



AIDA-Care

- methodisches Konzept



„Dies ist das eigentliche Thema, um das es bei Demenz geht: Ein oft verzweifelt ringen um das Personsein und die Subjekthaftigkeit. Dabei kann man nicht deutlich genug betonen: Demenz allein muss für die Menschen kein furchtbares Unglück sein, wenn Milieu und Beziehungen stimmen und sich entsprechend dem Menschen anpassen (der dies selbst nicht mehr kann).“

(Müller-Hergel, 2000)



Inhaltsverzeichnis

1. Ausgangslage	3
2. Leitgedanken	4
3. Zielsetzung und Zielerreichung AIDA-Care	6
4. Mögliche Angliederungsstrukturen	9
4.1 Mögliche politische oder regionale Strukturen	9
4.2 Mögliche Organisationsstrukturen	9
4.3 Fachliche und organisatorische Kriterien.....	10
5. Minimale Anforderungen zur Implementierung	10
5.1 Erforderliche Fachärzte	11
5.2 Anforderungen Beratungskompetenz.....	11
5.3 Infrastrukturelle Anforderungen.....	11
5.4 Vernetzungsmöglichkeiten	11
5.5 Prozessanforderungen.....	12
6. Zielgruppe	12
7. Schnittstellen	12
8. Zuweisende Stellen	19
9. Finanzierung	19
10. Diagnoseinstrumente	21
11. Dokumentation	22
12. Qualifikation des medizinischen und beratenden Personals	23
13. Aufnahmekriterien & Ausschlusskriterien	24
14. Ablauf Abklärung & Beratung	24
14.1 Anmeldung	25
14.2 Vorbereitung Hausbesuch	25
14.3 Hausbesuch mit Abklärung.....	25
14.4 Nachbereitung des Hausbesuches.....	26
14.5 Diagnosebesprechung.....	27
14.6 Hausbesuch mit Empfehlung	27
14.7 Massnahmen einleiten.....	28
14.8 Bericht und Rückmeldung.....	28
14.9 Begleitung und Vernetzung	28
15. Nachhaltigkeit	29
16. Praktische Einführung von AIDA –Care	29
16.1 Personalrekrutierung	30
16.2 Einführung der Personen in das Aufgabengebiet.....	30
17. Öffentlichkeitsarbeit	31
18. Beratung und Begleitung bei der Einführung von AIDA-Care	32



1. Ausgangslage

Die im November 2013 von Bund und Kantonen verabschiedete nationale Demenzstrategie 2014-2017 soll bewirken, dass innerhalb des Kantons eine wirtschaftlich tragbare und optimale Gesundheitsversorgung von demenzbetroffenen Personen erreicht wird.

Im Zuge der Umsetzung der nationalen Demenzstrategie wurde beim ersten kantonalen Demenzforum am 10. Juli 2014 von den beteiligten Akteuren das Fehlen einer flächendeckenden, aufsuchenden Abklärung und Beratung für sozialisierte demenzerkrankte Menschen im Kanton Zürich bemängelt. Ein solches Angebot ist die Gerontologische Beratungsstelle SiL der Pflegezentren der Stadt Zürich.

Das seit dem Sommer 2012 erfolgreich installierte Angebot SiL (Sozialmedizinische individuelle Lösungen), das an den Geriatrischen Dienstes der Stadt Zürich angegliedert ist, zeigte von Beginn an immer weiter ansteigende Kundenzahlen. Der Erfolg des bestehenden Angebotes lässt sich u.a. an der von 2008/2009 bis 2013 rasant gestiegenen Anzahl von Hausbesuchen, von 115 auf 989, aufzeigen. Durch die tendenziell frühere Einbettung in ein Netzwerk von psychologischer Beratung, Spitex und niederschweligen Angeboten kann ein längeres Leben im eigenen Haushalt realisiert werden. Wenn die Betroffenen sich zu Beginn der Erkrankung noch in ihrem gewohnten Umfeld aufhalten, können sie Defizite eher kompensieren. Da lang eingeübte Wege und Tagesabläufe erst einmal weiterhin verfolgt werden. Der Bedarf einer aufsuchenden Beratung für demenziell veränderte Menschen innerhalb der Stadt Zürich ist somit ausgewiesen.

In Anlehnung an dieses Angebot haben Abklärungen im ganzen Kanton Zürich ergeben, dass ein ähnlicher Bedarf kantonsweit besteht.



Wie aus einer Befragung der Kantonalen Gesundheitsdirektion von Nonprofit-Spitemorganisationen und Heimen hervorgeht, ist ein weiterführendes aufsuchendes Angebot zur Abklärung, Beratung und längerfristigen Betreuung, auch im Sinne von Case-Management, sehr willkommen. Ca. 70% der Befragten in Heimen sagen, dass die Mehrzahl von Demenzen nie systematisch abgeklärt worden ist. Weiter geben die Befragten an, dass ein solches Angebot die Angehörigen entlasten könnte und frühzeitig qualifizierte Hilfestellungen und Lösungen für die Betroffenen bietet. In der Untersuchung zeigt sich, dass insbesondere die Befragten in den ländlichen Gemeinden vom Mehrwert eines solchen Angebotes überzeugt sind.

Aus dieser Erkenntnis heraus hat das Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich das Projekt AIDA-Care durchgeführt. Nun liegt hier ein methodisches Konzept für die Gemeinden für eine Optimierung der Versorgung und Begleitung der zuhause lebenden demenzerkrankten Menschen, die aufgrund ihrer Krankheit keine Hilfe holen können, vor. Es wird besonderen Wert auf die Nutzung und Stärkung bestehender familiärer Strukturen, nachbarschaftlicher oder kommunaler Angebote und Ressourcen gelegt.

Das individuelle Wohlbefinden, die Sicherheit, sowie die Integration in die soziale Gemeinschaft werden optimiert. Dies schafft eine Steigerung der Lebensqualität.

2. Leitgedanken

Individuen einer modernen Gesellschaft möchten sich frei entfalten können und ihr Leben individuell gestalten; am gesellschaftlichen Leben partizipieren und einen Mehrwert schaffen.



Damit dieser Wunsch nicht nur bei aktiven und gesunden Menschen in der Lebensmitte in Erfüllung gehen kann, sondern auch bei denen die vielleicht auf Grund von Krankheit, sozialem Stand oder Alter auf individuelle Unterstützungsangebote angewiesen sind, bedarf es einer verbesserten Infrastruktur und Beratung um die Betroffenen dort abzuholen wo sie stehen.

Gezielte Infrastrukturmassnahmen müssen in Zukunft den Anforderungen einer veränderten Gesellschaft (gerade durch den demographischen Wandel) gerecht werden und Möglichkeiten der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben schaffen. Insbesondere werden Angebote und Lösungen für Menschen, die von Demenz betroffen sind und Verhaltensauffälligkeiten zeigen, benötigt. Ihnen sollte ebenfalls die Möglichkeit der Teilhabe und Inklusion gegeben werden. Hier steht die Förderung eines demenzfreundlichen Klimas in der Gesellschaft im Vordergrund. Solange Demenz als Bedrohung angesehen und zementiert wird, werden Erkrankte keine Möglichkeit der Teilhabe erleben, sondern weiterhin immer am Rand stehen. Eine gute Gesamtstrategie für eine alters- und demenzgerechte Quartierentwicklung ist zu fördern. Es kann nicht darum gehen immer wieder einzelne Bereiche auszubauen oder zu optimieren, sondern vielmehr darum, alle Lebensbereiche bedarfsgerecht zu gestalten beziehungsweise mitzugestalten. Bürger können und sollten hier beteiligt werden und eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung tragen. Demenz geht somit uns alle an. Wir müssen Betroffene zu Beteiligten machen. AIDA-Care liefert als aufsuchendes Beratungsangebot für sozialisierte, verhaltensauffällige Menschen mit Demenz einen wichtigen Baustein für eine altersgerechte, demenzfreundliche Gemeinde. Indem Betroffene beraten und mit Hilfe gezielter Öffentlichkeitsarbeit aktiv Aufklärungsarbeit betrieben wird, können alle Akteure profitieren.



Bei der Namensgebung fiel die Wahl schließlich auf das Akronym AIDA-Care: **a**ufsuchende, **i**ndividuelle **D**emenz**a**bklärung und Begleitung. Daraus entstand dann das nachstehende Logo:



3. Zielsetzung und Zielerreichung AIDA-Care

AIDA-Care ist ein niederschwelliges, zugehendes Abklärungs- und Beratungsangebot bei Verdacht auf eine Demenzerkrankung. Die speziellen Merkmale dieser Klienten sind: sozialisiert, nicht in der Lage oder nicht bereit Hilfe zu suchen oder anzunehmen, und/oder Verhaltensauffälligkeiten. Die besuchten Klienten werden zum gegebenen Zeitpunkt an ein weiterbetreuendes Netz übergeben. AIDA-Care ist dabei flexibel implementierbar. AIDA-Care verfolgt Ziele auf verschiedenen Ebenen:

a) Ebene Gesellschaft und Gemeinde

- AIDA-Care stärkt die ambulante Grundversorgung in den Gemeinden durch Vermittlung und Transfer von demenzspezifischem Wissen
- AIDA-Care trägt langfristig zu einer Reduktion notfallmässiger Hospitalisationen und zur Verzögerung des Eintritts in Langzeitpflegeinstitutionen bei
- AIDA-Care führt zu einer Kostenreduktion für die Gemeinden, da die Heimplatzierung durch die Stabilisierung der Lebens- und Betreuungssituation hinausgezögert werden kann.



- AIDA-Care unterstützt eine kontinuierliche Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen

Der Nutzen für die Gemeinden besteht somit zum einen auf der finanziellen Ebene. Durch die Stabilisierung der Lebenssituation soll die Einweisung in eine Langzeitinstitution verzögert, informelle Unterstützungsangebote besser vernetzt und genutzt werden. Dieses sollte zu einer Kostenreduktion im Bereich der Zuschüsse für Spitex und stationäre Aufenthalte führen. Zum anderen lässt sich auch ein Imagegewinn erwarten, da die Gemeinden damit einen entscheidenden Beitrag zur Umsetzung der nationalen Demenzstrategie verwirklichen. AIDA-Care ist ein wichtiger Bestandteil einer demenzfreundlichen Gemeinde. Bürgerinnen, Detailhandel, Gewerbevereine und weitere wichtige Institutionen werden gleichsam unterstützt in die Verantwortung genommen achtsam mit Veränderungen umzugehen.

b) Ebene Helfernetz und Angehörige

- AIDA-Care unterstützt die Angehörigen, formellen und informellen Personen in ihrem Umgang mit der Erkrankung und der eigenen Situation
- AIDA-Care stärkt das bestehende Helfernetz oder unterstützt dessen Formierung

Auf interpersoneller Ebene ist mit einer Intensivierung der Beziehungen zwischen informellen Helfern und den Bürgerinnen und Bürgern zu rechnen. Die soziale Inklusion wird verbessert und möglicherweise hilft es weitere Helferinnen zu rekrutieren.



c) Ebene des Betroffenen

- AIDA-Care gibt den Menschen mit Demenz die Möglichkeit zu Hause zu verbleiben oder dahin zurückzukehren auch dann wenn sie alleine leben
- AIDA-Care konstituiert, sofern möglich auch mit dem an Demenz erkrankten Menschen, eine für ihn sichere und individuell entsprechende Betreuung und Unterstützung zur Verhinderung der häufig vorkommenden Verlorenheit

Auf individueller Ebene bedeutet AIDA-Care für die häufig sozialisierten Menschen mit einem Verdacht auf Demenz ein Sicherheitsgewinn. Auch wenn keine Angehörigen mit einem adäquaten Helfernetz vorhanden sind, wird ihnen ein längerer Verbleib in der häuslichen Umgebung ermöglicht und sie können in Abstimmung zu ihren Ressourcen besser in gesellschaftliche Aktivitäten integriert werden.

Aber auch die nicht an Demenz erkrankten Menschen haben einen Zuzugewinn durch ihre aktive Teilnahme an einer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung und dem Wissen, dass sie selbst in einer Gemeinde leben, in der man aufeinander Acht gibt.

Nicht-Ziele von AIDA-Care

- AIDA-Care wird als Schnittstelle zur Spitex und nicht als Konkurrenzangebot eingeführt.
- AIDA-Care soll nicht eine umfassende diagnostische Abklärung vornehmen und kann diese auch nicht ersetzen.
- Auch wenn AIDA-Care eine Stärkung des ambulanten Betreuungssettings ist, wird keine Wertung im Sinne von ambulant vor stationär vorgenommen. Es wird eine individuelle Lösung für jedes Individuum gesucht.



4. Mögliche Angliederungsstrukturen

4.1 Mögliche politische oder regionale Strukturen

Die Angliederung von AIDA-Care an eine einzelne Gemeinde macht wenig Sinn, da sich aufgrund der Fallzahlen ein solches Angebot nicht für jede einzelne Gemeinde lohnt. Um vorhandene Ressourcen zu stärken und zu nutzen, liegt es nahe AIDA-Care auf grösserer regionaler Ebene zu implementieren. Es ist sinnvoll und wichtig, dabei bereits bestehende Verbunde der Zusammenarbeit in anderen Bereichen auch für AIDA-Care zu nutzen. In den durchgeführten Pilotprojekten umfasste das Einzugsgebiet ca. 80`000 Personen.

4.2 Mögliche Organisationsstrukturen

Zur Implementierung von AIDA-Care sind verschiedenste Szenarien vorstellbar. Bedingung aber sollte sein, dass einschlägige Fachkompetenz und Wissen im Bereich Demenz und Demenzdiagnostik vorhanden ist. Zur Stabilisierung der Situation Betroffener zu Hause muss auf Netzwerke zurückgegriffen werden können. So ist es für AIDA-Care bedeutsam, dass das Angebot an eine Struktur angegliedert wird, die bereits Teil eines regionalen Netzwerks sozialer und psychosozialer Dienste ist. Schliesslich ist es unabdingbar dass ein Mediziner (Geriatler/Psychiater) für die Diagnosestellung und die Abrechnung der Kosten eingebunden und zuständig ist.

Daraus leitet sich ab, dass folgende Strukturen für die Einführung von AIDA-Care in Frage kommen:

- Memoryklinik
- Ärztegemeinschaft mit Psychiater oder geriatrisches Gesundheitszentrum
- Spital oder Pflegezentrum mit Gerontopsychiatrie



- NGO /NPO wie beispielsweise Alzheimer Vereinigung, Pro Senectute...(nur unter der Bedingung einer engen Vernetzung mit einem geeigneten Mediziner)
- Interprofessionelle medizinische Praxis

Hierbei ist die Memory Klinik als Standort für AIDA-Care sicher eine gute Lösung. Aber auch eine Ärztegemeinschaft mit aufsuchender Beratung oder ein NGO kann diesem Angebot gerecht werden. Bei einer Angliederung an ein Pflegezentrum darf der Interessenskonflikt zwischen der Stabilisierung der Lebenssituation zu Hause und dem verzögerten Heimeintritt, sowie dem Verkauf des eigenen Wohn- und Betreuungsangebots bedacht werden.

4.3 Fachliche und organisatorische Kriterien

Um das Abklärungs- und Beratungsangebot von AIDA-Care implementieren zu können müssen unerlässlich folgende Kriterien erfüllt sein:

- Es wird ein Gerontopsychiater oder Geriater mit Delegationskompetenz zur Psychotherapie und breitem Wissen in der Demenzdiagnostik benötigt.
- Es muss eine regelmässige Diagnosekonferenz stattfinden.
- Die beteiligten Personen (Gerontopsychiater und Beratungsperson) müssen über ein ausgewiesenes Demenzwissen verfügen.
- Das Mindestarbeitspensum der beratenden Person beträgt 50 %.

5. Minimale Anforderungen zur Implementierung

AIDA-Care hat den Anspruch sich möglichst gut in bestehende Strukturen und Institutionen einzufügen, um einen Mehraufwand zur Implementierung zu vermeiden oder möglichst gering zu halten.



Dennoch gibt es aus fachlicher und organisatorischer Perspektive gewisse Minimalanforderungen, die erfüllt sein müssen, um ein aufsuchendes Angebot zur Beratung und Abklärung in Betrieb nehmen zu können. Die Anforderungen müssen sowohl für die medizinische Versorgung, als auch die personelle und damit fachliche Ausstattung, die Infrastruktur und die Vernetzungsmöglichkeit und den Prozess erfüllt sein.

5.1 Erforderliche Fachärzte

Die medizinische Versorgung muss durch einen Gerontopsychiater oder Geriater sichergestellt werden.

5.2 Anforderungen Beratungskompetenz

Die Person, die die Abklärungen und Beratungen vor Ort durchführt sollte eine Pflegeperson mit Zusatzqualifikation sein. Wichtig ist ein umfassendes Demenzwissen, wünschenswert allenfalls eine Doppelausbildung in Pflege und Psychologie / Sozialarbeit mit Beratungskompetenz.

5.3 Infrastrukturelle Anforderungen

AIDA-Care muss auch als aufsuchendes Abklärungs- und Beratungsangebot über eine eigene Telefonnummer und Emailadresse verfügen und ein Büro für Besprechungen und für die Aktenablage zur Verfügung haben. Die Datenablage muss den gängigen Vorschriften des Datenschutzes entsprechen.

5.4 Vernetzung

AIDA-Care muss sich zumindest mit einer Spitexorganisation, der KESB und den Hausärzten vernetzen.



5.5 Prozessanforderungen

Damit ein reibungsloser, vor allem aber sicherer Ablauf gewährleistet ist, muss nach dem Hausbesuch mit Abklärung eine Diagnosekonferenz mit einem interdisziplinären Besprechungsteam stattfinden. Ausserdem ist es von grosser Wichtigkeit, dass der zuständige Gerontopsychiater telefonisch erreichbar ist, sodass sich die beratende Fachperson in kritischen Situationen unverzüglich unterstützen lassen kann.

6. Zielgruppe

Das Angebot zur Beratung und Abklärung AIDA-Care richtet sich an sozial isolierte zu Hause lebende Personen mit auffälligem, demenztypischen Verhalten oder einem Verdacht auf Demenz, die aufgrund der Erkrankung keine Hilfe in Anspruch nehmen, sowie an ihr soziales Umfeld, insbesondere die Angehörigen.

7. Schnittstellen

Die erfolgreiche Arbeit von AIDA-Care wird nicht zuletzt auch durch eine gute Vernetzung bestimmt. Je nach regionaler Lage und Ausstattung des Gebietes können hier unterschiedliche Vernetzungsmöglichkeiten sinnvoll sein. Zu den wichtigsten gehören aber in jedem Fall die nachstehend aufgeführten.

Gemeinden

Eine gute und konstruktive Zusammenarbeit mit den Gemeinden ist für die Implementierung von AIDA-Care von entscheidender Bedeutung. Bei der Vernetzung muss insbesondere auf den Gewinn den eine Gemeinde durch AIDA-Care erzielt, hingewiesen werden. Mit diesem aufsuchenden Angebot zur Abklärung und Beratung werden bestehende informelle oder familiäre Betreuungsleistungen gestärkt und/oder ausgebaut.



Das hat für die Gemeinde zur Folge, dass sie weniger Beiträge für Spitexleistungen oder auch an anfallende Heimkosten bei frühzeitiger stationärer Betreuung leisten muss. Voraussetzung ist aber, dass auch die Gemeinde gegebenenfalls Meldung an AIDA-Care machen.

Altersbeauftragte

Die Altersbeauftragte setzt sich für die Umsetzung der Ziele/Massnahmen eines Altersleitbildes der Region ein. Sie ist ein Bindeglied, das die Koordination der vielfältigen Aktivitäten zwischen Institutionen/Organisationen im Bereich Alter auf Gemeindeebene übernimmt.

Sie stellt sich als Ansprechperson für die ältere Generation und deren Angehörigen zur Verfügung, nimmt ihre Anliegen auf, berät sie und vermittelt an die zuständigen Dienstleistungsanbieter (z. B. Pro Senectute, Spitex-Verein, AHV-Zweigstelle, Sozialdienste, öffentliche und private Heime, gemeinnützige Organisationen). Sie kann sowohl als Zuweiserin als auch als weiter beratende Instanz für AIDA-Care bedeutsam sein.

Kirchengemeinden

Die Kirche ist innerhalb einer Gemeinde eine zentrale und wichtige Institution. Sie stellt vielfältige altersspezifische Angebote in der Kinder-, Jugend-, Erwachsenen- sowie Altersarbeit bereit und ist daher mit verschiedenen Alters- und Anspruchsgruppen innerhalb der Bevölkerung sehr gut vernetzt. Die Kirchen liefern wichtige Impulse für die Gestaltung unseres Lebens und sind in der Altersversorgung- und Begleitung ein zentraler Partner.



Hausärzte

Ein Hausarzt ist ein niedergelassener (freiberuflicher) oder ein in einem Medizinischen Versorgungszentrum angestellter Arzt, der für den Patienten im Regelfall zusammen mit dem Apotheker meist die erste medizinische "Anlaufstelle" ist, die man bei Gesundheitsproblemen oder -fragen aufsucht. Wichtig für Hausarzt und Patient ist ein Vertrauensverhältnis, weshalb man auch vom Familienarzt spricht.

Im Idealfall kennt der Arzt von früheren Gelegenheiten im Wesentlichen die Lebens- bzw. Krankengeschichte. Durch eine gewisse Kenntnis der persönlichen Situation und das Vertrauen der Patienten können Hausärzte mitunter auch bei psychischen Problemen oder Konflikten einen besseren Zugang zum Patienten haben als mancher Spezialist. Mit seiner Bereitschaft zu Hausbesuchen könnte er auch bei wenig kooperativen Klienten einen Einsatz von AIDA-Care ermöglichen. Der Hausarzt ist für die Koordination und Weiterführung empfohlener Therapien zuständig und verantwortlich und so für AIDA-Care ein wichtiger Ansprechpartner.

Stationäre/teilstationäre und ambulante Angebote

Stationär, teilstationär sowie ambulant sind Begriffe aus dem Gesundheitswesen und beziehen sich auf den Schweregrad, die Dauer und die Regelmäßigkeit eines Versorgungsangebots. Eine stationäre Versorgung bedingt eine ganzheitliche Unterbringung des Patienten in einem Spital, einer Rehabilitationsklinik oder einem Alters- und Pflegezentrum.

Eine teilstationäre Versorgung ermöglicht die Aufnahme in einer z. B. Tages- und Nachtambulanz, welche einen Betreuungsbedarf erfüllt, der für eine rein ambulante Versorgung zu hoch wäre, aber noch keine Aufnahme in eine stationäre Einrichtung nötig macht.



Es gibt viele verschiedene teilstationäre Versorgungseinrichtungen, die oft an ein Spital oder an einer Rehabilitationsklinik angeschlossen sind.

Unter einer ambulanten Versorgung versteht man eine pflegerische, therapeutische, hauswirtschaftliche und nachbarschaftliche Betreuung von hilfebedürftigen Menschen in ihrer häuslichen Umgebung. Die ambulante Versorgung wird überwiegend über private oder öffentliche Spitexorganisationen (Spitalexterner Dienst), der Pro Senectute, dem Schweizerischen Roten Kreuz, der Alzheimervereinigung oder der Kirche abgedeckt.

Ziel der ambulanten Versorgung und Begleitung ist es, dass Betroffene und ihre Familien ihrem Bedarf und ihren Möglichkeiten entsprechend in der häuslichen Umgebung betreut werden. Hier ist die Vernetzung ganz sicher von ganz zentraler Bedeutung, da die ambulanten Versorger in den meisten Fällen die weitere Begleitung des Betroffenen und seines Umfeldes übernehmen. Für die Arbeit von AIDA-Care sind Tageszentren, Ferienbetten, demenzgerechte Spitalaufenthalte und Übergangspflegestationen von zentraler Bedeutung.

KESB

Die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden haben die Aufgabe, den Schutz von Personen sicherzustellen, die nicht selbständig in der Lage sind, die für sie notwendige Unterstützung einzuholen. Erfährt die KESB durch die betreffende Person selbst oder durch Angehörige, Nachbarn, Polizei oder von anderen Personen von einer Gefährdungssituation, klärt sie ab, wie geholfen werden kann. Wenn nötig setzt die KESB einen Beistand ein, wenn zum Beispiel eine betagte Person mit ihren finanziellen Angelegenheiten überfordert ist oder Eltern nicht in der Lage sind, sich genügend um ihre Kinder zu sorgen.



In besonderen Fällen kann die Behörde die Unterbringung einer Person in einer psychiatrischen Klinik oder in einem Heim anordnen. Legt man die Zahlen von SiL zugrunde ist damit zurechenbar, dass es einige Zuweisungen durch die KESB geben wird und sie dann folglich Beistandschaften einrichten müssen. Diese Errichtung und die dazu gehörenden Abklärungen vor Ort sind in der Zusammenarbeit mit AIDA-Care von grosser Wichtigkeit.

Alzheimer Vereinigung des Kantons

Die Alzheimervereinigung setzt sich aktiv für Menschen mit Demenz und deren Angehörige ein und vertritt deren politischen und gesellschaftlichen Interessen. Sie informiert und sensibilisiert die Öffentlichkeit, unterstützt und berät Angehörige, Freiwillige und Fachpersonen aus der Betreuung, Ärzte und Ärztinnen sowie politische Behörden auf allen Ebenen. Die Zusammenarbeit von AIDA-Care und Alzheimervereinigung kann helfen, das Helfernetz zu formieren und Angebote der Alzheimervereinigung für den besuchten Menschen nutzbar zu machen.

Pro Senectute

Die Pro Senectute ist die Fach- und Dienstleistungsorganisation der Schweiz im Dienste der älteren Menschen, die sich mit allen Fragen rund um das Thema Alter und älter werden beschäftigt. Die Angebote und Dienstleistungen von Pro Senectute werden kantonal und regional von den Pro-Senectute-Organisationen umgesetzt, auf diese Weise gelingt es, gesamtschweizerisch eine grosse Angebotspalette zu garantieren. Dieses umfasst Sport- und Bildungskurse Beratungen, Dienstleistungs- und Entlastungsangebote für den aktiven bis hin zum hilfebedürftigen Senior. Als Partner für AIDA –Care ist die Pro Senectute sowohl für das Entlastungsnetz, für den Einsatz des Treuhanddienstes als auch für die weitere Beratung wichtig.



SRK

Das Schweizerische Rote Kreuz vereinigt eine Vielfalt von Angeboten in den Bereichen Gesundheit, Integration und Rettung. Das SRK umfasst 24 Kantonalverbände und fünf Rettungsorganisationen, zwei Institutionen sowie die Geschäftsstelle SRK. Das Schweizerische Rote Kreuz setzt sich ein für eine humanitäre Hilfe im In- und Ausland und ist ein wichtiger Partner zum Schutze der Gesundheit sowie zum Schutze der Würde des Menschen. Zudem führt das SRK eine grosse Organisation von Freiwilligen, die in der weiteren Betreuung der bereits abgeklärten Klienten zum Einsatz kommen können.

Gewerbevereine

Ein Gewerbeverein ist ein Verein, der sich zum Ziel gesetzt hat, wirtschaftliche und politische Interessen seiner Mitglieder zu fördern. Gewerbevereine sind meistens kommunal und / oder regional organisiert und haben Mitglieder aus unterschiedlichen Branchen. Der Schwerpunkt der Aktivitäten liegt neben gemeinschaftlichen Werbeaktionen, Öffentlichkeitsarbeit und lokalem Lobbying oft auch im informellen Austausch zwischen den Mitgliedern. Gewerbevereine sind innerhalb einer Gemeinde gut verankert und kennen unterschiedlichste Anspruchsgruppen sowie ihre Bedarfe, so auch der älteren Bevölkerung.

Sie können so in einer Doppelrolle für AIDA-Care wichtig werden: zum einen als Zuweiser und integrativ im Anschluss an eine Beratung.

Verkehrsbetriebe

Die regionalen Verkehrsbetriebe bieten ihren Kunden ein flächendeckendes Angebot an Transportdienstleistungen für die Verkehrsmittel Bus, Tram, Bahn, Schiff oder Seilbahn an.



Für alte Menschen ist das sichere Reisen sowie die Sicherheit im Strassenverkehr von elementarer Bedeutung, deshalb ist die Schnittstelle zu diesen Unternehmen sinnvoll, damit ein alters- und behindertengerechter Zugang sowie entsprechende Angebote entwickelt, erneuert und stets überprüft werden. Darüber hinaus stehen Bus- und Tramfahrer in der Öffentlichkeit und können für den alten Menschen eine Art Bezugsgruppe darstellen, die durchaus gerade auch in ländlichen Regionen ein verändertes Verhalten oder Unsicherheiten beobachten und AIDA-Care zu Rate ziehen kann.

Weitere Akteure im erweiterten Gesundheitswesen

Physiotherapeuten, Apotheker, Podologen, Coiffeur usw. können während längerer Anwendungsphasen gegebenenfalls den alten Menschen in einem Verlaufsprozess erleben und Unterschiede in seinem Gesundheitszustand, in seinem Verhalten oder seinem Wesen feststellen. Ähnlich wie zu dem Hausarzt können ältere Menschen hier eine Art Vertrauensverhältnis entwickeln, so dass die betreffende Person unter Umständen Einblick in die persönliche Situation bzw. in die Krankengeschichte des Kunden hat.

Polizei

In einigen Fällen ist die eine gute Vernetzung mit der Polizei von grosser Bedeutung. Zum einen wird sie auch von Nachbarn oder der sonstigen Bevölkerung zur Hilfe geholt und kann somit Zuweiser für AIDA-Care sein. Zum anderen kann es auch Einsätze für AIDA-Care geben, bei denen eine Begleitung durch die Polizei von Nöten sein kann.



8. Zuweisende Stellen

AIDA-Care hat im ganzen Kanton Zürich den Schwerpunkt sozial isolierte Menschen mit Demenz und auch sozial isolierte Dyaden von Demenzerkrankten und ihren hauptbetreuende Angehörigen zu beraten und zu unterstützen. Insbesondere dann, wenn eine reguläre Demenzabklärung in einer Memory Klinik aufgrund von Widerstand durch den Betroffenen nicht möglich ist.

Vor diesem Hintergrund kann sich nahezu jede Person oder auch Institution, die etwas Verändertes oder überdauernd Auffälliges an einer, ihr bekannten Person beobachtet an AIDA-Care wenden. Ebenso können aber selbstverständlich auch Institutionen wie Spitex, KESB oder Pro Senectute um eine Abklärung bitten. Um die Niederschwelligkeit des Angebots auch in der Praxis sichtbar zu machen, sollte niemand von der Möglichkeit, seine Beobachtungen anzumelden oder um eine Abklärung zu bitten, ausgeschlossen werden.

9. Finanzierung

Die Anwendung der Methodik von AIDA-Care bedingt die Erfüllung bestimmter Vorleistungen, wie zum Beispiel Öffentlichkeitsarbeit und den Aufbau betriebsinterner Prozesse zur Leistungserfassung, Zusammenarbeit, Leistungserbringung und Abrechnung. Aufgrund der Erfahrungen in den Pilotprojekten und den vorhandenen Informationen werden die Einführungskosten auf ca. 50`000 CHF.

Die ambulanten ärztlichen Leistungen werden nach dem Tarmed-Tarif dem Krankenversicherer in Rechnung gestellt. Im Rahmen der Anerkennung "nichtärztliche ambulante Leistungen in der Psychiatrie" können auch die Leistungen des nicht-ärztlichen Personals nach dem Tarmedtarif abgerechnet werden.



Voraussetzung dazu sind laut Konzept über die Anerkennung von Sparten nach TARMED Version 2.8 folgende:

Anerkennung " Nichtärztliche ambulante Leistungen in der Psychiatrie" (Kap. 02.04)

1. Kriterien zur „Anerkennung“ der Abrechnungsberechtigung Kriterien (Muskriterien zur Erlangung der Abrechnungsberechtigung für Kapitel 02.04)	Nichtärztliche ambulante Leistungen Psychiatrie
1. Die Psychiatrieabteilung des Spitals oder der Institution muss unter der fachlichen Leitung eines in der Psychiatrieabteilung praktizierenden Arztes stehen, welcher über die qualitative Dignität „Kinder- & Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ oder „Psychiatrie & Psychotherapie“ verfügt.	X
2. Behandelndes Personal: - Dipl. Psychologen - Psychiatriseschwestern / Pfleger - Sozialpädagogen - Sozialarbeiter mit Zusatzausbildung - weiteres therapeutische tätiges nicht-ärztliches Personal mit adäquater Ausbildung	X
3. Das Spital oder Institution muss sich über einen öffentlichen Leistungsauftrag/-vereinbarung (oder ähnlich lautendes Dokument der öffentlichen Hand) zur ambulanten psychiatrischen Versorgung ausweisen.	X

Verfahren der Anerkennung:

Ansprechstelle für die Anerkennung von Institutionen mit Berechtigung zur Verrechnung von ambulanten Leistungen gemäss TARMED-Kapitel 02.04

sind H+ und die FMH. Die Anerkennung erfolgt auf Grund der von H+ bzw. FMH bereitgestellten Unterlagen durch die Paritätische Kommission für Dignität und Sparten (PaKoDig).



Auf Grund der Erfahrung können wegen Wegzeiten, vieler Leistungen in Abwesenheit und der Limitationen im Tarmedtarif und KLV-Tarif heute maximal 50-70% der Leistungen des nichtärztlichen Personals dem Krankenversicherer in Rechnung gestellt werden.

10. Diagnoseinstrumente

Um die Vernetzung von AIDA-Care und bestehenden Dienstleistungen auch auf individueller Ebene zu erleichtern und die Vergleichbarkeit von erhobenen Daten zu ermöglichen, empfiehlt es sich auf bestehende, vielfach genutzte und bewährte Instrumente zurückzugreifen.

Mini-Mental Status Folstein

Der Mini-Mental-Status (MMSE) ist das wahrscheinlich am meisten verwendete Verfahren zum kognitiven Screening. Der MMSE erfasst mit 30 Punkten die kognitive Leistungsfähigkeit und ermöglicht eine Einschätzung des Schweregrads der kognitiven Beeinträchtigung. Er ist auch als Verlaufsuntersuchung geeignet.

CERAD-plus-Testbatterie

Die Testbatterie wurde zur Früherkennung und Beschreibung typischer kognitiver Symptome bei Erkrankung an Alzheimer Demenz entwickelt. Erfasst wird die kognitive Symptomtriade verbales Gedächtnis, Sprache und konstruktive Praxis sowie das Gedächtnis mit sofortiger und verzögerter Wiedergabe und Wiedererkennen. Erweiterung mit dem Trail Marketing Test A und B sowie der phonematischen Wortflüssigkeit (S-Wörter).



Binet- Bilder

Bei der Vorlage drei unterschiedlicher Bilder muss der Proband sowohl dargestellte Einzelteile beschrieben, als auch die Handlung rekonstruieren und beschrieben. Es zeigt sich, ob eine Person einzelne Teile wahrnehmen, die Zusammenhänge herstellen, sowie eine Situation korrekt einschätzen kann. Das Testverfahren ist bildungsunabhängig.

Uhren-Test

Bei diesem Test handelt es sich um ein kognitives Screening- Verfahren, das verschiedene Funktionen erfasst. Dazu gehören die visuell-räumliche Organisation und das Abstraktionsvermögen. Durch das Involvieren mehrerer Funktionsbereiche ist der Test geeignet, subtile Veränderungen in der globalen Leistungsfähigkeit aufzuzeigen. Der Test wird gut toleriert, ist leicht durchzuführen. Er ist ebenso wie der MMSE auch als Verlaufsuntersuchung geeignet.

11. Dokumentation

AIDA-Care benötigt und nutzt ein Tarmedtaugliches IT Programm. Dort werden die Fälle erfasst, dokumentiert und abgerechnet. Wichtig ist, dass die Daten gleichzeitig in bereits in der Institution etablierte Programme integriert werden können.



12. Qualifikation des medizinischen und beratenden Personals

Die abklärende und beratende Person sollte folgende Qualifikationen mitbringen:

- Grundausbildung in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz (Pflegefachfrau/mann HF)
- Kenntnisse über Demenz und Diagnostik von Demenz
- Beratungskompetenz
- selbständiges Arbeiten
- Deutsch mündlich und schriftlich
- Führerschein
- Wünschenswert wäre, dass die Person aus der Region kommt (wohnhaft) in dem die mobile Abklärungsstelle (AIDA-Care) verortet ist, da der Überblick über bestehende Hilfs- und Entlastungsdienste (Betreuungsnetz), sowie die Orientierung und das sich Zurechtfinden innerhalb der Gemeinden leichter fällt und eventuell bereits Vernetzung vorhanden ist.
- Teamfähigkeit und die Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit

Auch der zuständige Mediziner sollte gewisse Anforderungen erfüllen:

- Ausgewiesenes Demenzwissen und Erfahrung in der Diagnostik
- Teamfähigkeit und Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit

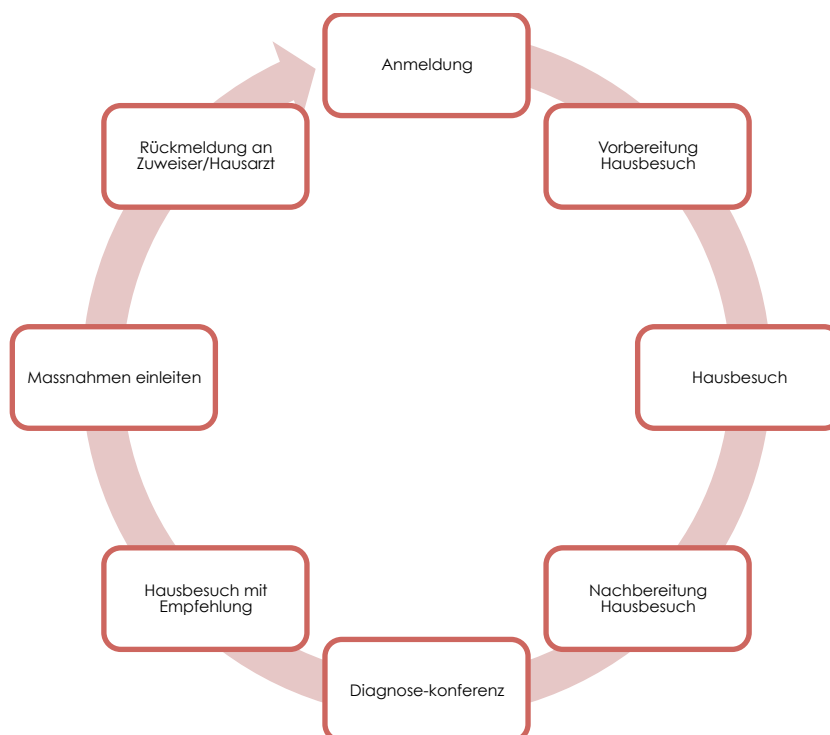
13. Aufnahmekriterien & Ausschlusskriterien

AIDA-Care nimmt Meldungen aus dem Einzugsgebiet entgegen. Angenommen werden Meldungen zu Einwohnern, bei denen ein Verdacht auf eine kognitive Einschränkung besteht, sodass sie in irgendeiner Weise auffällig geworden sind (sozial oder psychisch).

In der Regel handelt es sich um Personen, die sich keine Hilfe holen. Entsprechend schwierig und aufwendig ist häufig die erste Kontaktaufnahme. AIDA-Care ist nicht zuständig für Gefährdungsmeldungen bei Personen mit psychiatrischer Erkrankung (Schizophrenie, Zwangsstörungen, Suchterkrankungen etc.). Sie weist solche Anmeldung an die in ihrer Region zuständigen Stellen weiter.

14. Ablauf Abklärung & Beratung

Die Abklärung und Beratung durch AIDA-Care läuft in mehreren aufeinander aufbauenden Schritten ab, wie nachstehender Grafik entnommen werden kann.





14.1 Anmeldung

Die Anmeldung bei AIDA-Care erfolgt per Telefon oder je nach Lokalisation auch durch einen direkten Kontakt. Hier findet bereits die erste Datenerhebung zur Person, Wohnort und Problemstellung statt. Die Anmeldung ist damit auch die erste Triage-, in der im Gespräch und durch gezielte Fragen, erfasst wird, ob AIDA-Care in dem konkreten Fall zuständig ist.

Die Anmeldung kann von jeder privaten oder Fachperson vorgenommen werden, die in ihrem Umfeld bei einer Person ein auffälliges Verhalten über einen längeren Zeitraum beobachtet. Aber auch Gefährdungsmeldungen der KESB können an AIDA-Care weitergeleitet werden.

14.2 Vorbereitung Hausbesuch

Nach der eingegangenen Anmeldung macht die Beraterin sich daran möglichst viele Informationen im Vorfeld vor dem eigentlichen Hausbesuch zusammenzutragen. Dazu gehört zunächst ein erster telefonischer Kontakt mit der angemeldeten Person falls möglich mit der Frage nach der Erlaubnis für einen kurzen Besuch. Nach der Einwilligung wird bereits ein Termin für den Hausbesuch abgemacht.

14.3 Hausbesuch mit Abklärung

Der direkte Hausbesuch beinhaltet dann zunächst den Beziehungsaufbau und die Vertrauensbildung. Falls die Erlaubnis nicht schon zuvor telefonisch eingeholt wurde, wird diese an der Haustür nachgeholt. Das Einlassen in die Wohnung ist dann die implizite Zustimmung zum Besuch. Es werden anamnestiche und wenn möglich auch fremdanamnestiche Daten erfasst.



Die Alltagskompetenz wird anhand der ADL-Skalen und IADL- Skalen erhoben. Je nach Situation und Kooperation folgen dann die Diagnoseinstrumente, zunächst der MMSE und der Uhrentest, da diese in der Regel eine gute Kooperationsbereitschaft erzielen und schliesslich die CERAD-Batterie. In einigen Fällen benötigt dieses Vorgehen mehrere Kontaktaufnahmen und kann nicht beim ersten Hausbesuch erledigt werden.

Ein ganz bedeutsamer Aspekt bei dem ersten Besuch ist die genaue Beobachtung der Person, ihres Verhaltens, ihres Erscheinungsbildes und der Zustand der Wohnung. Zusammen mit den sonst erhobenen Daten geben diese Beobachtungen wichtige Anhaltspunkte über den Zustand und den Unterstützungsbedarf der betroffenen Person.

Somit hat der Hausbesuch drei verschiedene Schwerpunkte: zu einem geht es natürlich um die medizinische und zum anderen um die pflegerische Problematik. Hinzu kommt aber auch die Einschätzung der sozialen Problematik, mit der Frage nach dem sozialen Netz auf der einen und Fragen der Versicherungen und Finanzen auf der anderen Seite.

14.4 Nachbereitung des Hausbesuches

Im Anschluss an den Hausbesuch werden die Ergebnisse der Testungen und Beobachtungen ausgewertet und dokumentiert. Dabei kann sich die Beraterin eventuell bereits erste Überlegungen zu notwendigen Massnahmen machen. In einigen Fällen wird es hier auch wichtig noch einmal Kontakt mit dem Umfeld der betroffenen Person aufzunehmen (Hausarzt, Spitex, Vermieter, Angehörige etc.).



14.5 Diagnosebesprechung

In der Diagnose-Besprechung werden die Fälle vorgestellt, und im Team besprochen. Es wird eine Verdachtsdiagnose gestellt und individuelle Empfehlungen erarbeitet. Diese sollten alle einzuleitenden Massnahmen im Sinne eines umfassenden Betreuungsplanes beinhalten. Hier wird besonderen Wert auf die Nutzung und Stärkung bestehender familiärer Strukturen, nachbarschaftlicher oder kommunaler Angebote und Ressourcen gelegt.

Der Bedarf des betroffenen Menschen, seine individuellen Bedürfnisse und die aktivierbaren Ressourcen sind konkrete Leitplanken für die zu erarbeitenden Empfehlungen.

14.6 Hausbesuch mit Empfehlung

Die Beratungen sind individuell und der Situation angepasst zu gestalten. Hier spielt die Vorgeschichte der Person, ihre kognitiven Möglichkeiten und die aktuelle Befindlichkeit eine Rolle. Dem bereits aufgebauten Vertrauensverhältnis im ersten Besuch ist unbedingt Sorge zu tragen. Dann werden die Empfehlungen so mitgeteilt, dass die betroffene Person diese versteht und nach Möglichkeit auch annehmen kann. Die Beratung hat zum Ziel anhand der erhobenen Befunde eine möglichst optimale individuelle Lösung zu gestalten. Zum Abschluss wird das weitere Vorgehen miteinander abgemacht (z.B. nochmaliger Besuch mit Spitex, Begleitung zum Hausarzt etc.)



14.7 Massnahmen einleiten

Gemäss der getroffenen Abmachung werden dann schliesslich die Massnahmen eingeleitet und die zuständigen Personen und Institutionen involviert und beauftragt (z.B. Spitexverordnung einholen und Spitex informieren, Antrag an die KESB, Grundreinigung der Wohnung, nötige Reparaturen, HA suchen und dahin begleiten, weitere medizinische Abklärungen (z.B. bei Wunden, oder Zahnarzt) organisieren, Vermieter kontaktieren (z.B. bei Zinsausstand); Sicherheitsmassnahmen wie Gashahn abschalten, Knöpfe am Herd entfernen, Case-Management....).

14.8 Bericht und Rückmeldung

In einem schriftlichen Bericht wird dem Hausarzt die Anamnese, die Ergebnisse der Testung, die Diagnose und die erarbeiteten Massnahmen und Empfehlungen mitgeteilt. Je nach Fall kann es auch vorkommen, dass um weitere diagnostische Massnahmen wie Demenzlabor oder bildgebende Verfahren gebeten wird.

Ausserdem wird abschliessend noch einmal Kontakt mit dem Melder aufgenommen, um eine angepasste Rückmeldung zu geben und für das Engagement zu danken. Der Text könnte beispielsweise folgendermassen lauten: „Wir danken Ihnen für ihr vorbildliches gesellschaftliches Engagement! Ihre Meldung ist bei uns eingegangen und wir haben uns der betreffenden Person angenommen und werden unterstützend tätig sein.“

14.9 Begleitung und Vernetzung

In Abhängigkeit zu den eingeleiteten oder empfohlenen Massnahmen wird der von Demenz betroffene Mensch direkt vom Helfernetz übernommen und AIDA-Care hat seinen Auftrag erfüllt.



Sollte das Helfernetz erst aufgebaut werden müssen, bleibt AIDA-Care solange begleitend aktiv bis diese Aufgabe abgeschlossen ist.

Die aussergewöhnliche Herausforderung besteht darin auf der einen Seite die Betroffenen in ein Helfernetz zu übergeben und auf der anderen Seite sich aus der Beziehung mit dem Betroffenen sorgfältig zu verabschieden. Oftmals fassen die Menschen nur schwer Vertrauen und wenn das gelungen ist, dass AIDA-Care tätig werden kann, muss die aufgebaute Beziehung vorsichtig wieder gelöst werden. Dieses erfordert ein professionelles sich Abgrenzen und Zurückziehen. Je nach Stabilität des Helfernetzes und der Situation zieht sich AIDA-Care mehr oder weniger zurück und wird nach Bedarf vom Helfernetz wieder kontaktiert

15. Nachhaltigkeit

AIDA-Care kann als eine Stütze im Hintergrund fungieren und wieder aktiv werden, wenn die Situation sich verschärft oder verschlechtert hat und eine erneute Beratung nötig wird. Um Kontinuität und Nachhaltigkeit des Angebots zu erreichen sind auch von AIDA-Care organisierte Helferkonferenzen denkbar. Diese wären nicht nur im konkreten Fall von Nutzen, sondern können einen wichtigen Beitrag zur Vernetzung und gemeinsamen Identifikation in der Region bieten.

16. Praktische Einführung von AIDA –Care

Dieses methodische Konzept AIDA-Care steht interessierten Gemeinden und Institutionen zur Einführung zur Verfügung. Es wurde in drei Pilotprojekten erprobt und im Anschluss an die Evaluation angepasst.



16.1 Personalkrutiierung

Bei der Rekrutierung des Personals ist darauf zu achten, dass die weiter oben formulierten Anforderungen erfüllt sind. Hier sollte auf Gesundheitsfachpersonen zurückgegriffen werden. Wichtig ist es auch ein nicht zu niedriges Anstellungspensum (nicht unter 50%) zu einzurichten, da sich dieses mit dem Auftrag von AIDA-Care nicht vereinbaren lässt. Hier muss berücksichtigt werden, dass die Administration, Vernetzung und Informationssammlung zu den Klienten oft sehr zeitintensiv ist.

16.2 Einführung der Personen in das Aufgabengebiet

Einführung in Diagnoseinstrumente und Dokumentation

Die rekrutierten Fachpersonen müssen in das Konzept, ihre Aufgaben und die zu benutzenden Instrumente eingeführt werden.

Die Einführung muss die Zielsetzung, das Vorgehen und die Durchführung der konkreten Abklärung und Beratung beinhalten. Unabhängig von Vorkenntnissen sollte die Möglichkeit eines Praktikums in der Gerontologischen Beratungsstelle der Stadt Zürich oder einem bereits bestehenden AIDA-Care Angebot genutzt werden. Die Dauer eines solchen Praktikums soll individuell entschieden werden. Inhaltlich aber ist es bedeutsam, sowohl Hausbesuche mit Diagnostik und die Auswertung der Diagnostik durchgeführt zu haben, als auch an der Diagnosekonferenz teilgenommen zu haben und ebenfalls die Dokumentation und Berichterstattung vorgenommen zu haben. Je vertiefter dieses Praktikum gestaltet werden kann, um so einfacher ist der Einstieg in die eigene Beratungsarbeit.



Einführung in die Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung ist für das Etablieren und Gelingen des neuen Angebots von zentraler Bedeutung. Je nach Erfahrung und Vorkenntnissen kann es erforderlich werden, dass die rekrutierte Person in diesem Bereich Unterstützung in Anspruch nimmt. Auch hier wird empfohlen sich auf die Erfahrungen der bereits bestehenden Angebote zu stützen. In jedem Fall soll aber der Kontakt zu den oben erwähnten Schnittstellen aufgebaut und gepflegt werden.

17. Öffentlichkeitsarbeit

Die flächendeckende Information über das neue Angebot ist für den Start des Projekts aber auch für seinen langfristigen Erfolg sehr entscheidend. Um dieser wichtigen Bedeutung Rechnung zu tragen sollen mehrere Strategien verfolgt, geplant und umgesetzt werden.

Werbematerial

Erstellung von Material für die verschiedenen Anspruchsgruppen (Betroffene, Öffentlichkeit, Kooperationspartner, Zuweiser), die über die Arbeit, die Zuständigkeit von AIDA-Care aufklären und ihre Bekanntheit erhöhen. Denkbar sind Flyer, Internetauftritt und eine Plakataktion in den ÖV und Ämtern.

Medienarbeit

Information durch die regionalen Medien, insbesondere den Zeitungen und Radio mittels redaktioneller Beiträge und evtl. Interviews.



Auftakt mit Grossveranstaltung

Einladung der Öffentlichkeit und möglicher Zuweiser wie Detailhandel, Banken, Coiffeur, Bäcker, Podologen und Apotheken. Diese Kickoff- Veranstaltung gibt eine Einführung zum Thema Demenz und dem öffentlichen Auftrag. Sie ruft alle zur Verantwortungsüberahme auf und illustriert an konkreten Beispielen, wie die Zuweisung und die Arbeit von AIDA-Care aussieht.

Information an die Partner, Zuweiser, Schnittstellen

Information über die Inbetriebnahme von AIDA-Care an alle Arztpraxen, alle öffentlichen und privaten Spitexorganisationen, alle Altersbeauftragten, alle kommunalen und regionalen Sozialdienste der Spitäler, der Sozialverbunddienste z.B. für Beistandschaften, der Sozialdiakoniedienste aller Kirchgemeinden, alle Betreibungsämter, alle grösseren Liegenschaftsverwaltungen, alle Notariate und die KESB.

18. Beratung und Begleitung bei der Einführung von AIDA-Care

Interessierte Institutionen oder Gemeinden haben die Möglichkeit neben diesem schriftlichen methodischen Konzept eine praktische Begleitung anzufordern. Weitere Information dazu befinden sich auf der Homepage www.aida-care.ch.