

CaRe

Nachhaltiges pflegerisches Case- & Caremanagement in einer grenzübergreifenden Region

Ziel des Interreg Projektes CaRe ist, Betroffenen und deren pflegenden Angehörigen den Zugang, die Kontinuität sowie die Qualität der Pflege und Betreuung über mehrere Dienstleistungsanbieter in drei einbezogenen Regionen in Italien (Friaul-Julisch Venetien/ Mediodfriuli und Veneto/Vicenza) und in Österreich (Tirol/Landeck) zu erleichtern sowie transparenter zu gestalten. In weiterer Folge sollen mögliche Versorgungslücken geschlossen werden. Mit dem Case Management (CsM), als fallbezogenem Ansatz und dem populations- bzw. systembasierenden Ansatz des Care Managements (CrM), sollen außerdem jene Personen unterstützt werden, bei denen ein sogenannter Regelversorgungspfad nicht mehr ausreicht. Zu diesen Personengruppen zählen v.a. Menschen, die älter als 65 Jahre und von Multimorbidität und Alltagseinschränkungen betroffen sind.

Das Vorgehen des CsM ist prozesshaft und dynamisch und wird von sechs aufeinanderfolgenden Handlungsschritten charakterisiert: 1. Fallaufnahme, 2.

Falleinschätzung, 3. Ziel- und Hilfeplanung, 4. /5. Umsetzung und Überprüfung des Hilfeplans und 6. Evaluation.

Diese sechs Phasen dienen als Grundlage für die Analyse des Status Quo der drei Pilotregionen sowie für die Entwicklung des Best-Practice-Modells des Interreg CaRe Projekts. Das Interreg Care Projektteam entwickelte das Best-Practice-Modell auf Basis von Analysen der Gesundheits- und Sozialstrukturen innerhalb der Regionen, einschlägiger Fachliteratur sowie Interviews mit relevanten Stakeholdern in den jeweiligen Regionen. Das Best-Practice-Modell wurde zudem als adaptives Dachmodell konzipiert, welches im Rahmen der Implementierung und praktischer Umsetzung individuell auf die Bedürfnisse der jeweiligen Region zugeschnitten werden kann.

In diesem Newsletter stellen wir Pilotaktionen in den Regionen Friaul-Julisch Venetien - Medio Friuli und Venetien – Vicenza vor.



PILOTAKTION IN DER REGION FRIAUL-JULISCH VENETIEN – MEDIO FRIULI

Die involvierten Projektpartner

Unione Territoriale Intercomunale Mediofriuli – UTI MedioFriuli
Azienda per l'Assistenza Sanitaria AAS3 "Alto Friuli, Collinare, Medio Friuli"

Ziel der Pilotaktion

Ziel des Projekts ist, die Implementierung eines Case und Care Management-Modells in den Gemeinden der Pilotregion, welches sich an der Zielgruppe orientiert, um die Versorgung pflegebedürftiger Patientinnen und Patienten durch die regionalen Dienstleistungen zu optimieren.

Dauer

15. März 2019 - 14. März 2020

Der Zielbereich der Pilotaktion

Gesundheitsbezirk Nr. 4 "Codroipo-Bezirk" und Bezirksgebiet Nr. 4.4.

Dieses Gebiet umfasst insbesondere 11 Gemeinden:

- Basiliano
- Bertiole
- Camino al Tagliamento
- Castions di Strada
- Codroipo
- Lestizza
- Mereto di Tomba
- Mortegliano
- Sedegliano
- Talmassons
- Varmo



Soziodemografische Daten

Die folgenden Tabellen fassen einige soziodemografische Daten des betreffenden Gebiets zusammen (Datenquelle, Istat 2017).

Tabelle 1 – Größe und Einwohnerzahl

Größe des Zielbereichs (km²)	419,5691 Km ²
Einwohnerzahl zum 01.01.2017	51.430

Tabelle 2 – Verteilung nach Geschlecht

Geschlecht	Zahl.	%
<i>männlich</i>	25.281	49,2
<i>weiblich</i>	26.149	50,8
Insgesamt	51.430	100

Tabelle 3 – Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppe

Altersgruppen	Geschlecht				Insgesamt	
	<i>M. (Nr)</i>	<i>M. (%)</i>	<i>F. (Nr)</i>	<i>F. (%)</i>	<i>M+F(Nr)</i>	<i>M+F. (%)</i>
0-4	1.083	4,3	952	3,6	2.035	4,0
5-9	1.165	4,6	1.193	4,6	2.358	4,6
10-14	1.232	4,9	1.114	4,3	2.346	4,6
15-19	1.140	4,5	1.060	4,1	2.200	4,3
20-24	1.092	4,3	986	3,8	2.078	4,0
25-29	1.139	4,5	1.152	4,4	2.291	4,5
30-34	1.327	5,2	1.402	5,4	2.729	5,3
35-39	1.754	6,9	1.604	6,1	3.358	6,5
40-44	1.984	7,8	1.920	7,3	3.904	7,6
45-49	2.156	8,5	1.991	7,6	4.147	8,1
50-54	2.037	8,1	2.072	7,9	4.109	8,0
55-59	1.789	7,1	1.865	7,1	3.654	7,1
60-64	1.702	6,7	1.723	6,6	3.425	6,7
65-69	1.659	6,6	1.739	6,7	3.398	6,6
70-74	1.552	6,1	1.587	6,1	3.139	6,1
75-79	1.230	4,9	1.444	5,5	2.674	5,2
80-84	709	2,8	1.063	4,1	1.772	3,4
85-89	354	1,4	745	2,8	1.099	2,1
90-94	151	0,6	425	1,6	576	1,1
95-99	26	0,1	91	0,3	117	0,2
+100	0	0,0	21	0,1	21	0,0
Insgesamt	25.281	100	26.149	100	51.430	100

Zielgruppe der Pilotaktion

Die Zielgruppe besteht aus Personen beiderlei Geschlechts mit einem objektiven Befund der kognitiven Beeinträchtigung (auch initial), im Alter von 65 Jahren und älter, die in den Gemeinden der Pilotregion ansässig sind. Ein besonderer Fokus wird zudem auf pflegebedürftige **Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Demenz (jeglicher Art) und/oder Alzheimer-Krankheit** gelegt.

In Bezug auf die Art der untersuchten Zielgruppe erscheint die Entwicklung einiger Indikatoren zur Bevölkerungsalterung in der Region Friaul-Julisch Venetien äußerst wichtig. (Tab. 4).

Tabelle 4 – Indikatoren der Bevölkerungsalterung

Indikator	Wert
Altersindex ¹	189,8 (189 ältere Menschen pro 100 junge Menschen)
Abhängigenquotient ²	61,2 (61,2 nicht aktive Personen pro 100 Personen im erwerbsfähigen Alter)
Altenquotient ³	40,1 (40,1 ältere Menschen per 100 Personen im erwerbsfähigen Alter)

Ebenso bedeutend sind einige Prognosen zu demografischen Veränderungen von 2017 bis 2065. Diese Prognosen beziehen sich auf die Region Friaul-Julisch Venetien, da die Daten für das Zielgebiet nicht aufgeschlüsselt vorliegen.

Tabelle 5 – Demografische Prognoseindikatoren

Indikator	2017	2065	Variation
Einwohnerzahl	1.217.872	1.066.174	- 151.698
Durchschnittsalter der Bevölkerung (Jahre)	47,1	50,5	+ 3,4
Altersindex (% Werte)	209	286	+ 77
Bevölkerung 0-14 Jahre (% Werte)	12,3	11,7	- 0,6
Bevölkerung 15-64 Jahre (% Werte)	61,9	54,8	- 7,1
Bevölkerung ab 65 Jahren (% Werte)	25,7	33,5	+ 7,8
Bevölkerung ab 85 Jahren (% Werte)	4,1	10,1	+ 6
Lebenserwartung bei der Geburt Männer (Jahre)	80,6	87,4	+ 6,8
Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren Männer (Jahre)	85,4	90,8	+ 5,4
Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren Männer (Jahre)	18,9	23,6	+ 4,7
Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren Frauen (Jahre)	22,6	26,9	+ 4,3

¹ Der o.a. Index gibt den Alterungsgrad der Bevölkerung an. Dies ist das prozentuale Verhältnis zwischen der Anzahl der über 65-jährigen und der Anzahl der jungen Menschen bis 14 Jahren. Die Werte für die Provinz Udine und Italien betragen 217,6 bzw. 168,9.

² Der o.a. Index gibt die soziale und wirtschaftliche Belastung der aktiven Bevölkerung (15-64 Jahre) durch die nicht aktive Bevölkerung (0- 14 Jahre und 65 Jahre und älter) an. Die Werte für die Provinz Udine und Italien betragen 56 bzw. 61,2.

³ Der o.a. Index gibt die Anzahl der älteren Menschen pro 100 potenziell unabhängige Personen (Alter 15-64) an. Die Werte für die Provinz Udine und Italien betragen 41,9 bzw. 35,2.

Welches Profil gilt für einen/eine Case und Care Manager/in?

Das Berufsbild eines Case und Care Managers/einer Case und Care Managerin ist im sozialen und gesundheitlichen Kontext der Region Friaul-Julisch Venetien noch nicht offiziell anerkannt. Dennoch sind vor allem im Gesundheitssektor (operativer Bereich) die Funktionen, Tätigkeiten der einzelnen Fachkräfte sowie das Wissen in Bezug auf die Gesetzgebung, welche diesem Berufsbild zuzuordnen sind, weit verbreitet.

Aus diesem Grund ist ein auf Case und Care Management basierender Ansatz zur Betreuung von Patientinnen und Patienten / Nutzerinnen und Nutzern mit komplexen Bedürfnissen, **die Beschäftigung von mehreren Fachleuten sowie Dienstleistern, die ihre Aktivitäten und Fähigkeiten integrieren, um auf diese Bedürfnisse effektiver eingehen zu können, erforderlich.**

Da die an die Bevölkerung gerichteten Dienstleistungen (Distanzen im Rahmen der Pflege und Betreuung, Pflegeprozesse, Netzwerkpflege, Zusammenarbeit unterschiedlicher Dienstleister) häufig inhomogen betrachtet und angewendet werden, ist die Integration solcher Leistungen eine der größten Herausforderungen des Care Projekts sowie eine der Hauptaufgaben des Case und Care Managers/der Case und Care Managerin.

Im Rahmen der Pilotaktion im Raum Medio Friuli, **wird die oben angeführte Rolle von einem Team aus Fachleuten übernommen. Dieses Team besteht aus zwei Case Managerinnen und einer Care Managerin**, den Gesundheits- und Krankenpflegerinnen Michela Bosa und Rosalba Russo (von AAS3 Alto Friuli Collinare Medio Friuli beauftragt) und der Psychologin Gabriella de Luca (beauftragt vom öffentlichen Dienstleistungsunternehmen ASP Moro di Codroipound beteiligt auf Grund einer Kooperationsvereinbarung mit der Interkommunalen Territorialen Union Medio Friuli an der Durchführung des Pilotprojekts).

Die folgende Tabelle 6 zeigt die Hauptmerkmale des Case- und Care-Management-Ansatzes.

Tabelle 6 – Hauptfunktionen des/der Case Managers/in und des/der Care Managers/in

Care Management	Case Management
„ Systembasierter “ Handlungsansatz	„ Individueller “ Handlungsansatz (patienten- oder pathologiebasiert)
Definition von Pflegewegen und -prozessen durch Integration verschiedener Strukturen und Dienstleistungen in Übereinstimmung mit den Zielen	Definition, Planung, Implementierung und Evaluierung eines personalisierten Betreuungsprogramms durch Koordination verschiedener Fachkompetenzen /
Ziel: <ul style="list-style-type: none"> • die Fragmentierung bei der Erbringung von Dienstleistungen verringern; • hochwertige Dienstleistungen gewähren (Effektivität); • Kosten beschränken (Effizienz). 	Ziel: <ul style="list-style-type: none"> • die Fragmentierung bei der Erbringung von Dienstleistungen (durch Koordinierungsaktivität) verringern; • hochwertige Versorgung gewährleisten; • ein globales und kontinuierliches
Antworten auf spezifische gesundheitliche und / oder soziale Probleme der Bevölkerung geben.	Beratung, Unterstützung, Gesundheitsförderung, Aufklärung, Pflege und Betreuung der pflegebedürftigen Personen.

Welche Rolle spielen der/die Case Manager/in und der/die Care Manager/in?

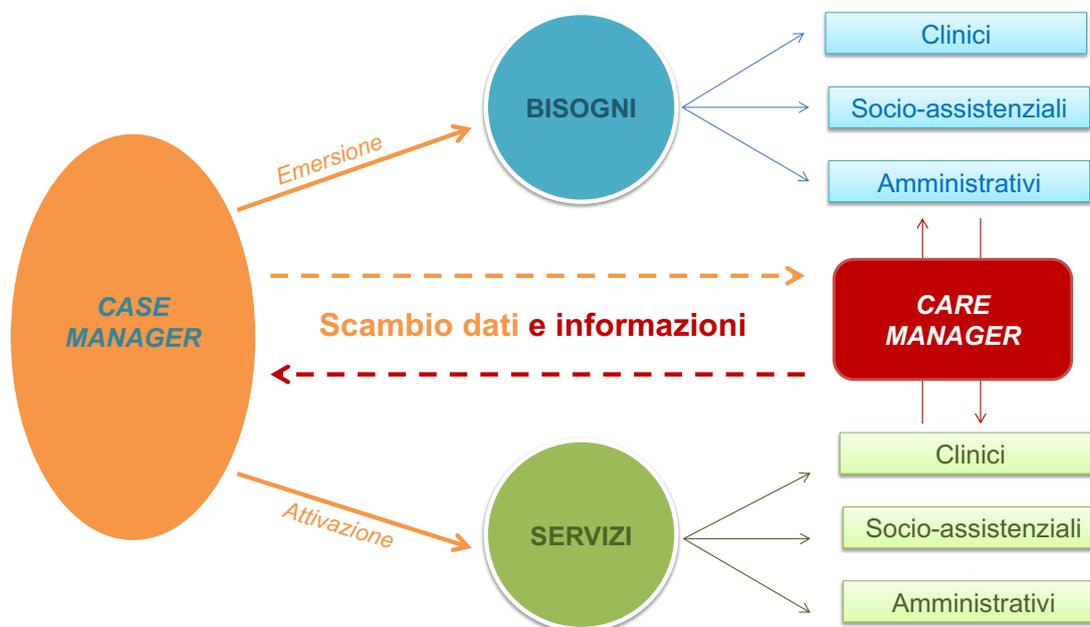
Der/die Case Manager/in (siehe Abbildung 1) hat die Aufgabe:

- der/dem Patientin/Patienten und der Pflegeperson persönliche Kontakte zu Betreuungsbeginn zur Verfügung zu stellen;
- **die Checkliste** zur Beurteilung von Bedürfnissen hinsichtlich der Aktivierung von spezifischen Dienstleistungen auszufüllen;
- die Bedürfnisse/Anforderungen mit den handelnden Akteuren/Fachleuten der zu betreuenden Person (Allgemeinmediziner, weiteres Personal des Gesundheitsbezirks, Sozialarbeiter, ...) zu ermitteln und zu kommunizieren;
- **die/den Patientin/Patienten und die Pflegeperson bei der Organisation und Durchführung ärztlicher Untersuchungen** und/oder bürokratisch-administrativer Formalitäten zu unterstützen;
- **zu überwachen, dass die Durchführung von Arztbesuchen, klinischen und Laboruntersuchungen** und bürokratisch-administrativen Formalitäten unter Einhaltung der festgelegten Fristen und der vorgesehenen Modalitäten erfolgt;
- die Aktivierung der erforderlichen Dienstleistungen durch die Schnittstelle mit den verschiedenen Anbietern und/oder Fachleuten, die für die Aktivierung von Dienstleistungen verantwortlich sind, zu fördern;
- **die Datenbank** mit den Aktivitäten und Dienstleistungsarten, die für jeden einzelnen "Fall" aktiviert wurden, auszufüllen und auf dem neuesten Stand zu halten;
- „das klinische Tagebuch“ für jeden "Fall" (Krankengeschichte, Änderungen im Bedarfsprofil, u.a.) auszufüllen und zu aktualisieren;
- eine **"klinische Überwachung"** des Falls durch regelmäßige Hausbesuche bei Patientinnen/Patienten durchzuführen;
- die pharmakologische und verhaltensbezogene Behandlung zu überwachen;
- bei Mängeln klinischen und/oder organisatorischen Charakters in Bezug auf den spezifischen „Fall“ sofort einzugreifen;
- grundlegende Informationen für Patientinnen/Patienten, Familienangehörige und Pflegepersonen bezüglich der zugrundeliegenden Pathologie, der Pflegewege und der Art der verfügbaren Dienstleistungen mit der relativen Aktivierungsmodalität bereitzustellen;
- **den Patientinnen/Patienten, deren Familienangehörige und die Pflegepersonen** über die klinischen, diagnostischen und therapeutischen Aspekte hinsichtlich der Diagnose und der Herangehensweise an die Dienstleistungen **aufzuklären**;
- die Anzeichen von Fragilität des informellen Betreuungsnetzwerks (Familienangehörige / Betreuungsperson) umgehend zu erkennen und richtig zu interpretieren, um die Erscheinungen von Erschöpfung zu vermeiden;
- in Absprache mit dem Allgemeinmediziner **die kritischsten Fälle** an den zentralen Zugangspunkt des Bezirks **zu melden** und eine multidimensionale Evaluationseinheit zu organisieren, daran teilzunehmen und somit die wirksame Umsetzung des vereinbarten Programms unter Einhaltung der festgelegten Modalitäten und Fristen zu überwachen;
- **die Angemessenheit** der Anzahl und der Art der aktivierten Dienstleistungen entsprechend dem Bedarfsprofil in jeder Phase des Betreuungsprozesses zu überprüfen;
- Einheitlichkeit bei der Betreuung, dem Zugang zu den Dienstleistungen und der Aktivierung derselben unter allen „Fällen“ **zu gewähren**;
- die bei der Behandlung von "Fällen" erhobenen Systemmängel (z.B. Aktivierung von Dienstleistungen, Mängel / Fragilität einer oder mehrerer Phasen des Pflegewegs ...) zu erkennen, zu dokumentieren und mit dem Care Manager regelmäßig (2 Sitzungen / Monat) zu besprechen;
- die im Laufe der Durchführung des Experiments erhobenen Mängel zu melden und mit dem Verantwortlichen des Pilotprojekts zu besprechen, und somit zur Ermittlung von möglichen Verbesserungsaktionen beizutragen.

Der/die Care Manager/in (siehe Abbildung 1) hat die Aufgabe:

- die erste Bestandaufnahme durchzuführen und dann das System des Angebots öffentlicher und privater **Dienstleistungen im Zielgebiet laufend zu überwachen**;
- das Angebot öffentlicher und privater Dienstleistungen im Gebiet (z. B. Organisation von Informations- / Schulungsveranstaltungen, Nutzung institutioneller und /oder informeller Informationskanäle und -instrumente ...) zu fördern;
- **Strategien zur Sensibilisierung** der Bevölkerung und der Organisationen der Zivilgesellschaft in Bezug auf das Management von Demenzkranken zu ermitteln und anzunehmen;
- **die aktive Einbeziehung des dritten Sektors** sowohl auf der „Einzelfallebene“, als auch auf der „Systemebene“ **zu fördern**;
- die bei der Betreuung von Fällen ermittelten „Systemmängel“ (z.B. Aktivierung von Dienstleistungen, einer oder mehrerer Phasen des Pflegewegs...) mit der/dem Case Manager/in, dem Koordinator und gegebenenfalls mit den Pilotprojekt - Aufsichtsbehörden regelmäßig (2 Sitzungen/Monat) zu besprechen;
- mögliche **“Strategien“ für die Lösung der Systemmängel zu ermitteln** und mit dem/der Case Manager/in, dem/der Koordinator/in und gegebenenfalls den Aufsichtsbehörden des Pilotprojekts zu besprechen und Maßnahmen zu ihrer Verwirklichung zu treffen;
- die in der Datenbank und in den klinischen Tagebüchern des Case Managers/der Case Managerin enthaltenen Daten regelmäßig zu analysieren und einen Bericht zu erstatten;
- **regelmäßige Evaluierung** der Auswirkungen des Projekts durch Überwachung spezifischer Indikatoren vorzunehmen.

Abbildung 1 – Case und Care Management: Synthese-Modell



Wer meldet die Fälle?

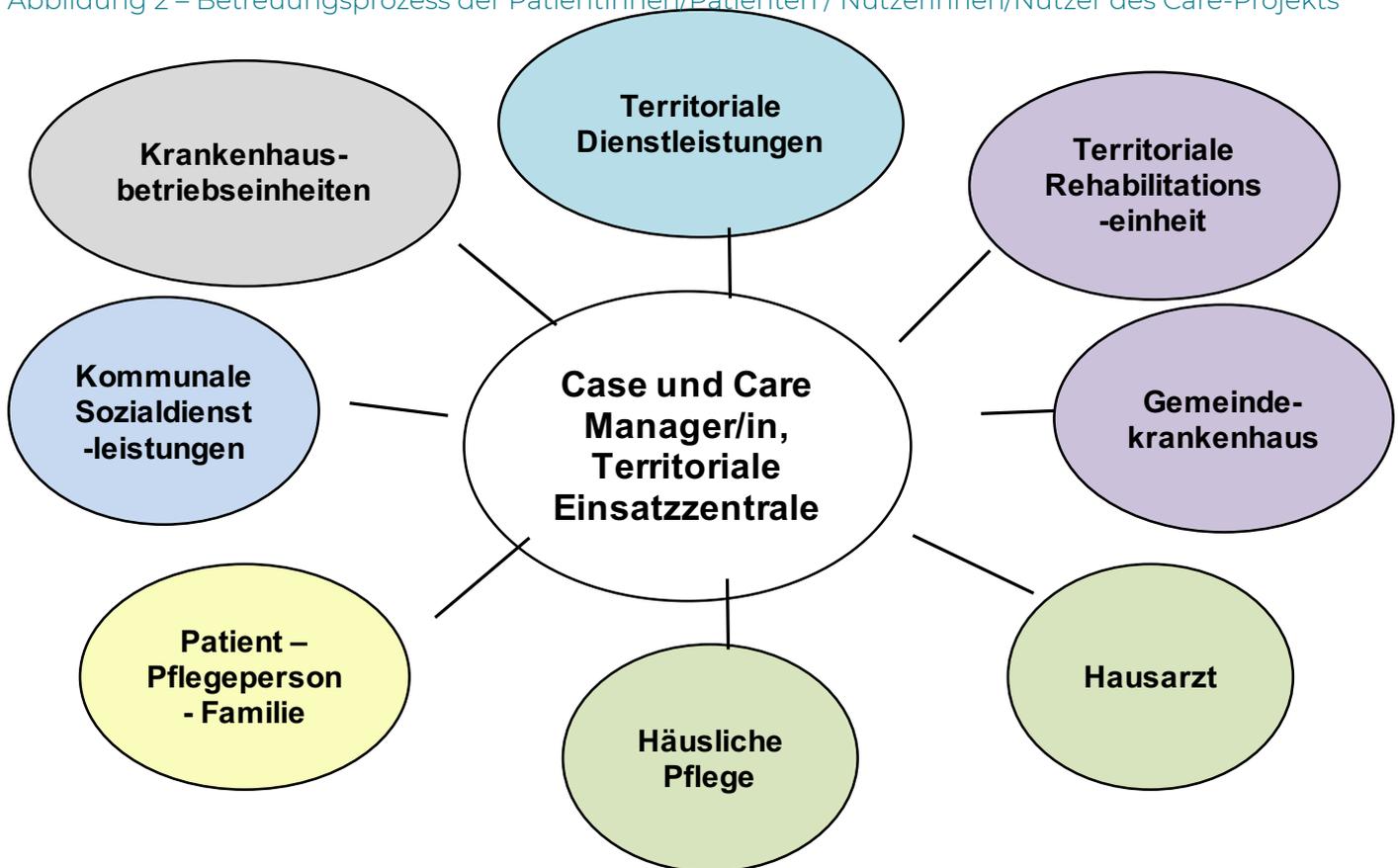
Die Meldungen von Patientinnen/Patienten können über die folgenden Kanäle an die Case und Care Manager/in weitergeleitet werden:

- Gesundheitspersonal
- Personal im Sozialbereich
- Öffentliche und private Organisationen, die im sozialen und gesundheitlichen Bereich tätig sind
- Einzelner Patient/in / Nutzer/in
- Pflegeperson und / oder Familienmitglieder

Welches sind die Betreuungsphasen des gemeldeten Patientinnen/Patienten?

Die Phasen, die den Betreuungsprozess der im Care-Projektexperiment einbezogenen Patientinnen/Patienten kennzeichnet, sind in Abbildung 2 zusammengefasst.

Abbildung 2 – Betreuungsprozess der Patientinnen/Patienten / Nutzerinnen/Nutzer des Care-Projekts



Die wichtigsten Aktionen des Case und Care Management - Teams

Die vom territorialen Fachkräften-Team durchgeführte Unterstützungsaktion (Case und Care Manager/in) im Rahmen der Pilotaktion, die sich speziell an Patientinnen/Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen und deren Betreuungspersonen richtet, zielt auf Folgendes ab:

- **Dienstleistungen**, die auf die Bedürfnisse der Demenzkranken auf möglichst angemessene Weise eingehen können, **zu ermitteln und mit ihnen Kontakt aufzunehmen**;
- **die Pflegewege** (Fachärzten-Besuche, diagnostische Untersuchungen, usw.) **und Sozialwege** (Hausbesuche, stationäre und teilstationäre Dienstleistungen) **zu befolgen**, die Patientinnen/Patienten zu begleiten und sie bei der Auswahl des am besten geeigneten zu unterstützen;
- Die für die erforderlichen bürokratischen Verwaltungsverfahren notwendige **Formalitäten zu erledigen**;
- **Bildungsunterstützung und Beistand** für einen korrekten Ansatz und ein wirksameres Management von Demenzproblemen im Alltag **zu erhalten**.

Wie können Sie die Fachkräfte erreichen?

WO: Gesundheitsbezirk Codroipo, Büro 2. Stock, Raum 216

WER: Michela Bosa 331 6336271, Gabriella De Luca 366 4120295

WANN: von Montag bis Freitag von 9 bis 14 Uhr

WIE: E-Mail: fvg@case-care.eu



Wie weit sind wir?

Bis heute, d.h. nach mehr als 6 Monaten wurden 77 Patientinnen/Patienten rekrutiert, somit konnte das Case und Care Management - Team die geplante Quote von 50 erreichen und übertreffen. Abgesehen von den Rückmeldungen in Bezug auf die Wertschätzung seitens der Patientinnen/Patienten und deren Familienangehörigen, die den Hausbesuch der Case und Care Managerin erhalten haben, muss betont werden, dass bereits 10 Personen dank des Betreuungsprozesses des Care Projekts in einem Tageszentrum aufgenommen wurden. Derzeit werden die ersten gesammelten Daten (Checkliste und Patiententagebuch) verarbeitet, um ein genaueres Bild über die Effektivität der Pilotaktion zu erhalten.

PILOTAKTION IN VENETIEN - VICENZA

Die involvierten Projektpartner

IPAB Vicenza, Projektpartner des CaRe Projekts und Direktion für Sozial- und Gesundheitsdienste des örtlichen Gesundheitsamtes 8 Berica*

(*Die beiden Einrichtungen haben im Rahmen des Projekts eine Vereinbarung unterzeichnet, um in einigen Phasen, insbesondere in Bezug auf die Erprobung des Case und Care-Modells zusammenzuarbeiten).

Dauer

1. April 2019 - 31. März 2020

Referenzgebiet

“Das Zielgebiet” der Pilotaktion des CaRe Projekts ist der Bezirk Ost.

Im Einzelnen umfasst dieses Gebiet folgende Gemeinden:

- Agugliaro
- Albettono
- Altavilla Vicentina
- Arcugnano
- Asigliano
- Barbarano Mossano
- Bolzano Vicentino
- Bressanvido
- Caldogno
- Camisano Vicentino
- Campiglia dei Berici
- Castegnaro
- Costabissara
- Creazzo
- Dueville
- Gambugliano
- Grisignano di Zocco
- Grumolo delle Abbadesse
- Isola Vicentina
- Longare
- Montegalda
- Montegaldella
- Monteviale
- Monticello Conte Otto
- Nanto
- Noventa Vicentina
- Orgiano
- Pojana Maggiore
- Pozzoleone
- Quinto Vicentino
- Sandrigo
- Sossano
- Sovizzo
- Torri di Quartesolo
- Vicenza
- Villaga
- Zovencedo



Soziodemografische Daten

Die folgenden Tabellen fassen einige soziodemografische Daten des betreffenden Gebiets zusammen (Datenquelle, Istat 2017), mit besonderem Bezug auf die Gemeinde Vicenza, die den territorialen Kontext darstellt, der am stärksten an diesem Projekt beteiligt ist (siehe Tabellen 1, 2 und 4).

Tabelle 1 – Bevölkerungsstruktur und demografische Entwicklung in der Gemeinde Vicenza (Jahr 2017)

Gesamtbevölkerung	111.620
-------------------	---------

Altersindex	193,1
Abhängigkeitsindex	59,0
Ersatzindex	129,9

Geburtsfälle	807
Todesfälle	1.199
Natürliches Bevölkerungssaldo	-392

Registrierte	3.721
Abgemeldete	3.907
Migrationsbilanz	-186
Einwanderungsrate	33,3
Auswanderungsrate	35,0

Lebenserwartung M (Stand 2016)	81,3
Lebenserwartung W (Stand 2016)	86,1

Quelle: Gemeinderegister der Gemeinde Vicenza

Tabelle 2 – In Vicenza ansässige Bevölkerung, Gliederung nach Geschlecht und Altersgruppe (31. Dezember 2017)

	FRAUEN	MÄNNER	
Meno di 5	2.016	2.199	4.215
Da 5 a 9	2.274	2.494	4.768
Da 10 a 14	2.499	2.642	5.141
Da 15 a 19	2.531	2.699	5.230
Da 20 a 24	2.702	2.826	5.528
Da 25 a 29	2.907	2.875	5.782
Da 30 a 34	2.914	2.742	5.656
Da 35 a 39	3.173	3.041	6.214
Da 40 a 44	4.094	3.927	8.021
Da 45 a 49	4.607	4.635	9.242
Da 50 a 54	4.883	4.715	9.598
Da 55 a 59	4.298	3.858	8.156
Da 60 a 64	3.631	3.163	6.794
Da 65 a 69	3.386	2.858	6.244
Da 70 a 74	3.527	2.659	6.186
Da 75 a 79	3.446	2.470	5.916
Da 80 e più	5.932	2.997	8.929

Quelle: Gemeinderegister der Gemeinde Vicenza

In Anbetracht der Ziele des CaRe-Projekts, das in erster Linie auf die Betreuung von pflegebedürftigen Personen über 65 Jahre seitens territorialer (sozialer und gesundheitlicher) Dienste abzielt, erscheint der Trend einiger Indikatoren in Bezug auf die Alterung der Bevölkerung äußerst signifikant (siehe Tabellen 3 und 5).

Tabelle 3 – Bevölkerungsprognose in der Gemeinde Vicenza

Ebenso bedeutend sind schließlich einige demografische Prognosen von heute bis 2038.

	2017	2028 ⁽¹⁾	2038 ⁽²⁾
Gesamtbevölkerung	111.620	111.870	110.146
Bevölkerung über 65	27.275	30.552	33.165
Pflegebedürftige	5.039	5.652	6.136

⁽¹⁾ Schätzungen

Quelle: Istat und Region Venetien

Tabelle 4 – Merkmale der Familien in der Gemeinde Vicenza (Jahr 2017)

Familien insgesamt	51.904	Alleinstehende (Einpersonenfamilien)	21.704
Durchschnittliche Anzahl der Familienmitglieder	2,13	Paare mit Kindern	12.919
Familien mit 1 Mitglied	21.704	Paare ohne Kinder	9.521
Familien mit 2 Mitgliedern	13.766	Alleinerziehende mit Kindern	5.214
Familien mit 3 Mitgliedern	7.925	Sonstiges	2.546
Familien mit 4 Mitgliedern	6.191	Familien mit 1 Senior	12.670
Familien mit 5 Mitgliedern	1.667	Familien mit 2 Senioren	6.695
Familien mit 6 oder mehr Mitgliedern	651	Familien mit 3 Senioren	56
		Familien mit 4 Senioren	3

Quelle: Gemeinderegister der Gemeinde Vicenza

Tabelle 5 – Bewohner mit chronischen Krankheiten in Vicenza (Jahr 2016)

ALTERS-KATEGORIE	1 Chronische Erkrankung	% nach Alters-kategorie	2 Chronische Erkrankung	% nach Alters-kategorie	3 Chronische Erkrankung	% nach Alters-kategorie	>3 Chronische Erkrankung	% nach Alters-kategorie
< 65 Jahren	12.426	15%	3.473	4%	1.192	1%	752	1%
65-74 Jahren	3.707	29%	2.097	16%	1.101	9%	968	8%
75-84 Jahren	2.765	27%	2.093	20%	1.312	13%	1.687	16%
>= 85 Jahren	1.135	22%	1.078	21%	776	15%	1.339	26%
Insgesamt	20.033	18%	8.741	8%	4.381	4%	4.746	4%

Quelle. Vom SER (Epidemiologisches System der Region Venetien) bereitgestelltes Regionalregister für das Archiv ACG (Adjusted Clinical Group) 2016

Wer ist die Zielgruppe der Pilotaktion?

In die lokale Erprobung im Rahmen des Projekts werden **Personen einbezogen, die aus Krankenhäusern entlassen werden und für zwei Arten von Übergangspflegeeinrichtungen** bestimmt sind – SI-Übergangspflegeeinrichtungen (URT - Territoriale Rehabilitationseinheit und CB - Gemeindekrankenhaus).

Die Übergangspflegeeinrichtungen (Gemeindekrankenhäuser - ODC – Territoriale Rehabilitationseinheiten - URT) sind Gesundheitseinrichtungen, die zu öffentlichen Einrichtungen (Krankenhäuser oder ehemalige zurück umgewandelte Krankenhäuser) oder zu vertragsgebundenen Privateinrichtungen (Krankenhäuser oder nicht medizinische Einrichtungen) gezählt werden können.

Es handelt sich um eine Einrichtung, die zur Übergangspflege bestimmt ist, d.h. zur notwendigen Pflege derjenigen Patientinnen und Patienten, die medizinisch stabilisiert sind und keine Krankenhausbehandlung benötigen, jedoch zu instabil sind, um in einer einfachen ambulanten oder klassischen stationären Behandlung behandelt werden zu können, und die sich mit Problemen befassen, die in einem begrenzten Zeitraum gelöst werden.

Hier werden vorwiegend Gesundheitsdienstleistungen erbracht, bei denen sich der/die Nutzer/in erst ab einer bestimmten Kostenschwelle an den Gesundheitskosten beteiligt.

Im Vergleich zum Krankenhaus überwiegen hier die Orientierung und Suche nach einer Verringerung der funktionellen Folgen der Krankheit (Behinderung), vielmehr als die diagnostische und / oder verfahrenstherapeutische Dimension.

DAS GEMEINDEKRANKENHAUS

Die Befriedigung der Bedürfnisse entspricht hauptsächlich zwei Arten von Angeboten: funktionelle Wiederherstellung und Stabilisierung / Anpassung an die Behinderung.

In einem Gemeindekrankenhaus können folgende Patientinnen und Patienten aufgenommen werden:

- Patientinnen und Patienten, die an chronischen oder wieder aufflammenden Erkrankungen leiden und die regelmäßig besondere Kontrollen oder Therapien benötigen, die zu Hause nicht wirksam durchgeführt werden können;
- Patientinnen und Patienten, die an Evolutionskrankheiten leiden, die zu Hause nicht behandelt werden können;
- Patientinnen und Patienten, die aus Krankenhäusern entlassen wurden, deren körperliche Verhältnisse stabilisiert werden müssen oder deren Genesungsprozess in einer nicht stationären Behandlung fortgesetzt werden muss;
- Patientinnen und Patienten mit Krankheitsbildern, die eine Verschlechterungsphase aufweisen und zu Hause nicht nachverfolgt werden können;
- Patientinnen und Patienten mit kürzlich eingetretenem Verlust einiger grundlegender Funktionen des täglichen Lebens (ADL), die wiederhergestellt werden können oder die sich an die neue Situation anpassen müssen;
- Patientinnen und Patienten mit kurzfristig ungünstiger Prognose, die einige Grundfunktionen des täglichen Lebens verloren haben und deren Bedingungen es nicht erlauben, zu Hause oder in einem Hospiz nachverfolgt zu werden.

DIE TERRITORIALE REHABILITATIONSEINHEIT

Die Befriedigung der Bedürfnisse entspricht im Wesentlichen dem Angebot der neurologischen und motorischen Rehabilitation zur Reduzierung der Restbehinderung nach akuten Ereignissen oder beim Aufflammen chronischer Erkrankungen.

In einer territorialen Rehabilitationseinheit können aufgenommen werden:

- Patientinnen und Patienten mit vorübergehend verlorenen, aber teilweise oder vollständig wiederherstellbaren körperlichen Funktionen, und es ist erforderlich, mit umfangreichen Rehabilitationsmaßnahmen einzugreifen, um die durch die Krankheit verursachte Behinderung zu verringern.
- Patientinnen und Patienten mit langsamer funktioneller Wiederherstellung, die bereits einer intensiven Rehabilitation unterzogen wurden, aber weiterhin behandelt werden müssen;
- chronische Patientinnen und Patienten mit Evolutionskrankheiten und schwerer Behinderung, die eine Rehabilitations- und / oder Anpassungsphase an neue Hilfsmittel oder einen neuen Grad der Behinderung benötigen.

Welches Profil gilt für die Case und Care Manager/Managerinnen?

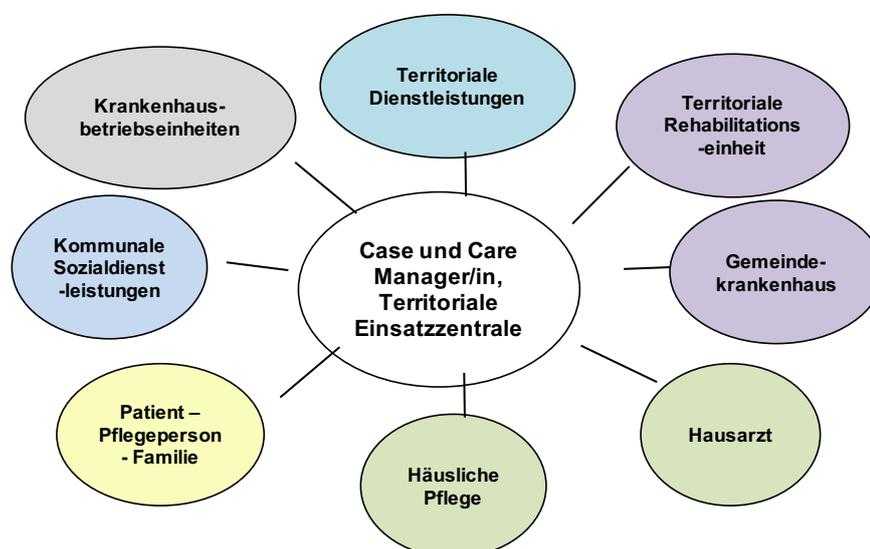
Das Care Management ist ein vom Gesundheits- und Pflegesystem der Region Venetien vorgesehene Pflegeorganisationsmodell, das es ermöglicht, die zunehmende Komplexität der territorialen Pflege auf innovative Weise zu bewältigen und Patienten/innen mit fortgeschrittener Komplexität zu betreuen.

Das Case Management ist ein kollaborativer Prozess der Bewertung, Planung, Hilfestellung und Rechtsvertretung von Optionen und Dienstleistungen mit dem Ziel, die gesundheitlichen Bedürfnisse eines Individuums durch Kommunikation und Bereitstellung von Ressourcen zu erfüllen und qualitativ hochwertige, kostengünstige Behandlungserfolge zu sichern (Marfleet, F. u.a., 2013).

In Venetien wurden fachbezogene Aus- und Weiterbildungsgänge organisiert.

Der Projektvorschlag berücksichtigt das regionale Regelungsumfeld und die Anwendungserfahrungen in den territorialen Bereichen, in denen die Bedeutung des integrierten multidisziplinären Ansatzes deutlich wird. Die Erprobung eines Modells des Case und Care Managements zur Betreuung von Patienten/innen, bzw. Nutzern/innen sieht den Einsatz von mehreren Fachkräften im Bereich Gesundheit und Pflege vor (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1 - Kontakte des/der Case und Care Managers/in mit dem Dienstleistungsnetzwerk



Die **Haupt Herausforderungen** des CaRe-Projekts sind:

- die Person auf dem Weg zwischen verschiedenen Pflegeeinrichtungen zu begleiten;
- die Zufriedenheit der Nutzer/Nutzerinnen zu verbessern;
- die Fragmentierung von Pflegeangeboten zu überwinden;
- einen abgestimmten Betreuungsplan festzulegen;
- die Pflegeperson aktiv einzubeziehen;
- die Angemessenheit der Pflegemaßnahmen zu gewährleisten;
- das Effizienzniveau der Prozesse durch Vermeidung von Verschwendung (Muda) zu steigern.

Die Referenzfigur der Case und Care Managerin (Agnese Savegnago) wurde vom IPAB Vicenza ermittelt, das dank einer Kooperationsvereinbarung mit der Direktion für Sozial- und Gesundheitsdienste des örtlichen Gesundheitsamts 8 die Durchführung der lokalen Pilotaktion im Rahmen der Aktivitäten der territorialen Einsatzzentrale koordiniert.

Welches ist die Rolle der Case Manager/innen und der Care Manager/innen?

Der/die Case Manager/in

Der/die Case Manager/in, der/die für das Pflegeverfahren zuständig ist, arbeitet mit dem verantwortlichen Arzt in den Übergangspflegeeinrichtungen an folgenden Aufgaben zusammen:

- Bewertung des für die Zulassung nützlichen Unterstützungsbedarfs;
- Organisation der Kommunikationsaspekte in Bezug auf den/die Nutzer/in und die einbezogenen Einrichtungen;
- Aktivierung der Betreuung;
- Überwachung der Pflegeverfahren;
- Problemlösung.

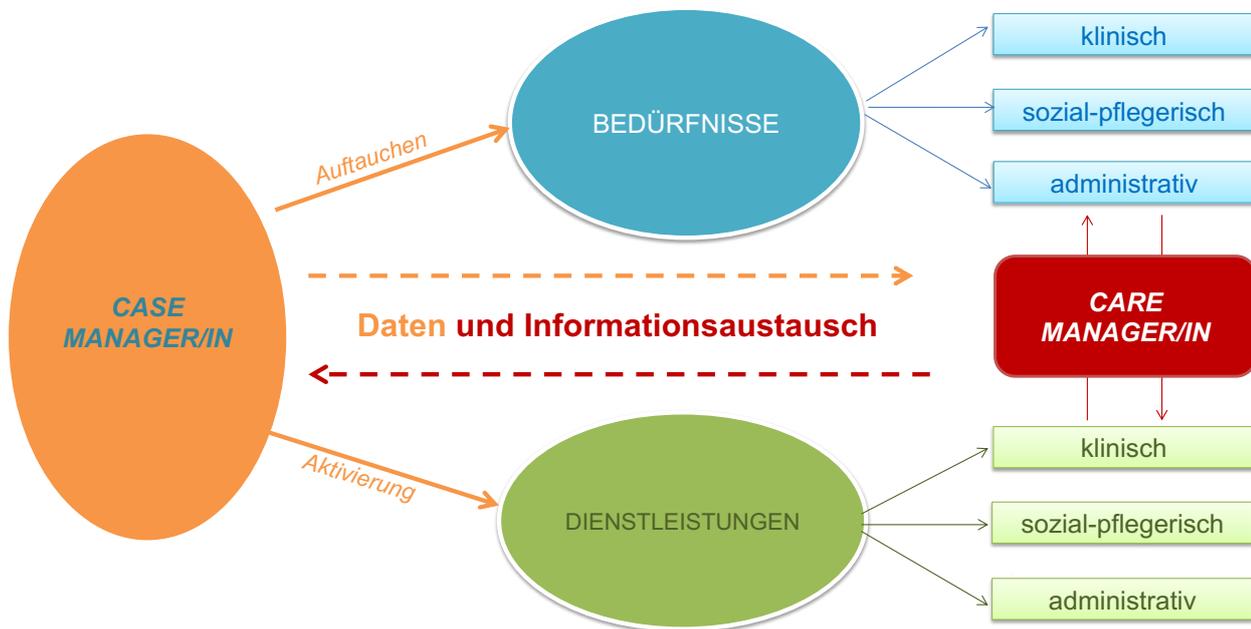
Der/die Care Manager/in

Der/die Care Manager/in, der/die enge Verbindung mit den anderen sozialen Gesundheits- und Pflegedienstleistungen sowie mit anderen Fachkräften beibehält, bietet Patienten/innen, bzw. Nutzern/innen unter Berücksichtigung des vom System geforderten Kosten-Qualitäts-Verhältnisses, eine Reihe nützlicher Lösungen mit dem Ziel, die für ihre Gesundheits- und Pflegebedingungen günstigsten zu finden.

Im spezifischen Projekt hat der/die Care Manager/in die **Aufgabe, zur Neudefinierung des Pflegeweges durch die Übergangspflegeeinrichtungen** nach den Kriterien der Wirksamkeit, Angemessenheit und Effizienz beizutragen.

Durch die Aktivitäten einer speziellen Arbeitsgruppe und die Beobachtungsmaßnahmen, die sich auf bestimmte Phasen der Prozessentwicklung fokussieren, werden kritische Punkte und potenzielle Risiken für den/die Nutzer/in sowie mögliche Verbesserungslösungen nach den Grundsätzen des Lean Managements (schlanker Führung) erkannt (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2 – Case und Care Management: Synthese-Modell



Wer meldet die Fälle?

Die potenziell in die Erprobung einbezogenen Personen (von der Krankenstation bis zur Übergangspflegeeinrichtung) werden hauptsächlich von **Krankenhausstationen** (Gesundheitsbetriebseinheiten) der Geriatrie, Orthopädie, Medizin und Neurologie gemeldet.

Die einzelnen Stationen verfügen über eine Referenzfigur (der/die Case Manager/in), die die Meldung auslöst.

Welches sind die Phasen der Pilotaktion?

Die Phasen der Pilotaktion werden in der folgenden Tabelle in zusammenfassender Form beschrieben.

Tabelle 6 – Zusammenfassende Übersicht der Pilotphase:

ZIELE	ERGEBNISSE	INDIKATOREN	MAKROAKTIONEN	MITTEL	VERANTWORTLICHE	PROJEKT-MITARBEITER
<p>ALLGEMEIN:</p> <p>Die Verbesserung der Kontinuität der Pflege während des Betreuungsverfahrens durch Projekte zur Aufnahme in den Übergangspflegeeinrichtungen (Gemeindekranken-häuser und Territoriale Rehabilitationseinheiten)</p>	<p>Angemessene Aufnahmen</p> <p>Verbesserung des individuellen Gesundheits-zustandes (Bewertungs-skalen Barthel, SVAMA, ADL, SDO)</p>	<p>Anzahl der wiederholten Aufnahmen der Patienten/innen in den Übergangspflegeeinrichtungen, die über die territoriale Einsatzzentrale der Meldungen, die über die Territoriale Einsatzzentrale ($\leq 15\%$) geleistet wurden.</p> <p>Der zum Zeitpunkt X vom/ von der Nutzer/in erreichte durchschnittliche Maß an Autonomie</p> <p>Anzahl der eingegangenen Beschwerden / Anzahl der Aufnahmen der Nutzer/innen in den Übergangspflegeeinrichtungen, die über die territoriale Einsatzzentrale erfolgten - andere Pflegeeinrichtungen</p> <p>Anzahl der Aufnahmen der Nutzer/innen in den Übergangspflegeeinrichtungen, die über die territoriale Einsatzzentrale erfolgten - andere Pflegeeinrichtungen</p> <p>Anzahl der Aufnahmen der Nutzer/innen in den Übergangspflegeeinrichtungen, die über die territoriale Einsatzzentrale erfolgten/ Anzahl der Meldungen von Nutzern/innen, die zur Aufnahme zugelassen wurden, die über die Territoriale Einsatzzentrale geleistet wurden (die Herkunft der Betriebseinheit angeben)</p> <p>Anzahl der Nutzer/innen mit Antrag auf Aufnahme in den Übergangseinrichtungen, übermittelt in der Territoriale Einsatzzentrale / Anzahl der Nutzer, die in den Übergangspflegeeinheiten aufgenommen wurden, die über die Territoriale Einsatzzentrale gemeldet wurden (die Herkunft angeben)</p>	<p>Einrichtung der speziellen Arbeitsgruppe und Ermittlung des Ansprechpartners:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufnahme im Gemeindekrankenhaus – in der Übergangspflegeeinrichtung <p>Strukturierung eines Überwachungssystems zur Verfolgung von Übergängen (Datenbanken)</p> <p>Definition des Zeitplans für Aktivitäten (Gantt)</p> <p>Definition des Aktivitätsplans des/der Case Managers/in des Projekts</p> <p>Die Bestimmung der Zielgruppe, die in die Pilotaktion einbezogen wird.</p>	<p>INFORMATIONEN-SYSTEME: Informationssystem. E-Mail-Adresse. Eigene Telefonnummer. Eigene Webseite. Informationsmaterialien Logbuch. Audit. Geplante Besprechungen. Übergangsdatenbank. Darstellung der angebotenen Pflegeeinrichtungen.</p>	<p>Interreg Task Force</p>	<p>Interreg Task Force: - Projektleiter/in; - Projektbeirater/in; - Care Manager/in des Projekts; - Direktor/in für Sozial- und Gesundheitsdienste - Territoriale Einsatzzentrale; - Territoriale Funktion.</p>

ZIELE	ERGEBNISSE	INDIKATOREN	MAKROAKTIONEN	MITTEL	VERANTWORTLICHE	PROJEKT-MITARBEITER
<p>SPEZIFISCH 1</p> <p>Verbesserung der Koordinierung der Pflegeverfahren in den Übergangsphasen-Optimierung der Dauer (Beschleunigung) von Übergangsphasen (Meldung, Bewertung, Registrierung, Betreuung)</p>	<p>Koordinierte Verwaltung von Aufnahme-verfahren in den Übergangspflegeeinrichtungen (Gemeindekrankenhäuser und Territoriale Rehabilitationseinheiten)</p>	<p>Rechtzeitigkeit der Meldungen seitens der Krankenhäuser:</p> <p>Durchschnittlich gebrauchte Zeit im Jahr x / Wartezeit(xx TT)</p> <p>Durchschnittliche Anzahl der Tage der Wartezeit für die Bewertung zwecks Aufnahme in den Übergangspflegeeinrichtungen (Zeitspanne zwischen der Registrierung des Antrags und der Genehmigung), berechnet anhand signifikanter, nach Betriebseinheiten differenzierter Stichproben.</p> <p>Anzahl der Anträge auf Aufnahme in den Übergangspflegeeinrichtungen, die in den Territorialen Einsatzzentralen übermittel wurden, die in das IT-System binnen ... vom Eingang eingeführt wurden / Anzahl der Anträge auf Aufnahme in den Übergangspflegeeinrichtungen, die über die Territorialen Einsatzzentrale übermittel wurden.</p> <p>Zeit, die das Territorium benötigt, um die Betreuung zu übernehmen:</p> <p>Durchschnitt des Zeitintervalls zwischen der Eintragung in die Warteliste und dem Datum der Aufnahme in der Übergangspflegeeinrichtung.</p>	<p>Überprüfung und Festlegung der spezifischen Pflegeverfahren</p>	<p>Angewandte Verfahren</p> <p>Für die Mittelanalyse vorgesehene geplante Besprechungen.</p> <p>Untersuchung von Fällen in Behandlung .</p> <p>Retrospektive</p> <p>Untersuchung der in einem Jahr behandelten Fälle.</p> <p>Computersystem</p> <p>„Arianna“.</p> <p>Unternehmensinformationssystem des örtlichen Gesundheitsamtes 8</p> <p>„Infoclin“.</p> <p>IT-Programm der Übergangspflegeeinrichtungen.</p>	<p>Die spezielle Arbeitsgruppe</p> <p>(Gesundheits- und Krankenpfleger/in</p> <p>Case und Care Manager/in).</p>	<p>Arbeitsgruppe:</p> <p>Medizinische Direktion</p> <p>– Krankenhaus</p> <p>-Case Manager/innen; Direktion für Grundversorgung;</p> <p>Verantwortliche in den Übergangspflegeeinrichtungen;</p> <p>Direktion IPAB Vicenza</p> <p>– Case Manager/in</p> <p>Übergangspflegeeinrichtungen;</p> <p>Territoriale Einsatzzentrale;</p> <p>Care Manager/in;</p> <p>Projektberater/in.</p>

ZIELE	ERGEBNISSE	INDIKATOREN	MAKROAKTIONEN	MITTEL	VERANTWORTLICHE	PROJEKT-MITARBEITER
SPEZIFISCH 2 Standardisierung der Dokumente zur Optimierung des Übergangs	Einführung von standardisier-ten Dokumenten	Anzahl der „gemeinsamen Formate“ von Aufnahmeformularen in die Übergangspflegeeinrichtungen, die über die territoriale Einsatzzentrale übermittelt wurden / Anzahl der Anträge auf Aufnahme in die Übergangspflegeeinrichtungen, die über die territoriale Einsatzzentrale übermittelt wurden.	Festlegung / Überarbeitung eines Mittels / Formulare mit Auswahlkriterien für: - Aufnahme der Nutzer/innen in die Übergangspflegeeinrichtungen Festlegung der Kriterien / Verwaltungsmodalitäten der Multidimensionalen Bezirksbewertungseinheit (UVMD) komplexe Fälle	Mittel / Formulare zur Bewertung der Patienten: geschützte Entlassungskarte, Aufnahmeformular Gemeindekranken- häuser, Territoriale Rehabilitationseinrich- tung, SVAMA - Formular für die multidimensionale Bewertung älterer Menschen, Multidimensionale Bezirksbewertungs-einheit (UVMD)	Die spezielle Arbeitsgruppe (Gesundheits- und Krankenpfleger/in Case und Care Manager/in).	Arbeitsgruppe: Medizinische Direktion – Krankenhaus -Case Manager/ innen; Direktion für Grundversorgung; Verantwortliche der Übergangspflege- einrichtungen; Direktion IPAB Vicenza – Case Manager/in in den Übergangspflege- einrichtungen; Territoriale Einsatzzentrale; Care Manager/in; Projektberater/in.
SPEZIFISCH 3 Die Gewährleistung der Zufriedenheit (der Befriedigung) des/der Nutzers/in / der Familie / der Pflegeperson	Verbesserung der Zufriedenheit von Patienten / Familienmit- gliedern / Pflegeperson (Umfrage zur Zufriedenheit es PREM)	Anzahl der Nutzer/innen mit dem Grad der Zufriedenheit X / Gesamtanzahl der befragten Nutzer /innen....	Festlegung / Ermittlung eines validierten Mittels zur Untersuchung der Zufriedenheit Anwendung des Mittels. Monitoring / Überprüfung	Audit und Besprechungen. Die nach der Aufnahme in der Einrichtung während der Eintrittsuntersuchung gesammelten Daten.	Gesundheits- und Krankenpfleger/in Care Manager/in).	In Zusammenarbeit mit der Territorialen Einsatzzentrale.

Die wichtigsten Aktivitäten der speziellen Arbeitsgruppe, die sich mit dem Prozess als Gegenstand der Erprobung befasst

- Erhebung von beschreibenden Daten bezüglich des laufenden Prozesses: Nutzer/innen, die für die Aufnahme in den Übergangspflegeeinrichtungen gemeldet wurden, Nutzer/innen, die in den Übergangspflegeeinrichtungen aufgenommen sind, Nutzer/innen, die aus den Übergangspflegeeinrichtungen entlassen wurden (geeignete, ungeeignete Nutzer/innen, Zeitabstände zwischen den einzelnen Passagen, Unterteilung nach berichtenden Krankenhausstationen, gewährte Verlängerungen, durchschnittliche Aufenthaltszeiten in den Übergangspflegeeinrichtungen...)
- Austausch und kritische Analyse der erhobenen Daten
- Start des Verfahrens zur Effizienzsteigerung des Prozesses nach den Grundsätzen des Lean Managements (der schnellen Führung):
 - Qualifizierung der Gruppe zu den Grundsätzen des Lean Managements (Treffen, die auf alle potentiell am Verfahren beteiligten Akteure ausgedehnt werden);
 - Grafische Darstellung des Prozesses mit Hilfe der Wertstromanalyse (Stream Mapping-Werts (VSM));
 - Ermittlung von Aktivitäten, die dem/der Nutzer/in einen Zusatznutzen bieten;
 - Erkennung von kritischen Punkten und gleichzeitige Festlegung ihrer Prioritäten;
 - Ermittlung von Verschwendungen (Muda);
 - Prozessneugestaltung;
 - Experimentelle Anwendung des ermittelten Verfahrens.

Wie erreichen Sie die Fachkräfte?

Territoriale Einsatzzentrale
Case und Care Managerin Agnese Savegnago
von Montag bis Freitag von 9 bis 14
0444 757271
E-Mail: veneto@case-care.eu



Wie weit sind wir?

In den zwölf Monaten, in denen die Pilotaktion entwickelt wird, sind die Analyse historischer Fälle und gleichzeitig die Verwaltung und Effizienzsteigerung der Verfahren, die von der sozial-gesundheitlichen Bewertung auf der Krankenhausstation im Hinblick auf die Aufnahme der Patienten/innen in der Übergangspflegeeinrichtung, bis zur Entlassung aus der oben angeführten Übergangspflegeeinrichtung geht, vorgesehen.

In diesem Zusammenhang wurde **eine spezielle Arbeitsgruppe** gegründet, die aus verschiedenen Akteuren besteht (der/die Care Manager/in des Projekts, medizinischer Direktor der Primärversorgung im Bezirk Ost,

Leiter der Einsatzzentrale, verantwortlicher Arzt in den Übergangspflegeeinrichtungen, Referenzarzt der Ärztlichen Direktion, Case Manager/innen in den Übergangspflegeeinrichtungen, Case Manager/innen in den Krankenhäusern, die für das Pflegeverfahren zuständige Case Manager/innen und einige Projektberater) und mit Unterstützung einer Unternehmensberaterin - einer Expertin für Lean-Methoden, die auch auf den sozialmedizinischen Bereich angewandt werden, einzelne organisatorische Phasen des Betreuungsverfahrens neu gestaltet.

In einer zukünftigen Perspektive in Bezug auf die Nachhaltigkeit der Kosten sowie der ständigen Verbesserung des Managements von Sozialbetreuungsprozessen wird auch **die Einbeziehung der Sozialdienstleistungen seitens der örtlichen Behörden erwünscht.**

Auf der Grundlage der historischen Analyse der jüngsten Daten werden jährlich rund 600 Benutzer betreut.

Die Case und Care Managerin für die Erprobungsphase (Dr. Agnese Savegnago) führt neben Gesprächen mit allen am Prozess beteiligten Akteuren auch eine Aktion der „Beobachtung vor Ort“ in den Krankenstationen und einigen Übergangspflegeeinrichtungen durch und hält ständigen Dialog mit Ärzten, Verantwortlichen und Case Managern/innen. Und aus den ersten Ergebnissen der laufenden Beobachtungen sind bereits einige Verbesserungspunkte hervorgegangen, die für die spezielle Arbeitsgruppe von besonderem Nutzen sind.

Interreg

Italia-Österreich

European Regional Development Fund



EUROPEAN UNION



Interreg V-A Italia Austria
2014-2020

www.case-care.eu



CONTACTS

Priv.-Doz. MMag. Dr. Eva Schulc - UMIT- Institut für Pflegewissenschaft
EWZ 1, 6060 Hall in Tirol, Email: care@umit.at

UMIT
the health & life sciences university



ipab
di vicenza



UTI MEDIOFRIULI

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
azienda per l'assistenza sanitaria
Alto Friuli, Collinare, Medio Friuli