



Leila - Leben mit Langzeiterkrankung

Begleitung, Beratung und Schulung

Ein Projekt im Gesundheitsnetz 2025

Projektbeschreibung

Stefania Bonsack
Zürich, Februar 2010

1 Hintergrund

Unter dem Titel **Gesundheitsnetz 2025** initiierte das Gesundheits- und Umweldepartement der Stadt Zürich (GUD) 2007 einen Entwicklungsprozess in Richtung verstärkter Integration des Gesundheitssystems. Um dabei mit Impulsen voranzugehen, lancierte das GUD verschiedene Projekte.

In diesem Kontext entstand die Absicht, ein Angebot zu schaffen, welches die ambulante Versorgung chronisch erkrankter Personen stärkt.

Nach Sichtung der Forschungsliteratur und nach Gesprächen mit Grundversorgern, kam die Spurgruppe zu folgenden Schlüssen:

- Die Verstärkung der Grundversorgung durch ein Angebot der gezielten Begleitung, Beratung und Schulung für erkrankte Personen und ihre Bezugspersonen im Umgang mit der Erkrankung entspricht einem Bedarf und hat gute Chancen, Versorgungsergebnisse zu verbessern.
- Analog zu den meisten Modellen in den USA und in Europa können und werden hier gut ausgebildete und auf „chronic care“ spezialisierte Pflegefachpersonen eine führende Rolle spielen.

2 Ziele

Ziel des im Januar 2010 gestarteten dreijährigen Pilotprojektes Leila ist es, Begleitung, Beratung und Schulung bei Langzeiterkrankung in verschiedenen hausärztlichen Praxen zu stärken und den Nutzen davon zu evaluieren, die gewonnenen Erkenntnisse im Gesundheitsnetz zu reflektieren und daraus zu lernen.

Das Ziel des Angebotes der Begleitung, Beratung und Schulung ist verbesserte Gesundheitskompetenz der Betroffenen, insbesondere verbessertes Selbstmanagement von Symptomen, Therapien, Krisen und Auswirkungen der Erkrankungen im Alltag. Damit können die negativen Auswirkungen der Erkrankungen minimiert und die Krankheitsverläufe langfristig verbessert werden.

3 Angebotsbeschreibung

3.1 Zielgruppe

Das Angebot richtet sich an Personen mit einer oder mehreren chronischen Erkrankungen, sowie an ihre Bezugspersonen. Es geht dabei um die Phasen des Lebens mit Langzeiterkrankung, in denen der Umgang mit den Krankheiten, den Therapien, den Auswirkungen im Alltag und der Gesundheitsversorgung besonders schwierig ist. Dies kann bei einer neuen Diagnose sein, bei als belastend bekannten Ko-Morbiditäten wie Depression, bei Risikomedikation, bei Veränderungen im sozialen Hilfsnetz und bei erfolgloser Therapie. Erwartet werden KundInnen mit den häufigen somatischen chronischen Erkrankungen und ihren typischen Kombinationen (rheumatische Erkrankungen, chronischer Schmerz, Stoffwechselstörungen, chronische Herzerkrankungen, hoher Blutdruck, chronische Lungenerkrankungen).

3.2 Organisation

Für die Pilotphase wird das Angebot als Organisationseinheit der Städtischen Gesundheitsdienste geführt. Ein Team von drei bis vier „Chronic-Care-BeraterInnen“ (siehe Kapitel 3.5.) erbringt die Leistung für verschiedene Partnerpraxen und Ärztenetzwerke.

3.3 Angebotsinhalt

Beratung und Schulung bei Langzeiterkrankung beinhalten primär die Befähigung zu Selbstmanagement, zu Verhaltensänderungen und günstigen Copingstrategien und die Arbeit an den Voraussetzungen zu Gesundheitshandeln, wie Stärkung von Kompetenz und Kohärenzsinn.

Begleitung meint darüber hinaus auch die Hilfe vor Ort bei Massnahmen des Selbstmanagements, z.B. Hilfe bei Entscheidungen oder beim Organisieren des Alltags mit den Erkrankungen und ihren Auswirkungen nach Spitalaufenthalt.

Für Leistungserbringer wie Spitex und Pflegeheime bietet Leila Schulung und Beratung für Fachkräfte an.

3.4 Angebotsform und Prozesse

Die Begleitung, Beratung und Schulung wird in den Partnerpraxen erbracht und/oder bei Hausbesuchen, in Einzelgesprächen und/oder Rundgesprächen mit Bezugspersonen und/oder beteiligten Fachpersonen und/oder in Gruppenkursen.

Die Beratungspfade beginnen mit einem ärztlichen Auftrag. Umfang und Ziele der Leistung werden zusammen mit den KundInnen und dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin festgelegt. Die BeraterInnen dokumentieren die Leistungen wenn möglich in den elektronischen PatientInnenakten der Partnerpraxen.

3.5 Ressourcen

Die Chronic-Care-BeraterInnen sind gut qualifizierte und erfahrene PflegeexpertInnen (advanced practice nurses), die sich gegenseitig in ihren Spezialgebieten ergänzen. Die Angebotsleitung verfügt über einen Masterabschluss des klinisch ausgerichteten Pflegewissenschaftsstudiums der Universität Basel.

Das Angebot unterhält in der Partnerpraxis SWICA Gesundheitszentrum Zürich-Wiedikon die logistische Basis. Zudem werden in allen Partnerpraxen in Zeitfenstern Beratungsräume gebraucht.

Dem Team stehen Arbeitsmittel zur Verfügung, welche die erforderliche Mobilität unterstützen.

3.6 Kooperationen

Das Angebot ist ein Puzzleteil eines komplexen, sich in den einzelnen Aufgabebereichen und zwischen den Disziplinen überschneidenden Versorgungssystems. In diesem Sinne wird Prozessen der Vernetzung, der Nutzung von Synergien und der Auslotung von Zusammenarbeit ein hoher Stellenwert eingeräumt.

3.7 Qualitätssicherung und Controlling

Die Qualität wird primär mittels grosser Investition in die Weiterbildung der Mitarbeiterinnen gesichert, zudem mit Fachsupport durch SpezialärztInnen, Fallbesprechungen, Reflexion der Beratungssituationen mit Video- oder Tonaufnahmen und Supervision.

Das Controlling erfolgt nach Standard in den Städtischen Gesundheitsdiensten.

4 Evaluation

Die Abteilung Forschung und Entwicklung Pflege der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften zhaw unter Leitung von Dr. Lorenz Imhof wird eine wissenschaftliche Evaluation durchführen. Es wird sich um eine beschreibende Begleitforschung handeln.

5 Finanzierung

5.1 Kosten

Kosten	2010	2011	2012	total
Lohnkosten gesamt: 2.4 Beratung + Leitung + 0.5 Admin.	330 000	400 000	396 000	
Fachentwicklungs- und Einführungskosten	74 000	30 000	10 000	
Wiederkehrende Sachkosten	39 000	47 000	47 000	
Kosten Fremdevaluation	50 000	50 000	50 000	
Total Kosten	493 000	527 000	503 000	1 523 000

5.2 Mittelbeschaffung

Es bestehen zurzeit keine Möglichkeiten zur Abgeltung der erbrachten Leistungen über bestehende tarifarische Vereinbarungen im Krankenversicherungsgesetz (KVG) und seinen Ausführungsbestimmungen.

Der Stadtrat hat am 16. Dezember 2009 einen Objektkredit gesprochen, mittels dessen die Projektkosten gedeckt sind.

Zudem leistet die SWICA Gesundheitsorganisation einen namhaften Beitrag an das Projekt. Die Firma MSD unterstützt finanziell und ideell die Kooperation mit Apotheken (Teilprojekt im Aufbau). Mit weiteren Krankenversicherungen wurden Gespräche geführt, welche, falls das Angebot durch HausärztInnen rege genutzt wird, wieder aufgenommen werden. Das heisst, bei Bedarf kann das Projekt ausgedehnt werden.

Während der Pilotphase laufen mit verschiedenen Stellen Verhandlungen mit dem Ziel, Anfang 2012 einen Businessplan für eine Regelfinanzierung durch leistungsbezogene Abgeltung zu haben.

Solange Leila als städtisches Angebot geführt wird, sind die Leila-Leistungen für die KundInnen gratis.

6 Chancen und Risiken

Das Projekt ist ein innovativer Beitrag an die Suche von Lösungen für wichtige anstehende Probleme der Grundversorgung chronisch erkrankter Menschen. Kritisch ist, dass keine Erfahrungen zur Umsetzbarkeit von ähnlichen Chronic-Care-Modellen im schweizerischen Kontext vorliegen und für PflegeexpertInnen als Leistungsträger keine Möglichkeit der Abgeltung der hier angebotenen Leistungen besteht.

7 Projektstruktur

Auftraggeberin	Geschäftsausschuss Gesundheitsnetz 2025, GUD
Steuergremium	Renate Monego, Direktorin Städtische Gesundheitsdienste SGD (Vorsitz) Thomas Büchler, Spitex Kontraktmanagement, SGD Stefania Bonsack, Pflegeexpertin, SGD
Projektleitung	Stefania Bonsack, SGD
Betriebsteam	Stefania Bonsack Margot Klein, Pflegeexpertin Christine Rex, Pflegeexpertin
Teilprojekt Apotheken	Leitung: Sandra Kunkel, Pflegeexpertin
Projektbegleitteam	Renate Monego Stefania Bonsack Dr. med. Andrea Häner, Hausärztin, VHZ Martina Schmidhauser, Mitglied der Geschäftsleitung Spitex Zürich Limmat Josi Bühlmann, Pflegeexpertin, UniversitätsSpital Zürich
Unterstützungsgruppe Fachentwicklung	Wird im Mai 2010 gebildet Vorgeschlagen/angefragt: Prof. Rebecca Spirig, Leiterin Abteilung klinische Pflegewissenschaft und Entwicklung, UniversitätsSpital Zürich Horst Rettke, MSN, UniversitätsSpital Zürich, Kardiologie Sandra Kunkel, Pflegeexpertin Eva Horvath, Pflegeexpertin
Übergeordneter Projekt- und Evaluationssupport	Prof. Klarissa Kurscheid, Hochschule Fresenius, Köln Prof. Frank Schulz-Nieswandt, Universität zu Köln
Wissenschaftl. Begleitung und Evaluation	Dr. Lorenz Imhof, Leitung Forschung und Entwicklung Pflege zhaw

8 Zeitplan

Nr.	Was	Datum
1	Vorbereitung mit Team	Ab 2010
2	Aufnahme Betrieb	Februar 2010
◆3	Start der 2. Phase: Betrieb nach Anpassung (begleitet durch zhaw) und mit weiteren Partnern	Juli 2010
4	Erweiterte Fremdfinanzierung	Ende 2010
5	Vollbetrieb	Ab 2011
6	Zwischenbericht Evaluation, wenn nötig Anpassungen	Mitte 2011
7	Perspektive zur Finanzierung über Leistungsvergütung liegt vor	Ende 2011
8	Provisorischer Entscheid bezüglich Inbetriebnahme, Zwischenbericht Evaluation	April 2012
◆9	Businessplan zur Finanzierung für definitive Inbetriebnahme	Mai 2012
10	Abnahme Evaluation und definitiver Entscheid zur Inbetriebnahme	September 2012
11	Projektabschluss	Dezember 2012

9 PartnerInnen Stand Februar 2010

