

Arbeitstagung der Plattform Demenzstrategie

Früherkennung und Ambulante Begleitung

Der Wiener Weg

Ansprechpersonen:
Peter Willroider,
Renate Pfoser-Almer
Fonds Soziales Wien



© www.visualsforbusiness.com



© Gesundheit Österreich GmbH

Ein paar Gedanken zum Wiener Plakat

Die Früherkennung von Demenz ist wichtig, da eine frühzeitige Diagnose, Behandlung und Begleitung dazu beitragen können, den Krankheitsverlauf zu verlangsamen und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.

Menschen, die frühzeitig diagnostiziert werden, haben bessere Chancen, von den verfügbaren Behandlungsoptionen wie Medikamenten, Therapie und Anpassungen im Alltag zu profitieren. Diese Maßnahmen können helfen, die Symptome der Demenz zu lindern und das Fortschreiten der Krankheit zu verlangsamen. Darüber hinaus kann eine frühe Diagnose den Betroffenen und ihren Familien Zeit geben, sich auf die Zukunft vorzubereiten und Pläne für die Betreuung und Unterstützung zu machen.

Menschen, die eine Demenzdiagnose erhalten, können sehr unterschiedlich reagieren, abhängig von ihrer Persönlichkeit, ihrem Alter, ihrem sozialen Umfeld und anderen individuellen Faktoren. Einige Menschen können sich zunächst erleichtert fühlen, dass ihre Symptome eine Ursache haben und dass es eine Diagnose gibt. Andere können Schock, Verleugnung, Traurigkeit, Angst, Wut oder Frustration empfinden. Es ist auch möglich, dass sich Menschen mit Demenzdiagnose zurückziehen und sich isolieren oder dass sie sich umso mehr auf das Leben und die Dinge konzentrieren, die ihnen wichtig sind. Eine gute Begleitung in dieser Phase ist sehr wichtig.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Früherkennung und die Begleitung zu Beginn einer Demenz entscheidend ist, um die besten Behandlungsergebnisse zu erzielen und die Lebensqualität der betroffenen Personen und ihrer Familien zu verbessern.

Daher ist es wichtig, dass die Betreuung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen von einem gesamten System getragen wird. Egal an welche Stelle sich der:die Betroffenen hin wenden, eine professionelles Team kann die richtigen Schritte in die Wege leiten und damit Sicherheit und das Gefühl des Nicht-Alleine-Seins geben.

Aktuell leisten dazu in Wien verschiedene Stellen, Schulungen und Konzepte ihren Beitrag: Fonds Soziales Wien, Integrierte Versorgung Demenz im Gerontopsychiatrischen Zentrum, Memory Kliniken, Evidenzbasierte Pflegeleitlinien zum Thema Demenz, Multiplikator:innenschulung zum Thema Demenz, etc.

Fragestellungen und zukünftige Maßnahmen

- Was sind die kritischen Erfolgsfaktoren für eine gelungene Früherkennungsstrategie einer Großstadt?
- Welche Herausforderungen ergeben sich in diesem Zusammenhang?
- Welche Maßnahmen könnten hier weiter gegensteuern?



Integriertes Versorgungsprogramm Demenz Tirol: Frühzeitige Begleitung rund um die Diagnose

www.demenz-tirol.at



Eckpunkte des Projektes

Zielgruppe	100 Personen mit Diagnose Demenz oder Mild Cognitive Impairment und deren Bezugspersonen in zwei Pilotregionen in Tirol
Zuweiser:innen	Gedächtnisambulanzen Landeskrankenhaus Innsbruck und Landeskrankenhaus Hall i.T., Abteilung Innere Medizin - Landeskrankenhaus Hochzirl KH Hochzirl, niedergelassene Fachärzt:innen f. Psychiatrie und/oder Neurologie, Allgemeinmediziner:innen
Pilotregionen	Innsbruck Stadt und Innsbruck-Land
Begleitungszeitraum	12 Monate (Pilotcharakter - keine Verlängerung geplant)
Anzahl der Kontakte	<u>Zwei</u> Kontakte <u>in den ersten zwei Monaten</u> der Begleitung, <u>danach</u> durchschnittlich <u>ein</u> Kontakt pro Monat
Begleiter:innen	regionale Demenzkoordinator:innen mit absolvierter spezialisierter Fortbildung
Grundlagen	4 Säulen der Begleitung: Demenzmanagement, emotionales und psychosoziales Wohlbefinden stärken, praktische Unterstützung anbieten, Planung für die Zukunft unterstützen

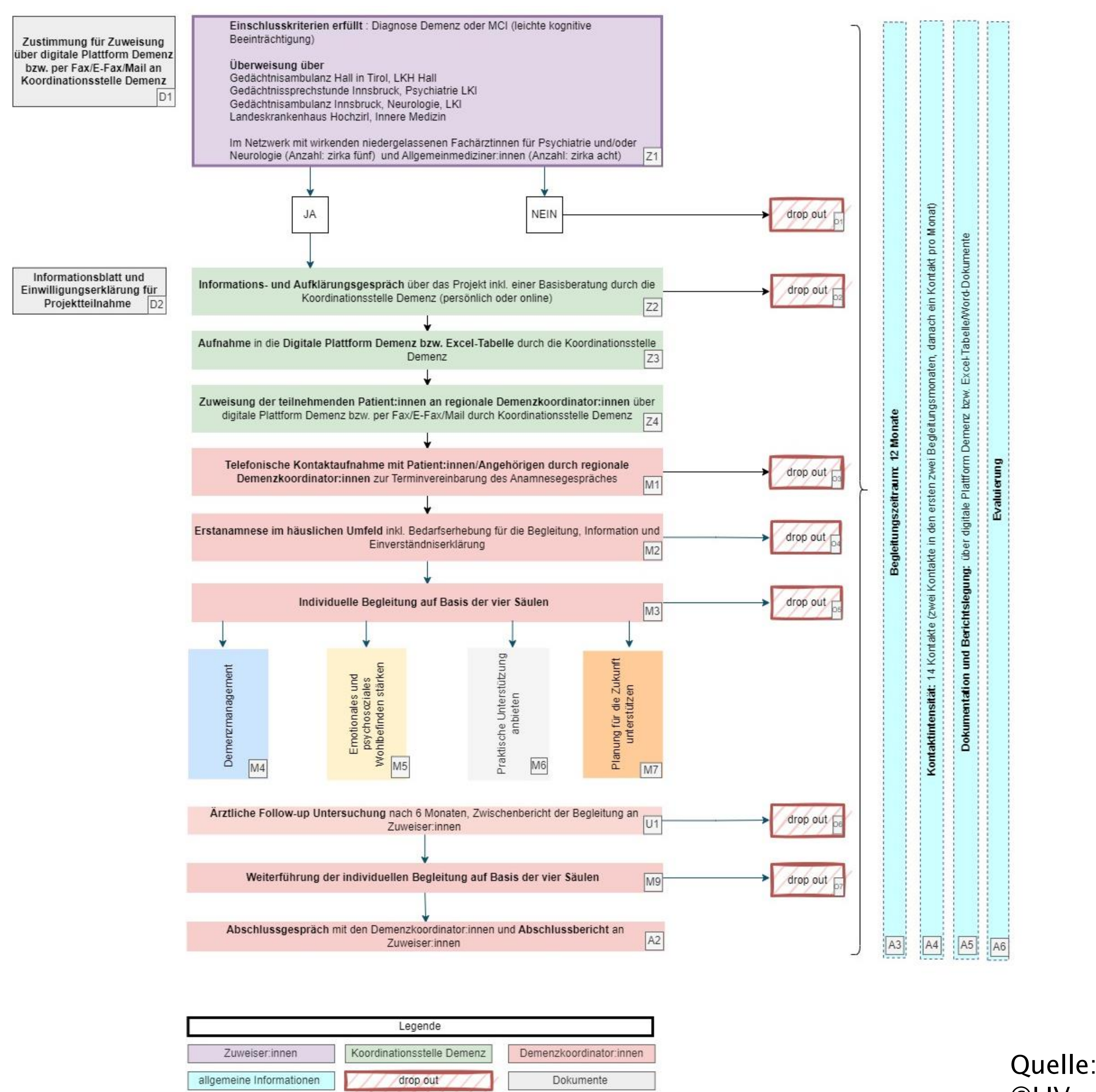
Ziel

Angebot einer **bedürfnisorientierten, individualisierten, zwölf-monatigen Begleitung** für Menschen mit Demenz und deren Bezugspersonen nach Diagnosestellung durch **regionale Demenzkoordinator:innen** in zwei Tiroler Pilotregionen

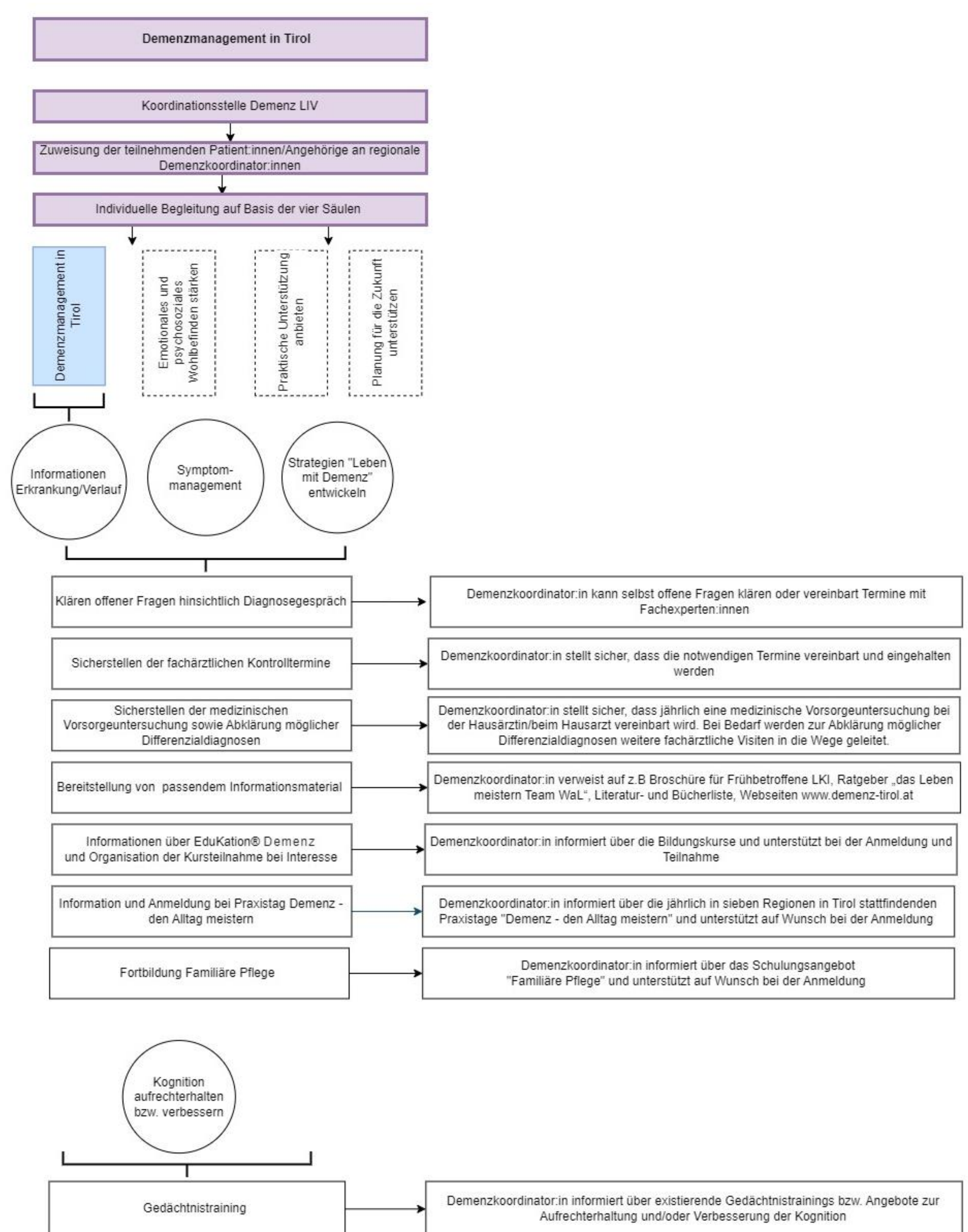
Projektstatus

- » Konzept für die Umsetzung der frühzeitigen Begleitung in zwei Tiroler Pilotregionen finalisiert
- » Projektvorstellung in der Landes-Zielsteuerungskommission Tirol für Ende Juni 2023 geplant

Prozessablauf und beispielhafter Teilprozess „Demenzmanagement“



Quelle: ©LIV



Quelle: ©LIV

Fragestellungen

- « Welche Aspekte des Konzepts haben einen positiven Einfluss auf das Leben von Menschen mit Demenz?
- « Welche Chancen und Risiken sehen Sie innerhalb des Konzepts?
- « Welche Aspekte des Konzepts tragen zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Demenz bei?
- « Welche Aspekte des Konzepts sind besonders interessant für potenzielle Geldgeber:innen des Projekts?



Arbeitstagung der Plattform Demenzstrategie

DEMENZ

Früherkennung und ambulante Betreuung Angebote „Land Salzburg“

Ansprechperson: Claudia Bernhard-Kessler BA, MSc
Pflegeberatung Land Salzburg - pflegeberatung@salzburg.gv.at
Link zur Website: <https://www.demenzstrategie.at/>

Zielsetzung:

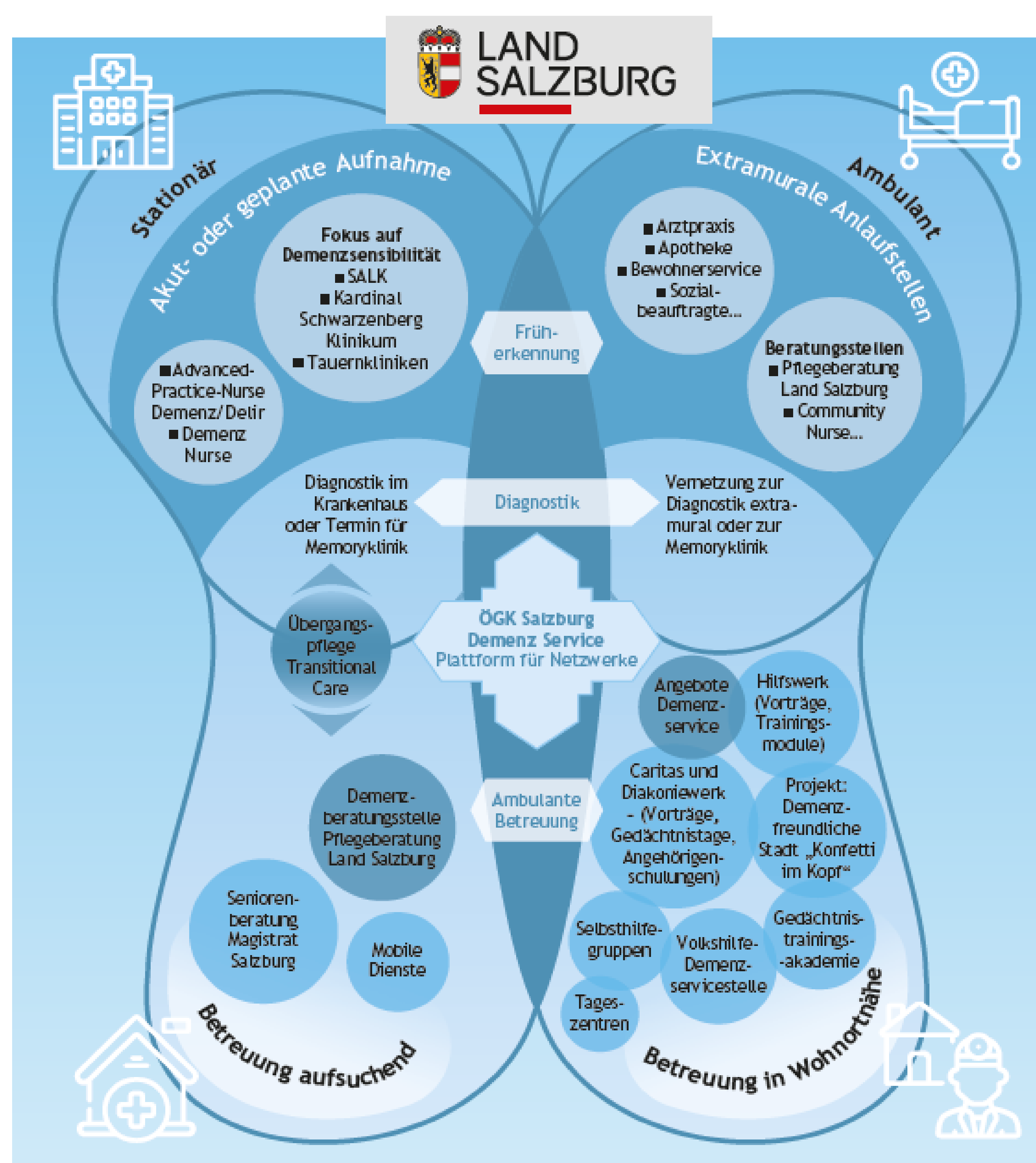
Die Plattform „Demenzservice (ÖGK)“ wirkt sich positiv auf Synergieeffekte zwischen den verschiedenen Angeboten für Demenz aus.



© Gesundheit Österreich GmbH

Eckpunkte

- Errichtung einer Plattform durch Initialisierung des Demenz Service der ÖGK (regelmäßige Treffen)
- Zugänge zur Früherkennung mit Vermittlung zur Diagnostik: im stationären und ambulanten Setting
- Demenzservice: Beratungen, Vorträge und Kurse
- Demenzberatungsstelle der Pflegeberatung Salzburg als Kooperationspartner der ÖGK und Vernetzungspartner zu den Angeboten
- Aufsuchende Betreuung bzw. Angebote in Wohnortnähe
- Professionelle Betreuung und Angehörigenentlastung
 - Tageszentren, stationäre Einrichtungen, mobile Dienste
- Begleitung des Übergangs vom Krankenhaus ins häusliche Setting durch Übergangspflege
 - Trainings und Entlastung durch Hilfe zur Selbsthilfe, Systemischer Ansatz, Biografiearbeit - Umgang mit herausfordernden Verhalten
- Projekte:
 - Demenzsensible Stadt Salzburg („Konfetti im Kopf“)
 - Demenzsensible Apotheken
 - „vergissDEINnicht“ Lungauer Demenzcafe



Zukünftige Maßnahmen

- Stationäres Setting: Demenzsensibles Krankenhaus
- Ambulantes Setting: Regelmäßige Evaluation und weiterer Ausbau der bestehenden Strukturen

Fragestellungen

1. Gibt es Strukturen, die im Salzburger Netzwerk unterrepräsentiert sind? Wenn Ja welche?
2. Können sich kostenpflichtige Angebote limitierend auf den Zugang für Betroffene auswirken?
3. In welchen Strukturen (unter welchen Trägern) kann eine Integrierte Versorgung vorzugsweise angesiedelt werden (Krankenanstalten, Landesregierung oder private Träger)?

SOPHA – Sozialpsychiatrische Hilfe im Alter

Träger: Psychosoziale Dienste Steiermark, www.dachverband-stmk.at, Ansprechperson: Günter Klug

Unsere Zielsetzung

Ziel von SOPHA ist, durch multiprofessionelle Beratung und mobile Dienste die gesamte Lebenssituation von älteren Menschen mit alterspsychiatrischen Erkrankungen - besonders auch Demenz - und deren Angehörigen flächendeckend in der Steiermark zu verbessern.

Unsere Eckpunkte

SOPHA-Alterspsychiatrische Beratungsstellen:

Sie klären ab, (auch zu Hause), stellen die Diagnose sicher, beraten Betroffene und Angehörige und helfen das Versorgungsnetzwerk zu installieren. Bei Bedarf notwendige Kontrolluntersuchungen und Einzelberatungen.

Bei längerem Betreuungsbedarf:

SOPHA-Mobile alterspsychiatrische Betreuung:

Multiprofessionelle Betreuung zu Hause auch über längere Zeiträume, im Schnitt 2 bis 8 Stunden pro Woche.

Ziel: Stabilisierung nicht nur der psychischen Situation, sondern des gesamten Lebensumfeldes, und damit Senkung des oft bestehenden chronischen Überforderungsstress im Alter

In ländlichen Regionen werden beide Leistungen durch ein Team (Fachärzt:in, Psycholog:in/Psychotherapeut:in, Sozialarbeiter:in, psychiatrische Pflegekraft), erbracht.

Zusätzlich:

SOPHA- PIA: Partner im Alter

Ehrenamtliche Begleitung für noch nicht so schwer betroffene Menschen

SOPHA-Stube: Stundenweise Betreuung zur Entlastung Angehöriger

Ermöglicht Angehörigen auch kurzfristig freie Zeit

Durch all das soll älteren Menschen möglichst früh geholfen werden, ihre Selbstständigkeit zu bewahren und ihre Fähigkeiten zu stärken. Dazu gehört auch, selbständiges Wohnen zu fördern und nicht notwendige stationäre Aufenthalte zu vermeiden. SOPHA gibt es in Deutschlandsberg, Feldbach, Graz, Hartberg, Judenburg, Leibnitz, Leoben, Liezen, Murau, Voitsberg und Weiz.

Zukünftige Maßnahmen Netzwerk Demenz Steiermark

Verbesserung der Information der Bevölkerung, Wissenstransfer bei Professionist/innen, Arbeit an Versorgungslücken besonders an Schnittstellen, Beratung im stationären Bereich und Begleitung danach in Regionen.

Fragestellungen

Wie können regionale Charakteristika und steiermarkweite Standards verbunden werden?

Wie können Entstigmatisierung gelingen und Personen ermutigt werden, Angebote möglichst früh zu nutzen?

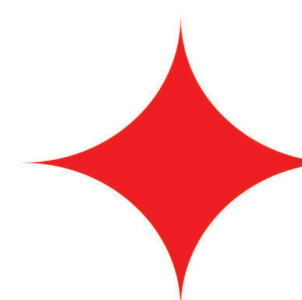
Wie können familiäre, ambulante, mobile und stationäre Bedürfnisse verbunden werden?

Netzwerk Demenz Steiermark wurde gegründet von



die
elisabethinen
in graz

Gefördert aus Mitteln des Gesundheitsfonds Steiermark



GESUNDHEITSFONDS
STEIERMARK

IMMER EINEN SCHRITT VORAUS – DEMENZ FRÜHZEITIG ERKENNEN UND HANDELN

Praxis-Daten aus den MAS-Demenzservicestellen bezugnehmend auf die Ergebnisse der Spectra Meinungsumfrage

EINLEITUNG

Die Demenzservicestellen (DSS) des Netzwerk Demenz OÖ, gefördert vom Land OÖ und der ÖGK, haben sich zum Ziel gesetzt, Menschen mit Demenz, die zu Hause betreut werden und deren Angehörige bestmöglich durch den Krankheitsprozess zu begleiten (Auer et al., 2013). Die Früherkennung von demenziellen Erkrankungen hat dabei einen besonderen Stellenwert. Wissenschaftliche Erkenntnisse belegen, dass pharmakologische, wie auch nicht-pharmakologische Therapie- und Handlungsansätze die besten Erfolge in der Verzögerung des Krankheitsverlaufes erzielen, je eher sie zur Anwendung kommen (Höfler et al., 2015). Eine frühe Diagnose ist dabei unerlässlich. Durch die niederschwellige Struktur der Angebote soll die Bereitschaft der Bevölkerung erhöht und die Unsicherheit gemindert werden, sich bereits beim ersten Auftreten von Gedächtnisproblemen Hilfe zu holen.

Personen, die in einer DSS vorstellig werden, werden zuerst einem psychologischen Gedächtnis-Check unterzogen, bei dem standardmäßig anhand der Reisberg Skalen (Reisberg, 1988) der Schweregrad eines möglichen Gedächtnisdefizites festgestellt wird. Tabelle 1 zeigt den Verlauf der Alzheimerkrankheit anhand der Reisberg Stadien.

Tabelle 1: Ungefährer Verlauf der Alzheimerdemenz

ALZHEIMER STADIUM	BESCHREIBUNG/DIAGNOSE
STADIUM 1	Normal
STADIUM 2	Subjektive Beschwerden
STADIUM 3	MitarbeiterInnen bemerken eine reduzierte Arbeitsleistung; Schwierigkeiten, sich an fremden Orten zurecht zu finden
STADIUM 4	Verminderte Fähigkeiten komplexe Aufgaben durchzuführen (z.B.: ein Abendessen für Gäste vorzubereiten, mit Geld umzugehen, einzukaufen, usw.)
STADIUM 5	Selbstständiges Überleben ohne Hilfe nicht gewährleistet, Probleme bei der Auswahl der Kleidung
STADIUM 6	Verlust grundlegender Tätigkeiten des Alltags (Anziehen, Waschen, Toilettengang, Urinkontrolle, Darmkontrolle)
STADIUM 7	Verlust der Sprache und der Psychomotorik

© Barry Reisberg, 1988, alle Rechte vorbehalten.

ERGEBNISSE DER SPECTRA MEINUNGSUMFRAGE

Im Februar 2022 hat das Institut Spectra Marktforschung im Auftrag der MAS Alzheimerhilfe eine Bevölkerungsbefragung (n=1.027) zum Thema Alzheimer durchgeführt. 44 % der Befragten würden bei ersten Anzeichen einer Demenz nicht sofort den Arzt/die Ärztin aufsuchen, sondern erst noch zuwarten. Auf die Frage, wen sie bei ersten Anzeichen zuerst aufsuchen würden, sind HausärztInnen mit 74 % der Stimmen klar auf Platz eins des Rankings und noch weit vor den NeurologInnen (29 %) oder gar den PsychiaterInnen (6 %). Eine DSS oder eine Gedächtnisambulanz würden nur jeweils 8 % der Befragten aufsuchen. Hier sei jedoch anzumerken, dass die Befragung in ganz Österreich stattgefunden hat und die DSS ein auf das Land Oberösterreich begrenztes Service und daher vermutlich in anderen Bundesländern unbekannt sind.

DISKUSSIONSFRAGEN

- 1 HausärztInnen weisen in der Praxis relativ selten an die DSS zu. Woran könnte das liegen? Wie kann man die Zusammenarbeit fördern?
- 2 Aus welchen Gründen würden Betroffene nicht sofort den Arzt/die Ärztin aufsuchen, sondern noch zuwarten? Wie könnten diese Hürden überwunden werden?
- 3 Ethische Diskussion: Wie früh soll Früherkennung sein, wenn es keine Heilung/nennenswerte Behandlung gibt?

METHODE UND FRAGESTELLUNG

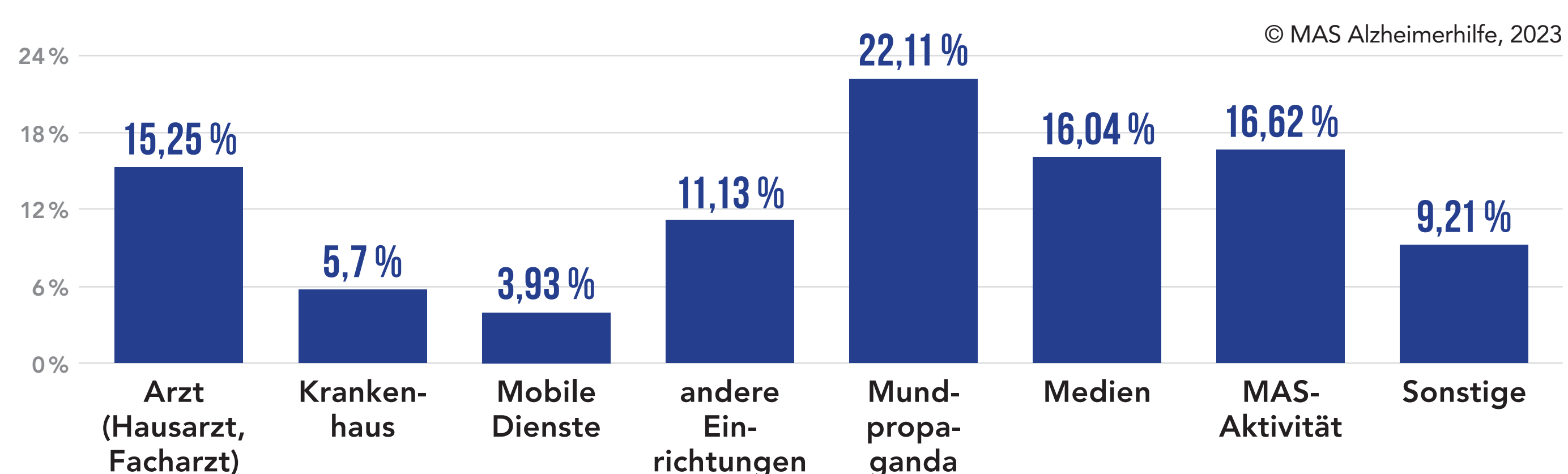
Die MAS Alzheimerhilfe führte im Zeitraum 2003–2022 eine wissenschaftliche Langzeitdatenbank. Diese wurde 2023 in ein Repository bei der Universität für Weiterbildung Krems/Zentrum für Demenzstudien überführt. Bis 30. September 2022 wurden in dieser Datenbank 5226 auswertbare Erstkontakte in den MAS DSS verzeichnet, die für die vorliegende Häufigkeitsanalyse herangezogen wurden. Bezugnehmend auf die Spectra Umfragedaten und das Ziel der Früherkennung demenzieller Erkrankungen wurden 2 Fragestellungen formuliert: Wer sind die häufigsten ZuweiserInnen in die MAS DSS und in welchem Krankheitsstadium kommen die Personen erstmals in die DSS?

ERGEBNISSE UND INTERPRETATION

Grafik 1 zeigt die Verteilung der ZuweiserInnen (N=3279). Die meisten Personen kommen via Mundpropaganda (22,11%), gefolgt von MAS-Aktivitäten, wie z.B.: Veranstaltungen, Vorträge, Aushänge in Gemeinden usw. (16,62%) und Medien (16,04%) in die DSS. Ärztliche Zuweisungen kommen mit 15,25% auf Platz 4. Hier wurde in der Datenerfassung kein Unterschied gemacht, ob die zuweisenden ÄrztInnen HausärztInnen oder FachärztInnen sind.

Die Erfahrungen in den DSS zeigen, dass HausärztInnen nur in seltenen Fällen den Besuch einer DSS empfehlen und die Personen bei ärztlicher Empfehlung eher über NeurologInnen in die DSS kommen.

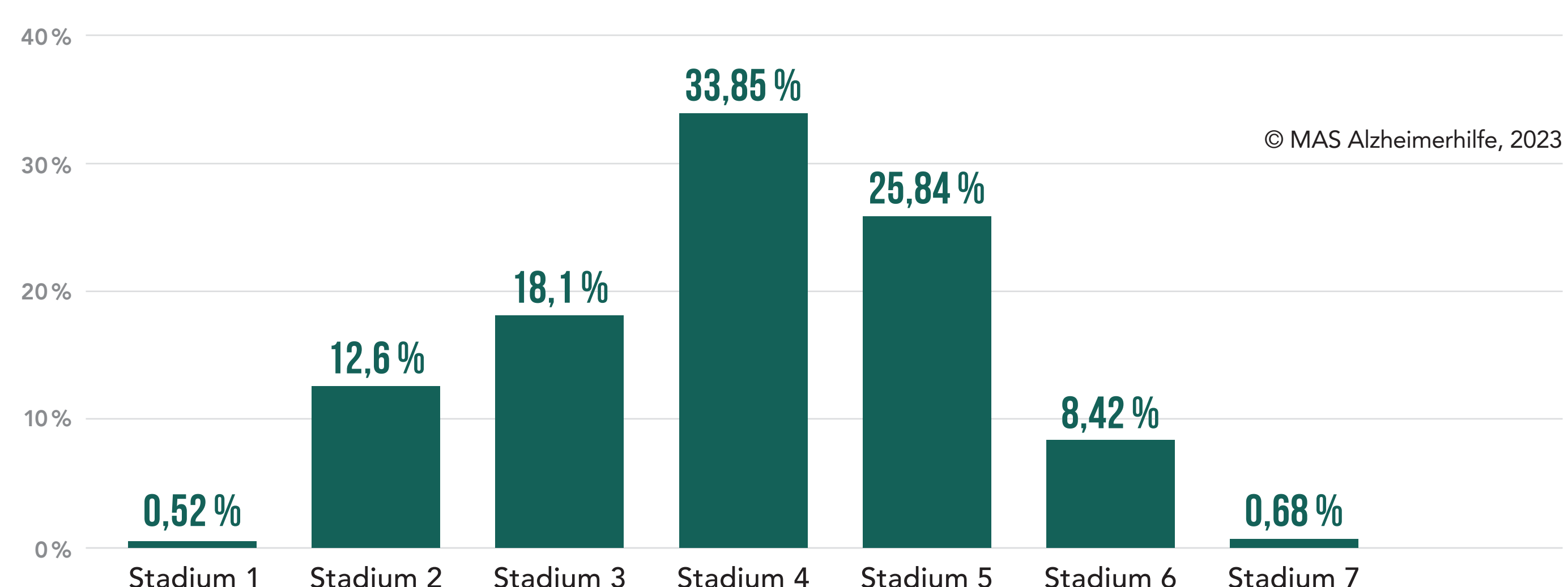
Grafik 1: ZuweiserInnen zur Ersttestung in % (N=3279)



Aus Grafik 2 ist abzuleiten, dass das Modell der DSS in der Früherkennung starkes Potenzial aufweist. Die meisten der insgesamt 5152 KlientInnen der DSS, zu denen Daten vorliegen, kommen im GDS Stadium 4 (beginnende Demenz) oder früher in die DSS. GDS steht für Global Deterioration Scale und beschreibt das globale Stadienniveau nach Reisberg (1988).

Somit kann gezeigt werden, dass die DSS in der Bevölkerung durchaus als Anlaufstelle bei beginnenden Gedächtnisproblemen angenommen und wahrgenommen wird.

Grafik 2: Verteilung der GDS Stadien bei Ersttestung in % (N=5152)



LITERATUR:

Auer, St., Span, E.; Das Modell der Demenzservicestelle, Ein Manual für die Praxis, 1. Auflage 2013, 57 Seiten.
Netzwerk Demenz Oberösterreich; Handbuch Manual, Das Modell der Demenzservicestelle, Auflage Mai 2022, 57 Seiten.
Spectra Marktforschung, Marketingreport, Bevölkerungsbefragung zum Thema Alzheimer im Auftrag der MAS Alzheimerhilfe, Februar 2022
Reisberg, B. (1988). Functional Assessment Staging (FAST). Psychopharmacology Bulletin, 24(4), 653–659.
Höfler, S.; Bengough, T.; Winkler, P.; Griebler, R. (Hg.) (2015). Österreichischer Demenzbericht 2014. Bundesministerium für Gesundheit und Sozialministerium, Wien.

FRÜHERKENNUNG UND FÖRDERUNG DER TEILHABE VON MENSCHEN MIT DEMENZ UND DEREN AN- UND ZUGEHÖRIGEN

BERATUNG

- Gespräch
- Information
- Schulung
- Vorträge

IMPULSVORTRAG:
„LEBEN MIT DEMENZ“ STADIEN/VERLAUF/HILFE

TESTUNG

- Aufklärung
- Screening
- Begleitschreiben

TRAINING

- Stadiengerechtes Gruppentraining
- Sozialkontakt

Netzwerk Demenz Oberösterreich:

[Bilderquelle: © Volkshilfe GSD]

Stefanie Auer¹, Margit Höfler¹, Ann-Christine Renn¹, Elke Lantschik¹, Johannes Oberndorfer², Erwin Rebhandl³

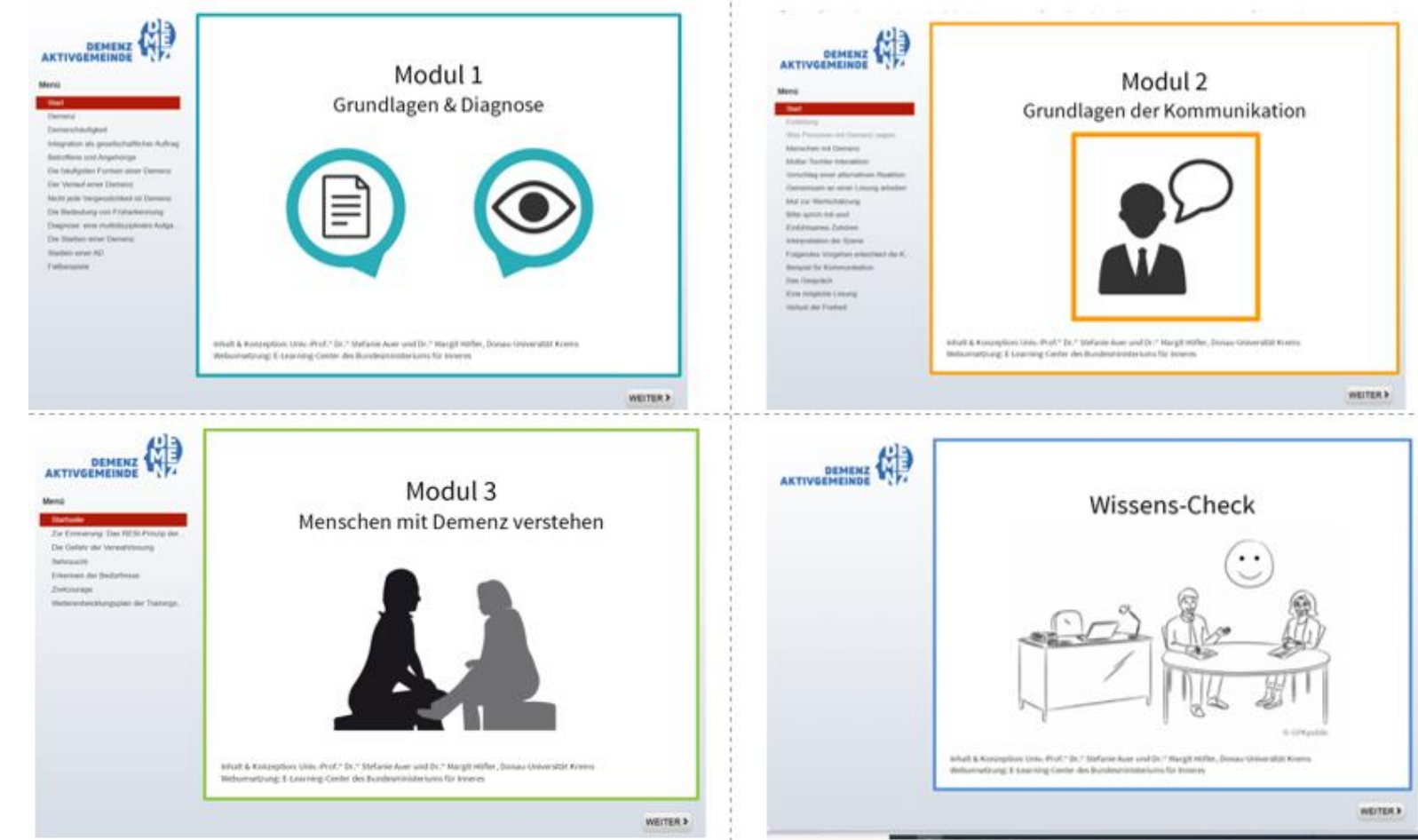
¹Universität für Weiterbildung Krems, ²Prevenire, ³AM Plus - Initiative für Allgemeinmedizin und Gesundheit

Demenz.Aktivgemeinde

Individuelles Auftaktgespräch (optional)	Klärung von Prozess und Zielsetzung im Rahmen eines Auftaktgesprächs (Gemeinde, Universität für Weiterbildung Krems)
Selbstbeschreibung	Dokumentation der Aktivitäten im Bereich „Demenz“ anhand des bereitgestellten Formulars, Übermittlung des Dokuments an die Universität für Weiterbildung Krems (Gemeinde)
Begutachtung	Externe Reflexion der Unterlagen (Universität für Weiterbildung Krems)
Individuelles Abschlussgespräch und Ausblick	Gemeinsame Reflexion der gesetzten Maßnahmen – Präsenz oder online (Gemeinde, Universität für Weiterbildung Krems)
Zertifizierung	Ausstellung des Zertifikats (Gültigkeit 4 Jahre)

www.donau-uni.ac.at/demenz-aktivgemeinde

Die Lernmodule



<https://imoox.at/course/demenz>



- Über 800 Lernende
- 6 Gemeinden
- 1 Notariat

Schulung der Gemeindefachkräfte (verpflichtend)

Durchführung und Dokumentation des Online-Lernprogramms „Demenz.Aktivgemeinde“ auf der Lernplattform Imoox

+ mindestens zwei der folgenden Themenschwerpunkte:

1) Gemeinde als Gemeinschaft

Setzen von Aktivitäten in der Gemeinde zur nachhaltigen Integration von Betroffenen und An-/Zugehörigen in das alltägliche Leben der Gemeinde

2) Ressourcen und strukturelle Voraussetzungen in der Gemeinde

Bereitstellung von personellen, organisatorischen, finanziellen Ressourcen und Ansprechpersonen in der Gemeinde

3) Infrastruktur

Gestaltung der Umgebung und des öffentlichen Raums im Sinne der Bedürfnisse der Betroffenen

4) Wohnraum

Einbindung der Betroffenen in die Gemeinschaft über eine demenzgerechte Wohnraumgestaltung

5) Zusammenarbeit und Vernetzung

Förderung des regionalen und überregionalen Austausches und von Kooperationen

6) Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Information der Bevölkerung über Maßnahmen und Aktivitäten

7) Prävention und Früherkennung

Verbreitung von Aufklärungsmaterialien zur Prävention von Demenz und Abhaltung von Veranstaltungen

8) Kompetenzentwicklung und Professionalisierung

Schulung und Weiterbildung von Professionistinnen und Professionisten wie Ehrenamtlichen

9) Entlastungsangebote für Betroffene

Zurverfügungstellung von Austauschmöglichkeiten und Entlastungsangeboten für An-/Zugehörige



Primärversorgungseinheiten plus Hirngesundheit

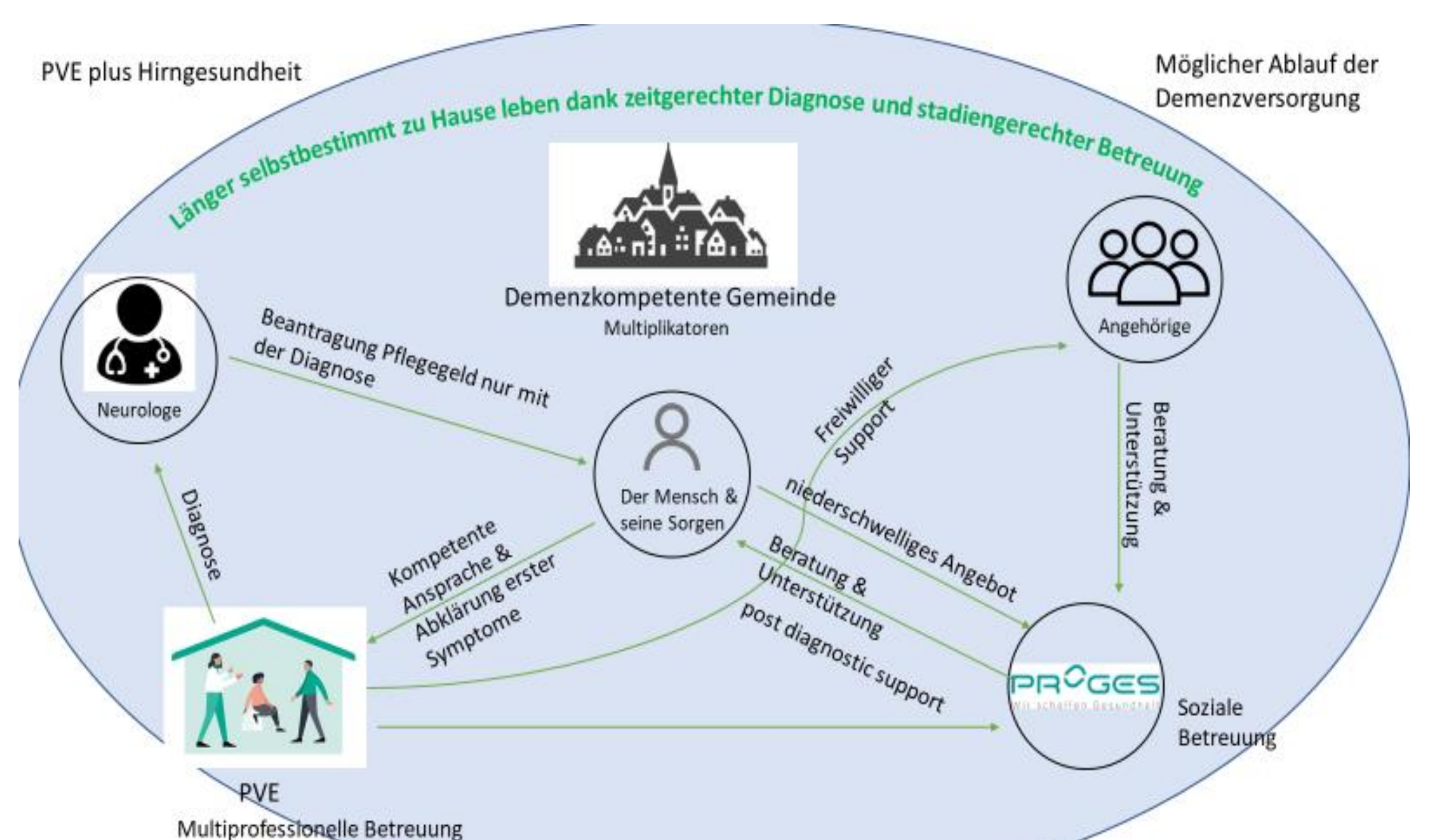
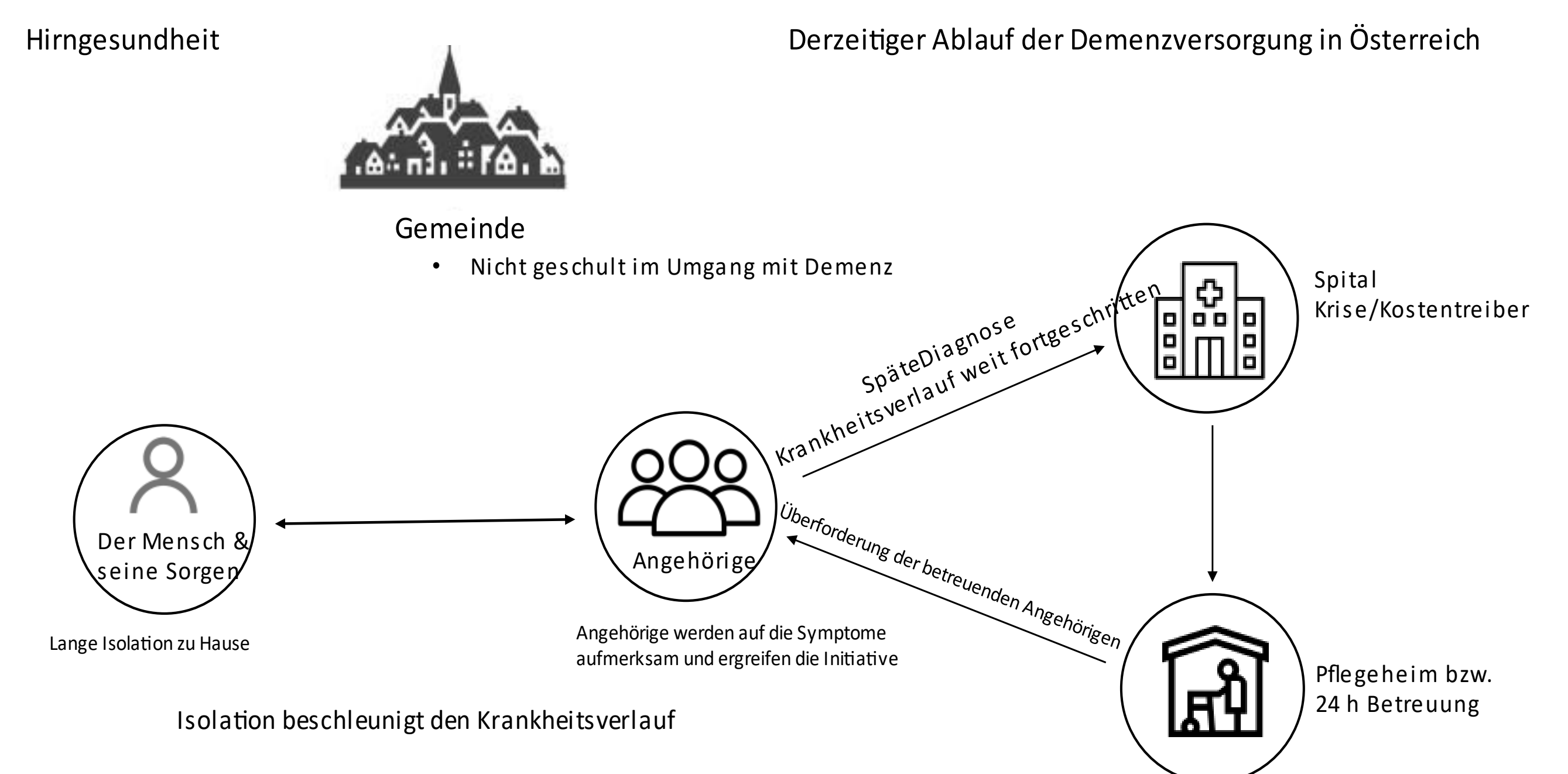
Projektstatus: Ein Pilotprojekt in Planung (aktuell 40 PVEs in Österreich), multiprofessionell

Ziele des Projektes:

1. Alle Berufsgruppen des PVE erhalten eine Weiterbildung zum Thema Hirngesundheit und Demenz
2. Einführung eines Demenzscreenings
3. Beratung für Personen mit Demenz und für An- und Zugehörige
4. Beratung für alle PVE-Besucher zum Thema Hirngesundheit, Entwicklung einer Informationsbroschüre
5. Direkte Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Vernetzung mit sozialen Angeboten

Fragen:

- Welche Hürden werden wahrgenommen?
- Welche Einrichtungen sollen weiters eingebunden werden? (z.B. Notariate)



Peer-Beratung und die Kraft der Unterstützten Selbsthilfe

D Dachverband
Demenz
Selbsthilfe
Austria

„Es nützt nichts, am
Alten festzuhalten
- wir müssen neue
Strategien finden“.

„Nur wenn wir offen
über unser Leben mit kognitiven
Einschränkungen sprechen, be-
steht die Chance, die passende
Unterstützung zu erhalten und
mitzubestimmen“.

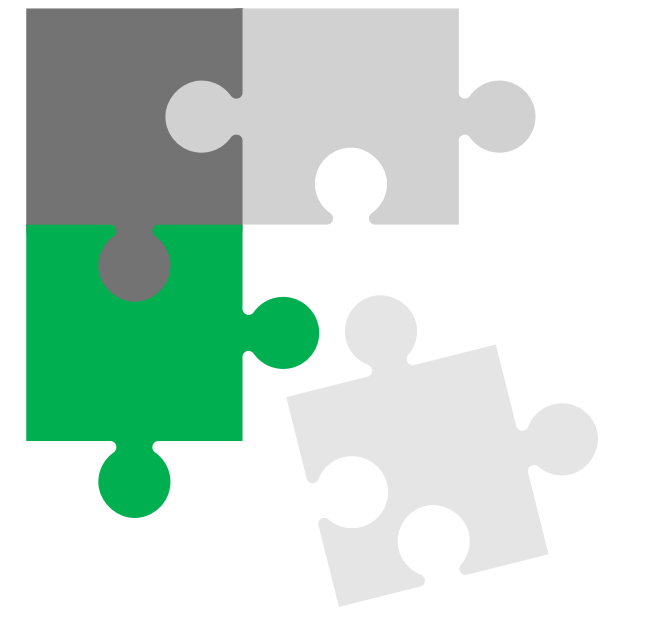
„Gerade, weil man uns die
Erkrankung nicht auf den ersten
Blick ansieht, müssen wir erzählen,
wie es sich anfühlt, damit zu leben –
nur dann können unsere Bedürfnisse
beachtet werden“.

Nach ermutigenden und vertraulichen **Peer-Gesprächen** erfolgt häufig der Wunsch nach einer Wiederholung oder nach einem **kontinuierlichen Austausch mit ähnlich Betroffenen**. Dies ist in **Unterstützten Selbsthilfegruppen** bei regelmäßigen Treffen möglich.

„Das gibt Struktur
und stärkt, so, wie ich es
bei **ÜBER DEN BERG KOMMEN**,
der Unterstützten Selbsthilfe-
gruppe die ich besuche,
erfahre.“

„Gerade für uns Frühbetroffene
sind die Informationen aus den unterschiedlichsten
Fachgebieten enorm hilfreich, weil sie uns Möglich-
keiten aufzeigen, wie wir positiv Einfluss auf unsere
veränderte Lebenssituation nehmen können.
Das hilft gegen das Ohnmachtsgefühl einer
unheilbaren Erkrankung“.

Ganzheitliches, stadiengerechtes Begleitungskonzept - Was braucht es in Österreich?



Ansprechpersonen: Lisa Katharina Mayer, BA, MA, Mag.^a Brigitte Juraszovich

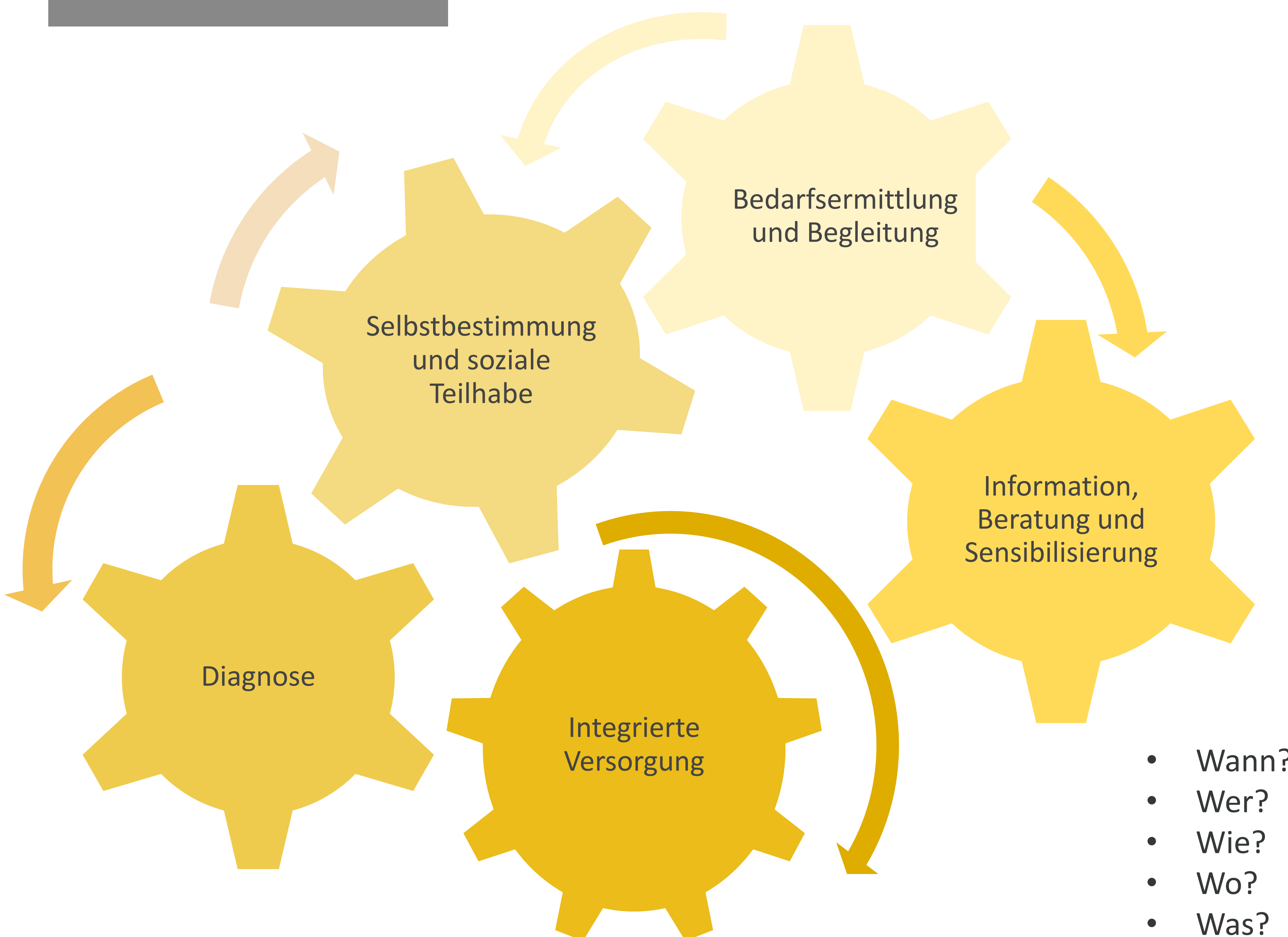
Eckpunkte und Hintergrund

- Ansatz der „frühzeitigen Unterstützung“ (PDS) ist in den sieben Wirkungszielen der österreichischen Demenzstrategie integriert – insbes. Wirkungsziel 6 „Betroffenenzentrierte Koordination und Kooperation ausbauen“
- Vielzahl diverser einschlägiger Beratungsstellen und niederschwelliger Angebote österreichweit
- Unterschiedliche Auffassung und Verständnis des Begriffs.

Zukünftige Maßnahmen

- **Generierung und Formulierung einer einheitlichen Begriffsdefinition z.B. stadiengerechte, ganzheitliche Unterstützung, Begleitung, Versorgung... bei Demenz statt „frühzeitige Unterstützung“**
- **Erstellung eines Konzepts - „Leitmodell“ - zur Umsetzung in ganz Österreich**
 - Entwicklung von Kriterien bzw. Indikatoren
 - Analyse der notwendigen Rahmenbedingungen – z.B. Region, Bedarfe, Synergien

5 Kernelemente



Ziele

- Rechtzeitige Abklärung und Diagnose
- Flächendeckende Versorgung für Menschen mit Demenz sowie deren An- und Zugehörigen
- Vernetzung und Kooperation der diversen Organisationen
- Nutzung vorhandener Ressourcen
- Realisierung/Erfüllung der sieben Wirkungsziele

Fragestellungen

- Welche Rahmenbedingungen braucht es für ein ganzheitliches Konzept?
- Wie kann eine niederschwellige Erreichbarkeit sichergestellt werden?
- Welchen Bedarf sehen Sie in Ihrem Bundesland und auf welcher Ebene würden Sie ansiedeln?