt wurde, könnte das Vorgehen auch auf andere Integrationsbereiche (wie z.B. Verhaltensauffälligkeiten) oder in andere Settings übertragen werden. Primär wurde es für das Schulsystem der Stadt Zürich entwickelt. Eine Ausstrahlung in bzw. eine Nachahmung von anderen Schulgemeinden ist jedoch zu erwarten und absolut wünschenswert.

Projektwettbewerb 2015: Anmeldeformular

Projektname: Koordination der Altersversorgung im Zweckverband Spital Limmattal		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Spital Limmattal	
Kontaktperson:	Susanne Vanini	Funktion: Pflegedirektorin
Telefonnummer:	Telefon direkt : 044 736 81 25 Telefon Zentrale: 044 733 11 11	E-Mail: Susanne.Vanini@spital-limmattal.ch
Adresse:	Urdorferstrasse 100, 8952 Schlieren	
Organisation 2	Gemeinden des Zweckverbandes Spital Limmattal: Schlieren, Urdorf, Weiningen, Geroldswil, Oetwil, Oberengstringen, Unterengstringen, Dietikon	
Kontaktperson:	Veronika Neubauer	Funktion: Verwaltungsrätin Spital Limmattal
Telefonnummer:	044 748 41 66	E-Mail: veronika.neubauer@bluewin.ch
Adresse:	Huebwiesenstrasse 24, 8954 Geroldswil	
Organisation 3		
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		E-Mail:
Adresse:		
Weitere Beteiligte:		
Auftraggeber: Zweckverband Spital Limmattal: Politische Vertreter/Gemeinderäte aus den Gemeinden Schlieren, Urdorf, Weiningen, Geroldswil, Oetwil, Oberengstringen, Unterengstringen, Dietikon;		
Projektleitung: Holger Auerbach (scheggpartner GmbH), Flurina Meier (ZHAW/Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie), Susanne Vanini (Spital Limmattal), Veronika Neubauer (VR Spital Limmattal/Gemeinde Geroldswil);		
Aktuelle Projektgruppe: Anita Fischer (Spital Limmattal), Marion Baumann (Spital Limmattal), Astrid Hunter-Kummer (Spital Limmattal), Beatrice Feusi (Anlaufstelle Gesundheit und Alter rechtes Limmattal), Christoph Schwemmer (Alters- und Gesundheitszentrum AGZ Dietikon), Robin Schmidt (ZHAW / Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie), Andrea Hemm (Spital Limmattal), Elisabeth Rebmann (Spital Limmattal), Christoph Langhart (Haus für Betagte Sandbühl), Karin Ament (Alters- und Gesundheitszentrum AGZ Dietikon), Hans-Jörg Zweifel (Spitex rechtes Limmattal / Alters- und Pflegeheim im Morgen Weiningen), Susanne Tanner (Alter und Pflege Schlieren), Marcel Balmer (Gemeinde Unterengstringen), Elsbeth Lichti (RegioSpitex), Otto Kaufmann (AZ-Urdorf), Christopher Meerwein (AZW Ärztenetz Zürich-West), Andrea Frei Rothenbühler (AZW / Ärztenetzwerk Zürich West)		

Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)

In der Region Limmattal gibt es heute wenig bis keine Koordination in der Altersversorgung. In einem Vorprojekt (2013 / 2014) wurde ermittelt, dass sich die Gemeinden und Leistungserbringer des Zweckverbandes Spital Limmattal eine bessere Koordination der Altersversorgung in der Region wünschen.

Im Rahmen eines Konzeptionsprojektes soll diese Koordination nun verbessert und eine hochstehende und ganzheitliche Altersversorgung ermöglicht werden. Hierzu wurden von den Gemeindevertretern des Zweckverbandes sechs Teilprojekte priorisiert:

- Spezialisierte Pflege
- Koordinationsstelle (Anlaufstelle für Patienten/Angehörige, Netzwerkfunktion zwischen den Leistungserbringern)
- Gerontologische Beratungsdienstleistungen (für Ärzte / Pflegende)
- Akut- und Übergangspflege
- Wissensaustausch, Aus- und Weiterbildung
- Entlastungsangebote

Diese sechs Teilprojekte haben zum Ziel, die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern im Zweckverband Spital Limmattal besser zu koordinieren und für die Patienten und Angehörigen sinnvolle und nötige Leistungsangebote bereit zu stellen, welche die Information und Behandlungs-, respektive Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen verbessern können.

Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten).

Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.

Einsendeschluss: 31. März 2015

Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)

Gesundheitsnetz 2025:
Projektwettbewerb 2015
Projektbeschreibung: “Koordination
Altersversorgung im Zweckver-
band Spital Limmattal“

1. Ausgangslage, politische Abstützung und übergeordnete Zielsetzung

In der Region Limmattal, mit ihren ca. 15'000 Senioren (65+), gibt es heute wenig bis gar keine Koordination zwischen den Angeboten für die ältere Bevölkerung. Im Rahmen eines Projektes, welches von Oktober 2013 bis Juli 2014 vom Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie der ZHAW in Zusammenarbeit mit dem Spital Limmattal durchgeführt wurde, wurde ein Vorgehenskonzept für die Verbesserung der regionalen Koordination der Alters- und Pflegeversorgung in den Gemeinden des Zweckverbandes Spital Limmattal (Aesch, Birmensdorf, Schlieren, Urdorf, Weiningen, Geroldswil, Oetwil, Oberengstringen, Untereingstringen, Dietikon) erarbeitet. Der Zweckverband des Spitals Limmattal verfügt über ein Akutspital mit 192 Betten sowie über ein angegliedertes Pflegezentrum mit 134 Betten und einem Tageszentrum à 10 Plätzen.

Um eine künftige Umsetzung des Konzeptes zu realisieren, wurde die Erarbeitung der Ergebnisse sehr breit abgestützt. So wurden z.B. 17 teilstrukturierten Einzel- und Gruppeninterviews in elf Gemeinden und mit diversen Leistungserbringern (u.a. Alters- und Pflegeheimen, Hausärzten, Spitex-Organisationen, Patientenvertretern) durchgeführt. Weiter wurde ein Informationsanlass mit Präsentation der Resultate abgehalten, dem ein Workshop mit neun Gemeindevertretern folgte, in welchem die erarbeiteten Themen diskutiert, politisch abgestützt und priorisiert wurden.

Die Interviews ergaben, dass sich ein Grossteil der Gemeinden und sämtliche Leistungserbringer eine bessere Koordination im Zweckverband des Spitals Limmattal wünschen. So soll zum einen das Pflegezentrum des Spitals Limmattal zu einem Kompetenzzentrum werden, welches auf die Pflege komplexer und aufwändiger Bewohner (Spezialisierte Pflege / Akut- und Übergangspflege) fokussiert ist. Zum anderen soll durch eine optimale Koordination der regionalen Angebote in den Zweckverbandsgemeinden eine hochstehende, ganzheitliche und auf den Patienten ausgerichtete Altersversorgung ermöglicht werden. Um dies zu erreichen, wurden von den Gemeindevertretern folgende sechs Themenbereiche priorisiert:

- Spezialisierte Pflege (inkl. komplexe Bewohner)
- Koordinationsstelle (Anlaufstelle für Patienten und deren Angehörige, Netzwerkfunktion auch zwischen den Leistungserbringern)
- Gerontologische Beratungsdienstleistungen (Haus- und Heimärzte, Alters- und Pflegeheime, Spitex)
- Akut- und Übergangspflege
- Wissensaustausch, Aus- und Weiterbildung
- Entlastungsangebote (Tages- und Nachtkliniken, Ferienbetten)

Auf der Basis dieser Erkenntnisse wurde eine Absichtserklärung für eine zukünftige Zusammenarbeit ausgearbeitet, die von acht Gemeinden des Zweckverbandes aktiv unterstützt wird.

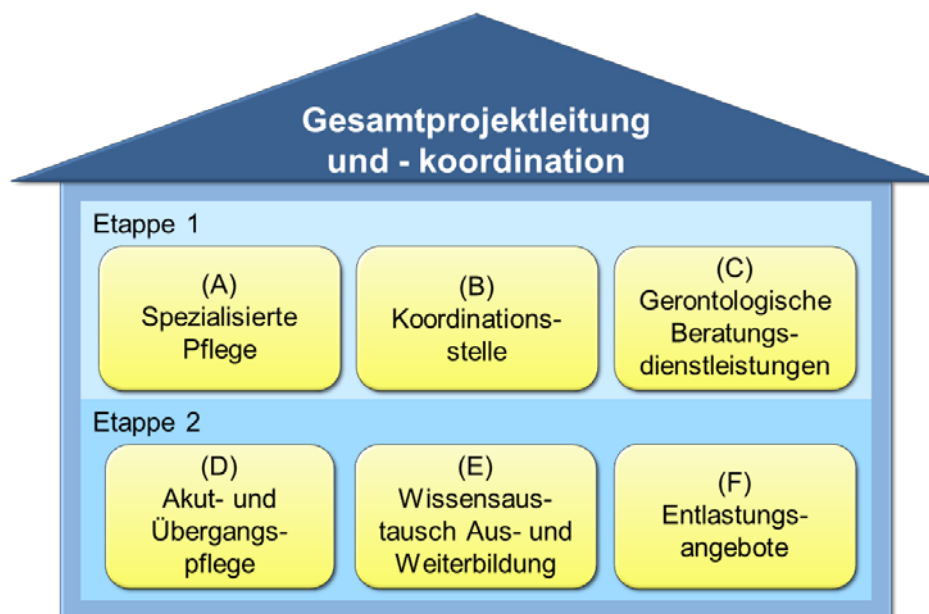
In der nächsten Projektphase sollen nun diese sechs Themenbereiche inhaltlich so ausgearbeitet werden, dass über deren Umsetzung auf politischer Ebene entschieden werden kann. Eine erste Etappe dieser inhaltlichen Bearbeitung ist bereits angelaufen (siehe Abschnitt „2.3 Zeitliche Planung und aktueller Stand des Vorhabens“).

2. Beschreibung des Projektes

Die sechs Teilprojekte haben zum Ziel, die Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern im Zweckverband Spital Limmattal besser zu koordinieren und für die Patienten und Angehörigen in der Region sinnvolle und nötige Leistungsangebote bereit zu stellen. Dabei soll und kann mit den ausgewählten Themenbereichen nicht nur die Kommunikation zwischen den Leistungserbringern, sondern auch die Information und Behandlungs-, respektive Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen verbessert werden. Weiter soll durch Spezialisierung, Wissensaustausch, Vernetzung und Entlastungsangeboten für Angehörige der Ressourceneinsatz bei den Leistungserbringern, aber auch bei den Privatpersonen optimiert werden.

Um die Koordination und Vernetzung zwischen den sechs Teilprojekten zu gewährleisten, werden sie in ein Gesamtprojekt eingebunden. Die Abbildung 1 gibt hierzu einen Überblick.

Abbildung 1: Überblick Gesamtprojekt



Alle erarbeiteten Ergebnisse werden der gesamten Projektorganisation zur Verfügung gestellt und auch aktiv nach Aussen kommuniziert, um zu gewährleisten, dass ggf. andere Regionen von den gemachten Erfahrungen und den erarbeiteten Ergebnissen profitieren können.

Die breite Abstützung bei den Anspruchsgruppen und insbesondere die frühe Einbindung der politischen Entscheidungsträger sollen dabei sicherstellen, dass die Inhalte mit den Bedürfnissen der Betroffenen übereinstimmen. Weiter soll durch die abschliessende Entscheidung durch die beteiligten Gemeinden die erarbeiteten Inhalte und Lösungsvorschläge verbindlich umgesetzt und die Angebote langfristig sichergestellt werden.

In der Folge werden die sechs geplanten Themenbereiche (=Teilprojekte) im Detail vorgestellt.

2.1. Inhalt und methodisches Vorgehen in den sechs Teilprojekten

Je nach Teilprojekt wurden unterschiedliche methodische Vorgehensweisen gewählt. So werden beispielsweise Literaturanalysen, Brainstorming-Runden, schriftliche und mündliche Befragungen, Fokusgruppen-Interviews, etc. eingesetzt. In der Folge werden die Inhalte und die Zielsetzungen der sechs geplanten Teilprojekte im Detail beschrieben. Die definierten Meilensteine sind in der Tabelle 1 ausgewiesen:

(A) Spezialisierte Pflege: Die Anbindung an das Spital Limmattal macht es für das Pflegezentrum des Spitals Limmattal einfach, für medizinisch, pflegerisch und sozial komplexe Patienten die passende pflegerische und medizinische Behandlung auch kurzfristig anzubieten. Aufwändige und spezialisierte Angebote können angeboten und die fachliche Kontinuität jederzeit gewährleistet werden. Für die Senioren selbst ist ein Wechsel vom Pflegezentrum ins Spital (und umgekehrt) bedeutend einfacher, als derselbe Wechsel von einem der anderen Alters- und Pflegeheimen aus. Hinzu kommt, dass damit auch die Behandlungskontinuität für den Patienten, sowie die Prozesse für den Patienten und die beteiligten Leistungserbringer verbessert werden können.

Von diesem Angebot sollen nicht nur alle Patienten profitieren, sondern gleichzeitig können auch andere Pflegeheime im Bereich der spezialisierten Pflege entlastet werden. Somit kommt dieses Angebot der ganzen Region zu Gute.

(B) Koordinationsstelle: Im Kanton Zürich ist jede Gemeinde verpflichtet, eine Informationsstelle für ihre Senioren einzurichten. Ziel des Teilprojektes ist es, die bestehenden Informationsstellen untereinander zu vernetzen oder sogar zu verbinden und zu professionalisieren. Damit sollen, u.a. durch die Publikation von wichtigen Leitinformationen (u.a. über eine gemeinsame Online-Plattform) und Beratungstätigkeiten, die Selbstständigkeit der Senioren und deren Angehörigen verbessert werden. Andererseits soll die Koordinationsstelle als Wissensträger auch die Schnittstellen zwischen den Senioren und den lokalen Leistungserbringern (inkl. gemeinnützigen Organisationen, Vereine, etc.), aber auch zwischen den lokalen Leistungserbringern verbessern. Weitere Vernetzungsaufgaben sollen innerhalb des Projektes geprüft werden.

(C) Gerontologische Beratungsdienstleistungen: Ärzte, insbesondere Hausärzte, betreuen immer mehr betagte Patienten in ihren Praxen oder als Heimärzte. Bei geriatrischen Fragestellungen sollen die Health Professionals einfach fachliche Auskünfte erhalten können, z.B. durch eine strukturierte Verlinkung zur Geriatrie des Spitals Limmattal.

Ähnliche Fragestellungen könnten sich in den Alters- und Pflegeheimen sowie in den Spitex-Organisationen der Region stellen. Hier könnten die spezialisierten Pflegefachpersonen des Pflegezentrums des Spitals Limmattal die Ansprechpersonen sein. Es wird erwartet, dass damit vordergründig die Vernetzung zwischen den Leistungserbringern verbessert wird, zusätzlich im Hintergrund aber die Behandlungsqualität für die Senioren gesteigert werden kann.

- (D) Akut- und Übergangspflege:** In der Region gibt es zurzeit nicht genügend Betten, um aus dem Spital in die Akut- und Übergangspflege (AÜP) austretende Patienten aufnehmen zu können. Die Unterbringung in nicht spezialisierten Einrichtungen führt zu einer starken Belastung des Pflegepersonals und der zuständigen Ärzte. Daher soll eine zentrale AÜP-Abteilung für die Gemeinden des Zweckverbandes geschaffen werden. Diese Abteilung könnte dem Pflegezentrum des Spitals Limmattal angegliedert sein.
- (E) Wissensaustausch, Aus- und Weiterbildung:** Insbesondere vor dem Hintergrund des Pflegefachpersonalmangels stellt sich die Frage, ob die Alters- und Pflegeheime der Region im Bereich des Wissensaustausches, sowie der Aus- und Weiterbildung zusammen arbeiten könnten. Dies könnte den Bereich der Weiterbildung betreffen oder sogar so weit gehen, dass gemeinsame Ausbildungsplätze in Betracht gezogen würden. Dieser Ansatz könnte helfen, die professionelle Betreuung der Senioren auch in den kommenden Jahren gewährleisten zu können.
- (F) Entlastungsangebote (Tages- und Nachtkliniken, Ferienbetten):** Entlastungsangebote lohnen sich derzeit finanziell für Alters- und Pflegeheime nicht. Pflegenden Angehörige leisten jedoch eine sehr wertvolle Arbeit, nicht nur für ihre pflegebedürftigen Angehörigen, sondern auch für die Allgemeinheit. Gleichzeitig haben sie ein höheres Risiko für fast alle stressbedingten Erkrankungen. Daher benötigen sie gewisse Entlastungsangebote. Deren mögliche Ausgestaltung und v.a. Finanzierungsansätze sollen in diesem Teilprojekt ausgearbeitet werden. Insbesondere was die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit solcher Entlastungsangebote anbelangt, soll u.a. mittels Literaturrecherche und der Suche nach Best Practices die bestehende Evidenz ermittelt werden.

In allen sechs Teilprojekten soll nicht nur die inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der Themenbereiche erarbeitet werden, sondern auch eine tragfähige Finanzierungsgrundlage errechnet und den Gemeindevertretern zur Entscheidung unterbreitet werden.

Als Endprodukt sollen die erarbeiteten Resultate jedes Teilprojektes in einem Bericht dokumentiert werden.

Tabelle 1: Meilensteine der Gesamtprojektleitung sowie der sechs Teilprojekte

Nr.	Teilprojekte	Meilensteine
	Gesamtprojektleitung	Leitung und Koordination des Gesamtprojektes; Integration der sechs Teilprojekte; Abstimmung mit Steuerungsgremien und relevanten Stakeholdern
(A)	Spezialisierte Pflege	Klärung des zukünftigen Leistungsangebotes des Pflegezentrums des Spitals Limmattal im Bereich Spezialisierte Pflege (inkl. komplexe Bewohner), Erarbeitung eines Finanzierungskonzeptes sowie eines Kommunikationskonzeptes für Health Professionals und Patienten
(B)	Koordinationsstelle	Erhebung der Ist-Situation zum bestehenden Angebot; Ausarbeitung eines sinnvollen zukünftigen Leistungsangebotes unter Einbindung der wichtigsten Anspruchsgruppen, Erstellung eines Finanzierungskonzeptes, Vernehmlassung bei den Gemeinden
(C)	Gerontologische Beratungsdienstleistungen	Definition möglicher Szenarien für nachgefragte geriatrische und gerontologische Beratungsdienstleistungen; Bedarfsabklärung und Ableitung eines sinnvollen Leistungsangebotes sowie dessen organisatorischer Ausgestaltung und Finanzierung
(D)	Akut- und Übergangspflege	Bedarfsanalyse; Definition des Leistungsangebotes; Abklärung der rechtlichen Rahmenbedingungen; Erarbeitung eines Finanzierungskonzeptes
(E)	Wissensaustausch, Aus- und Weiterbildung	Ist-Analyse der vorhandenen Leistungsangebote; Bedarfsanalyse; Ausarbeitung von möglichen Leistungsangeboten mit Vorschlägen zur Finanzierung und Umsetzung
(F)	Entlastungsangebote	Suche nach Best Practices bezüglich des Nutzens von Entlastungsangeboten; Abschätzung des Bedarfs; Definition des potentiellen Leistungsangebotes und Ausarbeitung der organisatorischen Ausgestaltung; Erarbeitung eines Finanzierungskonzeptes

2.2. Organisation

Neben einer Gesamtprojektleitung werden die Teilprojekte von fachlich ausgewählten Teilprojektleitern geleitet. Jedes Teilprojekt hat eine Projektgruppe, die aktiv an der Projektbearbeitung mitwirkt. Die Vertreter der Projektgruppe sind in der Regel Fachexperten und Vertreter der privaten und öffentlichen Leistungserbringer. Zusätzlich hat jedes Teilprojekt eine Begleitgruppe – deren Teilnehmer kommen überwiegend aus dem öffentlichen und politischen Bereich und sichern die Berücksichtigung einer breiten Interessenlage im Zweckverband des Spitals Limmattal ab.

Im Detail sind die folgenden Personen in das Projekt eingebunden:

Auftraggeber: Zweckverband Spital Limmattal: Politische Vertreter/Gemeinderäte aus den Gemeinden Schlieren, Urdorf, Weiningen, Geroldswil, Oetwil, Oberengstringen, Untereingstringen, Dietikon.

Die Auftraggeber sind mit drei Vertretern im **Steuerungsausschuss** des Projektes sowie mit einem Mitglied in der Projektleitung vertreten.

Die **Projektleitung** setzt sich aus den folgenden Vertretern zusammen: Holger Auerbach (scheggpartner GmbH), Flurina Meier (ZHAW/Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie), Susanne Vanini (Spital Limmattal), Veronika Neubauer (VR Spital Limmattal/Gemeinde Geroldswil);

In den aktuell bereits konstituierten **Projektgruppen** sind die folgenden Personen entweder in der **Teilprojektgruppe** oder der **Begleitgruppe** eingebunden: Anita Fischer (Spital Limmattal), Marion Baumann (Spital Limmattal), Astrid Hunter-Kummer (Spital Limmattal), Beatrice Feusi (Anlaufstelle Gesundheit und Alter rechtes Limmattal), Christoph Schwemmer (Alters- und Gesundheitszentrum AGZ Dietikon), Robin Schmidt (ZHAW/Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie), Andrea Hemm (Spital Limmattal), Elisabeth Rebmann (Spital Limmattal), Christoph Langhart (Haus für Betagte Sandbühl), Karin Ament (Alters- und Gesundheitszentrum AGZ Dietikon), Hans-Jörg Zweifel (Spitex rechtes Limmattal), Susanne Tanner (Alter und Pflege Schlieren), Marcel Balmer (Gemeinde Unterengstringen), Elsbeth Liechti (RegioSpitex), Otto Kaufmann (AZ-Urdorf), Christopher Meerwein (AZW Ärztenetz Zürich-West), Andrea Frei-Rothenbühler (AZW Ärztenetzwerk Zürich-West)

Die Besetzung der Teilprojekte der zweiten Etappe ist zurzeit in Ausarbeitung, wird jedoch eine ähnliche Bandbreite an Anspruchsgruppen umfassen.

2.3. Zeitliche Planung und aktueller Stand des Vorhabens

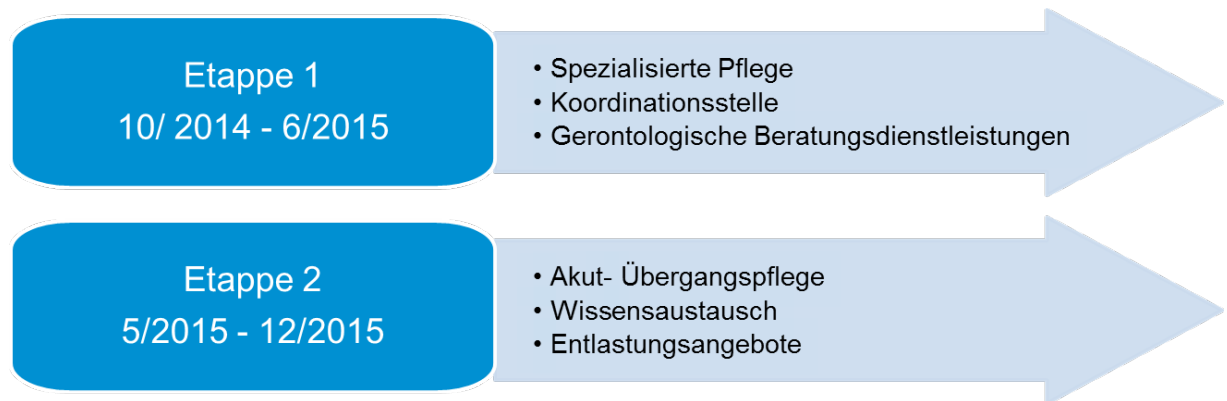
Die sechs Teilprojekte sollen in zwei Etappen bearbeitet werden.

Die Etappe 1 zur Bearbeitung der Teilprojekte Spezialisierte Pflege, Koordinationsstelle und Gerontologische Beratungsdienstleistungen wird seit Oktober 2014 bearbeitet und soll gemäss aktueller Projektplanung im Juni 2015 abgeschlossen werden. Zurzeit wird erwartet, dass der Projektplan in allen drei Teilprojekten der ersten Etappe eingehalten werden kann, da in allen Teilprojekten bereits ein Grossteil der Meilensteine erarbeitet werden konnte.

Diese bisher erarbeiteten Zwischenergebnisse konnten Mitte März 2015 den verantwortlichen Gemeindevertretern vorgestellt werden und sind in dieser ersten Anhörung positiv aufgenommen worden. Zusätzlich gingen auch seitens der am Projekt Beteiligten bereits Rückmeldungen ein, wonach nur schon die vernetzte Zusammenarbeit im Rahmen des hier vorgestellten Projektes zu einer Verbesserung im gegenseitigen Austausch geführt hat.

Die Bearbeitung der Etappe 2 mit den Teilprojekten Akut- und Übergangspflege, Wissensaustausch, Aus- und Weiterbildung sowie Entlastungsangebote, soll zwischen Mitte und Ende 2015 erfolgen. Sie muss vom Verwaltungsrat (25.3.2015) sowie der Delegiertenversammlung (22.4.2015) des Spitals Limmattal aber noch zugesichert werden.

Die Abbildung 2 gibt einen Überblick über den zeitlichen Ablauf der beiden Etappen.

Abbildung 2: Zeitlicher Ablauf der beiden Projektetappen

2.4. Kosten und Finanzierung

Die budgetierten Kosten für die Bearbeitung des Gesamtprojektes belaufen sich auf CHF 118'000. Diese wurden entsprechend der Etappierung in zwei Tranchen beim Verwaltungsrat und der Delegiertenversammlung des Spitals Limmattal beantragt.

Die Grundfinanzierung der Etappe 1, welche sich auf CHF 46'000 beläuft, hat der Verwaltungsrat des Spitals Limmattal zugesichert. Die zweite Etappe unterliegt derzeit noch dem Finanzierungsvorbehalt durch den Verwaltungsrat des Spitals Limmattal. Die Entscheidung zur Finanzierung soll im 2. Quartal 2015 getroffen werden.

Die mögliche Preissumme des Projektwettbewerbs des Gesundheitsnetzes 2025 soll einerseits dafür verwendet werden, die Ergebnisse innerhalb der Anspruchsgruppen breiter abzustützen, um die Wahrscheinlichkeit einer Umsetzung zu erhöhen. Andererseits könnten damit die Ergebnisse bei den interessierten Zielgruppen kommuniziert werden – das bestehende Projektbudget ist hierfür bisher nicht vorgesehen.

Projektwettbewerb 2015: Anmeldeformular

Projektname: MiniFit		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Fachbereich Ernährung & Bewegung, Schulärztlicher Dienst Stadt Zürich (Leitung Dr. med. Susanne Stronski Huwiler)	
Kontaktperson:	Sabrina Edler, MSc ETH Bew.-wiss.	Funktion: Fachverantwortliche Bewegung
Telefonnummer:	044 413 86 70	E-Mail: sabrina.edler@zuerich.ch
Adresse:	Langstrasse 21, 8004 Zürich	
Organisation 2		
Vertretung Schulärztinnen / Schulärzte, SAD		
Kontaktperson:	Dr. med. Katharina Müller-Weber	Funktion: Kinderärztin FMH, Schulärztin
Telefonnummer:	044 413 46 02	E-Mail: katharina.mueller-weber@zuerich.ch
Adresse:	Rotbuchstrasse 42, 8037 Zürich	
Organisation 3		
Kreisschulpflege Limmattal		
Kontaktperson:	Katrin Wüthrich	Funktion: Schulpräsidentin Limmattal
Telefonnummer:	044 413 69 00	E-Mail: katrin.wuethrich@zuerich.ch
Adresse:	Hohlstrasse 35, 8004 Zürich	
Weitere Beteiligte:		
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Leiterpersonen der Bewegungskurse ▶ Lehr- und Betreuungspersonen der Schulen: Zuweisung ▶ Psychomotoriktherapeutinnen und –therapeuten der Schulen der Stadt Zürich: Zuweisung ▶ Schulärztinnen und Schulärzte der Stadt Zürich: Früherkennung, Zuweisung ▶ Niedergelassene Kinderärzte und Kinderärztinnen der Stadt Zürich: Früherkennung, Zuweisung ▶ Bundesamt für Sport: «Jugend und Sport» ▶ Sportamt Kanton Zürich: schulsport.zh ▶ Sportamt Stadt Zürich: Logistik, Hallenreservierungen 		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>MiniFit ist ein kostenloser Bewegungskurs, eingebettet im Schulalltag, für Kinder mit Bewegungsmangel / Übergewicht. Diese Risikofaktoren können zu gesundheitlichen Schäden und hohen Kosten im Gesundheitswesen führen.</p> <p>Ziele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Patienten mit Bewegungsmangel / Übergewicht werden frühzeitig in die gesundheitliche Versorgungskette aufgenommen. Das niederschwellige Angebot leitet eine Verbesserung bereits im Kindesalter ein ▶ Sensibilisierung und Empowerment der Eltern speziell aus sozioökon. schwachen Familien führen zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit ▶ Zusammenarbeit Gesundheitswesen – Bildungswesen ist vertieft und Synergien genutzt <p>Kindergartenkinder sind sehr aufnahmebereit. In, mit und durch Bewegung entwickeln und sammeln sie Lebenskompetenzen und -erfahrungen. MiniFit unterstützt Patienten, die aus verschiedenen Gründen (Wohnort, Zeit, Wissen) zu wenig Möglichkeiten haben, ihre natürliche Bewegungslust auszuleben. Es wird ein Angebot für Kinder geschaffen, welche trotz Indikation aufgrund der Warteliste keine (Psychomotorik-)Therapie erhalten. Zudem werden die Bewegungsgewohnheiten früh positiv beeinflusst.</p> <p>Das Angebot konzentriert sich auf sozioökon. schwächere Wohngegenden.</p>		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2015		
Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)		



Indizierte Bewegungsförderung im Kindergarten: «MiniFit»

1 Patientennutzen

Regelmässige Bewegung von klein auf ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung von Körper und Geist. Die Bewegungsfreude in diesem Alter ist gross und dadurch leicht zu fördern [Largo, 2011]. Bewegung ist ein natürliches Bedürfnis der Kinder und die Neugierde, Neues zu entdecken ist so gross, dass es in der Regel nicht besonders angestossen werden muss, sofern die Kinder die Möglichkeit zur Bewegung erhalten. «Bewegungslust kann sich nicht entfalten, wenn der Spielplatz fehlt oder kein Wald in der Nähe ist, wenn also die Möglichkeiten für Bewegung und Spiel fehlen. Dann bleibt der Wunsch nach neuen Bewegungserfahrungen unerfüllt und das Kind kann nie gute motorische Fertigkeiten entwickeln.» [Eiholzer, 2011 S. 25]

Zunehmender Bewegungsmangel und Übergewicht im Kindes- und Jugendalter stellen heute einer der grössten Herausforderungen für das Gesundheitssystem dar. «Einschränkungen der Wahrnehmungs- und Bewegungserfahrungen können zu Entwicklungsrückständen, motorischen Minderleistungen und Auffälligkeiten führen, die häufig schon im Vorschulalter Kindern bewusst werden, wenn sie im Vergleich mit anderen Kindern Misserfolge erleben oder von anderen Kindern oder auch Erwachsenen auf ihre Minderleistung – nicht selten mit abfälligen Bemerkungen – hingewiesen werden. In der Konsequenz verlieren betroffene Kinder das Interesse an den für sie negativ besetzten Bewegungssituationen [...]. Damit schliesst sich der gefürchtete Teufelskreis von Bewegungsmangel – motorischer Auffälligkeit – Misserfolg – Rückzug/Vermeidungsverhalten und dadurch Verstärkung der Problematik des Bewegungsmangels. Erschwerend kommt hinzu, dass eine zunächst körperlich-motorische Auffälligkeit ein Kind in allen seinen Lebensbereichen belasten kann: Auffälligkeiten können sich auch im Sozialverhalten und im Lern- und Leistungsverhalten entwickeln; ein negatives Körperbild kann auch das Selbstbild beeinträchtigen und Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl und Selbstwirksamkeit reduzieren» [Dordel & Kunz, 2005, S. 47].

Durch die Bewegung erhält ein Kind ein Bild von sich selbst, es erhält Rückmeldungen über eigene Stärken und Schwächen. Es lernt seinen Körper und seine Leistungsfähigkeit kennen, einzuschätzen und Selbstverantwortung (z.B. beim Klettern oder Balancieren) zu übernehmen. Zudem stärkt Bewegung das Selbstvertrauen. Können sich Kinder nicht ausreichend bewegen, zeigt sich dies in Bewegungs- und Haltungsauffälligkeiten, der Zunahme von Übergewicht sowie von Unfällen durch Ungeschicklichkeit.

1.1 Nutzung des Populationszugangs erlaubt Früherfassung und Frühintervention

Der Schulärztliche Dienst der Stadt Zürich (SAD) führt im ersten Kindergarten eine erweiterte Vorsorgeuntersuchung (EVU) durch. Dieses Angebot steht allen Kindergartenkindern kostenlos zur Verfügung und wird von über 90% (Kennzahl SAD SJ 13/14) der Eltern für Ihre Kinder in Anspruch genommen. In dieser Untersuchung werden neben Gehör, Visus und allgemeiner Entwicklung auch die Grösse und das Gewicht sowie die motorischen Fähigkeiten erfasst. Dadurch können Kinder mit entsprechenden Risikofaktoren an geeignete Angebote zugewiesen werden und früh in die Versorgungskette eintreten. Durch die Früherfassung und Intervention können Sekundärfolgen verhindert oder abgemildert werden.

Die Früherfassung wird durch bestehende Informationskanäle (siehe Abbildung 1) von verschiedenen Berufsgruppen unterstützt. Eine enge Vernetzung ist dabei eine zentrale Voraussetzung. Bei erfolgter Kursanmeldung ist eine frühe Intervention bei über 98% der Kinder möglich.

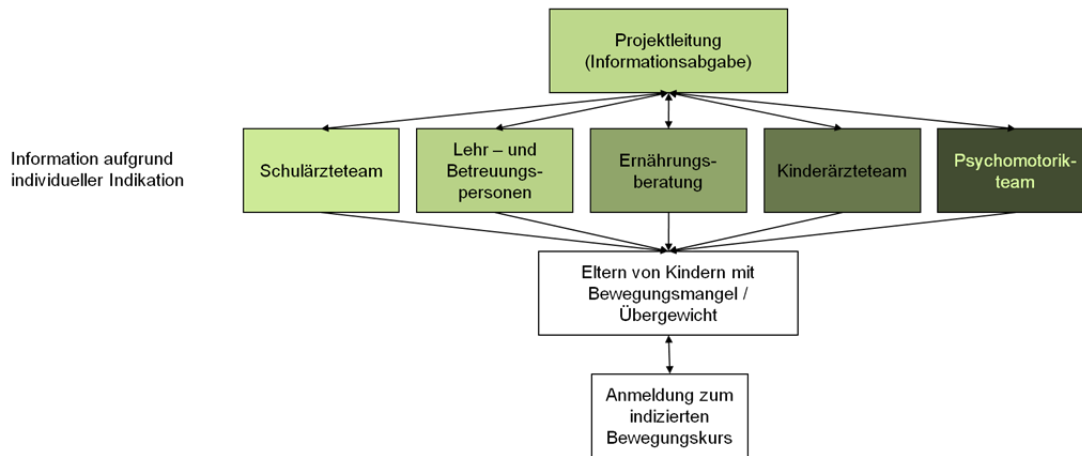


Abbildung 1: Zugang – Informationskanäle zur Rekrutierung

1.2 Stärkung der motorische Fähigkeiten: Unfallverhütung durch Bewegungssicherheit

«Im Kleinkindesalter und im Vorschulalter lernen Kinder vielfältige Bewegungsformen und erste Bewegungskombinationen. Die stark ausgeprägte Plastizität des Gehirns macht das Erlernen von Bewegungsformen in dieser Zeit besonders einfach und effizient. Das Koordinationsfenster [...] steht in dieser Zeit weit offen. Das Koordinationsfenster gibt dem Kind die Chance, sich einen reichhaltigen koordinativen Grundschatz anzulegen [...]. Es gilt, die Chance jetzt zu ergreifen, damit das Kind möglichst grosse Fortschritte in der koordinativen Entwicklung machen kann. Das Erlernte wird gewissermassen eingebrannt und geht danach nie mehr verloren. Was das Kind in dieser Zeit an koordinativem Grundschatz nicht erwirbt, kann es später, wenn sich das Chancenfenster wieder geschlossen hat, wahrscheinlich nicht mehr völlig nachholen.» [Eiholzer, 2011 S. 19/20]

Im Zusammenhang mit der Unfallverhütung kommt der Bewegungssicherheit eine zentrale Bedeutung zu. Je umfangreicher und vielfältiger die motorischen Erfahrungen im Alter von 5 bis 10 Jahren sind, desto höher wird auch die Bewegungssicherheit im Jugend- und Erwachsenenalter sein. Studien von Unfallversicherungen zeigen, dass Bewegungs- und Wahrnehmungsförderung sowie das Bewältigen von angepassten Risikosituationen zu einem Rückgang der Unfallzahlen im Alltag führen [Dordel & Kunz 2005].

Durch das Angebot «MiniFit» erhalten Kinder mit wenig Bewegungserfahrung die Möglichkeit, ihre Wahrnehmungsfähigkeiten sowie die koordinativen und konditionellen Fähigkeiten zu stärken und in ihren Bewegungen sicherer zu werden.

1.3 Prävention von Adipositas

In der Stadt Zürich waren im Schuljahr 2012/13 im Kindergarten 12.5% der Kinder übergewichtig, davon 2.8% adipös. In der Sekundarstufe steigt der Anteil auf 25.6% respektive 6.2% an. Innerhalb der Stadt Zürich weisen die Schulkreise Limmattal und Schwamendingen die höchste Übergewichts- und Adipositasrate auf [Stamm et al. 2014]. Dieses Resultat deckt sich mit den Erkenntnissen anderer Studien, welche aussagen, dass mit abnehmendem sozialem Status die Prävalenz für Übergewicht zunimmt. Im Weiteren zeigt das BMI-Monitoring, dass Kinder mit einem Migrationshintergrund häufiger an Übergewicht und Adipositas leiden als Schweizer Schulkinder.

1.4 Chancengerechtigkeit

Motorische Defizite und Übergewicht treten vermehrt in Quartieren mit sozioökonomisch schwachen Familien auf [Stamm et al. 2014]. Um diese Ungleichheit zu verringern, konzentriert sich das Angebot «MiniFit» auf diese Wohngegenden.



2 Vernetzung

Durch die Organisationsform des Kurses ist das Angebot innerhalb und ausserhalb des Schul- und Sportdepartements der Stadt Zürich breit abgestützt. Neben der Vernetzung innerhalb des Angebotes mit Lehr- und Betreuungspersonen sowie dem Sportamt der Stadt Zürich besteht ein zielgerichteter Informationsaustausch aufgrund der Thematik mit:

- ▶ akj – Adipositas bei Kindern und Jugendlichen
- ▶ HEPA
- ▶ Kinderärzten und Kinderärztinnen
- ▶ Psychomotoriktherapeutinnen und Psychomotoriktherapeuten
- ▶ Anderen Kantonen und Städten
- ▶ Radix
- ▶ Sportamt Kanton Zürich
- ▶ Bundesamt für Sport

Die Rekrutierung der Kinder in das Angebot «MiniFit» erfolgt schwerpunktmässig durch die jeweiligen Schulärztinnen/Schulärzte und die entsprechenden Kindergartenlehrpersonen. Im Multi-Entry-System haben aber auch die Kinderärzte, die Ernährungsberaterinnen, Betreuungspersonen sowie die Psychomotoriktherapeuten/-innen die Möglichkeit, den Kindern aus der Risikogruppe das Angebot zu empfehlen. Die Anmeldung erfolgt in jedem Falle nur mit Unterschrift der Eltern oder Erziehungsberechtigten.

Die Bewegungskurse werden von jeweils zwei Personen mit pädagogischer oder sportartenspezifischer Ausbildung geleitet und sind von J+S anerkannt. Bei der Leitersuche wird eng mit dem Sportamt der Stadt Zürich zusammengearbeitet.

Einer der zentralsten Akteure sind Eltern - sie werden soweit möglich in das Angebot mit einbezogen.

3 Innovation

«MiniFit» bietet Kindern mit motorischem Förderbedarf einen Platz, wo sie in einem geschützten Rahmen ihre Bewegungserfahrungen sammeln und den Rückstand gegenüber anderen aufholen können. Dies in einem altersgerechten Angebot ohne Stigmatisierung und Leistungsdruck – es gilt die natürliche Bewegungslust wieder zu wecken, die Freude an der Bewegung zu vermitteln und die fehlende Möglichkeit zur Entwicklung von motorischen Kompetenzen auszugleichen.

Das gesundheitsfördernde Bewegungsverhalten soll höher gewichtet werden als eine Veränderung des BMI. Dies zeigte auch die Metaanalyse fitness vs. fatness on all-cause mortality [Barry et al.], welche zeigte, dass übergewichtige oder adipöse fette Menschen keine höhere Sterblichkeit haben als normalgewichtige fette Personen. Daher wird der Erfolg des Angebots im SAD der Stadt Zürich nicht primär anhand des BMI gemessen.

Adipositas Therapien scheitern oftmals daran, dass sie sehr hochschwellig sind. Ungenügende Deutschkenntnisse, Kapazitätsengpässe der Eltern oder die Einstiegskriterien können von sozial benachteiligten Familien oftmals nicht erfüllt werden. Das Angebot «MiniFit» nimmt sich dieser Schwierigkeiten an; es steht allen Kindern mit den Risikofaktoren Bewegungsmangel und Übergewicht offen. Die Kurse finden im Schulhaus statt und die Eltern werden an Elternabenden mit einbezogen. Bei jeder Elterninformation wird auf eine einfache Sprache geachtet. An Elternabenden wird mit vielen Bildern gearbeitet und gleichzeitig eine Kinderbetreuung (für alle Kinder, nicht nur teilnehmende) angeboten – so ist es allen Familien möglich zu partizipieren.

Ein weiterer innovativer Ansatz ist die Zusammenarbeit zwischen Bildungs- und Gesundheitssystem. Durch die Nutzung des Schulsettings können vor allem auch so genannt «schwer erreichbare Familien» angesprochen werden. Die Beteiligung von Fachpersonen aus dem Gesundheitsbereich wiederum zeigt den Betroffenen die Dringlichkeit bei den Risikofaktoren Bewegungsmangel und Übergewicht zu handeln. Die Nutzung des Schulsettings sowie der einfache Aufbau führen zudem dazu, dass das Angebot ohne grössere Anpassungen an weitere Standorte multipliziert werden kann. Voraussetzung dafür ist eine enge Zusammenarbeit mit dem Lehr- und Betreuungsteam sowie den Schulärzeteams bzw. Kinderärzeteams (und allenfalls Ernährungsberatern).

4 Effizienz

Die Gesundheitseffekte von ausreichender Bewegung bei Kindern sind wissenschaftlich belegt (siehe Abbildung 2) und müssen innerhalb des Angebotes nicht mehr evaluiert werden.

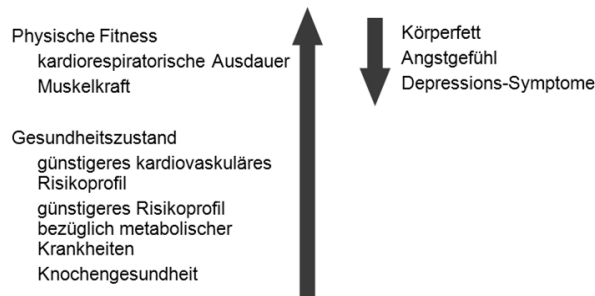


Abbildung 2: Quelle Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008, U.S. Department of Health and Human Services: <http://www.health.gov/PAGuidelines/Report/>

Gemäss Konzept werden die Qualität der Abläufe sowie die Zielerreichung durch folgende definierten Indikatoren sowohl quantitativ als auch qualitativ bewertet.

Ziele	Indikatoren	Evaluationsmethoden
Prozessevaluation		
Gesundheitliche Chancengerechtigkeit ist gewährleistet	Kurse finden in Quartieren mit einem hohen Anteil an sozioökonomisch schwachen Familien (und damit erhöhtem Risiko für Übergewicht) statt.	Vergleich der BMI Daten der Vorsorgeuntersuchungen und der Daten der Sportmotorischen Bestandesaufnahme mit den Kursstandorten
Sicherung der Populationserreichbarkeit	Kinder mit den Risikofaktoren Bewegungsmangel / Übergewicht erhalten gemäss internen Richtlinien die Information über das Angebot	Erfassungsgrad in der Kindergarten Vorsorgeuntersuchung ist sichergestellt
Qualitätssicherung im Angebot	80% der Kurse werden mit mindestens acht Teilnehmern durchgeführt Interne Weiterbildung der Leiterpersonen (Anzahl und Qualität) Die Rahmenbedingungen von J+S-Kindersport und schulsport.zh werden eingehalten	Teilnahmezahlen Dokumentenanalyse Anzahl der akzeptierten Kurse (nur Kurse, welche nachweislich bestehende Kriterien erfüllen, werden akzeptiert)
Sicherstellung der interdisziplinären Kommunikation zur Optimierung des Angebots	Gemeinsamer Austausch findet 4mal jährlich statt	Anzahl durchgeführter Austauschsitzen (Protokolle)
Sicherstellung der Kommunikationskanäle sowie der Angebotsakzeptanz im Setting Schule	Information hat die verschiedenen Fachpersonen erreicht.	Rückfrage bezüglich Informationserhalt Selektive Befragung einzelner Stakeholder
Verbindlichkeit / Kontinuität: Die Kinder führen den Kurs zu Ende und nehmen regelmässig teil	Die Abbruchrate liegt unter 10%. Die Teilnahmequote liegt über 80%.	Auswertung der Teilnehmerzahlen



Wirkungsevaluation		
Kinder entwickeln Freude an der Bewegung. Die natürliche kindliche Bewegungslust soll wiedergefunden und beibehalten sowie auch in der Freizeit gelebt werden.	Die Kinder sind motiviert und haben Freude an der Bewegung 50% der Kinder besuchen nach dem Kurs ein Bewegungsangebot.	Kursablauf Teilnahmezahlen Befragung
Empowerment der Eltern (Eltern sind sensibilisiert und motiviert, ihre Kinder im Alltag mit gesundheitsfördernder Bewegung und gesunder Ernährung zu unterstützen)	70% der Eltern nehmen an den Elternabenden teil Die Eltern schätzen den Elternabend positiv und hilfreich ein	Auszählung Schriftliche Evaluation des Elternabends
Eine Verbesserung der motorischen Defizite und des Übergewichts ist eingeleitet.	Positive Rückmeldungen von Kindergartenlehrpersonen, Eltern und vom Schulärzteam	Befragung Untersuchung

Eine erste Pilotbefragung der Lehrpersonen zeigte eine hohe Akzeptanz für das Angebot – alle Lehrpersonen (Rücklaufquote 58.5%) würden das Angebot weiterempfehlen. Zudem konnten über 95% der befragten Lehrpersonen beobachten, dass sich die Kinder mehr, sicherer, mutiger und mit mehr Freude bewegen (siehe Abbildung 3). Durch die frühe und niederschwellige Intervention konnte laut Einschätzung einer Kindergartenlehrperson auch das Gesundheitssystem entlastet werden: «Therapie konnte sicher bei einigen Kindern verhindert werden».

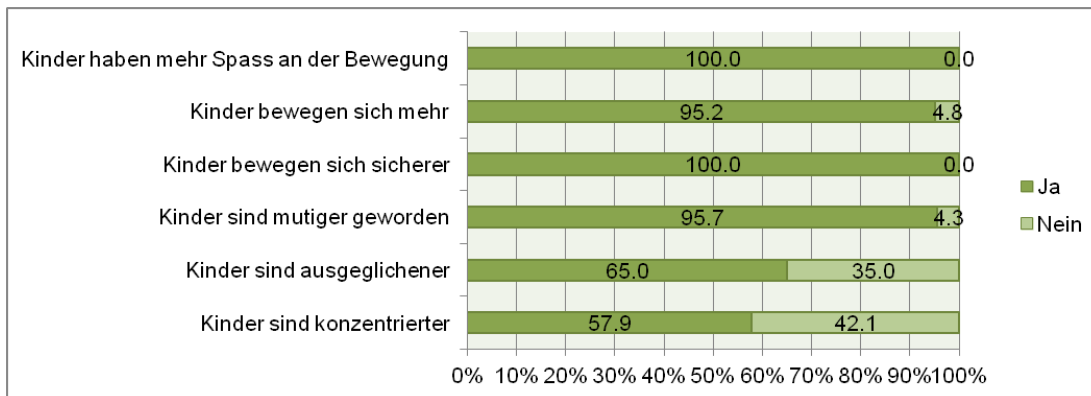


Abbildung 3: Darstellung der Resultate der Kurzbefragung «MiniFit» (Einschätzung von 24 Kindergartenlehrpersonen bezüglich der Veränderungen durch das Bewegungsangebot)

Auch das Zitat einer weiteren Kindergartenlehrperson zeigt die Wirksamkeit des Angebots eindrücklich auf: «Die Kinder sind sicherer in ihren Bewegungen geworden (z.B. weniger «tollpatschig»). Die Kinder sind auch körperlich fitter geworden, die Ausdauer ist gestärkt. Dadurch Anschluss zu den anderen Kindern, weil sie in der Pause auch mitrennen und spielen können. Wenn im Turnunterricht etwas Neues eingeführt wird, sind sie nicht immer die Kinder, die Stress haben, weil sie es nicht können, sondern stolz, dass sie auch mal etwas vorzeigen können. Die Kinder erzählen auch von Bewegungsmomenten, die sie in der Freizeit erlebt haben. («Ich habe Velofahren gelernt», «Am Wochenende waren wir auf dem Spielplatz», «Hier mache ich immer Wettrennen mit meinem Bruder»).

5 Umsetzung

5.1 Vision

Kindergartenkinder mit Förderbedarf im Bereich der Bewegungskompetenzen und des Gesundheitsverhaltens haben Zugang zu einem niederschweligen Angebot.



Nach Ende des Kurses können die Kinder in ein reguläres Angebot des freiwilligen Schulsports des Sportamts der Stadt Zürich oder einen Sportverein überführt werden.

Die Kinder und ihre Familien entwickeln einem gesundheitsfördernden Lebensstil und geben diesen an ihr weiteres Umfeld sowie zukünftige Generationen weiter.

5.2 Zielsetzung

Der SAD erwartet durch das indizierte Bewegungsangebot «MiniFit» folgende Wirkungen:

- ▶ Kindergartenkinder entwickeln Freude an der Bewegung. Die natürliche kindliche Bewegungslust soll wiedergefunden bzw. beibehalten sowie auch in der Freizeit gelebt werden.
- ▶ Kindergartenkinder lernen ihre räumliche und materielle Umwelt kennen und begreifen und entwickeln eine verbesserte Vorstellung über den eigenen Körper (Körperwahrnehmung). Ihre Fähigkeiten und Kompetenzen lernen sie vermehrt realistisch einzuschätzen und bauen ein positives Selbstbild auf.
- ▶ Eine Verbesserung der motorischen Defizite und des Übergewichts ist eingeleitet.
- ▶ Nach Abschluss des Kurses besuchen die Kinder ein reguläres Bewegungsangebot des freiwilligen Schulsports oder falls notwendig ein weiterführendes indiziertes Bewegungsangebot.
- ▶ Die Eltern sind sensibilisiert und motiviert, ihre Kinder im Alltag mit gesundheitsfördernder Bewegung und ausgewogener Ernährung zu unterstützen.

5.3 Grundzüge des Angebots

Der SAD der Stadt Zürich bietet den Kurs «MiniFit» als indiziertes Bewegungsangebot auf Kindergartenstufe an. Es besteht aus folgenden drei Pfeilern:

- ▶ wöchentliche Bewegungslektion (60 Min.), in der vor allem altersgerechte Übungen zur Förderung der koordinativen und konditionellen Fähigkeiten durchgeführt werden. Die Bewegungslektion zeichnet sich durch Spass, Methodenvielfalt und einem einheitlichen Lektionsaufbau aus.
- ▶ Beobachtung der Kinder und ihrer Fortschritte. Die Gründe zur Rekrutierung der Kinder werden von den zuweisenden Personen mithilfe des entsprechenden Formulars oder mündlich (fakultativ) der Fachverantwortlichen Bewegung des SAD mitgeteilt. Im Verlaufe des Angebots beobachten die Leiterpersonen die bestehenden Schwierigkeiten und Fortschritte der jeweiligen Kinder im koordinativen und konditionellen Bereich wie auch in der Sozialkompetenz und weiteren Bereichen (z.B. Orthopädie). Diese werden dokumentieren und bei Bedarf an entsprechende Abklärungsstellen weitergeleitet.
- ▶ zwei Elternabende abwechselnd zu den Themen Bewegung und Ernährung. Die Elternabende dauern circa 90 Minuten und haben zum Ziel, die Eltern bezüglich gesundheitsfördernder Bewegung und gesunder Ernährung zu sensibilisieren und motivieren. Parallel zum Elternanlass wird ein Kinderprogramm angeboten, in welchem mit den Kindern die Themen Bewegung und Ernährung spielerisch umgesetzt werden.

5.3.1 Lektionenaufbau

Die Leiterpersonen erhalten eine Woche im Voraus die von der Fachverantwortlichen Bewegung vorbereitete Wochenlektion. Die Leiterpersonen sind bei der inhaltlichen Gestaltung insofern flexibel, als dass sie die vorbereitete Lektion mit dem Anbieten von verschiedenen Schwierigkeitsstufen und Differenzierungsgraden individuell auf ihre Zielgruppe anpassen können. Die Lektionen werden während des gesamten Kursjahres einheitlich nach folgendem Schema aufgebaut:

Begrüssung im Kreis und Aufwärmspiel (ca. 15 Minuten) → Konditionelle Komponente

Die Aufwärmspiele sollen die Kinder vom Alltag abholen, sie funktional auf die bevorstehende körperliche Belastung vorbereiten sowie Spass an körperlicher Bewegung vermitteln. Die Aufwärmspiele werden so konzipiert, dass neben einer Belastung des Herz-Kreislauf-Systems auch koordinative und sozia-



le Elemente eingebaut werden, welche die Konzentration erhöhen und den emotionalen Einbezug fördern.

Übungsblock (ca. 10 Minuten) → koordinative Komponente

Vor den Bewegungsstationen oder an einer weiteren Station üben die Kinder nach einem thematischen Schwerpunkt eine bestimmte Bewegungsgrundform und differenzieren diese von Lektion zu Lektion aus. Die Lernfortschritte werden von der Leiterperson beobachtet und wertgeschätzt.

Bewegungsstationen (ca. 20 Minuten) → koordinative Komponente

Im Hauptteil wird an verschiedenen Stationen die Förderung der Bewegungsgrundformen berücksichtigt. Pro Lektion werden zwei bis vier Bewegungsstationen mit offenem Lerncharakter angeboten, an denen die Kinder eine Zeit lang spielen und sich bewegen. Die Leiterperson unterstützt und hilft, wo das gefragt ist. Sie gibt Anregungen, nimmt Kindervorschläge auf, greift ein, wenn Gefahr droht oder macht selber mit.

Körperwahrnehmung/Entspannung und Abschluss im Kreis (ca. 15 Minuten)

Durch eine kurze Sequenz von Körperwahrnehmungs- und Entspannungsübungen lernen die Kinder ihren Körper mit den einzelnen Sinnen besser und bewusster wahrzunehmen und im Alltag einzusetzen. Im Weiteren erspüren sie den Unterschied zwischen Anspannung und Entspannung und lernen unterschiedliche Bewegungen sowie ihre körperlichen Grenzen kennen und einschätzen.

5.3.2 Elternarbeit

Der Elternarbeit kommt eine zentrale Bedeutung zu – die Eltern bestimmen den Alltag ihrer Kinder. An zwei Elternabende, durch Elterninformationen sowie «Tür und Angel-Gespräche» werden sich die Eltern ihrer Verantwortung bewusst und dazu befähigt, ein gesundheitsförderndes Umfeld für ihre Kinder zu schaffen.

Ein weiterer Ausbau der Elternarbeit ist in Planung.

5.4 Kosten

Die Kosten pro Kurs (max. 16 Kinder) belaufen sich jährlich auf ca. 5500.- CHF, diese können dank der finanziellen Unterstützung von J+S sowie schulsport.zh (pro Kurs ca. 2100.- CHF) momentan noch vom SAD der Stadt Zürich getragen werden. Für die Eltern und Schulen ist das Angebot kostenlos.

Trotz geringer Kosten, grosser Akzeptanz und vielversprechenden Rückmeldungen muss die Kursanzahl im Schuljahr 15/16 aufgrund der Sparmassnahmen der Stadt Zürich reduziert werden. Die Finanzierung in den Folgejahren ist noch ungewiss.

6 Literaturverzeichnis

- ▶ Barry VW et. Al. Fitness vs. fatness on all-cause mortality: a Meta-Analysis. Prog Cardiovasc Dis. 2014 Jan-Feb;56(4):382-9
- ▶ Dordel S, Kunz T. Bewegung und Kinderunfälle – Chancen motorischer Förderung zur Prävention von Kinderunfällen. Bundesverband der Unfallkassen. Bonn. 2005
- ▶ Eiholzer U. Kraft für Kids – Kinder brauchen Bewegung. Pädiatrisch-Endokrinologisches Zentrum Zürich PEZZ 2011
- ▶ Largo R, Czernin M, Jugendjahre – Kinder durch die Pubertät begleiten, Piper 2011
- ▶ Stamm H, Ceschi M, Gebert A, Guggenbühl L, Lamprecht M, Ledergerber M, Sperisen N, Staehelin K, Stronski Huwiler S, Tschumper A. Monitoring der Gewichtsdaten der schulärztlichen Dienste der Städte Basel, Bern und Zürich. Vergleichende Auswertung der Daten des Schuljahres 2012/2013. Gesundheitsförderung Schweiz, Arbeitspapier 5, Bern und Lausanne, 2014

Projektwettbewerb 2015: Anmeldeformular

Projektname: Optimierung der ambulanten Notfallversorgung		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Ärztefon AG	
Kontaktperson:	Monika Hänggi	Funktion: CEO
Telefonnummer:	044 421 21 06	E-Mail: m.haenggi@aerztefon.ch
Adresse:	Grütstrasse 60	
	8802 Kilchberg	
Organisation 2		
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		E-Mail:
Adresse:		
Organisation 3		
Kontaktperson:		Funktion:
Telefonnummer:		E-Mail:
Adresse:		
Weitere Beteiligte: Bezirksärztegesellschaft ZüriMed, weitere Bezirksärztegesellschaften, Spitäler		
Projektskizze		
<p>Der Hausärztemangel und die Erwartungen der Bevölkerung an die Grundversorgung führen zu einem verminderten ärztlichen Angebot, einer steigenden Nachfrage und zu unbefriedigend geregelten Versorgungssituationen. In Zürich und einigen Gemeinden besteht die Versorgungskette bei ambulanten Notfällen in einer Notfallnummer, die über eine Bedürfnisabklärung und Triagierung zeitnah und bedürfnisgerecht adäquate Hilfe anbietet.</p> <p>Das Projekt hat durch Struktur- und Prozessoptimierungen die noch effizientere Einbindung aller medizinischen Dienstleister in die Versorgungskette zum Ziel. Die Ressourcen sollen optimal eingesetzt werden. Das erarbeitete Modell soll auf weitere Gemeinden und andere Kantone reproduzierbar sein.</p> <p>Gezielte Umfragen bei Patienten und Ärzten analysieren die Bedürfnisse und Zufriedenheit. Ziel ist die Etablierung der Dienstleistung Hausbesuche als neues Arbeitsmodell, die Schaffung einer Organisation zur Unterstützung der Hausbesuche, die Einbindung der Notfallstationen und Notfallpraxen und ein einheitliches Qualitätsmanagement. Nach der Umsetzung des Projektes erfolgen regelmässige Evaluationen, um die Qualität nachhaltig zu beeinflussen.</p>		
Beilage: Projektbeschreibung		
Einsendeschluss: 31. März 2015 Eingesandt am 18. März 2015		
Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)		

Projekt: „Optimierung der ambulanten Notfallversorgung“

1. Einleitung

Die ambulante Notfallversorgung ist eine Dienstleistungskette mit dem Ziel der optimalen, effizienten Versorgung von Menschen mit einem medizinischen Problem. Sie ist ein wichtiger Bestandteil der Grundversorgung und beinhaltet verschiedene Gesundheitsfachleute. In der Stadt Zürich und einigen Zürcher Gemeinden steht an der Spitze der Dienstleistungskette eine einheitliche Telefonnummer, die die Erreichbarkeit und den Zugriff zum Gesundheitswesen 365 Tage und 24 Stunden sicher stellt. Der Anrufer erhält eine Bedürfnisabklärung mit anschliessender Triagierung. Die verschiedenen Triagemöglichkeiten enthalten die telemedizinische Beratung, die Vermittlung an medizinische Einrichtungen (Arzt (z.B. Hausbesuch), Spital oder andere medizinische / nichtmedizinische Einrichtungen (z.B. Spitex), sowie im Falle eines lebensbedrohlichen Zustandes an die Schutz und Rettung (144).

Kostensteigerung im Gesundheitswesen als Damoklesschwert: Die Kosten der Krankenversorgung sind in den letzten Jahrzehnten massiv gestiegen. Angesichts der geringer werdenden Spielräume vor allem für die öffentliche Finanzierung wird zumindest ein Bremsen dieser Dynamik gefordert. Gleichzeitig sind eine Reihe von Trends wirksam, die den Bedarf nach Dienstleistungen im Bereich der professionellen, medizinischen und pflegerischen Krankenversorgung weiter steigen lassen werden. Das sind insbesondere die demographische Entwicklung ¹, die Zunahme von chronischen Erkrankungen und eine Veränderung der Familienstrukturen, die zu einer Verringerung der Leistungsfähigkeit informeller Hilfe führt.

Strategien gegen die „Überversorgung“: Untersuchungen zeigen, dass die Patienten in der Selbstbeurteilung des Schweregrades ihrer Beschwerden oft überfordert sind und die vorhandenen Ressourcen nicht korrekt nutzen ^{2,3}. Gemäss einer Studie an den Kantonsspitalern Baden und Brugg hätten 80% der Notfallkonsultationen an den Spitälern auch durch den Grundversorger ambulant durchgeführt werden können. Die subjektive Dringlichkeit, die Abwesenheit des Hausarztes, die räumliche Nähe des Spitals und die Unkenntnis über den Notfalldienst wurden als wichtigste Gründe genannt, das Spital direkt aufzusuchen, ohne vorher den Haus- oder Notfallarzt zu kontaktieren ⁴. Eine systemische Übersichtsarbeit der Cochrane Database of Systematic Reviews ergab, dass aufgrund der computerassistierten Telefontrage 50% der Anrufe durch die Gesundheitsberater eines Medizinischen Call Centers ohne Einbezug des Dienstarztes bearbeitet werden konnten ⁵. Über die gesamte Untersuchungsperiode von zwei Jahren (durchschnittlich 50 Anrufe/Woche) ist kein Ereignis bekannt, bei dem falsch triagiert wurde. In ähnlichem Sinne zeigen Erfahrungen von einem dänischen Notfallzentrum ², dass es sich bei mehr als 80% der Anrufe aus medizinischer Sicht um Beschwerden handelt, welche keiner notfallmässigen Konsultation bedürfen. 50% der Anrufe konnten telefonisch durch GesundheitsberaterInnen bearbeitet und abgeschlossen werden. 35% der Anrufe mündeten in einer Konsultation im Notfallzentrum und 15% der Anrufe in einem Hausbesuch. Bei 7% der letztgenannten erfolgt eine Spitaleinweisung durch den Arzt. Durch die stufengerechte Triage konnten die Gesamtkosten im ambulanten Notfallbereich um 16% reduziert werden ². In vielen Ländern des OECD-Raums haben solche Überlegungen zu einer Verschiebung der Versorgung von vielen Krankheitstypen bzw. Krankheitsphasen (Verkürzung der stationären Versorgung) in den ambulanten Bereich oder gar in das häusliche Umfeld der Patienten geführt. Gemäss einer zürcherischen Zusammenstellung, welche im Rahmen der Diskussion um den Notfalldienst der Zürcher Ärzteschaft präsentiert wurde ⁶, vermögen dabei Walk-In-Angebote nur einer kleinen Bevölkerungsgruppe gerecht zu werden, da deren Service fast ausschliesslich von 25 bis 50-jährigen in Anspruch genommen wird.

Mangelware Hausarzt: Verschiedentlich wird die Meinung geäussert, dass in den nächsten Jahren in der Schweiz aufgrund einer Überalterung der Hausärzte und eines Nachwuchsmangels in einigen Regionen die Notfallversorgung in der bestehenden Form nicht mehr garantiert werden kann ^{2,7}. Hausbesuche sind Teil eines traditionellen und bewährten ärztlichen Betreuungskonzepts, welches von den Patienten sehr geschätzt wird ⁸. Damit können sowohl der Gesundheitszustand wie auch die Betreuungssituation im häuslichen resp. familiären Milieu erfasst, einfache therapeutische Massnahmen vor Ort durchgeführt und in komplexeren Fällen die Patienten ohne Umwege adäquaten Behandlungsstufen zugeteilt werden. Somit ist der Hausbesuch ein

einfaches und unkompliziertes Mittel, um die Patienten in ihrer gewohnten Umgebung für ein therapeutisches Setting zu erreichen.

2. Projektziel

Das Projekt „Optimierung der ambulanten Notfallversorgung“ wird entwickelt von den selbst Betroffenen in einem Bottom-up-Verfahren. Eine verbesserte Ressourcenallokation soll durch Struktur- und Prozessoptimierung bewirkt und dadurch letztlich zu einer qualitativ besseren, für die involvierten Stellen befriedigenderen und wirtschaftlich vertretbareren Versorgungssituation führen. Durch die Optimierung auf den verschiedenen Versorgungsstufen soll eine Unterversorgung, aber auch eine Überversorgung von Patienten vermieden werden.

Wichtige Aspekte zur Zielerreichung sind die wissenschaftlich begleitete Weiterentwicklung der multiprofessionellen und multi-institutionellen Kooperationen, die Schnittstellenoptimierung zwischen den verschiedenen Dienstleistern und die Qualitätssicherung. Damit soll ambulant bis in den häuslichen Bereich ein umfassendes Leistungspaket kontinuierlich, integriert und qualitätsgesichert angeboten werden können. In diesem Sinne wird der Vernetzung eine äusserst grosse Bedeutung beigemessen.

3. Projektgruppe

Die Projektgruppe besteht aus Mitarbeitenden der Ärztelefon AG und Ärzten der Bezirksgesellschaft ZüriMed, die sich in einer Arbeitsgruppe zusammengeschlossen haben. Die Spezialärzte (z.B. Psychiater, Frauenärzte, Kinderärzte, Augenärzte ect.) werden in einem weiteren Schritt eingebunden. Vorerst sind auch nur die Ärzte der Bezirksgesellschaft ZüriMed in die ärztliche Arbeitsgruppe involviert, weil sich der Pilot zuerst auf die Stadt Zürich beschränken wird. Als nächster Schritt wird dann das erarbeitete Konzept von Ärzten aus den Landgemeinden evaluiert, weil sich die Notfallversorgung in der Stadt von derjenigen auf dem Land unterscheidet. In den ländlichen Gemeinden ist die Ärztedichte deutlich niedriger als in der Stadt. Dies bedeutet eine höhere Dienstbelastung der niedergelassenen Ärzte und längere Versorgungswege im Falle von Hausbesuchen.

4. Umsetzung

4.1. Analyse

In einem ersten Schritt wurden durch gezielte Umfragen bei Patienten und Ärzten die Bedürfnisse und Zufriedenheit im Zusammenhang mit einer reibungslosen Zusammenarbeit erfragt und analysiert.

Patientenseitig wurde die Zufriedenheit im Zusammenhang mit den Hausbesuchen erfasst. Dabei sind einerseits die Triagierungsfähigkeit der telefonischen Erstanlaufstelle und andererseits die Qualität der Hausbesuche zu klären. Das Ziel einer qualitativ guten Bedürfnisabklärung ist die richtige Einschätzung des weiteren Vorgehens. Ist eine telefonische Beratung ausreichend oder handelt es sich um ein schwerwiegenderes Problem, das den Einbezug des Arztes nötig macht. Dieser entscheidet dann über die Notwendigkeit eines Hausbesuches. Wird ein Hausbesuch benötigt, dann stellt sich die Frage nach der Dauer vom Anruf bis zum Eintreffen des Arztes.

Die Studie konnte nachweisen, dass bei 80% der an die Ärzte verwiesenen Patienten ein Hausbesuch auch tatsächlich stattfand. Dies zeigt die gute Einschätzungsfähigkeit der Erstanlaufstelle, birgt jedoch noch Verbesserungspotential. Durch eine noch engere Zusammenarbeit mit den Ärzten kann die Einschätzung durch gezielte Rückfragen weiter verbessert werden.

Der Hausbesuch erfolgte bei fast allen Patienten am Wohnort. 60% der Ärzte trafen nach einer Stunde ein. Dabei muss immer die Zeit für das Telefongespräch und vor allem der Weg zum Patienten eingerechnet werden. Erschwert wird dies, wenn der Arzt noch gleichzeitig eine Praxis betreut. In einer Umfrage unter den Ärzten der Bezirksgesellschaft ZüriMed wurde die Kombination von Praxisdienst mit Hausbesuchen als „nicht sinnvolle Lösung“ betrachtet. Es gibt bereits wenige Ärzte, die hauptsächlich Hausbesuche leisten. Jedoch brauchen sie die finanzielle Sicherheit, um die Praxistätigkeit als zweites Standbein aufgeben zu können. Ein neues ärztliches

Arbeitsmodell für Hausbesuche soll deshalb als einer der Lösungsansätze angegangen werden. Ebenso ist die Einbindung von Notfallstationen und Notfallpraxen als zusätzliche Ressourcen wichtig.

Als weiteres zeigte die Umfrage unter den Ärzten, dass eine institutionalisierte Organisationsform zur Unterstützung der Hausbesuche gewünscht wird. So wünscht sich die Mehrheit der Ärzte eine Entlastung von Fakturierung und Inkasso durch eine zentrale Abrechnung. Die Grösse der Dienstkreise, die Einsatzzeiten und eine kostendeckende finanzielle Vergütung wurden von vielen Ärzten als wichtiges Kriterium für die Zufriedenheit angegeben. Zusätzliche Hilfsmittel wie zum Beispiel zur Verfügung Stellung von Notfallarztautos werden begrüsst. Die Projektgruppe wird deshalb die Schaffung einer Organisation zur Unterstützung der Hausbesuche analysieren und eine Lösung ausarbeiten:

4.2. Lösungsansätze

Innerhalb der Projektgruppe und in Workshops mit Ärzten und Spitälern sollen die aus der Analyse ergebnen Lösungsvorschläge bearbeitet und deren Umsetzung geplant werden. Die Lösungsansätze sind wie folgt:

4.2.1. Hausbesuche im Notfalldienst als neues ärztliches Arbeitsmodell

Die Hausbesuche im Notfalldienst können durch eine Zusammenlegung und eine koordinierende Organisationsstruktur in ökonomischer Hinsicht optimiert werden. So erreicht man mit einer Bündelung der Hausbesuche ein Volumen der Einsätze, das ein kostendeckendes Arbeiten ermöglicht, eine Spezialisierung auf Hausbesuche erlaubt und keine parallel geführte ambulante Tätigkeit in der Hausarztpraxis mehr nötig macht. Die Terminplanung wird einfacher und der äusserst störende Einfluss der notfallmässigen Unterbrechung der geplanten Aktivitäten in der Praxis entfällt. Erhebungen aus Dänemark weisen darauf hin, dass solche Massnahmen zu einer erheblichen Kostenreduktion im Bereiche der ambulanten Notfallversorgung führen können ².

4.2.2. Schaffung einer Organisation zur Unterstützung der Hausbesuche

Durch eine Optimierung der Zusammenarbeit der verschiedenen an Hausbesuchen im Notfalldienst interessierter Partner (Praktiker, Spitäler ect.) kann die Arbeit für Ärzte angenehmer und qualitativ besser erledigt werden. Einerseits verhilft die Koordination der Diensteinsätze zu einer optimalen Ressourcenauslastung. Andererseits erlaubt die gegenseitige Vertretung eine planbare medizinische Tätigkeit mit adäquater Erholung. Erhebungen aus Dänemark weisen darauf hin, dass mit solchen Massnahmen die Notfalldienstzeiten der Ärzte deutlich gesenkt werden konnten ². Die versorgenden Ärzte können auf eine Unterstützung bei Transporten (z.B. Fahrer, Notfallarztauto) bauen. Anschaffung und Unterhalt der Ausrüstung können professionell und wegen der gemeinsamen Nutzung kostendeckend organisiert werden. Dies erlaubt beispielsweise eine adäquat zusammengestellte und laufend erneuerte Notfallausrüstung oder eine EDV-Unterstützung mit unkompliziertem Zugriff auf Patientendaten und medizinischen Informationen inklusive Notfall-Kommunikationssystem mit Konsiliarärzten.

Ein interdisziplinärer konsiliarärztlicher Dienst (z.B. Oberärzte im Spital als Ansprechpartner), welcher jederzeit beansprucht werden kann, erhöht die Sicherheit für Ärzte bei der täglichen Notfallarbeit.

Einflussnahme als positiver Nebeneffekt: Die Erfahrungen und Bedürfnisse von Ärzten, welche Hausbesuche im Notfalldienst leisten, werden aktuell nicht systematisch erfasst und aufgearbeitet (z.B. Fortbildungen, Fachliteratur). Mit dem innerhalb des Projektes erarbeiteten Modell können diese erkannt und Lösungen entwickelt werden. Denn aufgrund der koordinierenden neu zu bildenden Organisationsstruktur (z.B. Institut), der Grösse der Organisation sowie der wissenschaftlich fundierten Daten können Themen bearbeitet werden, wozu der einzeln agierende Praktiker kaum oder zumindest wenige Ressourcen hat. Dies sind Themen wie die Erhebung von Daten für Tarifverhandlungen, die Optimierung der Transporte, die Bereitstellung und Wartung der Ausrüstung usw.

4.2.3. Einbezug der Notfallstationen und Notfallpraxen der Spitäler

Unabhängig von der Arbeitsgruppe der Hausärzte wird es eine Arbeitsgruppe aus Vertretern von Zürcher Spitälern geben. Das Ziel ist die bessere Vernetzung mit den Notfallstationen und vorgelagerten Spitalnotfallpraxen. Es existieren zwar vernetzte Notfallversorgungskonzepte wie z.B. im Stadtspital Waid (Zürich) ^{9,8}, diese bieten aber keine Hausbesuche an. In diesem Sinne ist das vorliegende Projekt auch ein Pilotprojekt für verschiedene andere Regionen, welche in absehbarer Zeit vor ähnlichen Herausforderungen stehen werden.

Die bisher noch inexistenten Schnittstelle soll neu geschaffen werden, um eine Entlastung der Spitalnotfallstationen und Notfallpraxen durch eine vorgelagerte Triagierung zu bewirken.

Zusätzlich sollen für die Assistenzärzte mit dem Berufsziel Hausarzt Möglichkeiten geschaffen werden, innerhalb ihres Ausbildungskurrikulums Hausbesuchseinsätze unter fachkundiger Begleitung einer Fachperson durchführen zu können. Mit diesem Angebot sollen angehende Hausärzte schon früh Erfahrungen im Notfalldienst sammeln können.

4.2.4. Schaffung eines einheitlichen Qualitätsmanagements

Ein Qualitätsmanagement, das auch ein Beschwerdemanagement mit einem CIRS (critical incident reporting system beinhaltet) soll auf allen Dienstleistungsstufen greifen können. Die Koordination soll an der Erstanlaufstelle (Triagestelle) erfolgen. Denn Beschwerden werden am ehesten dort eintreffen, wo Dienstleistungen vermittelt werden.

Für die Qualität der ärztlichen Dienstleistung sind die einzelnen Bezirksgesellschaften und Spitalnotfallstationen zuständig. Gefragt sind verbindliche Standards, die sich an bestehenden best practices orientieren. Die Arbeitsgruppe der Ärzte wird Kriterien festlegen, die die Qualität der ambulanten Notfallversorgung vereinheitlichen werden. Ebenso sollen Mindestanforderungen für die Erbringung von Notfalldienstleistungen verfasst werden.

4.3. Umsetzung

Die Umsetzung erfolgt in einem ersten Schritt in der Stadt Zürich. Und sobald als möglich auf dem Land.

In einem weiteren Schritt werden weitere Kantone und Ärztesellschaften mit dem Modell vertraut gemacht. Ziel ist die Etablierung einer überregionalen einheitlichen Telefonnummer mit der entsprechenden Dienstleistungskette für die Bevölkerung bei Auftreten eines medizinischen Problems.

Zeitplan: Für die Etablierung in der Stadt Zürich und denjenigen Gemeinden, die bereits der Ärztefon AG angeschlossen sind, ist der 1. Januar 2016 vorgegeben und einhaltbar. Die weitere Expansion ist zeitlich schwer einschätzbar, da es die Zusicherung der Ärzteschaften und der Gemeinden benötigt. Die Finanzierung ist von beiden Seiten abhängig und deshalb zeitlich schwer einschätzbar. Dasselbe gilt für andere Kantone, die von Budgeteingaben in der Regierung zeitlich abhängig sind.

4.4. Evaluation nach Umsetzung des Projektes

Nach Abschluss des Projektes erfolgen regelmässige Evaluationen, um die Umsetzung und die Qualität nachhaltig zu beeinflussen. Nachdem die Optimierungen umgesetzt wurden sollen die medizinischen und wirtschaftlichen Daten wissenschaftlich ausgewertet und mit den bisherigen und üblichen Modellen der Notfalldienstorganisation verglichen werden.

4.5. Projektfinanzierung

Die einzelnen Dienstleister sind selbsttragende Organisationen. Die anfallenden Kosten im Zusammenhang mit dem Projekt (Postversand ect.) werden von der Bezirksgesellschaft ZüriMed übernommen.

5. Literatur

1. **Walker A, Guillemand AM, Alber J:** Older people in Europe: social and economic policies. The 1993 Report of the European Community Observatory. *Report of the European Community Observatory Luxembourg: 1993*
2. **Meer A:** Die ambulante Notfallversorgung im Umbruch. *PrimaryCare 5:* 459-463. 2005
3. **Meer A, Simonin C, Trapp A, Niemann S, Abel T:** Einfluss der medizinischen computerassistierten Telefontriage auf das Patientenverhalten: erste Erfahrungen aus der Schweiz. *Schweiz.Ärztzeitung 84:* 2160-2165. 2003
4. **Flaig C, Zehnder K, Zürcher H, Eichenberger P, Frei C, Gegeckas A, et al.:** Selbsteinweisung ins Spital. *PrimaryCare 2:* 280-283. 2002
5. **Bunn F, Byrne G, Kendall S:** Telephone consultation and triage: effects on the health care use and patient satisfaction. *The Cochrane Database of Systematic Reviews 18:* CD004180. 2004
6. **Rowedder A:** „Walk-In“ – Angebote in der medizinischen Grund- und ambulanten Notfallversorgung. Eine sinnvolle Ergänzung im schweizerischen Gesundheitssystem? *Master Thesis Universität Zürich: 2010*
7. **Müller M:** Randregionen. *PrimaryCare 3:* 879-880. 2003
8. **Huber CA, Rosemann T, Zoller M, Eichler K, Senn O:** Out-of-hours demand in primary care: frequency, mode of contact and reasons for encounter in Switzerland. *J.Eval.Clin.Pract. 1365-2753.2010.01418 [Epub ahead of print]:* 1-6. 2010
9. **Eichler K, Imhof D, Moshinsky CC, Zoller M, Senn O, Rosemann T, Huber CA:** The provision of out-of-hours care and associated costs in an urban area of Switzerland: a cost description study. *BMC Family Practice 11:* 1471-2296-[Epub ahead of print]. 2010

Projektwettbewerb 2015: Anmeldeformular

Projektname: Pallifon		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Foundation Zürich Park Side	
Kontaktperson:	Beat Ritschard	Stiftungsrat und Geschäftsführer
Telefonnummer:	079 402 99 77	beat.ritschard@zurichparkside.ch
Adresse:	c/o Gemeinde Horgen, Bahnhofstrasse 10, 8810 Horgen	
Organisation 2	Wirtschaftsförderung Höfe / Standortförderung Zimmerberg-Sihltal	
Kontaktperson:	Siehe oben	Funktion:
Telefonnummer:		E-Mail:
Adresse:		
Organisation 3	Spital Affoltern am Albis	
Kontaktperson:	Dr. Roland Kunz	Chefarzt Geriatrie / Palliative Care
Telefonnummer:	044 714 29 46	roland.kunz@spitalaffoltern.ch
Adresse:	Sonnenbergstrasse 27, Postfach, 8910 Affoltern a. A.	
Weitere Beteiligte: Arbeitsgruppe mit verschiedenen Organisationen (siehe Beilage)		
<p>Immer mehr Patienten mit unheilbaren Krankheiten (Palliativpatienten) wünschen sich, zu Hause ihren letzten Lebensabschnitt verbringen zu können. Das heutige Gesundheitssystem bietet ihnen im Fall einer Notsituation wenig gezielte Unterstützung, und häufig werden sie darum als Notfall in das Spital eingeliefert. Diese Situation ist unbefriedigend.</p> <p>Das Pallifon bietet einen kostenlosen 24 Stunden Beratungsdienst, um nach einer ersten Triage am Telefon Hilfestellung und Coaching in Notfallsituationen zu gewährleisten und Hospitalisationen zu vermeiden. Die Zielgruppe sind die Patienten, ihre Angehörigen und auch das Pflegepersonal.</p> <p>Eine fachlich breit abgestützte Arbeitsgruppe hat unter der koordinativen Leitung der Foundation Zürich Park Side und der Fachleitung von Dr. Roland Kunz Beratungsabläufe für die häufigsten Situationen entwickelt, welche es dem Dienstleistungspartner Ärztelefon ermöglichen, die Anrufe zu bearbeiten. Bei kritischen Fällen stehen erfahrene Mitarbeiter der Palliativstationen der Spitäler Affoltern am Albis und Schwyz bereit, um zu unterstützen.</p> <p>Das Pilotprojekt in der Region Zürich Park Side hat grosses Potential, auch gesamtschweizerisch ein Erfolg zu werden. Neben dem direkten Nutzen für die Betroffenen ermöglicht es einen Knowhow-Transfer von Spezialisten zur Grundversorgung.</p>		
<p>Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.</p>		
Einsendeschluss: 31. März 2015		
Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)		

Projektpapier „Palliative Help“

Grob-Konzept für eine 7x24-Helpline und regionale Sammelaktion

Datum: 28. Oktober 2013

Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage / Zielsetzungen
2. Vorstellung Projektidee
3. Struktur
4. Checkliste Regionen Projektvorschlag Palliative Care
5. Kosten
6. Terminplanung / Nächste Schritte

Anhang

Businessplan

1. Ausgangslage / Zielsetzungen

Die Foundation Zürich Park Side hat entschieden, mit einer regional abgestützten Sammelaktion erstmals auch kommunikativ aufzutreten. Dazu wurde eine Arbeitsgruppe mit Walter Bosshard, Charles Höhn und Beat Ritschard eingesetzt.

Als Thema wird die Palliative Care gewählt und der folgende Vorschlag ausgearbeitet. Ziel ist eine überregionale Sammelaktion innert nützlicher Frist (möglichst 2013). Allerdings steht die Qualität und nicht der Termin der Aktion im Vordergrund.

Wichtig ist die Einbindung aller Regionen. Die Aktion soll nicht einmalig sein, sondern zu einem Lösungsansatz für eine jährliche Sammelaktion führen. Sie soll den Stiftungen die nötige Bekanntheit beschaffen, damit sie ihre Zweckbestimmungen erfüllen können.

2. Vorstellung Projektidee „Notfallnummer Palliative Care“

2.1. Situationsbeschreibung

Gemäss einer Umfrage des BAG im Rahmen der „nationalen Strategie Palliative Care“ aus dem Jahr 2009 möchten 73% der Bevölkerung am liebsten zu Hause sterben können. Tatsache ist aber heute, dass in unserer Region nicht einmal jeder Fünfte zu Hause stirbt. Die Gründe für diese Diskrepanz sind vielfältig. In der Praxis zeigt sich, dass ein wichtiger Grund darin besteht, dass bei der Betreuung von Menschen am Lebensende plötzliche Zustandsveränderungen oder Komplikationen auftreten können, welche die Betreuenden überfordern. Sind sie darauf nicht genügend vorbereitet, benötigen sie kurzfristig verfügbare Unterstützung. Mangels Alternativen und bei Unerreichbarkeit oder Überforderung des Hausarztes und der Spitex muss dann die Notfallnummer 144 gewählt werden, was in den meisten Fällen zu einer Notfallhospitalisation führt (die vom Patienten eigentlich vermieden werden möchte).

2.2. Projekt

Wenn im Krankheitsverlauf schwierig behandelbare Symptome oder Situationen auftreten, sollen Patienten, betreuende Angehörige oder den Patienten betreuende Fachpersonen der Grundversorgung kurzfristig spezialisiertes Fachwissen einholen können, um die Situation zu Hause bewältigen zu können und eine nicht gewünschte Hospitalisation zu vermeiden.

Über eine leicht zu merkende Telefonnummer soll während 24 Stunden / 7 Tagen eine telefonische Fachberatung für Fragen und Probleme, die bei der Behandlung und Betreuung schwerkranker Patienten auftreten können, zur Verfügung stehen. Für diese Beratung bestehen regionale interdisziplinäre Fachteams, deren spezialisiertes Fachwissen abrufbar ist und die bei Bedarf und Möglichkeit auch vor Ort Hilfe anbieten können.

Es handelt sich bei den Teams primär um erfahrene Pflegefachpersonen der regionalen Spitäler. Als medizinischer Hintergrund ist rund um die Uhr eine Kaderärztin oder ein Kaderarzt mit Erfahrung in Palliative Care verfügbar. Das Angebot richtet sich sowohl an Fachpersonen wie Hausärzte, Spitex und ev. Pflegeheime als auch an Betroffene. Ziel ist, dass die Patienten möglichst lange im vertrauten Umfeld professionell behandelt und gepflegt werden können.

Als Lösungsvorschlag wurde ein stufenweises Vorgehen beschlossen. Im ersten Schritt wird das Not-Telefon mit dem Ärztelefon eingerichtet und eine entsprechende Fachbetreuung durch das Spital Affoltern a/A sichergestellt. Basierend auf den Erfahrungen dieses Angebotes wird dann anschliessend auch die persönliche Betreuung vor Ort geprüft.

Die Stiftung plant und finanziert mit Finanzpartnern (primär Krankenversicherer und lokale Banken) einen Pilotversuch von 3 Jahren.

3. Struktur

Die Struktur muss einfach gehalten werden, die Vorarbeiten möglichst kostenneutral bei den entsprechenden Stellen erfolgen:

- a) Arbeitsgruppe Organisation
 - Walter Bosshard, Präsident Stiftung
 - Charles Höhn, Stiftungsrat
 - Beat Ritschard, Stiftungsrat und Geschäftsführer
 - Vertreter der Fachgruppe
 1. Dr. Roland Kunz, Spital Affoltern a/A
 2. Sergio Calabresi, Ärztefon, (ab Januar Frau Dr. M. Hänggi)

- b) Fachgruppe
 - Dr. Roland Kunz
 - Sabine Lehn, Ärztefon
 - Fachleute
 1. Fachärzte: Dr. Barbara Federspiel, Horgen, Dr. Urs Gössi, Schwyz, Dr. Stefan Obrist, Zürich, Dr. Silvia Richner, Zürich
 2. Spitex-Vertretung: Barbara Steiner, Zürich, Doris Bacher, Zug, Monika Obrist, Zürich,
 3. Hausärzte: Dr. Andrea Görg, Adliswil, Dr. Tim Dörflinger, Freienbach, med. pract. Alessandro Meyerhans, Wädenswil

Weitere Teilnehmende sind bei Bedarf zu bestimmen.

- c) Stiftungsräte
Die beiden Stiftungsräte (Foundation Zürich Park Side und Economic Foundation Zürich Park Side) werden als bewilligendes Gremium eingebunden.

4. Partnerschaften Palliative Care

Das Projekt ist für die Pilotphase von 2014 bis 2016 sicher zu finanzieren. Dazu sind entsprechende Partnerschaften notwendig.

- a) Initialkosten (2013/2014)
 - Lokale Spitäler mit Fr. 10'000.00 (zugesagt)
 - Foundation Zürich Park Side mit Fr. 15'000.00 (zugesagt)

- b) Kosten für die Implementierung (2014)
 - Rund Fr. 50'000.00 für den Aufbau der entsprechenden Infrastruktur und der fachlichen Grundlagen für den Projektstart
 - Bank Zimmerberg / Schwyzer Kantonalbank mit Fr. 30'000.00 (angefragt)
 - Deckungslücke Fr. 20'000.00

- c) Sammelaktion in den Bezirken (Ende 2014 oder 2015)
- Versand in alle Haushalte mit entsprechender Information, Fr. 70'000.00
 - Sammelergebnis: rund 145'000 Haushalte, 2% mit Fr. 50.00 => Fr. 150'000.00
 - Finanzierung offen
- d) Betriebskosten für drei Jahre (2014 – 2016)
- Annahme von rund 600 Anrufen p.a. (berechnet aus den Erfahrungswerten der beteiligten Kliniken)
 - Kosten p.a. ca. Fr. 110'000.00 (= Fr. 330'000.00 für drei Jahre)
 - Finanzierung offen
- e) Bedarf Gesamtfinanzierung
- 2014: Fr. 200'000.00
 - 2015: Fr. 110'000.00
 - 2016: Fr. 110'000.00
 - abzüglich Sammelergebnis Fr. 150'000.00
 - Gesamtbedarf für drei Jahre: Fr. 270'000.00

Die Krankenversicherer der Region (mindestens 3 grössere Versicherungen) steuern einen Beitrag von Fr. 90'000.00 (total für drei Jahre) plus eine Defizitgarantie zur Sicherung der Stiftungsarbeit von Fr. 30'000.00 bei.

Die Partner werden wie folgt erwähnt:

- Mit Logo auf allen Drucksachen und Internet
- Mit einem entsprechenden PR-Text, welcher auf die Wichtigkeit und Kooperation hinweist
- In allen Medienmitteilungen als die tragenden Partner des Pilotprojektes

Zudem erhalten die Versicherer Einsitz in der Organisationsgruppe und können so die weitere Planung des Projektes mitbestimmen.

5. Kosten

Das folgende Detailbudget ist mit Annahmen, basierend auf dem heutigen Wissensstand erstellt worden. Die Stiftung übernimmt zusammen mit PWC das Controlling des Projektes und führt den Pilot innerhalb der Bücher der gemeinnützigen Stiftung.

Budget Sammelaktion Palliative Care				
	Aktion	Jahreskosten max.	Jahreskosten min.	Bemerkungen
Kosten				
Betriebskosten				
Ärztefon				Annahme 300 - 1'000 Anrufe p.a.
- Infrastruktur/Technik/Programmierung	10'000.00	3'400.00	1'700.00	max. 10k, 1'700 p.T.
- Schulung	4'000.00	2'000.00	1'000.00	2 Tage / max. 1 Tag
- Anrufe		25'000.00	7'500.00	25.00 p. Anruf
Notfalldienst (Affoltern)				
- Pikettdienst	0.00	10'400.00	10'400.00	200.00 p.Woche
- Nachfragen telefonisch (nicht Tarmed)		16'666.67	5'000.00	50.00 p. Anruf, ca. 1/3 d. Anrufe
Administration				
- Koordination allgemein / Projektleitung	8'400.00	28'000.00	14'000.00	280.00 p.h.
- Koordination Fachgruppe	2'800.00	8'400.00	4'200.00	280.00 p.h.
- Spendenadministration	1'400.00	15'400.00	7'700.00	140.00 p.h.
- Buchhaltung	1'400.00	2'800.00	2'000.00	140.00 p.h.
- Diverses	1'500.00	5'000.00	2'500.00	
Kommunikation				
- Medienberichte	900.00	4'500.00	2'250.00	180.00 p.h.
- Internet	1'500.00	2'000.00	500.00	Spendenbarometer evtl.
- Diverses	700.00	1'750.00	700.00	350.00 p.h.
Bakom / Anschluss Swisscom	680.40	2'088.00	2'088.00	Gebühr gem. Tarif
Fachgruppe Entschädigung	8'000.00	4'000.00	2'300.00	600/1'000 p.P./Tag Fachgr./Schul.
Reserve 10%	4'128.04	13'140.47	6'383.80	
MWST	3'632.68	11'563.61	5'617.74	Zur Sicherheit
Betriebskosten	49'041.12	156'108.74	75'839.54	
Sammelaktionen				
Planung / Umsetzung	2'160.00			
Grafik / Druck / Versand (145k Haushalte)	65'172.00			Gubler/Stutz/Post
Kommunikation	1'944.00			180.00 p./h.
Reserve 5%	3'463.80			
Total Sammelaktion	72'739.80	0.00	0.00	
Total Kosten	121'780.92	156'108.74	75'839.54	

6. Nächste Schritte / Terminplanung

6.1. Nächste Schritte

Schritte	Bis wann	wer
Präsentation Versicherer	Jan. 2014	Bosshard/Kunz/ Ritschard
Abschluss Konzept Not-Telefon	März 2014	Kunz/Ritschard
Sicherung Finanzierung	März 2014	Ritschard
Planung Projektstart (Organisation, Kommunikation)	April/Mai 2014	Ärztefon/Kunz/ Ritschard
Start Projekt	ca. Mai/Juni 2014	

6.2. Terminplanung

Anfrage Finanzpartner	Arbeitsgruppe	Jan. 2014
Feedback Finanzpartner	Versicherer	Feb./März 2014
Grundsatz-Entscheid	Stiftungsräte	ca. März 2014
Workshop	Fachgruppe	April 2014
Implementierung/Schulung		Mai 2014
Ausarbeitung Sammelaktion	Arbeitsgruppe	ab Juni 2014
Sammelaktion (sofern realisierbar)		November 2014

Projektwettbewerb 2015: Anmeldeformular

Projektname: PEBS: Gsundi Mamis- Gsundi Chind		
Das Projekt wird eingereicht von: Verein PEBS		
Organisation 1	Verein PEBS (Präventive Ernährungs- und Bewegungsberatung in der Schwangerschaft bis ein Jahr nach Geburt)	
Kontaktperson:	Dr. Katharina Quack Lötscher	Funktion: Präsidentin PEBS
Telefonnummer:	044 255 51 39	E-Mail: katharina.quackloetscher@usz.ch
Adresse:	Frauenklinikstr. 10, 8091 Zürich	
Organisation 2		
Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention		
Kontaktperson:	Dr. Lucas Gross	Funktion: Programmkoordinator Leichter Leben
Telefonnummer:	044 634 46 29	E-Mail: lucas.gross@uzh.ch
Adresse:	Hirschengraben 84, 8001 Zürich	
Organisation 3		
Gesundheitsförderung Schweiz		
Kontaktperson:	Franziska Widmer-Howald	Funktion: Projektleiterin Ernährung
Telefonnummer:	031 350 04 02	E-Mail: franziska.widmer@promotionsante.ch
Adresse:	Dufourstr. 30, 3000 Bern 6	
Weitere Beteiligte: -		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>Da Eltern eine Vorbildfunktion für ihre Kinder haben, ist es wichtig, die Eltern bereits während der Schwangerschaft für eine gesunde, ausgewogene Ernährung und genügend Bewegung zu sensibilisieren.</p> <p>„PEBS: Gsundi Mamis – gsundi Chind“ bietet dafür individuelle Ernährungsberatung und Fitnesskurse in der Schwangerschaft bis ein Jahr nach Geburt an. In der Ernährungsberatung wird den Schwangeren und Müttern die gesunde Ernährung erklärt und Optimierungsmöglichkeiten aufgezeigt.</p> <p>Die Fitnesskurse während der Schwangerschaft und nach der Geburt sind so aufgebaut, dass die Frauen mindestens 30 Minuten etwas ausser Atem kommen und soziale Kontakte knüpfen können.</p> <p>Die Evaluation zeigt, dass der Anteil der Schwangeren mit einer normalen Gewichtszunahme bei 42.9% lag, wenn sie die Ernährungsberatung sowie die Fitnesskurse besuchten. Wenn kein Angebot in Anspruch genommen wurde, lag der Anteil an Schwangeren mit einer normalen Gewichtszunahme bei nur 28.6%.</p> <p>Vor allem Migrantinnen profitieren von den Angeboten, da sie besonders gefährdet sind für eine einseitigere Ernährung und weniger Bewegung.</p>		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.		

Einsendeschluss: 31. März 2015

Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)

Projektwettbewerb 2015

Gesundheitsnetz 2025

Verein PEBS –

Präventive Ernährungs- und Bewegungsberatung
in der Schwangerschaft bis ein Jahr nach Geburt

„PEBS: Gsundi Mamis – Gsundi Chind“



Projektübersicht

Name des Projekts:

PEBS: Gsundi Mamis – Gsundi Chind

Gesuchsteller

Verein PEBS
Dr. med. Katharina Quack Lötscher und Sibylle Abt
Frauenklinikstrasse 10
8091 Zürich

Tel. 044 255 51 39

E-Mail: katharina.quackloetscher@usz.ch

Beschreibung der Trägerschaft

Der Verein PEBS hat sich aus den Angeboten des Projekts PEBS entwickelt, welches 2009 in der Klinik für Geburtshilfe am UniversitätsSpital Zürich entwickelt wurde und startete.

Der Verein verfolgt ausschliesslich gemeinnützige oder öffentliche Zwecke der Gesundheitsförderung.

- Ernährungsberatungsangebot und Angebot von Fitnesskursen während der Schwangerschaft sowie nach der Geburt;
- Sensibilisierung der schwangeren Frauen/Mütter für eine gesunde Ernährung und genügend Bewegung während der Schwangerschaft und nach der Geburt;
- Förderung und Organisation von Weiterbildungen für Fitnesskursleiterinnen und ErnährungsberaterInnen und weiteren Fachpersonen;
- Vernetzung mit Fachleuten und Organisationen aus der Gesundheitsförderung dem Public Health Bereich.

Kontaktperson

Dr. med. Katharina Quack Lötscher MPH
Verein PEBS
Universitätsspital Zürich
Frauenklinikstrasse 10
8091 Zürich

Tel. 044 255 5139 / Mobil: 077 206 60 84

E-Mail: katharina.quackloetscher@usz.ch

Projektbeschreibung

Die Zunahme von Übergewicht in allen Altersklassen hat in den letzten Jahren den Ruf nach präventiven Massnahmen verstärkt. Ein Hauptanliegen ist, Kinder mittels gesunder Ernährung und genügend Bewegung vor einer übermässigen Gewichtszunahme zu bewahren. Einer der grössten Risikofaktoren für übergewichtige Kinder ist ein übergewichtiges Elternteil. Deshalb ist ein wichtiger Präventionsansatz die Aufklärung der Eltern und zwar so früh wie möglich, d.h. schon während der Schwangerschaft.

Eine normale Gewichtszunahme erreichten vor der Einführung der Angebote nur 29% der in der Geburtshilflichen Poliklinik betreuten Schwangeren. Übergewicht (BMI > 25) oder Adipositas (BMI > 30), die vor, während und nach der Schwangerschaft auftreten, haben negative Konsequenzen (z.B. Schwangerschafts-Diabetes, erhöhte Kaiserschnitttrate) für Mutter und Kind. Aber auch Untergewicht bei der Mutter und eine ungenügende Gewichtszunahme in der Schwangerschaft können negative Folgen (z.B. Untergewicht beim Kind, Frühgeburt) haben. Sowohl ein zu tiefes, wie auch ein zu hohes Geburtsgewicht können mit verschiedenen Komplikationen im Kindes- und Erwachsenenalter einhergehen. Nach der Geburt fördert Stillen die Gewichtsabnahme der Mutter. Häufig bleibt aber wenig Zeit, um auf eine gesunde Ernährung und genügend Bewegung bei der Mutter zu achten. Die Rückkehr zu einem normalen Gewicht nach der Geburt eines Kindes ist jedoch ein wichtiger Faktor, um eine folgende Schwangerschaft mit den besten Voraussetzungen zu starten. Eine Rückkehr zum Normalgewicht erreichten aber vor dem Projekt nur 40% der Mütter innerhalb eines Jahres.

Mütter mit einem Migrationshintergrund sind aus kulturellen und/oder sozialen Gründen besonders gefährdet für eine ungünstige Ernährung und für zu wenig Bewegung. Diese Verhaltensmuster werden häufig auf die Kinder übertragen. Ein hoher Anteil von übergewichtigen Kindern stammt aus dieser Bevölkerungsgruppe, weshalb ihnen ein präventiver Einsatz von Beratungsprogrammen besonders zu Gute kommt.

Ziel dieses Interventionsprogramms ist es, die Mütter während der Schwangerschaft, sowie im ersten Jahr nach der Geburt zu begleiten und sie mit allen nötigen Informationen für eine gesunde Ernährung und genügend Bewegung zu versorgen und sie dafür zu motivieren. Eine individuelle Ernährungsberatung mit Berücksichtigung kulturspezifischer Eigenheiten und die Fitnesskurse während der Schwangerschaft und nach Geburt bilden die zwei Hauptsäulen des Projekts.

Die Beratung wird von einer diplomierten Ernährungsberaterin mit zusätzlicher Ausbildung in Bewegungsberatung nach einem vorbestimmten Schema durchgeführt und dauert 60

Minuten. Alle Schwangeren, welche in der geburtshilflichen Poliklinik betreut werden, aber auch externe Frauen, dürfen das Angebot in Anspruch nehmen, unabhängig ob sie unter-, normal- oder übergewichtig sind. Entweder die Frau wird vom Arzt direkt in der Klinik motiviert und im Anschluss an eine Vorsorgekontrolle eingebucht oder durch eine externe Gynäkologin angemeldet.

Zu Beginn wird eine Ernährungs- und Bewegungsanamnese mit standardisierten Fragebogen erhoben. Für die Erhebung der Ernährungsgewohnheiten wird ein speziell entwickeltes Diet History-Programm verwendet, während für den Bewegungsteil der validierte Fragebogen ‚International Physical Activity Questionnaire‘ eingesetzt wird. Aus diesen Fragebogen werden die Lücken in der Ernährung und Bewegung evaluiert, und Optimierungsmöglichkeiten mit jeder Schwangeren besprochen. Zudem werden alle Fragen und Unsicherheiten zur Ernährung rund um die Schwangerschaft und Stillzeit geklärt.

Das Beratungsmaterial ist spezifisch auf die Herkunft der Schwangeren abgestimmt und wird auch in verschiedenen Sprachen abgegeben. Die Beratungen werden in mehreren Sprachen angeboten. Damit wird ein Beitrag an die Chancengleichheit geleistet. Die Abgabe von übersetztem Informationsmaterial soll die Möglichkeit geben, die Informationen auch zu Hause nochmals nachzulesen.

Während der Beratung werden Schwangere auch auf die Empfehlungen zur Gewichtszunahme in der Schwangerschaft aufmerksam gemacht. Dafür gibt es Body Mass Index-abhängige Richtlinien.

Um einen nachhaltigen Effekt zu erreichen, erhalten alle Schwangeren idealerweise in der 25. – 27. Schwangerschaftswoche nochmals eine ergänzende Ernährungsberatung (30 min.). Wieder wird nach dem derzeitigen Ernährungs- und Bewegungsverhalten gefragt, und es werden Verbesserungsmöglichkeiten aufgezeigt.

Nach der Geburt haben die Mütter während eines Jahres weiterhin die Möglichkeit, Beratungen in Anspruch zu nehmen. Hierbei stehen die Ernährung und die Bewegung der Mutter im Zentrum.

Die Fitnesskurse während der Schwangerschaft umfassen Gymnastik, Tanz und/oder Fitness und werden von Kursleiterinnen des Dachverbands BirthCare BGB angeboten. Das Ziel ist, dass die Schwangeren für mindestens 30 Minuten etwas ausser Atem kommen (Herz-Kreislauf-Training).

Sie erhalten zusätzlich Informationen, wie sie solche Übungen im Alltag umsetzen können und werden motiviert, möglichst viel Bewegung in den Tagesablauf einzubauen.

In den Fitnesskursen nach der Geburt wird Nordic Walking mit Kind im Tragtuch oder Kind im Kinderwagen (buggyfit) angeboten. Hier ist neben dem Ziel von „30 Minuten etwas ausser Atem kommen“ ein weiteres Ziel, dass das Beckenbodentraining gefördert und die Fettverbrennung angekurbelt wird.

Die Kurse nach der Geburt werden im Freien angeboten und finden bei jedem Wetter statt. Buggyfit kann ganzjährig durchgeführt werden. Beim Nordic Walking wird im Winter eine Pause gemacht, da es für die Kinder auf dem Rücken zu kalt ist.

Die Bewegungskurse sind einerseits für die Bewegung wichtig, bieten aber andererseits auch eine gute Möglichkeit für die Frauen, neue Kontakte zu knüpfen mit Schweizerinnen oder anderen Migrantinnen. Die Umfragen zeigen, dass immer wieder Freundschaften entstehen und damit ein Beitrag zur Integration geleistet wird.

Durchführungsorte

Das Projekt wurde im Juni 2009 in der Geburtshilflichen Poliklinik des Universitätsspitals Zürich entwickelt und gestartet. Seit dem Sommer 2011 konnte es erfolgreich in die Gemeinden Thalwil, Rüti und Meilen multipliziert werden.

Im Jahr 2014 haben alleine 559 Frauen im UniversitätsSpital Zürich an mindestens einem Angebot von PEBS teilgenommen. Gut zwei Drittel der Frauen haben einen Migrationshintergrund.

In der Geburtshilflichen Poliklinik werden die Schwangeren und Mütter durch das ärztliche Personal über das Projekt informiert. In den Gemeinden übernehmen die GynäkologInnen, HausärztInnen, Hebammen und die Mütter-/Väter-Beratungsstellen die Information der Schwangeren. Die Mütter werden direkt über die Gemeindeverwaltung und/oder über die Mütter-/Väter-Beratung über das Angebot informiert.

Alle Kurse und Angebote sind auf der Webseite www.buggyfit.ch ersichtlich. Die Angebote stehen allen Schwangeren und Müttern offen, unabhängig davon, ob sie in der Geburtshilflichen Klinik betreut werden oder nicht.



Vernetzung und Innovation

Das Projekt PEBS, welches Ernährungsberatung und Fitnesskurse während der Schwangerschaft und nach der Geburt vereint, ist unseres Wissens einmalig in der Schweiz. Die meisten anderen Angebote bieten entweder nur Ernährungsinformation oder nur Fitnesskurse an.

Die Gesundheitsförderung des Kantons Zürich mit dem kantonalen Aktionsprogramm „leichter leben“ konnte von Anfang an als Kooperationspartner gewonnen werden. Auch die Gesundheitsförderung Schweiz, welche ihren Schwerpunkt auf die Lebensphase 0-6 Jahre legt, ist sehr interessiert daran, dass PEBS weiter in der Schweiz multipliziert wird. Beide Organisationen leisten einen finanziellen Beitrag. Dank diesen Beiträgen können einige Kurse kostenlos oder zumindest sehr kostengünstig angeboten werden. Der Mehrwert für Mutter und Kind ist auch ein Mehrwert für die Allgemeinheit.

Über die zahlreichen Kontakte mit GynäkologInnen, Hebammen und verschiedenen Beratungsstellen wird das Anliegen verbreitet. Anregungen von diesen Personen werden laufend in die Angebote integriert.

Um die Qualität der Kurse zu gewähren und eine Nachhaltigkeit zu erreichen, wurden Weiterbildungen für Kursleiterinnen aufgebaut. Dies geschieht in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband für Gesundheit und Bewegung Schweiz, so wie der Swiss Nordic Walking Organisation. Mit dem Ausbau der Weiterbildungen werden zusätzlich KursleiterInnen ausgebildet, welche PEBS weiterverbreiten indem sie durch Lizenzerwerb, Fitnesskurse in den Bereichen buggyfit und Nordic Walking mit Kind an weiteren Orten anbieten können.

Effizienz

Die Angebote von PEBS wurden in verschiedenen Arbeiten bereits evaluiert (siehe Literaturliste). Die Evaluation zeigt, dass der Anteil der Schwangeren mit einer normalen Gewichtszunahme bei 42.9% lag, wenn sie die Ernährungsberatung sowie die Fitnesskurse regelmässig besuchten. Wenn kein Angebot in Anspruch genommen wurde, lag der Anteil an Schwangeren mit einer normalen Gewichtszunahme bei nur 28.6%.

Weiter wurden auch die sozialen Aspekte der Fitnesskurse untersucht. 87.8% der Frauen gaben in der Evaluation an, dass sie in den Fitnesskursen andere Frauen kennengelernt haben und sich mit diesen auch im Kurs austauschen konnten. Davon haben sich 23.5% auch privat ausserhalb der Fitnesskurse getroffen. Dies ist für Frauen mit Migrationshintergrund häufig eine grosse Hilfe.

Referenzen

Dr. phil. Lucas Gross

Gesundheitsförderung Kanton Zürich, Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention
der Universität Zürich, Hirschengraben 84, 8001 Zürich

Tel. 044 634 46 24, E-Mail: lucas.gross@uzh.ch

Franziska Widmer-Howald

Gesundheitsförderung Schweiz, Dufourstr. 30, 3000 Bern 6

Tel. 031 350 04 02, E-Mail: franziska.widmer@promotionsante.ch

Literaturliste

Quack Lötscher K, Abt S. PEBS – Zwischenevaluation erstes Projektjahr, 2010.

Quack Lötscher K, Abt S. PEBS – Schlussevaluation Pilotprojekt, 2012

Abt S, Mohr Y. Präventive Ernährungs- und Bewegungsberatung während der Schwangerschaft. Eine
Ergebnis- und Prozessanalyse. Masterarbeit, Hochschule Luzern (Soziale Arbeit) 2010

Gebhart C, Jürgensens S. Fetale Programmierung: Warum wir dicke Kinder haben – ein
Erklärungsversuch, Bachelorarbeit ZHAW 2012

Schärli D. Nährstoffversorgung in der Schwangerschaft. Bachelorarbeit ZHAW 2014

Ryf S. Ernährungsveränderungen in der Schwangerschaft – Einblicke aus der PEBS
Studie. Masterarbeit ZHAW 2014

gesundheitsnetz 2025

Projektwettbewerb 2015: Anmeldeformular

<i>Projektname:</i> SOS-Kinderbetreuung Winterthur und Umgebung		
<i>Das Projekt wird eingereicht von:</i>		
<i>Organisation 1</i>	Evangelisch-reformierte Landeskirche des Kantons Zürich Abt. Kirchenentwicklung Diakonie und Generationen	
<i>Kontaktperson:</i>	Gerda Zbinden	<i>Funktion:</i> Projektleitung (Sozialarbeiterin FH, MAS Gemeinwesenentwicklung FH)
<i>Telefonnummer:</i>	G: 044 258 92 05, M: 076 412 25 19	<i>E-Mail:</i> gerda.zbinden@zh.ref.ch
<i>Adresse:</i>	Hirschengraben 50, 8001 Zürich	
<i>Organisation 2</i>	Ev.-ref. Landeskirche des Kantons Zürich SOS-Kinderbetreuung Koordinationsstelle	
<i>Kontaktperson:</i>	Christa Egger	<i>Funktion:</i> Koordination (Sozialarbeiterin lic.phil.I CAS Unabhängige Kindesvertretung FH)
<i>Telefonnummer:</i>	G: 052 222 08 10	<i>E-Mail:</i> info@sos-kinderbetreuung.ch
<i>Adresse:</i>	Katharina-Sulzer-Platz 2, 8400 Winterthur	
<i>Organisation 3</i>		
<i>Kontaktperson:</i>		<i>Funktion:</i>
<i>Telefonnummer:</i>		<i>E-Mail:</i>
<i>Adresse:</i>		
Weitere Beteiligte: In Zusammenarbeit mit dem Winterthurer Präventions- und Versorgungsprogramm für Kinder psychisch kranker Eltern bzw. mit dem IKS, Schweizerische Stiftung und Institut zur Förderung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen c/o ipw, Integrierte Psychiatrie, Winterthur. Mehr Infos: www.wikip.ch . Zusammenarbeit mit Trägerinstitutionen weiterer Teilprojekte im Rahmen von ‚Wikip‘, z.B. Projekt ‚Umbrella‘ des Vereins Familien und Jugendhilfe, Winterthur sowie mit anderen ergänzenden Partnern des Gesundheits- und Sozialwesens, z.B. kjz, okey, srk u.a.		

Projektskizze

1. Patientennutzen

Die SOS-Kinderbetreuung bei akuten Notlagen eines Elternteils gewährleistet eine sozialraumnahe Betreuung der Kinder in ihrem vertrauten Umfeld.

2. Vernetzung

Das Projekt ist vernetzt mit der Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw) und dem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) des Kantonsspitals Winterthur.

3. Innovation

SOS-Kinderbetreuung schliesst eine Lücke im Versorgungsnetz. Die Kirche als Mitakteurin bringt zwei entscheidende Vorteile ein: Sie hat eine grosse Nähe zu motivierbaren Freiwilligen. Und sie hat für die Zielgruppe kein stigmatisierendes Image und keine als Bedrohung empfindbare Amtsgewalt. Evaluation und Weiterentwicklung haben einen grossen Stellenwert und obliegen „kompetenzhoch3“, Zürich.

4. Effizienz

Das Projekt ist kostengünstig und synergereich, weil es in bestehende Strukturen eingebettet ist. Eine qualitativ hochstehende fünftägige Schulung bereitet die Freiwilligen auf ihre Aufgabe vor. Die Freiwilligen führen Betreuungsprotokolle. In Abschlussgesprächen werden die Einsätze zwecks Qualitätsentwicklung evaluiert.

5. Umsetzung

Die Projektleitung liegt bei der reformierten Landeskirche Zürich. Während der Pilotphase ist die Finanzierung durch Fundraising gesichert. Seit 1.2.15 ist eine Koordinatorin zu 50% angestellt. Die grösste Hürde, freiwillig Engagierte zu finden, ist bewältigt. 2018 soll das Projekt eigenständig sein und zur Nachahmung verlocken.

Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten).

Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.

Einsendeschluss: 31. März 2015

Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)

SOS-Kinderbetreuung

Wir sind im Notfall für Ihre Kinder da!

verständnisvoll und zuverlässig



alltagsnah und praktisch

schnell und unkompliziert



Ein regionales Diakonieverprojekt – Winterthur und Umgebung

SOS-Kinderbetreuung

Ein regionales Diakonieverprojekt - Winterthur und Umgebung

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Ausgangslage und Bedarf	1
2. Zielsetzungen und Wirkungen	3
3. Massnahmen	4
4. Zeitplan	5
5. Rahmenbedingungen	6
6. Qualitätssicherung und Evaluation	7

Beilagen

Anhang 1a: Projektübersicht

Anhang 1b: Kurzbeschreibung des Projekts

Anhang 2: Grobbudget

Anhang 3: Übersicht Netzwerk und 4 Säulen Wikip

Weitere Informationen:

<http://www.sos-kinderbetreuung.ch/> und

<http://www.zh.ref.ch/handlungsfelder/ds/familie/regionale-projekte/sos-kinderbetreuung>. (inkl. elektronische Informationsbroschüre und Faltblätter)

1. Ausgangslage und Bedarf

Das regionale Diakonieprojekt „SOS-Kinderbetreuung“ wurde *von zwei Seiten* angeregt:

1.1. Die Sozialdiakonie der Kirchgemeinden in der Stadt Winterthur

Zum einen stellten Sozialdiakon/-innen von Kirchgemeinden der Stadt Winterthur fest, dass die aufsuchende Kinderbetreuung in Familien, welche sich in unvorhersehbaren Notlagen befinden, eine dringliche und anspruchsvolle Aufgabe ist. Bisher suchten sie in konkreten Fällen je einzeln, mit erheblichem Zeitaufwand nach Lösungen. Nur selten konnte innerhalb nützlicher Frist eine verlässliche, entlastende Übergangslösung organisiert werden. Deshalb wurde die Fachstelle Familien- und Generationenbeziehungen der evangelisch-reformierten Landeskirche des Kantons Zürich beigezogen. Vorabklärungen an zwei städtischen Diakoniekonventen, Einzelgespräche und der Austausch mit einer Spurgruppe bestehend aus zwei Fachpersonen der Sozialdiakonie, Frau Anita Keller, Kirchgemeinde Winterthur-Veltheim und Herr Gerold Gassmann, Kirchgemeinde Winterthur-Wülflingen bestätigten den Bedarf nach einer regional organisierten, spezifischen Lösung.

1.2. Die Integrierte Psychiatrie Winterthur und das Gesamtprojekt „wikip“

Zum anderen entstand das Projekt „SOS Kinderbetreuung“ in Zusammenarbeit mit der ipw (Integrierte Psychiatrie Winterthur) als ein Teilprojekt von wikip (Winterthurer Präventions- und Versorgungsprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern: www.wikip.ch). Die Ziele von wikip sind der Aufbau und die optimale Zusammenarbeit verschiedener Akteure im sozialen Versorgungsnetzwerk zugunsten betroffener Kinder (Familien).

Im Rahmen von wikip wurde im 2006 von der ZHAW Soziale Arbeit eine Studie zur Bedarfslage im Raum Winterthur durchgeführt. Die Kurzfassung ist unter folgendem Link zu finden:

http://www.wikip.ch/files/44/Albermann_Kinder_psychisch_kranker_Eltern_kurz.pdf.

Die ausführliche Version der Studie kann hier heruntergeladen werden:

http://www.wikip.ch/files/44/Albermann_Kinder_psychisch_kranker_Eltern_wiss.pdf

Zusammengefasst gelangte die Winterthurer-Studie zu folgenden Erkenntnissen:

Im Jahr 2006 waren etwa 3% der erwachsenen Bevölkerung in der Psychiatrieregion Winterthur psychisch erkrankt, davon hatten total 244 Elternteile (32% der Frauen und 17% der Männer), mindestens ein minderjähriges Kind. Der Rücklauf der Befragung lag bei 55% und war im Vergleich hoch. Nach Berücksichtigung des fehlenden Rücklaufs und der Dunkelziffer rechnete die Studie mit rund 700 minderjährigen Kindern und Jugendlichen in der Region Winterthur, die mit einem betroffenen Elternteil zusammenleben. Den Aussagen der befragten Leistungserbringer zufolge zeigen drei Viertel der erfassten Kinder selber psychosoziale Auffälligkeiten. Es wurden folgende Leistungserbringer befragt:

- Krippen und Horte
- Kinderpsychiater/-innen und Kinderpsychotherapeuten/-innen
- Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD)
- Beratungsstellen für Kinder und Jugendliche
- Kinderärzte/-innen
- Stationäre Einrichtungen
- Kleinkindberatungsstellen
- Schulpsychologische Dienste
- Jugendanwaltschaft
- Kinderklinik

Von September 2010 bis Juni 2011 erfolgte im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes wikip durch die FH Nordwestschweiz Soziale Arbeit eine weitere Situationsanalyse (<http://www.fhnw.ch/sozialearbeit/ikj/forschung-und-entwicklung/forschungsprojekte>).

Aus der Bedarfserhebung und der Situationsanalyse resultierten entsprechende, als notwendig erkannte Massnahmenvorschläge. Aufgrund dieser Massnahmenvorschläge wurde zur Umsetzung des Projektes Wikip ein Modell mit den folgenden vier Säulen entwickelt:

1. Aufklärung, Vorsorge, Früherkennung
2. Soziale Unterstützung und Beratung für betroffene Eltern und Kinder, Erziehungsberatung
3. Therapie von Kindern, die bereits selbst Symptome zeigen
4. Kinderschutz (wie bei Kindern suchtkranker Eltern)

Das Projekt „SOS Kinderbetreuung“ reiht sich als Teilprojekt in die Massnahmen und Zielsetzungen der 2. Säule ein und füllt eine Versorgungslücke. Es ermöglicht den raschen, niederschweligen Zugang zu praktischer, alltagsnaher, aufsuchender Hilfe für betroffene Familien. Die sozialraumnahe Intervention verringert die befürchtete Stigmatisierung und trägt dazu bei Ängste und Vorurteile gegenüber anderen, institutionalisierten Hilfesystemen abzubauen. Dies ist im Hinblick auf eine allenfalls notwendig werdende Triage (Vermittlung) zur längerfristigen, weiterführenden Versorgung relevant.



2. Zielsetzungen und Wirkungen

2.1. Praktische Ziele: Was wir tun.

Geschulte Freiwillige der SOS-Kinderbetreuung gewährleisten in prekären Familiensituationen die Betreuung der Kinder; konkret bei Ausfall des betreuenden Elternteils mit einer psychischen Problematik oder aus anderen dringlichen Gründen, z.B. wegen eines nicht geplanten Klinikaufenthaltes. Eine ausgewiesene Fachperson vermittelt die Freiwilligen nach Vorgesprächen und schriftlicher Vereinbarung in die jeweilige Familie und begleitet sie, wenn nötig, im Sinne eines Coachings.

Die Einsätze je Familie sind während maximal 8 Wochen bzw. bis maximal 200 Stunden jährlich in verschiedenen Einsatzrhythmen möglich. Die SOS-Kinderbetreuung ergänzt die mobilisierbaren Ressourcen des Familiensystems, der Nachbarschaftshilfe und anderer sozialraum- und familiennaher Bezugssysteme und -personen. Es versteht sich als Lückenangebot in einer dringenden Notlage.

Sofern eine längerfristige Betreuung der Kinder notwendig wird, unterstützt die SOS-Kinderbetreuung betroffene Familien bei der Suche nach einer geeigneten Lösung.

2.2. Qualitative Ziele: Wie wir wirken.

Die Notsituation betroffener Familien wird gemildert durch Entlastung von der Sorge um die Kinderbetreuung. Die Kinder werden „in den eigenen vier Wänden“ zuverlässig und einfühlsam betreut. Ein geregelter Tagesablauf, Aktivitäten wie gemeinsame Spiele, Geschichten erzählen, Unterstützung bei Hausaufgaben usw. wirken stabilisierend. Die Notlage (Krise) der Familie wird beruhigt und die Ressourcen des Familiensystems werden gestärkt.

Die SOS Kinderbetreuung daheim verringert die Stigmatisierungsgefahr der Familien und der Kinder. Die vertraute Umgebung und die familiäre Situation ermöglichen Gespräche, in denen auf drängende, durch die Situation hervorgerufene Fragen der Kinder eingegangen werden kann. Auf diese Weise werden die Kinder emotional entlastet, insbesondere in Bezug auf die Ungewissheit oder auch bei allfälligen Ängsten, Scham- und Schuldgefühlen. Das durch die Forschung erwiesene, deutlich erhöhte Risiko von Kindern psychisch erkrankter Eltern selbst eine psychische Störung, auffälliges Verhalten, Schulschwierigkeiten oder Suchtprobleme zu entwickeln kann dadurch ebenfalls reduziert werden.

2.3. Quantitative Ziele: Freiwilligenpool und Einsatzdauer

Es besteht ein Pool von ca. 10 – 15 Freiwilligen. Sie stehen jährlich für mind. 60 Stunden und max. 200 Stunden je Person für Kinderbetreuungsaufgaben in betroffenen Familien zur Verfügung. Die Einsatztage und -zeiten werden entsprechend dem Bedarf der jeweiligen Familie und nach den Möglichkeiten der einsatzbereiten Person vorbesprochen und schriftlich vereinbart.

Freiwillige zu gewinnen und zu schulen ist im Rahmen des vorliegenden Projektes eine wiederkehrende Aufgabe. Die Anzahl einsatzbereiter Freiwilliger soll langfristig konstant bleiben, damit die SOS-Kinderbetreuung ihre Aufgabe zielgerecht erfüllen kann.

3. Massnahmen

3.1. Einrichten einer Koordinationsstelle

In der Stadt Winterthur wird durch die evangelisch-reformierte Landeskirche des Kantons Zürich eine Koordinationsstelle geführt. Bereits während der Aufbauphase und auch bei der Weiterentwicklung arbeitet die evangelisch-reformierte Landeskirche des Kantons Zürich und später die Koordinationsstelle SOS Kinderbetreuung mit anderen versorgenden Institutionen im Netzwerk partnerschaftlich ergänzend zusammen, um für die je betroffene Familie eine optimale Unterstützung und Begleitung zu gewährleisten.

3.2. Aufgaben der Koordinationsstelle

Die Koordinationsstelle erfüllt folgende Aufgaben:

- Anlaufstelle für betroffene Familien und für interessierte Freiwillige
- Vermittlung von Freiwilligen in betroffene Familien
- Sorgfältige fachliche und persönliche Begleitung der Freiwilligen (Coaching, Intervention, bei Bedarf Supervision, Organisation von Schulungen und Weiterbildungen)
- Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Hilfsangeboten; Triagefunktion
- Öffentlichkeitsarbeit
- Fortlaufende Evaluation
- Administrative Aufgaben

3.3. Fachliche Anforderungen an den/die Stelleninhaber/-in

Für die Übernahme dieser Aufgaben wird eine kompetente Person mit ausgewiesenen fachlichen und sozialen Kompetenzen aus dem Praxisfeld Soziale Arbeit, Sozialpädagogik, Psychiatrie oder einer verwandten Disziplin mit entsprechender, wenn möglich mehrjähriger Berufserfahrung eingesetzt.

3.4. Freiwillige gewinnen und schulen


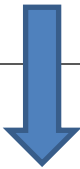
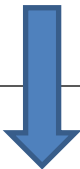
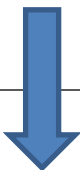
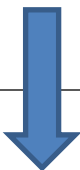
Die Rekrutierung von geeigneten Freiwilligen wird während der Initialisierung des Projektes durch die Fachstelle Freiwilligenarbeit der evangelisch-reformierten Landeskirche Kanton Zürich, Frau F. Dürst, geplant und realisiert. Nach sorgfältiger Einarbeitung wird diese Aufgabe durch den/die Stelleninhaber/-in der Koordinationsstelle fortgeführt. Die Fachstelle Freiwilligenarbeit der evangelisch-reformierten Landeskirche Kanton Zürich steht weiterhin beratend und begleitend zur Verfügung. Insbesondere für die Schulung der Freiwilligen arbeitet sie eng mit der Koordinationsstelle SOS-Kinderbetreuung zusammen.

Eine Eignungsklä rung ist Bestandteil des obligatorischen Einführungskurses, den die Fachstelle Freiwilligenarbeit und die Fachstelle Familien- und Generationenbeziehungen gemeinsam planen und in Kooperation mit externen Kursleitenden durchführen. Vorgesehen sind folgende inhaltliche Schwerpunkte:

- Recht (Kinder- und Erwachsenenschutz, Familienrecht)
- Psychiatrie (Krankheitsbilder: Symptome und Verhaltensauffälligkeiten)
- Soziale Arbeit / Sozialpädagogik (Sozialwesen, Entwicklungspsychologie)
- Kommunikation und Selbstmanagement (Umgang mit schwierigen Situationen)

Es finden regelmässig Einführungskurse und Weiterbildungen sowie Interventionen und Einzelcoachings statt. Bei Bedarf besteht für die Freiwilligen die Möglichkeit, in Einzel- oder Gruppensupervision ihre Einsätze und damit im Zusammenhang stehende Themen zu reflektieren und neue Handlungsoptionen zu entwickeln.

4. Zeitplan

<p>2013 4. Quartal</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Finanzierung sichern, Fundraising
<p>2014 1. Semester</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Schulung konzeptualisieren und organisieren • Informationsbroschüre erstellen • Vernetzung fortführen, Synergien erschliessen • Profil Koordinationsstelle differenzieren • Stelleninserat vorbereiten
<p>2014 2. Semester</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Büro und Infrastruktur einrichten • Fachperson für Koordination anstellen • Freiwillige gewinnen und schulen • Öffentlichkeitsarbeit
<p>2015 1. Semester</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinationsstelle eröffnen und betreiben (Aufgaben und Zielsetzungen erfüllen)
<p>2015 – 2017 Aufbauphase</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortlaufende Evaluation und Optimierung des Projektes • Organisation einer langfristigen Trägerschaft bestehend aus verschiedenen Kooperationspartnern oder einer langfristigen (kirchlichen) Trägerschaft. • Notfalls Einstellung des Projektes (siehe auch Punkt 7.)

5. Rahmenbedingungen

5.1. Ergänzende Wirkung und Kooperation im Versorgungsnetzwerk

Das Projekt SOS-Kinderbetreuung wird als ein Teilprojekt im Rahmen von wikip realisiert. Es wird sowohl während der Aufbauphase als auch zukünftig sowohl mit den staatlich beauftragten als auch mit privat organisierten Institutionen der psycho-sozialen und pädagogischen Versorgung ergänzend und falladäquat zusammenarbeiten. Es fanden erste Gespräche und Vorabklärungen mit möglichen Partnerorganisationen statt. Zur konkretisierenden Planung der Zusammenarbeitsformen bleiben wir mit Ihnen im Gespräch.

Zu den möglichen Partnerorganisationen zählen unter anderem:

- Integrierte Psychiatrie Winterthur (ipw)
- Kantonsspital Winterthur (ksw)
- Kinder- und Erwachsenenschutzbehörden (KESB)
- Kinder- und Jugendzentrum (kjj) Winterthur
(Amt für Jugend- und Berufsberatung Kt. Zürich)
- Pflegekinderaktion
- Lokale Kirchgemeinden der Stadt Winterthur und angrenzende Kirchgemeinden
- Dargebotene Hand, Winterthur
- Weitere Institutionen in Winterthur und Umgebung, z.B. Patenfamilien, Tagesfamilien, Kinderkrippen und Kindergärten, Mittagstische, Horte, Vereine usw.

5.2. Der kirchliche Auftrag

Die Umsetzung des Diakoniekonzeptes der evangelisch-reformierten Landeskirche des Kantons Zürich sieht übergemeindliche, strukturelle Diakonienprojekte vor. Die SOS Kinderbetreuung stellt ein solches Projekt dar. Gleichzeitig entspricht es den Legislaturzielen 2012 bis 2016 „Freiheit ergreifen – Hoffnung erfahren“.

Legislaturziel 5

*Die Diakonie geht auf aktuelle Bedürfnisse der Zivilgesellschaft ein.
Sie handelt exemplarisch und subsidiär.*

Massnahme 5.1 - Vernetzte Familienprojekte werden initiiert.

*Die Landeskirche realisiert fünf bis zehn exemplarische Familienprojekte.
Mögliche Gefässe sind Spielgruppen, Mittagstische, Horte und Generationenhäuser.
Die Angebote bringen eine Kultur der Gastlichkeit zum Ausdruck. Eltern werden entlastet.
Kinder kommen in den Genuss von Betreuung und Förderung.
Kooperationen über die Kirchgemeinde hinaus und mit anderen Trägern werden gesucht.*



6. Evaluation und Qualitätssicherung

6.1. Fortlaufende Evaluation

Das Projekt SOS Kinderbetreuung wird fortlaufend und systematisch evaluiert. Zur Erfassung relevanter Informationen werden entsprechende Methoden und Instrumente wie z.B. schriftliche Befragungen/Auswertungsbögen und/oder (Telefon-)Interviews, Reporting (intern) eingesetzt. Die Evaluation erfasst sowohl die Zufriedenheit der Zielgruppe als auch der Netzwerkpartner und der engagierten Freiwilligen.

6.2. Qualitätssicherung und Weiterentwicklung

Die Evaluationsergebnisse dienen der Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des vorliegenden Diakonieverprojektes. Sie ermöglichen eine konstante Anpassung und Optimierung des Angebotes an die aktuelle Bedarfslage. Sollte das Projekt wider Erwarten nicht dem Bedarf entsprechen, wird es eingestellt.



Projektwettbewerb 2015: Anmeldeformular

Projektname: Unabhängige Beschwerde- und Vermittlungsstelle für psychisch kranke Menschen – Für die Regionen Zürich und Horgen/Affoltern		
Das Projekt wird eingereicht von:		
Organisation 1	Stiftung Pro Mente Sana	
Kontaktperson:	Andreas Daurù	Funktion: Trägerschaft/Projektbetrieb
Telefonnummer:	044 446 55 14	E-Mail: a.dauru@promentesana.ch
Adresse:	Hardturmstrasse 261, Postfach, 8031 Zürich	
Organisation 2		
Regionale Psychiatriekommission Zürich (RPK)		
Kontaktperson:	Heidi Bucher – Steinegger	Funktion: Präsidentin RPK Zürich
Telefonnummer:	043 259 96 60	E-Mail: heidi.bucher-steinegger@ajb.zh.ch
Adresse:	Amt für Jugend und Berufsberatung, Dörflistrasse 120, Postfach, 8090 Zürich	
Organisation 3		
Regionale Psychiatriekommission Horgen/Affoltern (RPK)		
Kontaktperson:	Dr. med. Tim Klose	Funktion: Präsident RPK Horgen/Affoltern
Telefonnummer:	044 714 27 2	E-Mail: tim.klose@spitalaffoltern.ch
Adresse:	Spital Affoltern, Sonnenbergstrasse 27, Postfach, 8910 Affoltern a.A	
Weitere Beteiligte:		
Kurze Projektskizze (max. 1200 Zeichen, inkl. Leerzeichen)		
<p>1. Ausgangslage Die regionalen Psychiatriekommissionen Zürich und Horgen/Affoltern (RPK) erteilten im September 2010 einem internen Projektteam den Auftrag, ein Grobkonzept für eine Ombudsstelle für Psychiatriepatientinnen und -patienten der beiden Psychiatrieregionen zu erarbeiten.</p> <p>Die Stiftung Pro Mente Sana reichte sodann im August 2012 beim RPK – Projektteam eine Offerte für die Umsetzung und Übernahme der Trägerschaft eines entsprechenden Pilotprojekts bzw. eines Pilotjahrs einer unabhängigen Beschwerde- und Vermittlungsstelle für psychisch kranke Menschen ein.</p>		
<p>2. Zielsetzung Das Ziel ist eine trialogisch aufgebaute und geführte Beschwerde- und Vermittlungsstelle für Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Einrichtungen sowie deren Angehörigen, welche in Fällen von Konflikten mit den behandelnden oder betreuenden Fachpersonen aus den Institutionen der beiden Psychiatrieregionen Zürich und Horgen/Affoltern stehen. Diese Stelle nimmt entsprechende Beschwerden und Anliegen entgegen und versucht mittels der lösungsorientierte Vermittlung und Beratung zusammen mit dem Beschwerdegegner Lösungen zu finden.</p> <p>Das längerfristige Ziel ist die Partizipation aller Psychiatrieregionen und somit aller psychiatrischen Institutionen des Kantons Zürich an der unabhängigen Beschwerde- und Vermittlungsstelle. Im Weiteren wird die definitive Weiterführung bzw. Implementierung dieser Stelle angestrebt.</p>		
Als Beilage bitte mitschicken: Übersichtliche Projektbeschreibung (5 bis 7 A4-Seiten). Bitte Beurteilungskriterien berücksichtigen.		
Einsendeschluss: 31. März 2015		
Einsenden an: sekretariat@gn2025.ch (PDF-/ Word-Datei)		

Projektbeschreibung

Basisdaten	
Projekttitel	Unabhängige Beschwerde- und Vermittlungsstelle für psychisch kranke Menschen – Für die Regionen Zürich und Horgen / Affoltern
Verantwortliche Person(en)	Andreas Daurù, Stiftung Pro Mente Sana
Telefonnummer	044 446 55 14
E-Mail Adresse	a.dauru@promentesana.ch
Trägerschaft	Stiftung Pro Mente Sana
Homepage	www.promentesana.ch/beschwerdestelle

1 Projektbegründung / Projektidee

1.1 Ausgangslage für das Projekt „Beschwerde- und Vermittlungsstelle für psychisch kranke Menschen“

Psychisch kranke Patienten und Patientinnen sind eine in mentaler, physischer wie sozialer Hinsicht besonders vulnerable Gruppe von Menschen. Da sie sich in der stationären und/oder ambulanten Behandlung in einer ausgeprägten Abhängigkeitssituation befinden, kann dies die freie Meinungsäusserung sowie das allfällige kritische Rückfragen bezüglich der Behandlungsmodalitäten in Kliniken und Institutionen deutlich erschweren.

In den psychiatrischen Einrichtungen stehen derzeit Psychiatriepatientinnen und Patienten, falls sie mit der Behandlung oder mit dem Behandlungsteam unzufrieden sind, der Weg der internen Aufsichtsbeschwerde oder der Rechtsweg zur Verfügung. Zudem könnten sich Betroffene auch an die kantonale Ombudsstelle wenden.

Gemäss Einschätzung der Fachleute der Regionalen Psychiatriekommissionen Zürich und Horgen / Affoltern würde eine neu geschaffene Beschwerde- und Vermittlungsstelle für psychisch kranke Menschen eine Lücke im Angebot schliessen. Insbesondere fehlt es an einer unabhängigen, niederschweligen und externen Beschwerdestelle im Sinne einer Alternative zur Beschwerde in der hierarchischen Linie und zum Rechtsweg. Der Zugang zur kantonalen Ombudsstelle wird für diese Aufgabenerfüllung als zu hochschwierig und ohne die spezifische Fachkompetenz beschrieben.

Auch kann und soll eine unabhängige Beschwerde- und Vermittlungsstelle ein Instrument der Qualitätsüberprüfung für Kliniken und Institutionen sein und würde möglicherweise so zu einer Verbesserung in Behandlung und Betreuung führen.

Aus diesen Gründen ist eine von Therapie, Pflege, Behandlung, Therapeuten und Therapeutinnen unabhängige, niederschwellige Beschwerdestelle eine wichtige Ergänzung zu den bereits existierenden Formen des Rekurs- und Beschwerdemanagements. Patienten und Patientinnen sollen sich mit ihren Fragen und Beobachtungen an eine unabhängige Fachperson richten können, welche mit den ambulanten und stationären psychiatrischen Einrichtungen vertraut ist und beraterische Unterstützung bieten kann.

Eine weitere Zielsetzung ist die Förderung der Selbstbestimmung und die Mitwirkung von Patientinnen und Patienten sowie das Einfordern von Patientenrechten durch die Betroffenen selber; Stichwort Empowerment.

1.2 Auftrag der „Beschwerde- und Vermittlungsstelle für psychisch kranke Menschen“

Die Beschwerde- und Vermittlungsstelle

- nimmt Anliegen und Beanstandungen bzw. Beschwerden entgegen.
- berät und informiert (Patientenbildung).
- kann, wenn nötig, an andere Organisationen weitervermitteln (Triagefunktion).
- klärt Missverständnisse.
- führt klärende Gespräche mit allen Beteiligten.
- vermittelt bei Konflikten zwischen den Beteiligten.
- sucht nach einvernehmlichen Lösungen.
- spricht Empfehlungen zu Handen des/der Beschwerdeführers/in und/oder des Beschwerdegegners aus.

2 Projektplanung

2.1 Zielgruppen des Projekts „Beschwerde- und Vermittlungsstelle für psychisch kranke Menschen“

Als Zielgruppe (bzw. Beschwerde- und Beratungsberechtigte) des Projekts gelten:

- Patientinnen und Patienten (auch ehemalige) bzw. Nutzerinnen und Nutzer aus ambulanten, tages- und nachtklinischen, stationären und sozialpsychiatrischen öffentlich – rechtlichen und/oder privatrechtlichen Kliniken und Institutionen aus den beiden Psychiatrieregionen Zürich und Horgen/Affoltern .
- Minderjährige Patientinnen und Patienten (Zusammenarbeit mit KJPD)
- Angehörige von Patienten und Patientinnen bzw. Nutzerinnen und Nutzer. Dabei gilt es zu beachten, dass ggf. die Interessen der Patientin/des Patienten tangiert werden und diesbezüglich vorhergehend das Einverständnis des Patienten/der Patientin eingeholt werden muss.
- weitere Vertrauenspersonen von Patientinnen und Patienten.

Die Zielgruppe des Projekts sind betreffend der Herkunft vorwiegend Patientinnen und Patienten sowie Angehörige aus den vier Kliniken – den sogenannte Hauptversorger - der Psychiatrieregion Zürich und Horgen/Affoltern: Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst des Kantons Zürich (KJPD), das Sanatorium Kilchberg sowie der Psychiatriestützpunkt Affoltern am Bezirksspital Affoltern.

Die vier Institutionen sind Partner des Projekts und einerseits in den beiden Psychiatriekommissionen wie auch in der fachlichen Begleitgruppe des Projekts vertreten. Die entsprechende Zusammenarbeit wurde von Beginn des Projekts an vertraglich geregelt (siehe Punkt 3.5.).

2.2 Idee und Hauptziel des Projekts „Beschwerde- und Vermittlungsstelle für psychisch kranke Menschen“

- Die unabhängige Beschwerde- und Vermittlungsstelle für psychisch kranke Menschen ist die zentrale, niederschwellige Anlaufstelle für Anliegen rund um die Nutzung psychiatrischer und sozialpsychiatrischer Angebote innerhalb der beteiligten Psychiatrieregionen. Sie ist unabhängig und neutral. Im Vordergrund stehen die Anliegen der Klienten. Sie arbeitet lösungsorientiert. Die Arbeit der Beschwerde- und Vermittlungsstelle ist für Klientinnen und Klienten unentgeltlich.

Projektbeschreibung „Unabhängige Beschwerde- und Vermittlungsstelle für psychisch kranke Menschen der Psychiatrieregionen Zürich und Horgen/Affoltern“.

- Die unabhängige Beschwerde- und Vermittlungsstelle soll für die Kliniken auch als externes Qualitätsmanagement wirken können. Dies wird durch den regelmässigen bzw. mindestens einmal jährlichen Austausch zwischen der Beschwerde- und Vermittlungsstelle und den beteiligten Kliniken gewährleistet.
- Die unabhängige Beschwerde- und Vermittlungsstelle fördert die Mitwirkung, das Selbstbewusstsein und das Einfordern der Patientenrechte der Patientinnen und Patienten und fördert so auch das Empowerment bei Menschen in einer psychischen Krise oder mit einer psychischen Krankheit.

2.3 Dauer des Projekts „Beschwerde- und Vermittlungsstelle für psychisch kranke Menschen“

Die Dauer des Projekts ist auf eine Pilotphase von zwei Jahren angesetzt. In dieser Zeit wird die Beschwerde- und Vermittlungsstelle nach der Erarbeitung des Detailkonzepts und Projektvorbereitungsphase betrieben. Die Pilotphase/Pilotbetrieb läuft seit dem 1. Oktober 2013 und das Gesamtprojekt wird mit dem Ende des 2. Pilotjahres am 30. September 2015 abgeschlossen sein.

In der Pilotphase soll insbesondere der Bedarf für eine entsprechende Beschwerde- und Vermittlungsstelle erfasst werden sowie die Zusammenarbeit und Vernetzung mit den Kliniken und Institutionen und vor allem die Erreichung des Hauptziels erprobt werden.

Vision und längerfristiges Ziel ist die Institutionalisierung und längerfristige Finanzierung einer entsprechenden Beschwerde- und Vermittlungsstelle für psychisch kranke Menschen im gesamten Kanton.

3 Projektorganisation

3.1 Auftraggeber

Als Auftraggeber des Projekts „Beschwerde- und Vermittlungsstelle für psychisch kranke Menschen“ gelten die beiden Regionalen Psychiatriekommissionen Zürich und Horgen / Affoltern. Vertreter der Auftraggeber (Regionalen Psychiatriekommissionen Zürich und Horgen/Affoltern) sind:

- PD Dr. med. Egemen Savaskan (RPK Zürich)
- Heidi Bucher – Steinegger (RPK Zürich)
- Dr. med. Tim Klose (RPK Horgen/Affoltern)

3.2 Projektleitung

Die Leitung des Projekts bzw. die Trägerschaft liegt bei der Stiftung Pro Mente Sana. Pro Mente Sana setzt sich für die Anliegen von psychisch beeinträchtigten Menschen ein. Sie kämpft für gesicherte Rechte sowie die soziale und berufliche Integration der betroffenen Personen. Die Stiftung bietet Beratung, vielfältige Informationen und Möglichkeiten zur Diskussion zwischen Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten an.

Pro Mente Sana stellt die Entwicklungsfähigkeit der einzelnen Person und ihres sozialen Umfeldes ins Zentrum und setzt sich für eine Haltung ein, die sich an Stärken und Fähigkeiten orientiert. Psychiatrische und soziale Hilfen und Angebote haben das Recht der Patienten auf Selbstbestimmung zu gewährleisten.

3.3. Das trialogische Team

Der Projektleitung der Beschwerde- und Vermittlungsstelle steht ein trialogisch zusammengesetztes Team zur Seite.

Das Team besteht aus einer weiteren Fachperson aus dem Bereich der Psychiatrie, einer/einem Angehörigen und einer/einem Betroffenen.

Das trialogische Team soll eine multiprofessionelle und möglichst neutrale Sichtweise auf eine Beschwerde bzw. einen Konflikt fördern und so auch der Qualitätskontrolle dienen.

Die Mitglieder des trialogischen Teams werden für die Dauer der Pilotphase auf Vorschlag der Trägerschaft (Pro Mente Sana) vom Auftraggeber (RPK Zürich, RPK Horgen/Affoltern) gewählt.

Im Trialog haben alle an einer psychischen Krise oder Krankheit Beteiligten - Erfahrene, Angehörige und professionell Tätige - die Möglichkeit, Erfahrungen diesbezüglich gleichberechtigt auszutauschen. Der Trialog fördert das gegenseitige Verständnis und einen respektvollen Umgang untereinander. Die psychische Krise, oder im Fall der Beschwerde- und Vermittlungsstelle einen erlebten Missstand oder Konflikt in der psychiatrischen Behandlung, aus dem Blickwinkel aller Beteiligten zu betrachten hilft, diesen besser zu verstehen und eine eventuelle Vermittlung entsprechend gezielter anzugehen.

3.4. Fachliche Begleitgruppe des Projekts

Das Projekt bzw. die Pilotjahre werden durch eine Begleitgruppe aus diversen Fachpersonen, von Vertretern der beiden Psychiatrieregionen sowie von einer Betroffenen- und einer Angehörigenvertretung fachlich begleitet. Diese Gruppe wurde und wird bei der Verabschiedung der jeweiligen Meilensteine sowie bei fachlichen Fragestellungen beigezogen. Die Begleitgruppe ist wie folgt zusammengesetzt:

- Harald Müller (Vertretung RPK Horgen/Affoltern)
- Dr. med. Uwe Herwig (Vertretung RPK Zürich)
- Marita Verballi (GD Kanton Zürich, Planung Psychiatrie)
- Dr. iur. Claudia Kaufmann (Ombudsfrau Stadt Zürich)
- Dr. med. Elena Meyer – Rocchia (Vertretung KJPD Kt. ZH; ab August 2013)
- Karin Baumann (Betroffenen – Vertreterin; ab August 2013)
- Ruth Dual (Angehörigenvertretung, ehem. Präsidentin VASK ZH)

3.5. Zusammenarbeit und Vernetzung mit den beteiligten Institutionen

Die Arbeit der Beschwerde- und Vermittlungsstelle setzt voraus, dass die Institutionen der beiden Psychiatrieregionen Zürich und Horgen / Affoltern zur Zusammenarbeit bereit sind.

Mit den Kliniken der beiden Psychiatrieregionen mit Versorgungsauftrag wurde die Zusammenarbeit vor Beginn der Pilotphase mittels eines Zusammenarbeitsvertrags geregelt. Darin ist unter anderem auch die Öffentlichkeitsarbeit in Bezug auf die Beschwerde- und Vermittlungsstelle in den jeweiligen Institutionen geregelt (Bekanntmachung bei den Patientinnen und Patienten bzw. Nutzerinnen und Nutzer sowie Angehörigen mittels Flyer, im direkten Gespräch, Aushang usw. -> Hierzu erläutert das Kommunikationskonzept näheres (3.6.)).

Mit allen weiteren öffentlich – rechtlichen und privatrechtlichen Institutionen (sozialpsychiatrische Angebote, Wohnheime usw.) wurde eine entsprechende Vereinbarung, wenn möglich vor Beginn der Pilotphase, angestrebt.

Diese Vereinbarung zeigt auch den grundsätzlichen Willen der Institutionen zur Zusammenarbeit in diesem Projekt auf und ermöglicht der Beschwerde- und Vermittlungsstelle auch einen direkten Zugang zu den Entscheidungsträgern der jeweiligen Institutionen.

Auf diese Weise erhalten die Kliniken auch ein externes „Feedback“ zu ihren Dienstleistungen als Gesundheitsinstitutionen und es wird ihnen ermöglicht, quasi im Rahmen eines Qualitätsmanagement Strukturen und Handlungsweisen zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen.

Die Beschwerde- und Vermittlungsstelle erstellt während dem zweijährigen Pilotprojekt einen jeweiligen Jahresbericht. Der Bericht dokumentiert das Geschehen, die Beratungs- bzw. Beschwerdeschwerpunkte und enthält eine Statistik. Aufgrund dieses Jahresberichts wird mit den Entscheidungsträgern der Institutionen das Gespräch gesucht und die entsprechenden Schwerpunkte besprochen. Diese ermöglichen den Entscheidungsträgern wiederum eine allfällige Verbesserung im Bezug auf Behandlung und Betreuung der Patientinnen und Patienten sowie bei strukturellen internen Abläufen und Handlungsweisen.

3.6. Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit/Vernetzung des Projekt bzw. der Beschwerde- und Vermittlungsstelle

Im Rahmen der Vorbereitungsarbeiten zum Projekt wurde im Weiteren ein Kommunikationskonzept entwickelt.

Das Kommunikationskonzept basiert auf der Annahme, dass es die Zeit und das Engagement aller involvierten Partner braucht, um das neue Projekt der unabhängigen Beschwerde- und Vermittlungsstelle einzuführen und entsprechend bei den Zielgruppen (Patientinnen und Patienten, Angehörige) bekannt zu machen.

Gezielt werden und wurden Betroffene, Angehörige und Fachpersonen auf das neue Angebot aufmerksam gemacht. Dabei spielen die Kommunikationsplattformen der beteiligten Partner und Institutionen eine zentrale Rolle. Namentlich wird dies mittels einer Informationsbroschüre sowie den Webseiten und den internen PR-Instrumenten/Kanälen der Partner und Institutionen erreicht. Im Weiteren wurde auf der Homepage der Pro Mente Sana eine Site aufgeschaltet, welche als Hauptzugangsplattform für die Zielgruppe der Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen zur Beschwerde- und Vermittlungsstelle gelten soll (www.promentesana.ch/beschwerdestelle).

Mit dem Einbezug aller Kommunikationsverantwortlichen in den Kliniken und Institutionen wurde in der Lancierungsphase sichergestellt, dass die interne und externe Kommunikation aufeinander abgestimmt ist.

Informationsveranstaltungen vor Ort in den Kliniken und Institutionen durch die Leitung der Beschwerde- und Vermittlungsstelle sind ebenfalls Teil des Kommunikationskonzepts und wurden auch entsprechend durchgeführt:

- ERFA – Gruppe der Sozialpsychiatrischen Institutionen, Zürich.
- Referat am Sozialpsychiatrischen Kolloquium am Zentrum für Soziale Psychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK).
- Pflege- und Therapiekader der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK).
- Team Sozialarbeit der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK).
- Ärzterapport des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Zürich (KJPD).

Im Weiteren haben Kontakte mit ähnlichen Angeboten in der Projektregion stattgefunden. Im Vorfeld und während der Projektplanung wurden Gespräche mit dem Ombudsmann des Kantons Zürich geführt, die Ombudsfrau der Stadt Zürich wurde in die Begleitgruppe miteinbezogen und leistet mit ihrem Know – how von Beginn weg einen wichtigen Beitrag zum erfolgreichen Aufbau dieses Projekts.

Ebenfalls zwecks Know – how – Transfer hat die Projektleitung eine bestehenden, von Betroffenen und Angehörigen geführten Beschwerde- und Vermittlungsstelle für die Psychiatrie in München (D) besucht. Solche Beschwerdestellen haben in Deutschland bereits eine längere Tradition, sind in den meisten Regionen etabliert und dort vielfach Bestandteil der psychiatrischen Gesamtversorgung.

3.7. Projektfinanzierung

Die Projektfinanzierung besteht insbesondere aus Beiträgen der beiden regionalen Psychiatriekommissionen Zürich und Horgen/Affoltern.

Weiter erbringt die Pro Mente Sana als Trägerschaft eine gewisse Eigenleistung. Zusätzlich konnte für das erste Pilotjahr einen Beitrag des Lotteriefonds des Kantons Zürich erwirkt werden.

Für die Durchführung eines 2. Pilotjahres wurde von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich ein einmaliger Beitrag gewährt, sowie ein erneuter kleinerer Beitrag von Seiten der regionalen Psychiatriekommission bewilligt.

Die längerfristige Finanzierung des Projekts, insbesondere ein institutionalisierter Betrieb einer unabhängigen Beschwerde- und Vermittlungsstelle für psychisch kranke Menschen, ist nicht gesichert. Die Klärung einer solchen ist unter anderem Ziel der laufenden externen Evaluation des Projekts durch die Firma *ecoplan*.

3.8. Aktueller Stand des Projekts

Nach der erfolgreichen Durchführung des ersten Pilotjahres sind insgesamt 23 Beschwerden von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen eingegangen.

Unzufriedenheit in der Betreuung und Behandlung bzw. im Therapieverlauf sowie das Themenspektrum der Zwangsmassnahmen und Fürsorgerischen Unterbringungen (FU) sind die Schwerpunkte bei den gesamthaft eingegangenen Beschwerden und Beratungsanfragen.

Über die Details der eingegangenen Beschwerden sowie der daraus folgenden Arbeits- und Vorgehensweise der Beschwerde- und Vermittlungsstelle wurde in einem Tätigkeitsbericht zum ersten Pilotjahr ausführlich berichtet.

Dieser Bericht wurde mit den einzelnen betroffenen Kliniken bzw. den Entscheidungsträgern in einem Gespräch individuell erläutert.

Diese Zusammenarbeit bzw. dieses Feedback an die Kliniken wurde wohlwollend aufgenommen und Massnahmen diesbezüglich wurden in Aussicht gestellt. Dies darf bezüglich der Zielsetzung des Projekts als ersten Erfolg angesehen werden. Eine detaillierte Auswertung wird durch den bereits erwähnten Evaluationsbericht der Firma *ecoplan* erwartet.

Ab dem 1. Oktober 2014 wurde das zweite Pilotjahr gestartet, welches bis zum Gesamtabschluss des Projekts Ende September 2015 dauern wird.

Wie erwähnt ist eine definitive Einführung der unabhängigen Beschwerde- und Vermittlungsstelle nach Ablauf des Projekts nicht gesichert.

Stiftung Pro Mente Sana
Andreas Daurù,
Hardturmstrasse 261
Postfach
8031 Zürich
044 446 55 14