

Projektwettbewerb 2021

AGSBA – Alters- und Gesundheitsstrategie für den Bezirk Affoltern (für die Jury-Sitzung nominiert)
Projektleiter AGSBA, Steuerungsausschuss AGSBA
Projektskizze (Zusammenfassung): Mit der Alters- und Gesundheitsstrategie für den Bezirk Affoltern (AGSBA) soll in einem breit abgestimmten und von den relevanten Stakeholdern unterstützten Projekt eine bezirksweite Strategie für die Behandlung der Gesundheits- und Altersthemen im gesamten Bezirk entwickelt werden. Das von allen Gemeinden und Leistungserbringern getragene Projekt orientiert sich an folgendem Leitbild: „Die an den Bedürfnissen der Bevölkerung ausgerichtete horizontal und vertikal integrierte Gesundheitsversorgung im Bezirk wird als führend wahrgenommen.“
Ziel(e): Das Projekt AGSBA hat zum Ziel, die Gesundheitsversorgung im Bezirk Affoltern auf die integrierte Versorgung auszurichten. So sollen die hochstehende Qualität bei vertretbaren Kosten aufrechterhalten bleiben und die Angebote an Gesundheitsdienstleistungen sich an den Bedürfnissen der Bevölkerung orientieren. Dies soll durch die vermehrte Zusammenarbeit und Koordination auf - horizontaler Ebene (zwischen Leistungserbringern auf derselben Stufe, z.B. Hausärzte) oder - vertikaler Ebene (zwischen Leistungserbringern auf vor- oder nachgelagerten Stufen (z.B. Hausarzt, Spital, Spitex, stat. Pflege) erfolgen.
Nutzen für die Patient:innen: Die Gesundheitsversorgung im Bezirk Affoltern trägt primär dem Bürger und Patienten Rechnung. Sie reflektiert die verschiedenen Erwartungen und Sichtweisen der involvierte Stakeholder. Die Eigenverantwortung der Patienten wird gestärkt. Die Versorgung wird nicht nur qualitativ hochstehend, sondern auch wirtschaftlich nachhaltig gestaltet.
Vernetzung(en) innerhalb der Gesundheitsversorgung: Die künftige Versorgung orientiert sich an der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und damit an den Bedürfnissen der Patienten. Die Zusammenarbeit erfolgt über die Grenzen der einzelnen Silos hinweg, primäre und unterstützende Wertschöpfungsketten werden koordiniert. Dies kann horizontal, also zwischen Leistungserbringern der gleichen Stufe (z.B. zwei und mehr Hausärzte) oder vertikal zwischen Leistungserbringern auf vor- oder nachgelagerten Stufen (Hausarzt, Spital, stationäre Pflege, ...) erfolgen. Die „interdisziplinär“ zusammengesetzte Projektorganisation (Politik, Leistungserbringer, Bürger) sichert die geforderte Vernetzung.
Innovative Aspekte: 1. Sämtliche Gemeinden und Leistungserbringer erkennen den grossen Nutzen des Projekts und tragen es nun schon seit 1 ½ Jahren aktiv mit. 2. Integrierte Versorgung für - Ambulante und stationäre Grundversorgung - Alter, Pflege und Betreuung - Prävention - Koordination wird aktiv gelebt und gestaltet.
Stand der Umsetzung:

- Mai bis Dezember 2019: Initialisierung, Motivation, Organisation - Januar 2020 bis Oktober 2021: Kick off, Ziele, Analyse, SWOT, Handlungsfelder, Definition der Schwerpunkte und Initiativen (Roadmap) - 2021: Sechs Arbeitsgruppen arbeiten vernetzt an den Initiativen: Zukunft Spital Affoltern; Förderung der Hausarztmedizin; Alter, Pflege und Betreuung; Konsolidierung der heutigen Präventionsangebote; Optimierung von Koordinationsangeboten; Koordination: Definition der künftigen Angebote
- Die Erkenntnisse und Massnahmen fliessen laufend in die Aktivitäten der Beteiligten (Politik, Leistungserbringer, Projekte bezgl. Alter und Gesundheit) ein. Breitflächige operative Umsetzungen werden ab 2022 erwartet.

Arud HCV Peer to Peer Projekt

Arud Zentrum für Suchtmedizin

Projektskizze (Zusammenfassung):

Hintergrund ist die (zu-)hohe HCV-Prävalenz in der Gruppe der Substanzmittelgebrauchenden. Ziel ist, durch den Einsatz von Peers das Präventionswissen und die Testing- sowie die Therapierate deutlich zu erhöhen. Zur Wissenschaftlichen Einbettung erfolgen Datenerhebungen in Zürich, Bern und Basel, wobei Bern und Basel als Kontrollgruppe dienen. Die somatische Situation bei Patienten und die Kommunikation zwischen den Institutionen (und den Patienten) soll verbessert werden.

Ziel(e):

Der Zugang zur Gruppe der Substanzmittelgebrauchenden soll verbessert werden. Ziel ist, dadurch eine erhöhte Sensibilisierung für das Thema HCV in der Gruppe der Substanzmittelgebrauchenden zu erreichen, um dadurch eine Verhaltensänderung herbeizuführen. Parallel dazu soll auch die Wirksamkeit von Peerarbeit im niederschweligen Drogenbereich untersucht werden.

Nutzen für die Patient:innen:

Das kompetent und auf Augenhöhe vermittelte Wissen zu Hepatitis C: Den Symptomen, den Therapiemöglichkeiten, der Stolpersteine und der verbesserten Lebensqualität nach erfolgter Behandlung. Dies führt, zusammen mit einer aktiven Begleitung der Patienten zu einem Mehrwert für das Individuum und (bei einer Verminderung der Prävalenz) für die Gesellschaft.

Vernetzung(en) innerhalb der Gesundheitsversorgung:

Die Kommunikation zwischen der Institution und den Nutzer*Innen erfordert in spezifischen Bereichen eine Übersetzungsleistung. Diese wird von den Peers geleistet. Als ehemalige HCV-Patienten und Drogengebraucher*Innen sind sie prädestiniert, die Anliegen der Institution Adressat*Innen gerecht zu transportieren. Durch ihren thematisch umrissenen Einsatz in unterschiedlichen Institutionen fördern die Peers auch die Kommunikation zwischen den Playern.

Innovative Aspekte:

Der Einsatz von Peers in der niederschweligen Arbeit ist zwar häufig diskutiert aber im deutschsprachigen Raum selten konsequent umgesetzt. Ihre Schulung in Fach- und Sozialkompetenzen nimmt einen grossen Raum innerhalb des Projektes ein. Sie werden befähigt, ihre Rolle als Vermittler*innen zwischen den "Professionellen" und der Klientel wahrzunehmen. Das Projekt ist Herausforderung (und Bereicherung) für die Institution als Arbeitgeber

Stand der Umsetzung:

Das Projekt läuft seit bald zwei Jahren. Die Finanzierung ist bis Ende 2020 gesichert. Die Basiserhebung ist abgeschlossen. Diverse Aktionen und Präsentationen in Institutionen und Gremien haben stattgefunden. Artikel und Berichte in Fachpublikationen sind erschienen. Eine kontinuierliche Präsenz der Peers, in und um die Zürcher Institutionen, findet statt. Die zweite Erhebung läuft, ebenso werden die Peers nach wie vor weitergebildet. Eine geeignete Weiterführung des Projektes ist im Gespräch.

Betreutes Wohnen - Selbständiges Leben im Alter fördern mit Digital Health

MiSANTO, Smart Thurgau, Mein Thurgau

Projektskizze (Zusammenfassung):

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen bietet neue Möglichkeiten, die Gesundheit älterer Menschen zu schützen und vor allem das selbstständige Leben im Alter zu fördern. Mit unserem Projekt „Betreutes Wohnen“ haben wir es uns zum Ziel gemacht, einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen zu leisten, um ihre Integration und Teilhabe im Alltags- und Arbeitsleben zu fördern sowie das selbstständige Leben im Alter in den eigenen vier Wänden zu fördern.

Ziel(e):

Das Ziel unseres Projekts ist es, die Lebensqualität älterer Menschen zu verbessern. Hierbei möchten wir die Integration und Teilhabe im Alltags- und Arbeitsleben fördern sowie das selbstständige Leben im Alter in den eigenen vier Wänden länger möglich machen. Dabei spielen digitale Assistentinnen eine wesentliche Rolle.

Nutzen für die Patient:innen:

PatientInnen profitieren von unserem Projekt, indem sie an Eigenständigkeit und Unabhängigkeit gewinnen. Das Leben im Alter wird erfüllt bleiben und das Bewusstsein wird geweckt, dass das Leben zuhause die gleiche Sicherheit bietet wie in einer Pflegeinstitution.

Vernetzung(en) innerhalb der Gesundheitsversorgung:

Im Projekt Betreutes Wohnen - Selbständiges Leben im Alter möchten wir Digital Health Potenziale der digitalen Transformation nutzen. Hierbei gilt es einzelne Technologien von verschiedenen Partnern zu einem vernetzten Eco-System zu verknüpfen, um so aus diesem spannenden Konzept eine praxis-taugliche Anwendung zu entwickeln.

Innovative Aspekte:

Die innovativsten Aspekte unseres Projektes liegen darin, dass sie den Grundstein für ein gerechtes, patientenzentriertes und intelligentes Gesundheitssystem legen. Dieses zeichnet sich vor allem dadurch aus, dass wir Altersdiskriminierung aus dem Weg räumen.

Stand der Umsetzung:

Minimal viable Funktionen und roll-out im Herbst 2021

Careum Summer School 2022 – Den älteren Menschen und deren Angehörigen im Quartier selbstbestimmt und interprofessionell unterstützen.

Careum Stiftung, Abteilung Bildungsmanagement

Projektskizze (Zusammenfassung):

Die Careum Summer School (CSS) ist ein innovatives interprofessionelles Ausbildungsformat, bei dem ältere Menschen und deren Angehörigen mit Lernenden und Studierenden aus den Gesundheits- und Sozialberufen miteinander, voneinander und übereinander lernen. Ältere Menschen und deren Angehörigen entwickeln mit Lernenden und Studierenden in deren persönlichen Umfeld/ Quartier Projektideen, um deren Leben gesundheitlich und sozial zu erleichtern.

Ziel(e):

Das Format leistet an der Schnittstelle zwischen Bildung und Versorgung einen wichtigen Beitrag für die Gesundheits- und Sozialversorgung von morgen. Das Format soll ältere Menschen und deren Angehörigen in ihrem Umfeld/im Quartier mit Ihren Bedürfnissen in den Mittelpunkt stellen, um über gemeinsam erarbeitete Projektideen eine Verbesserung ihrer Lebensqualität zu erreichen.

Nutzen für die Patient:innen:

Die im Quartier lebenden älteren Menschen und deren Angehörige werden in das interprofessionelle Ausbildungsformat einbezogen, um situativ auf deren Umfeld/Quartier bezogen, Projektideen mitzuentwickeln, um ein selbstbestimmtes Leben führen zu können.

Vernetzung(en) innerhalb der Gesundheitsversorgung:

Um eine breite Perspektive, der an der Versorgung beteiligten Fachpersonen zu erhalten, ist die Teilnahme von Berufsgruppen aus Gesundheit und Sozialem sinnvoll.

Interprofessionalität bedeutet, dass Fachleute aus unterschiedlichen Disziplinen nicht nur einfach zusammenarbeiten, sondern ihre Arbeit koordinieren und aufeinander abstimmen. Somit kann bereits in der Ausbildung eine Haltung entwickelt werden, die den beruflichen Alltag im Bereich Gesundheit und Sozialem (Fachfrau/Fachmann Gesundheit, Pflege HF/FH, Physiotherapie, Ergotherapie, Humanmedizin, Sozialarbeiter) prägen. Ältere Menschen und deren Angehörige werden als Mitglieder im interprofessionellen Team verstanden.

Innovative Aspekte:

Der interprofessionelle Ansatz, bei dem die älteren Menschen und deren Angehörigen im Mittelpunkt stehen und gemeinsam mit Lernenden und Studierenden aus den Bereichen Gesundheit und Sozialem Ideen zur Verbesserung der eigenen Lebensqualität entwickeln, kann als innovativer Ansatz gelten.

Dadurch kann bereits in der Ausbildung die Haltung entwickelt werden, dass interprofessionelle Zusammenarbeit mit Einbezug der Betroffenen positive Auswirkungen auf die Versorgung hat. Dieser Ansatz ist in der Literatur auch als User-Involvement beschrieben. Durch die Umsetzung der Ideen in der realen Lebenswelt der Betroffenen soll eine nachhaltige Umsetzung gewährleistet werden.

Stand der Umsetzung:

Die Careum Summer School als Lernsetting wurde bereits zweimal erfolgreich mit Lernenden und Studierenden aus dem Gesundheitsbereich sowie mit Patienten und Angehörigen durchgeführt. Das Lernsetting soll nun auf die Gruppe von älteren Menschen und deren Angehörigen in deren Umfeld/ Quartier sowie auf das User-Involvement und auf die Sozialberufe ausgedehnt werden.

EduDerm study – Edukationsvideos für Eltern von einem Kind mit atopischer Dermatitis (AD)
Universitäts Kinderspital Zürich
Projektskizze (Zusammenfassung): Die AD ist die häufigste chronische, rezidivierende Hauterkrankung bei Kindern. Für den Erfolg der Therapie ist die Edukation der Eltern von betroffenen Kindern zentral. In diesem Projekt wurde eine innovative, nutzerfreundliche Methode für die Wissensvermittlung kombiniert – digital Storytelling mit Videos – mit dem Ziel Informationen möglichst einfach darzustellen und die Eltern durch reale Geschichten anzusprechen.
Ziel(e): Mit diesem Projekt wollen wir einfach zugängliche, gut verständliche und evidenzbasierte Edukationsvideos für Eltern von Kindern mit AD in verschiedenen Sprachen zu.
Nutzen für die Patient:innen: Einfach zugängliche und gut verständliche Edukation hat das Potential das Wissen und Verständnis über die Erkrankung zu verbessern. Die Befähigung der Eltern, dass sie die Erkrankung ihres Kindes erfolgreich managen können, steht im Zentrum. Die Testung der Videos hat gezeigt, dass die Eltern durch die Videoedukation weniger Sorgen bezüglich topischen Kortisonen haben. Wenn die Eltern weniger Sorgen und mehr Wissen in Bezug auf ein Medikament haben, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie es auch längerfristig anwenden. Online Edukationsvideos mit der Methode Storytelling scheint eine erfolgreiche Kombination in Bezug auf die Glaubwürdigkeit, die Verständlichkeit und die Nachhaltigkeit der vermittelten Informationen zu sein.
Vernetzung(en) innerhalb der Gesundheitsversorgung: Die Vernetzung, mit dem Ziel die Behandlung der Kinder mit AD gemeinsam zu optimieren, war ein zentraler Punkt in der gesamten Projektentwicklung. Wir können bei diesem Projekt auf bewährte externe Kooperationen mit verschiedenen Organisationen zurückgreifen. Ebenfalls haben wir in diesem Projekt mit Praxispädiatrem zusammen gearbeitet, welche bei der Evaluation dieser Videos mitgeholfen haben. Ergänzend haben sich intern verschiedene Professionen am Projekt beteiligt. Weiter haben wir Eltern von betroffenen Familien für die Evaluation der Videos wie auch in den Videos selbst in das Projekt eingebunden. Die breite Vernetzung in diesem Projekt, den Wissenstransfer sowie die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Organisationen, internen und externen Professionen, Eltern von betroffenen Kindern sowie zwischen Grundversorgung und Universitäts-Kinderspital Zürich.
Innovative Aspekte: Die Videos wurden mittels der Methode „Storytelling“ umgesetzt - eine innovative, kreative, nachhaltige und zeitgemässe Art und Weise. Eltern von betroffenen Kindern können sich mit den Geschichten identifizieren dadurch ist die Glaubwürdigkeit der vermittelten Informationen hoch. Durch die Untertitelung der Videos in verschiedene Sprachen erreichen wir auch Familien, welche aufgrund von Sprachbarrieren oder ihres sozioökonomischen Status keinen einfachen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben.
Stand der Umsetzung:

Die Videos sind seit anfangs 2021 online unter <https://www.kispi.uzh.ch/de/patienten-und-angehoerige/pflege/pflegeberatung/wundberatung/Seiten/default.aspx>

Der nächste Schritt ist die Untertitelung der Videos in fünf Sprachen (Englisch, Französisch, Italienisch, Portugiesisch und Albanisch).

Multimed
CSS Kranken-Versicherung AG
Projektskizze (Zusammenfassung): Das alternative Versicherungsmodell Multimed der CSS Versicherung macht die medizinische Versorgung flexibler, zuverlässiger und günstiger. Das neue digitale Grundversicherungsmodell Multimed kombiniert die Kundenvorteile von Hausarzt und Telemedizin (Koordinationspartner), hilft durch einen durchgängigen Patientenpfad Prämien zu sparen und reduziert den Selbstbehalt.
Ziel(e): Durch einen flexiblen Zugang soll dem Kunden ermöglicht werden, je nach gesundheitlichem Anliegen seine bevorzugte Anlaufstelle (Hausarzt, Telemediziner, myGuide) aufzusuchen. Egal welche Anlaufstelle er wählt, ist gewährleistet, dass seine Behandlungsinformationen vorliegen, resp. weitergeleitet werden. Durch die lückenlose Dokumentation entstehen keine Doppelspurigkeiten und der Kunde wird optimal versorgt.
Nutzen für die Patient:innen: • Flexibler Zugang in die Grundversorgung • Optimale medizinische Versorgung • Transparenter Behandlungsverlauf auf dem Kundenportal myCSS • Digitaler Ratgeber myGuide im Kundenpfad integriert • Reduzierter Selbstbehalt
Vernetzung(en) innerhalb der Gesundheitsversorgung: Durch den gelebten Informationsaustausch zwischen Hausarzt und Telemediziner ist gewährleistet, dass der Kunde immer optimal versorgt wird. Der digitale Ratgeber myGuide bietet zudem die Möglichkeit, die bereits im Rahmen des Assessment beantworteten Fragen direkt weiterzuleiten. So dass auch über diese Anlaufstelle die Informationen für die weitere Behandlung zur Verfügung stehen. Der Kunde steht mit seiner Behandlung im Mittelpunkt. Über das Kundenportal myCSS hat er jederzeit Zugriff auf sämtliche für seine Behandlung relevante Informationen.
Innovative Aspekte: • Enge Zusammenarbeit/Informationsaustausch zwischen Hausarzt und Telemediziner. • Ausstellen von Behandlungsplänen (Festhalten der besprochenen Massnahmen während der Sprechstunde) durch die Koordinationsstelle. • Visualisierung des Behandlungsverlaufs und der Behandlungspläne (über den MedicalSafe) auf dem Kundenportal myCSS. • Kein Informationsverlust bei Nutzung von myGuide (digitaler Ratgeber). Direktes Weiterleiten des Assessments bei Empfehlung einer Koordinationsstelle. • In der Sekundärversorgung (Spezialisten, Spitäler etc.): Zusammenarbeit mit ausgewählten Leistungserbringer, die die Qualitätskriterien der CSS und der Koordinationspartner erfüllen.
Stand der Umsetzung: Multimed wurde per 01.01.2020 in den Kantonen Luzern, Bern, Basel-Stadt und Basel-Landschaft erfolgreich eingeführt. Auf den 01.01.2021 ist die schweizweite Ausweitung geplant. Hierbei ist der Grossraum Zürich für die CSS ein besonders relevanter Markt.

NOA Coach - Optimierte Behandlung von Alkoholproblemen durch digital unterstütztes Selbstmanagement (für die Jury-Sitzung nominiert)
Suchtfachstelle Zürich, Fachstellen Sucht Kanton Zürich (FSKZ), Institut für Sucht und Gesundheitsforschung (ISGF)
Projektskizze (Zusammenfassung): In der Schweiz beginnen ca. 10'000 Pers./J. eine ambulante Alkoholbehandlung; etwa die Hälfte schliesst diese regulär ab. In Ergänzung zur Face-to-Face-, Telefon- und Onlineberatung können KlientInnen künftig in ihrem Alltag von der App NoA-Coach profitieren. NoA-Coach kombiniert individualisiertes, digitales sowie zeit- und ortsunabhängiges Selbstmanagement via Chatbot mit persönlicher Unterstützung durch Fachpersonen. Dadurch werden Selbstmanagement und Empowerment gestärkt, die Autonomie erhöht.
Ziel(e): • Die App „NoA-Coach“ ist entwickelt, verfügbar, funktionsfähig, datenschutzkonform. • 13 Suchtfachstellen im Kanton Zürich beteiligen sich während der Pilotphase bei der Erprobung. • Die App wird in die Beratungspraxis integriert und fördert die therapeutische Kontinuität zwischen Beratungsterminen. • Evaluation bezüglich Akzeptanz, Nutzung, Aspekte der Wirksamkeit der App (Sicht Klientel und TherapeutInnen). • Erkenntnisse fliessen in die Weiterentwicklung ein, anschliessend steht NoA-Coach weiteren Fachorganisationen zur Verfügung.
Nutzen für die Patient:innen: • KlientInnen werden durch kontinuierliches, digital-unterstütztes Selbstmanagement in der Erreichung ihrer Ziele und Beibehaltung nicht-problematischen Alkoholkonsums unterstützt. • Die individualisierte App und ein Chatbot fördern die Motivation, den Beratungsprozess weiterzuführen und in Notsituationen der Beratungsperson über die App eine Nachricht zu schreiben. • Rückfälle sowie Behandlungsbedarf und -kosten werden reduziert, die Lebensqualität wird verbessert, die Autonomie erhöht.
Vernetzung(en) innerhalb der Gesundheitsversorgung: • Die Initiative für das Projekt erfolgte durch ein interdisziplinäres, gut vernetztes Konsortium mit viel Erfahrung in den Bereichen eHealth, mHealth und Suchterkrankungen. Während einer Pilotphase werden alle psychosozialen Suchtfachstellen u.a. im Kanton Zürich geschult und einbezogen. • Die App soll auf andere Substanz-/Verhaltensabhängigkeiten erweitert und für andere Behandlungssettings zur Verfügung gestellt werden (inkl. Schulung).
Innovative Aspekte: • Das Projekt zur Pilotierung der App NoA-Coach besitzt in der Schweiz Pioniercharakter im Bereich der Selbstmanagementförderung bei Alkoholproblematik. Die Kombination von Face-to-Face-Beratung mit einem digitalen Instrument ist erstmalig.

- Weiteres Novum ist das Coaching über eine Instant Messaging-Plattform, über die sowohl das automatisierte Monitoring und Coaching durch einen Chatbot als auch die Kontaktaufnahme und Kommunikation mit der begleitenden Psychotherapeutin möglich ist.

Stand der Umsetzung:

- App-Entwicklung und Pretesting: 6/20 abgeschlossen
- Einführung und Schulung von 116 Beratungspersonen (schwerpunktmässig in den Kantonen Zürich und Bern): 8-9/20 abgeschlossen
- App-Erprobung mit Beratenden und KlientInnen: 9/20 – 5/21
- Evaluation (Nachbefragung bei Klientel und Beratungspersonen): 3/21-9/21
- Evaluationsbericht: 11/21
- Weiterentwicklung und Dissemination: ab 1/22

recovery@home (für die Jury-Sitzung nominiert)

reha at home AG, Schulthess Klinik

Projektskizze (Zusammenfassung):

Für die Genesung der Patienten ist es entscheidend, dass die Leistungserbringer während des Behandlungspfades vernetzt sind. Bei den anstehenden Themen - Kostendruck, „Ambulant vor Stationär“, demografischer Wandel - wird dies in Zukunft noch wichtiger. reha@home nimmt eine Brückenfunktion ein und erbringt alle Nachsorgeleistungen (Patiententransport, Reha, Pflege, etc.) im Raum Zürich in Abstimmung mit den involvierten Stellen aus einer Hand. Siehe Beitrag SRG: [SRF Gesundheit heute reha@home](#)

Ziel(e):

Mit dem Projekt recovery@home beabsichtigt reha@home und die Schulthess Klinik die optimale und rasche Genesung der Patienten nach einem Klinikaufenthalt, nach Möglichkeit zuhause. Damit dies erreicht werden kann, ist es wichtig, dass alle benötigten, qualitativ hochwertigen Leistungen unkompliziert aus einer Hand und nahtlos nach dem Klinikaustritt übernommen werden – ein rundum Wohlfühlpaket sozusagen für unsere Patienten, welches sie in ihrem gewohnten Umfeld beziehen können.

Nutzen für die Patient:innen:

Für den Patienten bedeutet dies, dass er keine Versorgungslücke nach dem Austritt erfährt und die Leistungen der Nachsorge nahtlos zu Hause weitergehen. Zudem wird dem Patienten die Koordination der unterschiedlichen Leistungen abgenommen und er hat nur noch eine Ansprechperson. Das schafft Sicherheit und Vertrauen, was in der Nachsorge zentral ist. Ein weiterer Vorteil ist, dass Patienten in einem Reha-Setting oder in komplexen Situationen nun auch zu Hause behandelt werden können.

Vernetzung(en) innerhalb der Gesundheitsversorgung:

reha@home ist Leistungserbringer und Koordinationsstelle zwischen den einzelnen Institutionen und Fachpersonen. Dadurch wird ermöglicht, dass im Tagesgeschäft, aber auch übergreifend ein Informationsfluss stattfindet und somit ein Lern- und Optimierungsprozess über die Grenzen der einzelnen Institutionen hinaus etabliert werden kann. Verbesserungen entlang des ganzen Patientenpfades können so – mittels Plattform-Ansatz zwischen Kliniken, reha@home und Leistungserbringern – erreicht werden.

Innovative Aspekte:

reha@home ist der einzige Gesamtanbieter, welcher alle Leistungen (Physio-, Ergotherapie, rehabilitative Pflege, Pflege, Patiententransport, Komfortleistungen, etc.) aus einer Hand nach einem Klinikaufenthalt anbietet. Dies ermöglicht den Klinikaustritt für den Patienten zum ersten Mal vollständig abzubilden. Zudem ist reha@home Pionier, wenn es darum geht, Rehabilitation beim Patienten zu Hause zu ermöglichen. Online-Sprechstunde oder robotergestützte Rehabilitation sind in Entwicklung.

Stand der Umsetzung:

Im Sommer 2018 wurde die reha@home von der RehaClinic Gruppe und der Knecht Gruppe gegründet. Im Winter 2018 wurde der erste Patient bei reha@home aufgenommen. Die Schulthess Klinik ist Pionier-Partner von reha@home, zusammen haben sie 2019 das Projekt recovery@home ins Leben gerufen. Mittlerweile werden über 100 Patienten aus dem Raum ZH/AG bedient und weitere Kliniken wurden Partner. Die Einnahmen (kassenpflichtig und Selbstzahler) decken bereits einen grossen Anteil der Betriebskosten.

@K12: Schulungsplattform für Digital-Coaches (für die Jury-Sitzung nominiert)

"Projektkonsortium "@K12" (Careum Hochschule Gesundheit, GZ Hirzenbach)"

Projektskizze (Zusammenfassung):

Im Projekt "@K12 digital" wird die technische und digitale Medienkompetenz von Patient*innen mit Langzeitpflegebedarf im Zürcher Kreis 12 (Schwamendingen) gestärkt. Für die Aneignung technischer Kompetenz sowie der Stärkung des selbstbestimmten Umgangs mit digitalen Medien braucht es gute fachliche Begleitung. Zu diesem Zweck erarbeiten wir eine digitale Lernplattform, die es interessierten Personen ermöglicht, sich als Digital-Coaches ausbilden zu lassen.

Ziel(e):

- Schulungsplattform entwickeln
- Ausbildung zertifizierter Coaches
- Technik-Aneignung älterer Menschen (userzentrierter Prozess)
- Community Building

Genaue Konzeption:

- Schulungsplattform mit Kursen:
- Kurse mit besprochenen Folien
- Einbindung von Lernvideos
- Vermittlung von didaktischen und technischen Grundlagen
- "Train-the-Trainer" - Konzept
- Gestaltung von Workshops und Gruppentreffen
- Tandem-Konzept
- Buddyprinzip (peer-to-peer-Schulung)
- Personalisierte Hilfe

Nutzen für die Patient:innen:

- Patient*innen erhalten individuell angepasste Technikunterstützung von zertifizierten Coaches
- Patient*innen eignen sich gleichzeitig begleitet und selbstbestimmt digitale Kompetenzen an, um sich in der digitalen Infrastruktur zurecht zu finden (Corona-Warn-App, Onlinebanking, Onlinekommunikation, Onlinedoktor, Onlinetermine, Online-Shopping usw.)
- Patient*innen und Coaches bauen langfristige Beziehungen auf, welche nachhaltig zum Community-Building und intergenerationalem Austausch im Sinne einer Sorgenden Gemeinschaft on- und offline beitragen.

Vernetzung(en) innerhalb der Gesundheitsversorgung:

- Digitale Kompetenzen für Kommunikation und Information
- Vernetzung von Hilfesuchenden mit Hilfeleistenden
- Unterstützung von sorgenden Gemeinschaften
- Einbindung von Institutionen (Spitex, Sozialstamm)
- Persönlicher Kontakt zu Fachleuten

Innovative Aspekte:

Die Entwicklung einer Schulungsplattform im «Train-the-Trainer»-Format durch angehende Wissenschaftler*innen der Interaktionswissenschaften. Diese leistet:

- Eine Online zu offline Verbindung
- Ansprechpartner*innen/Kommunikation über digitale Settings
- Partizipativ erzeugter Inhalt
- Studierende der Mensch-Computer-Interaktion, entwickeln partizipativ Kurselemente (Einbezug von Forschung und Lehre)

Stand der Umsetzung:

Das Projekt befindet sich im Abschluss der Konzeptionsphase. Aktuell läuft:

- Die Planung des Projektseminars für Studierende
- Der Einbezug in den Designprozess der Plattform
- Erste Mock-ups und Konzeptualisierung der Plattform

Die nächste Phase ist die Entwicklung der Plattform.

Spitalclowns im multiprofessionellen Behandlungsteam des Kinderspitals Zürich
Universitäts-Kinderspital Zürich, Dream Doctors Project Israel
Projektskizze (Zusammenfassung): Bei Behandlung und Therapie im Spital müssen Kinder oft schmerzhaft und belastende Prozeduren über sich ergehen lassen. Um diese Situationen besser zu begleiten, hat das Kispi zwei Spitalclowns angestellt. Sie unterstützen Kinder/Jugendliche & Familien bei Interventionen, Angst und Schmerzen zu bewältigen. Als Teil des multiprofessionellen Behandlungsteams bieten die Spitalclowns den Kindern und ihren Bezugspersonen die Möglichkeit auch wiederkehrende, unangenehme Interventionen positiver zu erleben.
Ziel(e): Chronisch kranke/traumatisierte Kinder erhalten bei schmerzhaften Interventionen kontinuierliche Begleitung durch die Spitalclowns. Die enge Zusammenarbeit von Health Professionals und Spitalclowns stärkt Stabilität und Vertrauen im Behandlungsprozess, wodurch wiederkehrende Interventionen positiver erlebt werden und die Kooperationsfähigkeit steigt. Angst- und Schmerzprävention durch Spitalclowns ist Teil des Schmerzkonzeptes. Health Professionals erhalten Inputs zu Kommunikation und Techniken der Ablenkung.
Nutzen für die Patient:innen: Humanisierung der Kinderspitalwelt: Kinder und Familienangehörige erleben unangenehme, für die Behandlung nötigen Interventionen positiver. Sie machen neue Erfahrungen mit bekannten Situationen und erleben dabei auch Selbstwirksamkeit. Durch positive Erlebnisse während der Behandlung gewinnen sie Vertrauen in sich selber, gerade im Umgang mit schwierigen Prozeduren. Sie erlernen Techniken, wie sie sich selber ablenken oder als aktiven Teil einbringen können.
Vernetzung(en) innerhalb der Gesundheitsversorgung: Das Projekt fördert in einem starken Masse die interprofessionelle und interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der Institution. So sind Abteilungen wie z.B. Anästhesie – Pflegedienst – Therapien – ärztlicher Dienst, wie auch die Bereiche Bildung und Forschung involviert. Weiter findet eine internationale Vernetzung mit den erfahrenen Dreamdoctors aus Israel und zu Sensibilisierungs- und Schulungszwecken auch mit niedergelassenen Pädia:terinnen/Pädiater im Raum Zürich statt.
Innovative Aspekte: Die Innovation dieses Projekts ist die erstmalige feste Anstellung von Spitalclowns an einem Spital. Durch die stabile, kontinuierliche Präsenz der Spitalclowns an 5 Arbeitstagen tagsüber können sie von den Health Professionals auf Abruf oder Voranmeldung zu Interventionen bei herausfordernden Patientensituationen beige:zogen werden. Sie kennen die Lokalität, die Behandlungssituationen, Abläufe, oftmals die Patienten und Patientinnen, die Mitarbeitenden und sind dadurch fest in den Behandlungsteams integriert.
Stand der Umsetzung: Das im Sept. 2018 gestartete Projekt wurde systematisch entwickelt, evaluiert und ist in der Implementierungsphase. Das Angebot der Spitalclowns hat sich in der Zusammenarbeit mit den Health Professionals sowie bei Kindern und Familien im Spital etabliert, kann weitergeföhrt und ausgebaut werden. Mit einem Mini-Symposium im Januar 2020 konnte ein Höhepunkt begangen werden, wo die Arbeit der Spitalclowns internen und externen Health Professionals bekannt gemacht und Forschungsaktivitäten initiiert wurden.

Spital Zollikerberg Zuhause (für die Jury-Sitzung nominiert)

Institut Neumünster, Spital Zollikerberg, LUNGE ZÜRICH

Projektskizze (Zusammenfassung):

„Spital Zuhause“ (engl. „Hospital at home“) bietet Menschen mit hospitalisationsbedürftigen Erkrankungen eine mit der Spitalbehandlung qualitativ vergleichbare Therapie im häuslichen Umfeld. Neben dem Einsatz von Telemedizin sind regelmässige Visiten durch Pflegefachpersonen, Therapeut*innen sowie Ärzt*innen des Spitals Zollikerberg vorgesehen. Die medizinische Versorgung umfasst nicht nur eine spitaläquivalente Therapie, es sind auch verschiedene diagnostische Massnahmen möglich.

Ziel(e):

Das Projekt soll aufzeigen, inwiefern Patient*innen mit klar definierten akuten Erkrankungen, bzw. akuter Verschlechterung chronischer Erkrankungen davon profitieren, in ihrem gewohnten Umfeld akutmedizinisch betreut zu werden. Das Pilotprojekt soll unter anderem die Machbarkeit, den Bedarf, die Zufriedenheit von Patient*innen und deren Angehörigen sowie die Kosten einer solchen Behandlung prüfen.

Nutzen für die Patient:innen:

Die Patient*innen erhalten das Gefühl, wesentlich am Heilungsprozess beteiligt zu sein (patient empowerment). Die vertraute Umgebung kann insbesondere für ein geriatrisches Patientenkollektiv von grosser Wichtigkeit sein, da diese einerseits anregend sein kann, andererseits auch durch Vertrautheit zu beruhigen vermag. Es ist davon auszugehen, dass die Zahl der Delirien, der nosokomialen Infekte sowie die Polypharmazie reduziert werden kann. Weitere Vorteile entnehmen Sie gerne dem Beschrieb.

Vernetzung(en) innerhalb der Gesundheitsversorgung:

Das „Spital Zollikerberg Zuhause“ Projekt optimiert Schnittstellen zwischen Spital und ambulanter Versorgung, indem die Bedürfnisse der Patient*innen in ihrer realen Umgebung viel besser beurteilt und die Ziele spezifischer gesetzt werden können. Dadurch kann auch die Nachbehandlung (nach erfolgter Akuttherapie) mit den Hausärzt*innen, Spitex und anderen Leistungserbringern optimal gestaltet werden. Die Kooperation mit LUNGE ZÜRICH ermöglicht die Sauerstoffversorgung bereits ab Notfall.

Innovative Aspekte:

Die Innovation des Projekts liegt im Ansatz, dem Schlagwort „patientenzentriert“ einen Inhalt zu verleihen. Die Patienten erhalten die Therapien dort, wo sie sich am sichersten und wohlsten fühlen, falls dies medizinisch vertretbar ist. Durch die neue Rolle des Behandlungsteams als Gast und nicht mehr Gastgeber, dürfte sich auch das Arzt-Patienten-Verhältnis verändern. Die mit der Digitalisierung einhergehenden Möglichkeiten der Telemedizin ermöglichen einen sicheren Rahmen auch im häuslichen Setting.

Stand der Umsetzung:

Der 12-monatige Pilotversuch ist ab Oktober 2021 geplant. Vorgängig sind nicht nur Schulungen des Behandlungsteams geplant, sondern auch Informationsanlässe für ein breites Publikum und verschiedene Leistungsbringer im ambulanten Setting. Das Pilotprojekt soll als Grundlage für eine Überführung in den regulären Betrieb dienen.

Virtuelle Grundversorgung nach telemedizinischen Leitlinien: Evaluation von Patientenzufriedenheit, Qualität und Patientensicherheit (für die Jury-Sitzung nominiert)

Institut für Hausarztmedizin Universität und Universitätsspital Zürich (IHAMZ), santé24/SWICA

Projektskizze (Zusammenfassung):

Die telefonische Gesundheitsberatung santé24 der SWICA plant die Ausweitung ihres bestehenden Beratungsangebots in einen telemedizinischen Grundversorgungs- und Notfalldienst. Voraussetzung für dessen Einführung ist eine umfassende Analyse der Patientensicherheit unter Berücksichtigung des Nutzerverhaltens und der Qualität der Behandlungen. Die entsprechenden Analysen werden vom Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich in Kollaboration mit santé24 durchgeführt.

Ziel(e):

Ziel des neuen telefonischen Grundversorgungsdienstes ist eine umfassende, effiziente und leitlinienbasierte telemedizinische Patientenbetreuung. Hierzu gehören alle innerhalb der Grenzen der Telemedizin möglichen diagnostischen und therapeutischen Angebote wie das Aufzeigen von Behandlungsoptionen, Verschreiben von Arzneimitteln, Ausstellen von Arztzeugnissen sowie die Empfehlung und Überweisung an geeignete Leistungserbringer für ergänzende Diagnostik oder für therapeutische Zwecke.

Nutzen für die Patient:innen:

Durch die Möglichkeit, Rezepte für verschreibungspflichtige Medikamente, Verordnungen und ärztliche Zeugnisse digital auszustellen, können potentiell unnötige und für Kranke beschwerliche physische Arztkontakte vermieden werden. So können Zeit, Aufwand und Kosten eingespart und Kontakte zu vulnerablen Patienten in den Wartezimmern der Hausärzte reduziert werden, was sich insbesondere in Zeiten von COVID als essentiell erwiesen hat.

Vernetzung(en) innerhalb der Gesundheitsversorgung:

Die Struktur des neuen teleärztlichen Dienstes vereinfacht die Vernetzung zwischen den Patienten, deren Hausärzten und weiteren Leistungserbringern für ergänzende Diagnostik und Therapien. Die telemedizinische Triage ermöglicht einen direkteren und effizienteren Zugang zu diversen Dienstleistungssektoren, in welche es für Patienten schwierig ist, selbst die Übersicht zu behalten.

Innovative Aspekte:

Ein telemedizinischer Gesundheitsdienst mit Praxisbewilligung ist im Kanton Zürich ein Novum; es ist aber davon auszugehen, dass weitere telemedizinische Anbieter nachziehen werden. Voraussetzung dafür ist, dass die weiterführenden ärztlichen Leistungen die Sicherheit der Patienten nicht gefährden. Insofern hat unsere Studie eine wichtige Türöffnerfunktion, die den Weg bereitet für weitere Anbieter analoger Lösungen.

Stand der Umsetzung:

Die ersten beiden der insgesamt drei Teilprojekte (Sicherheit, Patientenbefragung und Qualitätskontrolle) konnten im September 2019 und im April 2020 mit Berichten zuhanden der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich abgeschlossen werden. Im dritten Teilprojekt wird aktuell anhand von anonymisierten Gesprächsmittschnitten die leitlinientreue Durchführung der Telefonberatungen überprüft. Nach Absegnung durch die Gesundheitsdirektion wird das neue Angebot in die Routine von santé24 aufgenommen werden.