

Langzeitpflege: die besten Lösungen aus Sicht älterer Menschen (Lc65+, Nr. 2)

Brigitte Santos-Eggimann, Nazanin Abolhassani, Nicolas Carvalho, Sarah Fustinoni

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Département Épidémiologie et systèmes de santé – DESS
Unité des services de santé (USS)

Juli 2020

Ziele

Dieses Dokument präsentiert das Projekt «**Preference for long-term care options in community-dwelling older adults**» des Nationalen Forschungsprogramms 74 – Gesundheitsversorgung (NFP74).

Es richtet sich an die kantonalen Gesundheitsämter und **stellt Material (in Form von Fallgeschichten) bereit, mit dem die Meinung der älteren Menschen eingeholt** und bei der Planung einer Langzeitpflege, die die Erwartungen der Bevölkerung entspricht, berücksichtigt werden kann.

Die wichtigsten Ergebnisse des Projekts werden zur Veranschaulichung des Vorgehens im Folgenden zusammengefasst. Da die bevorzugten Pflegelösungen je nach soziokulturellem und gesundheitlichem Umfeld variieren können, sollte die Methode lokal in die Ausarbeitung kantonaler Politiken einfließen.

Die Alterung der Bevölkerung stellt die Schweiz seit mehreren Jahrzehnten vor grosse Herausforderungen. Das Langzeitpflegeangebot wurde ausgebaut, um dem steigenden sozialmedizinischen Bedarf zu begegnen, und wurde diversifiziert, um Menschen mit funktionellen Einschränkungen verschiedene Pflegemöglichkeiten zu bieten und so ihre Lebensqualität zu verbessern. Die Hilfe und Pflege zu Hause (Spitex) wurde eingeführt und sowohl aus wirtschaftlichen als auch sozialen Gründen ausgebaut. Sie setzt die Mithilfe von Angehörigen und insbesondere die informelle Hilfe der meist ebenfalls betagten Partnerinnen und Partner voraus.

Unter dem Druck der geburtenstarken Jahrgänge («Babyboomer») altert die Bevölkerung derzeit noch schneller als bisher. Gemäss dem vom Bundesamt für Statistik (BFS) berechneten Referenzszenario^a wird der Anteil der Personen ab 65 Jahren von 19,2% im Jahr 2020

auf 26,4% im Jahr 2045 steigen. Gleichzeitig wird auch innerhalb der Altersgruppe «65+» eine Alterung stattfinden. Dort wird sich der Anteil der Personen ab 80 Jahren von 28,6% auf 39,2% erhöhen.

Diese Entwicklung macht eine Anpassung der Ressourcen unumgänglich. Da die Planung der Langzeitpflege in der Zuständigkeit der Kantone liegt, beruht sie auf unterschiedlichen Strategien, d.h. die Gemeinden werden bei der Definition eines ausgewogenen Angebots an Spitex, Alters- und Pflegeheimen und Zwischenlösungen unterschiedlich stark einbezogen. Im Kanton Waadt zum Beispiel wurde der Ausbau der Spitex an eine Beschränkung des Heimpflege-Angebots sowie an die Einführung alternativer Lösungen, allen voran betreutem Wohnen, gekoppelt.

Das sozialmedizinische Angebot beeinflusst Zeit und Ressourcen, die Ehepartner und Familien für die Pflege von Angehörigen aufwenden. Ältere Menschen, obwohl sie direkt betroffen sind, werden in der Regel nicht in die politische Entscheidungsfindung einbezogen. Der allgemeine Wunsch, ältere Menschen zu Hause zu betreuen, ist durch die Bereitstellung von Verwandten begrenzt. Diese ist schlecht verstanden und kann zu einer unangemessenen Nutzung von Krankenhäusern führen, wenn die Planung nicht den Erwartungen entspricht.

Datengrundlage und Methoden

Um die Meinung der Betroffenen einzuholen, wurde einer repräsentativen Stichprobe aus älteren, in einer bestimmten Region zu Hause lebenden Menschen ein Fragebogen mit verschiedenen Fallgeschichten postalisch zugestellt.

Für dieses Projekt des NFP74 wurde die Kohorte Lc65+ herangezogen. Sie umfasst Zufallsstichproben der Lausanner Bevölkerung, die vor dem Krieg (1934–1938), während des Kriegs (1939–1943) und zu Beginn des Babybooms (1944–1948) geboren wurden. Der Fragebogen wurde im Januar 2017 insgesamt 3'535

^a BFS. Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Kantone der Schweiz 2015-2045. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique, 2015.

Personen zwischen 68 und 82 Jahren zugestellt. Anschliessend wurden zwei Erinnerungsschreiben versandt. 3'102 Personen (87,8%) haben den Fragebogen zurückgeschickt.

Der Fragebogen umfasst 10 Fallgeschichten. Sie beschreiben Situationen von Personen, die aufgrund von funktionellen Einschränkungen pflegebedürftig sind, wobei der Schweregrad der Pflegebedürftigkeit von Fall zu Fall zunimmt. Die Machbarkeit und Akzeptanz der Erhebung wurden im Jahr 2012 im Rahmen eines Vortests bei der gleichen Population überprüft.^b

Fallgeschichten (Tabelle 1)

Jede Fallgeschichte beschreibt kurz die Situation einer pflegebedürftigen Person, die in verschiedenen Bereichen auf Hilfe angewiesen ist:

- **instrumentelle Alltagsaktivitäten (IADL)**
- **Alltagsaktivitäten (ADL)**, moderat (m) oder stark (s)
- **Inkontinenzmanagement**, Urin (UI) oder gemischt (GI)
- **kognitive Beeinträchtigungen (KOG)**, moderat (m) oder stark (s)
- **Verhaltensauffälligkeiten** wie Umherirren (UMH) oder Aggressivität gegenüber Pflegepersonal oder Angehörigen (AGG).

Zu den IADL gehören Essen zubereiten, Hausarbeit erledigen, einkaufen und die öffentlichen Verkehrsmittel benutzen.

Zu den ADL gehören aus dem Bett steigen, sich waschen, sich anziehen, aus einem Sessel aufstehen und sich fortbewegen, zur Toilette gehen, essen und trinken. Die Pflegebedürftigkeit gilt als moderat, wenn sie sich auf die drei erstgenannten Aktivitäten beschränkt (die Person benötigt zweimal täglich, d.h. morgens und abends, Hilfe). Sie ist stark, wenn mindestens eine weitere Aktivität betroffen ist, die eine häufigere, auf den Tag verteilte Hilfe erfordert.

Kognitive Schwierigkeiten gelten als moderat, wenn die Person die ADL selbstständig erledigen kann oder wenn sich die Hilfsbedürftigkeit auf die IADL und die Sicherstellung einer angemessenen Hygiene beschränkt. Sie gelten als stark, wenn die verwirrte Person Hilfe bei den ADL benötigt und Verhaltensauffälligkeiten aufweist.

Der Schweregrad ist implizit und wird bei der Formulierung der Fallgeschichten nicht ausdrücklich erwähnt.

Bei den beschriebenen pflegebedürftigen Personen handelt es sich abwechselnd um einen Mann oder eine Frau. Anhand der Zufallsverteilung von zwei verschiedenen Fragebogen, die entweder mit der Situation eines Mannes oder der einer Frau beginnen, kann untersucht werden, ob und wie das Geschlecht die Meinung zu den zehn Fallgeschichten beeinflusst.

Möglichkeiten der Langzeitpflege

Am Schluss jeder Fallgeschichte muss die beste Lösung für zwei soziale Situationen angekreuzt werden:

1. Die pflegebedürftige Person lebt mit einer/einem unterstützungsfähigen Partner/in im gleichen Haushalt (**Partner/in +**);
2. Die pflegebedürftige Person lebt allein oder mit einer Partnerin bzw. einem Partner, die bzw. der sie nicht unterstützen kann (**Partner/in -**).

Es werden jeweils drei Betreuungsorte vorgeschlagen, von denen die Befragten einen auswählen müssen: zu Hause (**H**), betreutes Wohnen (**BW**) oder Alters- und Pflegeheim (**APH**).

Betreutes Wohnen wird wie folgt definiert: *private Wohnung 1) zugänglich für Personen mit eingeschränkter Mobilität, 2) mit einem Notrufsystem z.B. im Fall von Stürzen, und 3) mit Gemeinschaftsbereichen im Gebäude oder in der Nähe für den gegenseitigen Austausch und Veranstaltungen. Spitex-Organisationen können vor Ort weitere Hilfs- (Hausarbeit, Essenslieferung usw.) und Pflegeleistungen anbieten.*

Wurde bei der Situation Partner/in + «zu Hause» oder «betreutes Wohnen» angekreuzt, wird die befragte Person gebeten anzugeben, wer die Hilfe leisten soll: die/der Partner/in, Fachpersonen (Spitex) oder beide.

Bei der Fallgeschichte Nr. 1, die die Situation einer Person beschreibt, die unter ersten kognitiven Beeinträchtigungen leidet, die Alltagsaktivitäten aber noch immer selbstständig erledigen kann, steht zusätzlich die Auswahlmöglichkeit «ohne Hilfe» zur Verfügung.

Für die Situation Partner/in + stehen folglich insgesamt 7 Pflegemöglichkeiten zur Auswahl (9 für Fall Nr. 1):

- H, Partner/in
- H, Spitex
- H, gemischt
- (H, niemand; nur bei Fallgeschichte Nr. 1)
- BW, Partner/in
- BW, Spitex
- BW, gemischt
- (BW, niemand; nur bei Fallgeschichte Nr. 1)
- APH.

Für die Situation Partner/in - gibt es 3 Möglichkeiten:

- H, Spitex
- BW, Spitex
- APH.

Um den Besonderheiten der Stichprobe aus der Kohorte Lc65+ und der Beteiligung an der Erhebung Rechnung zu tragen, wurden die in den Abbildungen 1 und 2 dargestellten Präferenzen auf Basis gewichteter Daten erstellt. Dadurch kann die Alters- und Geschlechterstruktur der Waadtländer Bevölkerung zwischen 68 und 82 Jahren abgebildet werden.

^b Santos-Eggimann B, Meylan L. Older citizens' opinions on long-term care options: a vignette survey. JAMDA 2017; 18(4):326-334. doi:10.1016/j.archger.2019.03.018.

Die voraussichtliche Auswirkung der demografischen Entwicklung auf die Verteilung der Präferenzen in der 68- bis 82-jährigen Bevölkerung wurde gestützt auf die Bevölkerungsszenarien des Bundesamtes für Statistik für 2017–2045 (Referenzszenario) geschätzt.

Im Rahmen weiterer Analysen wurde zudem folgende Aspekte untersucht: der Einfluss des Geschlechts auf die

geäußerten Meinungen; der Zusammenhang zwischen der bevorzugten Lösung und den persönlichen Merkmalen; und die Entwicklung der Präferenzen innerhalb der untersuchten Population und bei den einzelnen Personen dieser Population in einem Zeitraum von fünf Jahren. Nähere Informationen zu den hier präsentierten Schlussfolgerungen finden sich in den zu diesen Themen veröffentlichten Artikeln.

Nr	Komponenten	Beschreibung
1	KOGm	Frau M. ist mobil und kann sämtliche Alltagsaktivitäten selbstständig erledigen. Seit einiger Zeit vergisst sie jedoch kleinere Dinge wie zum Beispiel Arzttermine. Sie weiss sich zu helfen, indem sie alles notiert. In gewohnten Situationen und vertrauten Umgebungen findet sie sich gut zurecht. In neuen Situationen und ungewohnten Umgebungen hat sie hingegen manchmal Schwierigkeiten. Sie ist sich dessen bewusst und äusserst beunruhigt.
2	IADL	Herr T. hat Atembeschwerden. Trotzdem kann er seine Körperpflege selbstständig durchführen, sich allein waschen und anziehen. Er bewegt sich langsam, aber ohne Hilfe fort und er fährt manchmal mit dem Bus in die Stadt. Für die Zubereitung der Mahlzeiten, die Einkäufe und die Hausarbeit benötigt er allerdings Hilfe, da er schnell ausser Atem gerät.
3	IADL + KOGm	Frau R. hat keine körperlichen Beschwerden, leidet aber unter Gedächtnisverlust. Seit einiger Zeit ist sie durcheinander und ernährt sich schlecht. Sie benötigt Hilfe bei der Hausarbeit, beim Einkaufen und beim Zubereiten der Mahlzeiten. Obwohl sie sich selbst waschen kann, muss überprüft werden, ob sie regelmässig duscht.
4	IADL + ADLm	Herr V. leidet unter neurologischen Störungen. Er legt Wert darauf, dass die Leute wissen, dass er im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist und sein Problem rein körperliche Ursachen hat. Er benötigt Hilfe bei der Zubereitung der Mahlzeiten, bei der Hausarbeit und beim Einkaufen. Ausserdem kann er morgens nicht allein aus dem Bett steigen, sich waschen und anziehen. Um sich in seiner Wohnung fortzubewegen und aus dem Sessel aufzustehen benötigt er hingegen keine Hilfe. Auch trinken und essen kann er allein.
5	IADL + ADLm + UI	Frau P. hatte einen Hirnschlag. Sie kann weder die Hausarbeit noch die Einkäufe erledigen und auch keine Mahlzeiten zubereiten. Sie hat wieder gelernt, selbstständig zu essen, braucht aber Hilfe, um aus dem Bett zu steigen, sich zu waschen und anzuziehen. Sie kann allein aus dem Sessel aufstehen und sich mithilfe eines Gehstocks in der Wohnung fortbewegen. Sie leidet unter unfreiwilligen Urinverlust, für den sie auf Hilfe angewiesen ist, kann ihren Stuhlgang aber kontrollieren.
6	IADL + ADLs	Herr D. leidet unter neuromuskulären Störungen. Er ist für sämtliche Alltagsaktivitäten einschliesslich Essen, Aufstehen und sich Setzen auf Hilfe angewiesen. In seiner Wohnung kann er sich mithilfe eines Gehstocks selbstständig fortbewegen. Er ist nicht inkontinent, muss aber auf die Toilette begleitet werden.
7	IADL + ADLm + GI	Frau L. hatte einen Hirnschlag. Sie kann weder die Hausarbeit noch die Einkäufe erledigen und auch keine Mahlzeiten zubereiten. Sie hat wieder gelernt, selbstständig zu essen, braucht aber Hilfe, um aus dem Bett zu steigen, sich zu waschen und anzuziehen. Sie kann allein aus dem Sessel aufstehen und sich mithilfe eines Gehstocks in der Wohnung fortbewegen. Sie leidet unter häufigem Urin- und Stuhlverlust, den sie nicht allein bewältigen kann.
8	IADL + ADLs + AGG	Herr H. leidet unter neuromuskulären Störungen. Er bewegt sich mit seinem elektrischen Rollstuhl allein in seiner Wohnung fort, ist aber für sämtliche Alltagsaktivitäten einschliesslich Essen und sich in den Rollstuhl Setzen auf Hilfe angewiesen. Er ist nicht inkontinent, muss aber auf die Toilette begleitet werden. Er hat Mühe, seine Pflegebedürftigkeit zu akzeptieren und ist zu den Betreuerinnen und Betreuern oft aggressiv.
9	IADL + ADLs + KOGs + UMH	Frau F. leidet unter einer neurologischen Krankheit. Sie ist für sämtliche Alltagsaktivitäten einschliesslich Essen und Trinken auf Hilfe angewiesen. Sie kann Gegenstände nicht mehr beim Namen nennen und scheint verwirrt. Sie kann sich gut fortbewegen, irrt aber aufgrund ihrer Angstzustände oft ziellos umher. Im Freien verirrt sie sich auch schon mal.
10	IADL + ADLs + KOGs + AGG	Herr S. leidet unter einer neurologischen Krankheit. Er liegt entweder im Bett oder sitzt in seinem Sessel. Er ist für sämtliche Alltagsaktivitäten einschliesslich Essen und Trinken auf Hilfe angewiesen. Er kann Gegenstände nicht mehr beim Namen nennen und scheint verwirrt. Er ist oft unruhig und verhält sich aggressiv, indem er beleidigt, flucht, schlägt, kratzt und beisst.

ADL=Einschränkung bei Alltagsaktivitäten, AGG=Aggressivität, GI=gemischte Inkontinenz, IADL=Einschränkung bei instrumentellen Alltagsaktivitäten, KOG=kognitive Beeinträchtigungen, UI=Urininkontinenz, UMH=Umherirren, m=moderat, s=stark.

Tabelle 1 Komponenten und Definition der Fallgeschichten

Ergebnisse

Verteilung der Präferenzen

Die geäußerten Meinungen bilden den Schweregrad der in den Fallgeschichten genannten funktionellen Einschränkungen unabhängig vom sozialen Umfeld (Partner/in + oder Partner/in -) realistisch ab. Wie die Abbildung 1 und Abbildung 2 zeigen, wird die Institutionalisierung mit zunehmender Pflegebedürftigkeit bevorzugt, die Pflege zu Hause hingegen verliert an Bedeutung. Wie erwartet wird die Wahl der bevorzugten Pflegelösung davon beeinflusst, ob eine Partnerin oder ein Partner im gleichen Haushalt lebt und helfen kann.

Fallgeschichte Nr. 1 stellt einen Sonderfall dar. Die darin beschriebene Person ist bei den IADL auf keine Hilfe angewiesen, leidet aber unter ersten kognitiven Beeinträchtigungen. Hier wird das betreute Wohnen öfter bevorzugt als bei der zweiten Fallgeschichte, obwohl dort Unterstützung bei den IADL benötigt wird. Diese Beobachtung deutet darauf hin, dass die Befragten den Betreuungs- und Aufsichtsbedarf von kognitiv beeinträchtigten Personen trotz der noch erhaltenen Selbstständigkeit bei den IADL richtig einschätzen.

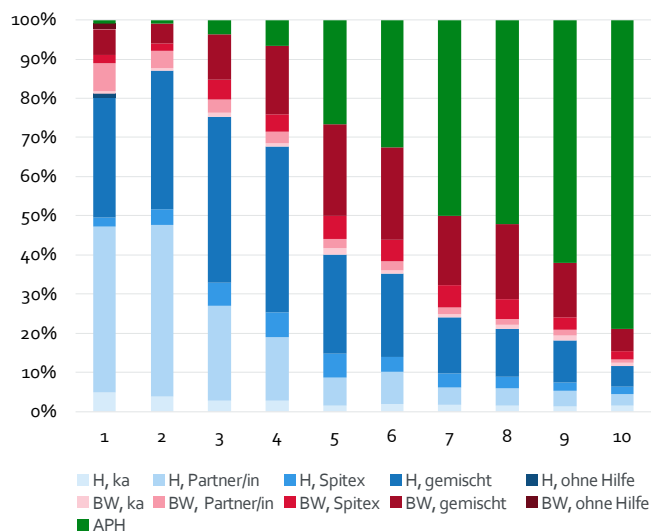
Person im gleichen Haushalt mit einem/er unterstützungsfähigen Partner/in (Abbildung 1)

Lebt die pflegebedürftige Person mit einer unterstützungsfähigen Partnerin oder einem

unterstützungsfähigen Partner zusammen, so sind die Befragten bei den beiden erstgenannten Fallgeschichten einstimmig für den Verbleib in der Gemeinschaft. Acht von zehn Personen sprechen sich für die Pflege zu Hause auf, zwei für das betreute Wohnen. Solange die Einschränkungen bei den ADL moderat bleiben und keine Hilfe aufgrund von Inkontinenz benötigt wird, wird die Pflege zu Hause bevorzugt. Bis zum Auftreten von gemischter Inkontinenz oder Verhaltensauffälligkeiten nimmt die Präferenz für betreutes Wohnen konstant zu.

In den ersten vier Fallgeschichten nennen nur sehr wenige Befragte die Heimpflege als bevorzugte Lösung. Benötigt die pflegebedürftige Person Hilfe aufgrund einer Inkontinenz, äussern sich deutlich mehr Befragte zugunsten einer Betreuung in einem Alters- oder Pflegeheim. Bei gemischter Inkontinenz oder wenn zu den – auch moderaten – Einschränkungen bei den ADL aggressives Verhalten hinzukommt, steigt dieser Anteil auf 50%, bei schweren kognitiven Beeinträchtigungen überwiegt er.

Gilt die Präferenz dem Verbleib in der Gemeinschaft (H oder BW), so wird meist die Unterstützung durch die Partnerin oder den Partner vorausgesetzt.



Die Koordinate gibt die Zahl der Fallgeschichte (1 bis 10) an. Sie entspricht der Formulierung in Tabelle 1, Seite 3.

Betreuungsort: H=zu Hause, BW=Betreutes Wohnen, APH=Alters- und Pflegeheim. Unterstützung bei einer Pflege zu Hause oder bei betreutem Wohnen: ka=keine Angabe; gemischt=Partner/in und Spitex.

Die Wahlmöglichkeiten «H, ohne Hilfe» und «BW, ohne Hilfe» bestehen nur bei Fallgeschichte 1.

Abbildung 1 Gewichtete Verteilung der Meinungen in der nicht institutionalisierten Bevölkerung zwischen 68 und 82 Jahren zur Situation einer pflegebedürftigen Person, die im gleichen Haushalt lebt wie ihre unterstützungsfähige Partnerin oder ihr unterstützungsfähiger Partner, nach Fallgeschichte.

Eine Betreuung in der Gemeinschaft durch die Spitex allein wird nur in Ausnahmefällen als beste Lösung erachtet, wenn die pflegebedürftige Person mit einer Partnerin oder einem Partner zusammenlebt, die bzw. der sie unterstützen kann. Sehr häufig befürwortet wird hingegen die Unterstützung durch die Spitex ergänzend zur informellen Hilfe durch die Partnerin oder den Partner

(gemischte Hilfe), sogar in Situationen mit sehr leichten funktionellen Einschränkungen wie in den ersten beiden Fallgeschichten. Bei den Fallgeschichten drei bis zehn wird die gemischte Hilfe von einer zunehmenden Mehrheit bevorzugt.

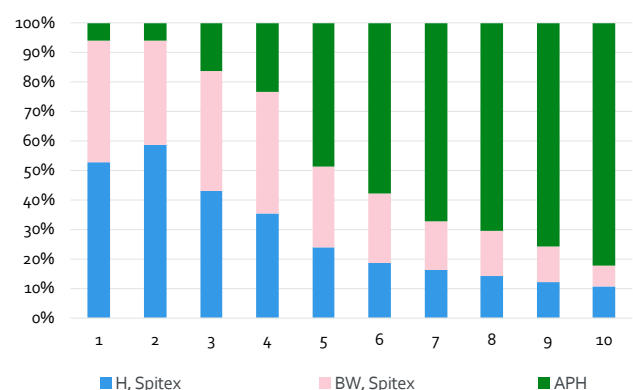
Person, die alleine oder mit einem/er nicht unterstützungsfähigen Partner/in lebt (Abbildung 2)

Kann eine Person von ihrer Partnerin oder ihrem Partner keine Hilfe erwarten, wird der Verbleib in der Gemeinschaft nur in den ersten vier Fallgeschichten (moderate funktionelle Einschränkungen) eindeutig bevorzugt. Allerdings spricht sich ein erheblicher Anteil für betreutes Wohnen aus, auch dann, wenn die Pflegebedürftigkeit nur die IADL betrifft (Fallgeschichte 2).

Besteht Pflegebedarf wegen einer Urininkontinenz (Fallgeschichte 5) oder einer schweren Einschränkung bei den ADL, die Hilfe beim Aufstehen aus einem Sessel, Fortbewegen in der Wohnung, Toilettengang, Essen und Trinken voraussetzt, sind die Meinungen ausgeglichen. Etwa gleich viel plädieren für den Verbleib in der Gemeinschaft wie für die Institutionalisierung – auch dann, wenn die kognitiven Fähigkeiten intakt sind (Fallgeschichte 6).

Liegen eine gemischte Inkontinenz, Verhaltensauffälligkeiten oder schwere kognitive Defizite vor, wird die Institutionalisierung grossmehrheitlich als beste Lösung erachtet, wenn die pflegebedürftige Person zu Hause keine informelle Hilfe in Anspruch nehmen kann (Fallgeschichten 7 bis 10).

Abbildung 2 zeigt zudem, dass trotz der offensichtlichen Schwierigkeit, bei sehr starker Pflegebedürftigkeit (insbesondere bei den beiden letzten Fallgeschichten) den Verbleib in der Gemeinschaft aufrechtzuerhalten, sich 10% bis 20% der Befragten systematisch gegen eine Langzeitpflege in einem Alters- und Pflegeheim aussprechen.



Die Koordinate gibt die Zahl der Fallgeschichte (1 bis 10) an. Sie entspricht der Formulierung in Tabelle 1, Seite 3.

Betreuungsort: H=zu Hause, BW=Betreutes Wohnen, APH=Alters- und Pflegeheim.

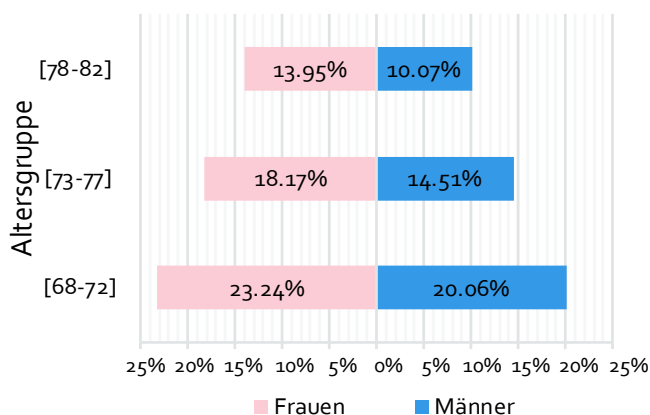
Abbildung 2 Gewichtete Verteilung der Meinungen in der nicht institutionalisierten Bevölkerung zwischen 68 und 82 Jahren zur Situation einer pflegebedürftigen Person, die alleine oder im gleichen Haushalt lebt wie ihre nicht unterstützungsfähige Partnerin bzw. ihr nicht unterstützungsfähiger Partner, nach Fallgeschichte.

Auswirkungen der demografischen Entwicklung

Die 2017 erhobenen Meinungen wurden auf die gemäss den Bevölkerungsszenarien 2017–2045 des Bundesamtes für Statistik erwartete Waadtländer Bevölkerung im Alter von 68 bis 82 Jahren hochgerechnet, um die Auswirkungen der demografischen Entwicklung auf die Präferenzen der älteren Menschen abzuschätzen. Bei dieser Simulation der Präferenzen in der Waadtländer Bevölkerung bis ins Jahr 2045 wurde angenommen, dass die Meinungen in jeder der Fünfjahres-Altersklassen und in jeder Geschlechterkategorie konstant gleich bleiben.

Wie Abbildung 3 zeigt, wird sich die interne Struktur der 68- bis 82-jährigen Waadtländer Bevölkerung zwischen 2017 und 2045 stark verändern, was insbesondere auf die Alterung der Babyboomer zurückzuführen ist. 2017 lebten sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern fast doppelt so viele 68- bis 72-Jährige wie 78- bis 82-Jährige. 2045 sollen die Anteile der drei Fünfjahres-Altersklassen gemäss den Szenarien nahezu ausgeglichen sein.

2017 :



2045 :

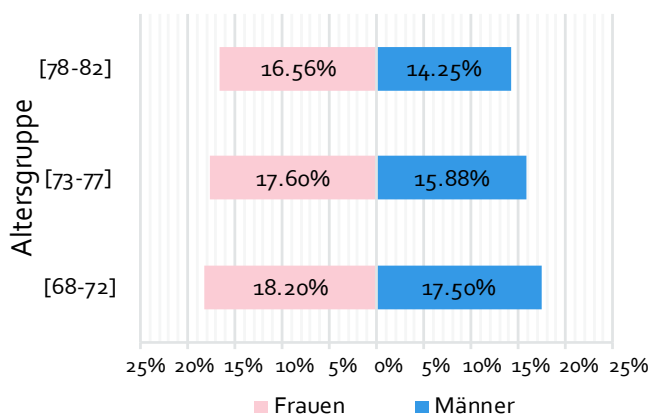


Abbildung 3 Struktur der Waadtländer Bevölkerung zwischen 68 und 82 Jahren, 2017 und 2045 (Quelle: BFS 2015)

Die Ergebnisse unserer Simulation, bei der die 2017 genannten Präferenzen auf die im Jahr 2045 erwartete Bevölkerung hochgerechnet wurden, zeigen hingegen, dass der markante Strukturwandel allein die Präferenzen nicht signifikant verändern sollte.

Dies liegt daran, dass die bevorzugten Langzeitpflegemöglichkeiten nur geringfügig vom Alter beeinflusst werden. Das Alter ist jedoch nicht der einzige zeitliche Einflussfaktor für die Veränderungen der Präferenzen zwischen 2017 und 2045. Perioden- und Kohorteneffekte können ebenfalls eine Rolle spielen (siehe unten).

Alters- und Periodeneffekt

1'596 der Erhebungsteilnehmenden von 2017 hatten bereits am Vortest 2012 teilgenommen, an dem sie zu den gleichen Fallgeschichten befragt wurden. Anhand dieses Kollektivs kann untersucht werden, inwiefern die befragten Personen ihre Meinung innerhalb von fünf Jahren durch die Alterung (Alterseffekt) und das sich verändernde Umfeld (Periodeneffekt) ändern.

Zwischen den beiden Erhebungsphasen sind die Präferenzen auf Populationsebene relativ stabil geblieben. In Situationen mit einer geringen bis moderaten Pflegebedürftigkeit hat sich der bevorzugte Betreuungsort unabhängig von der sozialen Situation (Partner/in + oder Partner/in -) leicht, aber signifikant von zu Hause zum betreuten Wohnen verschoben. Bei pflegebedürftigen Personen, die mit einer Partnerin oder einem Partner zusammenwohnen, bei den ADL moderat eingeschränkt sind, aber Hilfe aufgrund einer Urininkontinenz benötigen (Fallgeschichte 5), wurde 2017 häufiger die Betreuung in einem Alters- und Pflegeheim als beste Lösung angegeben.

Hinter dieser relativen Stabilität auf Gruppenebene verbergen sich jedoch häufige Meinungswechsel auf individueller Ebene. Vor allem im mittleren Bereich der Fallgeschichten haben die einzelnen Personen häufig ihre Meinung geändert. Zwischen den persönlichen Merkmalen und der Stabilität der Meinungen besteht nur ein geringfügiger Zusammenhang, Personen mit einem hohen Bildungsniveau sind in ihrer Ansicht allerdings konstanter. Ausserdem bleiben Frauen öfter bei ihrer Meinung, vor allem bei den Fallgeschichten mit schweren funktionellen Beeinträchtigungen.

Kohorten- und Periodeneffekt

Ein Vergleich der beiden Erhebungsphasen gibt zudem Aufschluss über Meinungsunterschiede zwischen den Kohorten, die (i) vor bzw. während des Kriegs geboren wurden, die bei der Befragung zwischen 74 und 78 Jahren alt waren (im Jahr 2012 bzw. 2017), und den Kohorten, die (ii) während des Kriegs bzw. am Anfang des Babybooms geboren wurden, die bei der Befragung zwischen 68 und 73 Jahren alt waren.

In beiden Fällen wurde bei den Situationen mit einer geringen bis moderaten Pflegebedürftigkeit eine Verschiebung der Präferenzen von der Pflege zu Hause zum betreuten Wohnen festgestellt. Jüngere Kohorten sprechen sich eher für betreutes Wohnen in beiden sozialen Situationen (Partner/in + und -) aus.

Im zweiten Vergleich hat sich die Kohorte der Babyboomer bei den Fallgeschichten mit einer starken Pflegebedürftigkeit, mit Ausnahme von Fallgeschichte 10,

ebenfalls häufiger für betreutes Wohnen oder eine Institutionalisierung ausgesprochen.

Diese Entwicklungen sind auch unter Berücksichtigung der demografischen, sozioökonomischen und gesundheitlichen Unterschiede zwischen den Kohorten signifikant.

Geschlechtereffekt

Das Geschlecht der in den Fallgeschichten beschriebenen Person und auch dasjenige der befragten Person können die Präferenzen beeinflussen.^c

Die Auswertungen zeigen, dass das Geschlecht der Person in den Fallgeschichten die Meinung nicht wesentlich beeinflusst, dasjenige der Befragten hat hingegen einen signifikanten Einfluss. Männer wählten häufiger eine Betreuung zu Hause mit ausschliesslicher Hilfe der Partnerin oder des Partners, Frauen bevorzugten eher eine Betreuung zu Hause mit Hilfe der Partnerin oder des Partners und zusätzlicher Unterstützung durch die Spitex oder betreutes Wohnen, insbesondere, wenn es sich bei der beschriebenen Person um einen Mann handelt. Frauen sprachen sich zudem häufiger für die Betreuung in einem Alters- und Pflegeheim aus, wenn eine moderate Einschränkung bei den ADL kombiniert mit einer Urininkontinenz vorlag.

Effekt weiterer Merkmale

Der Einfluss weiterer Merkmale der Befragten auf die bevorzugten Pflegelösungen wurden anhand der Fallgeschichten 4, 5 und 7 untersucht. Sie zeichnen sich alle durch eine moderate Einschränkung bei den ADL aus, unterscheiden sich hingegen bei der Kontinenz.^d

Die Analysen haben ergeben, dass prädisponierende (Alter, Geschlecht, Bildungsniveau) oder favorisierende Faktoren (selbst pflegende/r Angehörige/r, Kennen von betreutem Wohnen, Gefühl der sozialen Unterstützung) für die Inanspruchnahme von Pflege die Meinung der Befragten beeinflussen, ihre allfällige eigene Pflegebedürftigkeit (Gesundheitszustand einschliesslich Urininkontinenz) allein hingegen nicht.

Der Vergleich der drei Fallgeschichten zeigt zudem, dass sich die Inkontinenz als Faktor der Pflegebedürftigkeit stark darauf auswirkt, welche Pflegelösung von den älteren Menschen bevorzugt wird.

Schlussfolgerungen

Die auf Fallgeschichten basierende Erhebungsmethode wird gut akzeptiert und liefert kohärente Ergebnisse. Anhand der so gewonnenen Erkenntnisse kann die Langzeitpflege lokal gezielter auf die Erwartungen der älteren Menschen ausgerichtet werden.

Die Demografie allein scheint die bevorzugten Pflegelösungen trotz der erwarteten Änderungen in der älteren Bevölkerung kaum zu beeinflussen, die Präferenzen können sich aber auch durch Kohorten- und Periodeneffekte verändern.

In Lausanne ist ein zunehmendes Interesse für betreutes Wohnen zu beobachten. Dieses könnte ein Hinweis dafür sein, dass die jüngsten Kohorten vermehrt eine Pflege bevorzugen, die sich nicht auf die informelle Hilfe zu Hause durch die Partnerin oder den Partner beschränkt. Auch die Babyboomer befürworten bei schwerer Pflegebedürftigkeit öfter die Unterbringung im Alters- und Pflegeheim.

Nach unseren Analysen könnte aber auch ein Periodeneffekt vorliegen, denn die Rahmenbedingungen haben sich innerhalb der fünf Jahre zwischen Vortest und Erhebung verändert. Im Kanton Waadt wurde das Angebot an betreutem Wohnen zwischen 2012 und 2017 ausgebaut. Die Befragten könnten daher mit dieser früher eher seltenen Pflegelösung vertrauter sein und sie daher eher als Alternative zur Pflege zu Hause oder zur Institutionalisierung in Betracht ziehen. Unsere Ergebnisse deuten eher auf die erste Hypothese hin, vereinbar mit einem Kohorteneffekt, der die neuen Generationen dazu veranlasst, Lösungen zu bevorzugen, die mehr Sicherheit bieten und die Angehörigen entlasten.

Der Geschlechtereffekt, der im Wunsch der befragten Frauen nach mehr Unterstützung ersichtlich ist, deutet hin, dass die informelle Hilfe, derzeit häufiger von Frauen als von Männern geleistet, Grenzen hat.

Eine dieser Grenzen ist die Pflegebedürftigkeit aufgrund von Urininkontinenz, noch stärker von gemischter Inkontinenz. Sie ist oft ausschlaggebend, dass eine Betreuung zu Hause nicht mehr als geeignet betrachtet wird. Diese Beobachtung legt nahe, dass die Prävention von Inkontinenz sowie die Unterstützung durch Fachpersonen (Spitex) bei vorhandenem Hilfsbedarf Schlüsselaspekte der auf den Verbleib zu Hause ausgerichteten sozialmedizinischen Politik sein könnten.

Aufgrund wahrscheinlicher kultureller und umweltbezogener Einflüsse auf die Präferenzen älterer Menschen lassen sich die Erkenntnisse dieser Studie nur in beschränktem Mass verallgemeinern. Dennoch lässt sich die Methode auf weitere Populationen anwenden und eine Übertragung auf andere Kontexte ist wünschenswert, damit das Angebot besser an die lokalen Bedürfnisse angepasst werden kann.

Zitiervorschlag

Santos-Eggimann B, Abolhassani N, Carvalho N. Langzeitpflege: die besten Lösungen aus Sicht älterer Menschen (Lc65+, Nr. 2) Lausanne, Unisanté - Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2020 (Raisons de Santé : Les Essentiels 15b) <http://dx.doi.org/10.16908/rds-essentiels/15b>

^cCarvalho N, Meylan L, Blanco JM, Fustinoni S, Abolhassani N, Santos-Eggimann B. Gender differences regarding opinions on long-term care arrangements: a study of older adults in Switzerland. Arch Gerontol Geriatr 2019; Jul-Aug;83:195-203. doi: 10.1016/j.archger.2019.03.018.

^dCarvalho N, Fustinoni S, Abolhassani N, Blanco JM, Meylan L, Santos-Eggimann B. Impact of urine and mixed incontinence on long-term care preference: a vignette-survey study of community-dwelling older adults. BMC Geriatrics. 2020;20(1):69. doi: 10.1186/s12877-020-1439-x.