



**Universität
Zürich** ^{UZH}

Zentrum für Gerontologie

Begleitevaluation des Pilotprojektes SiL Schlussbericht

Hausbesuche SiL

Sozialmedizinische individuelle Lösungen für an Demenz erkrankte Menschen und ihre Angehörigen

Ein Projekt des Gesundheitsnetzes 2025 der Stadt Zürich

Silvia Angst Fuchs
Hannele Hediger
Sandra Oppikofer

Universität Zürich
Zentrum für Gerontologie
Sumatrastrasse 30
CH-8006 Zürich
www.zfg.uzh.ch

© Zentrum für Gerontologie 04/2011

Management Summary

Hintergrund

Im Rahmen des Gesundheitsnetzes 2025 möchte das Gesundheits- und Umweltsdepartement der Stadt Zürich die Gesundheitsversorgung auf die neuen gesellschaftlichen Herausforderungen ausrichten, Support anbieten und Wege bahnen, um mit den neuen und veränderten Krankheitssituationen besser zurecht zu kommen. Basierend auf diesen Anliegen, entstand 2008 das Pilotprojekt «SiL - Spezialisierte integrierte Langzeitversorgung für an Demenz erkrankte Menschen und ihre Angehörigen» mit Anbindung an bestehende Strukturen. 2010 wurde das Projekt unter dem neuen Namen «Hausbesuche SiL - Sozialmedizinische individuelle Lösungen» zusammen mit der Memory-Klinik Entlisberg in die neu gegründete Gerontologische Beratungsstelle im Pflegezentrum Entlisberg integriert.

Hausbesuche SiL

Mit Hausbesuche SiL werden für Menschen mit Demenz und deren Angehörige eine langfristige und kontinuierliche Begleitung und Betreuung und damit eine Stabilisierung der Versorgungslage sowie die Möglichkeit zu einem längeren Verbleib zu Hause angestrebt. Dies durch folgende Dienstleistungen: (1) Aufsuchende Beratung durch in der Betreuung von Menschen mit Demenz erfahrene Pflegefachpersonen mit Rückmeldung an Hausärzte und Spitex, (2) niederschwellige Anlaufstelle für Betreuende für praktische Probleme im Alltag und (3) Vermittlung von Entlastungsangeboten. Die Zuweisungen zu Hausbesuche SiL wurden hauptsächlich über die Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ), die Memory-Klinik Entlisberg und die Stiftung Alterswohnung (SAW) erwartet.

Ziele der Evaluation

Mit der wissenschaftlichen Evaluation sollten die Auswirkungen des Angebotes auf (1) die Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen und (2) die Hospitalisations- und Institutionaliserungsrate überprüft sowie (3) die Bewertung des Angebotes durch die beteiligten Gruppen (Menschen mit Demenz, Angehörige, zuweisende Stellen und SiL-Mitarbeitende) erhoben werden.

Vorgehen

Die Evaluation erfolgte mit Einsatz von quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden. Dabei wurde eine Mischung aus einer prozessorientierten Begleitforschung und einer outcome-orientierten Evaluation durchgeführt. Im Verlauf der Evaluation musste das als kurze Langzeitstudie ausgelegte Forschungsdesign aufgrund der kleinen Stichprobengrösse und den Schwierigkeiten bei der Rekrutierung einer vergleichbaren Kontrollgruppe angepasst und in ein Interventionsdesign umgewandelt werden - mit einer Datenerhebung vor und nach der Beratung. Die Befragung der zuweisenden Stellen wurde infolge der geringen Nutzung des SiL-Angebotes mit Fragen zur Positionierung und Implementierung erweitert.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der Evaluation zeigen eine kontinuierliche Nutzung von Hausbesuche SiL (2008/2009 $n=89$; 2010 Jan-Aug $n=144$). In 192 Fällen kam es zu einer persönlichen Beratung. Fast die Hälfte der zugewiesenen Fälle erfolgte durch den Stadtärztlichen Dienst (SAD), welche häufig in Notfallsituationen oder bei schwierigen Problemlagen kontaktiert wird. Dabei wurde unerwartet eine Gruppe von Menschen mit Demenz mit grossem Handlungsbedarf aufgedeckt. Diese Gruppe beanspruchte die SiL-Mitarbeitenden sehr stark. Die angestrebte Zielgruppe respektive Kontinuität in der Langzeitversorgung von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen mit alltäglichen Problemen kam bis jetzt nur vereinzelt zum Tragen. Aufgrund der hohen Belastungssituation war es für viele Nutzer von SiL

nicht möglich, an der Evaluation teilzunehmen. Die Ergebnisse der Evaluation für die an Demenz erkrankten Menschen und ihren Bezugspersonen beruhen deshalb auf kleinen Zahlen und sind mit Vorsicht zu interpretieren. Gewisse Tendenzen konnten dennoch sichtbar gemacht werden.

*Verbesserung der subjektiven Lebensqualität und Gesundheit –
geringeres Belastungserleben der Bezugspersonen*

Bei der Mehrheit der Bezugspersonen konnte nach der Nutzung von Hausbesuche SiL eine Verbesserung in der subjektiven Lebensqualität und Gesundheit festgestellt werden und das Belastungserleben durch den Betreuungs- und Pflegeaufwand hat sich verringert. Die Belastung durch das Wissen um die Diagnose Demenz hat sogar bei 7 von 10 Bezugspersonen abgenommen. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass sich diese Bezugspersonen durch Hausbesuche SiL gestärkt und unterstützt fühlten. Die befragten Patienten waren mit dem SiL-Angebot gut zufrieden. Bei der subjektiven Lebensqualität und Gesundheit sind bei ihnen keine eindeutigen Tendenzen sichtbar.

Prozessorientierte Anpassung an das SiL-Angebot

Die Bewertung des Angebotes durch die Bezugspersonen zeigt, dass diese mit unterschiedlichen, teils unrealistischen Erwartungen an Hausbesuche SiL gelangen und diese nicht immer erfüllt werden konnten. Die Beratung zu Hause wurde geschätzt und die Bezugspersonen waren mehrheitlich sehr zufrieden mit der Art und Weise derselben. Sie fühlten sich psychisch unterstützt und haben nützliche Empfehlungen erhalten. Durch die Beratung haben sie an Sicherheit und Entlastung gewonnen. Diese Auswertungen wurden fortlaufend ins Projektteam getragen und haben zu verschiedenen bereits erfolgten Anpassungen geführt. So erfolgte eine terminliche Trennung der häuslichen Anamnese und der Beratung, um auch den Bedürfnissen der Bezugspersonen mehr Rechnung zu tragen, die Vermittlung konkreter Hinweise und Informationen zu weiteren Unterstützungsmöglichkeiten und das telefonische Nachfragen, ob die veranlassten Massnahmen auch greifen sowie die Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse.

Kommunikationsmassnahmen für eine bessere SiL-Nutzung

Die Befragung von Mitarbeitenden verschiedener Berufsgruppen der Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ) zeigte, dass die kurz vorher veranlassten Kommunikationsmassnahmen zur besseren Bekanntmachung des Angebotes Wirkung zeigte. Die Hauptgründe für die bisher geringe Nutzung wurden hauptsächlich darin vermutet, dass einerseits nur wenige Menschen mit Demenz aus der Übergangspflege wieder nach Hause entlassen werden und andererseits im geringen Bekanntheitsgrad des SiL-Angebotes. Zudem stellte sich heraus, dass neue Angebote systematisch in die institutionellen Ablaufprozesse integriert werden müssen, damit sie auch wirklich genutzt werden.

Geringer SiL-Bekanntheitsgrad bei Zürcher Hausärzten

Der Bekanntheitsgrad von Hausbesuche SiL ist bei den erreichten Hausärzten sehr gering. Zwei Drittel, die das Angebot kannten, sind durch den Key Account Manager der Stadt Zürich darüber informiert worden. Diese Massnahme kam bei den schwer erreichbaren Hausärzten offenbar gut an und zeigte Wirkung.

Gute Arbeitszufriedenheit der SiL-Mitarbeitenden

Die beiden SiL-Mitarbeitenden schätzten die alltäglichen Herausforderungen und Kontakte zu den sehr unterschiedlichen Menschen. Sie haben neben der Ausführung ihrer Tätigkeit viel Entwicklungs- und Aufbauarbeit geleistet und sind insgesamt zufrieden bis sehr zufrieden mit ihrer Arbeit.

Empfehlungen

Aufgrund der vorliegenden Evaluationsergebnissen können für die Weiterentwicklung von Hausbesuche SiL, folgende Empfehlungen abgeleitet werden.:

- Das Hauptziel von Hausbesuche SiL - die kontinuierliche Langzeitversorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen in der häuslichen Pflege - sollte weiter verfolgt werden.
- Der hohe Unterstützungsbedarf von Betroffenen, die sich in einer Notsituation befinden, soll gedeckt werden. Allerdings darf dies jedoch - mit Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden personellen Ressourcen - nicht auf Kosten jener Betroffenen erfolgen, welche ihren Beratungsbedarf frühzeitig anmelden. Es soll deshalb sorgfältig geprüft werden, welche Massnahmen bei der Gruppe mit hohem Unterstützungsbedarf besonders wirkungsvoll sind.
- Die geknüpften Kontakte zu internen und externen zuweisenden Stellen sollen weiterhin gepflegt und ausgebaut werden; dies, um die Anbindung von SiL an bestehende Strukturen zu stärken.
- Im Sinne der Nachhaltigkeit soll die Umsetzung von Empfehlungen durch die SiL-Mitarbeitenden überprüft und wenn nötig unterstützt werden.
- Der Fokus der Beratung soll im Verlaufe der SiL-Begleitung vom Patienten zur Bezugsperson gelenkt werden, damit eine Vertrauensbasis und eine langfristige Beziehung mit den Betroffenen aufgebaut werden können.

Danke

Ein grosses Dankschön richten wir an das Projektteam und im Speziellen an die SiL-Mitarbeitenden für die wertvolle Unterstützung und fruchtbare Zusammenarbeit. Ausserdem an PD Dr. med. Albert Wettstein, Kurt Meier und Heike Geschwindner für ihr Vertrauen und bereichernde fachliche Unterstützung. Nicht zuletzt danken wir Prof. Dr. Clarissa Kurscheid und Prof. Dr. Frank Schulz-Nieswandt für ihre vermittelnde Lenkung des Projektes.

Inhaltsverzeichnis

1 Ausgangslage	9
1.1 Das SiL-Projekt	9
1.1.1 Ziele des Projektes	9
1.1.2 Anzahl potentieller Klienten des Projektes	10
1.1.3 Umsetzung	10
1.2 Das SiL-Angebot	10
1.2.1 Hausbesuche SiL	11
1.2.2 SiL-Mitarbeitende	12
1.2.3 Zielgruppen	12
1.2.4 Zuweisende Stellen	13
2 Ziele der wissenschaftlichen Evaluation	14
3 Theoretischer Hintergrund	15
3.1 Versorgungssysteme	15
3.2 Aufsuchende Beratung	16
3.3 Nutzung von Entlastungs- und Versorgungsangeboten	17
3.4 Auswirkungen von Entlastungsangeboten auf Patienten mit Demenz	19
3.5 Auswirkungen von Entlastungsangeboten auf Pflegende Angehörige	20
3.6 Mitarbeitende	22
4 Fragestellungen	23
4.1 Auswirkungen des SiL-Angebotes auf Patienten mit Demenz und dessen Bewertung	23
4.1.1 Lebensqualität und Gesundheit	23
4.1.2 Neuropsychiatrische Symptome	23
4.1.3 Hospitalisation und Institutionalisierung	23
4.1.4 Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot	23
4.2 Auswirkungen des SiL-Angebotes auf Bezugspersonen und dessen Bewertung	24
4.2.1 Lebensqualität und Gesundheit	24
4.2.2 Belastung und Entlastung	24
4.2.3 Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot	25
4.3 Bewertung des SiL-Angebotes durch die zuweisenden Stellen	25
4.3.1 Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot	25
4.3.2 Implementierung und Positionierung des SiL-Angebotes	26
4.4 Bewertung der Arbeitszufriedenheit der SiL-Mitarbeitenden	27
4.5 Laufende Optimierung des SiL-Angebotes	27

5 Untersuchungsdesign	28
5.1 Untersuchungsphasen	28
5.2 Untersuchungsablauf	31
5.2.1 Vorbereitung	31
5.2.2 Vorgehen Befragung Patienten und Bezugspersonen	31
5.2.3 Vorgehen Befragung Kontrollgruppe	32
5.2.4 Vorgehen Befragung der zuweisenden Stellen und SiL-Mitarbeitenden	33
5.2.5 Vorgehen Information Projektteam	34
5.3 Stichprobe	34
5.3.1 Einschlusskriterien	34
5.3.2 Rekrutierung der Stichprobe	34
5.3.3 Zuweisende Stellen und SiL-Mitarbeitende	35
6 Erhebungsmethoden	36
6.1 Fragebogenverfahren	36
6.2 Fokussiertes Interview	37
7 Datenerhebung	38
7.1 Patienten mit Demenz	38
7.1.1 Soziodemographische Angaben, Lebenslage, Kognition, Aktivitäten	38
7.1.2 Lebensqualität, Gesundheit, Zufriedenheit	39
7.1.3 Hospitalisation und Pflegeheimeinweisung	39
7.2 Bezugspersonen	40
7.2.1 Soziodemographische Angaben und Lebenslage	40
7.2.2 Lebensqualität und Gesundheit	41
7.2.3 Belastung und Entlastung	41
7.2.4 Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot	41
7.3 Zuweisende Stellen	43
7.3.1 Mitarbeitende der Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ /SAD)	44
7.3.2 Hausärzte in der Stadt Zürich	44
7.4 SiL-Mitarbeitende	44
8 Modifikationen Evaluation SiL-Projekt	45
8.1 Anpassungen Untersuchungsdesign	45
8.2 Anpassungen Befragung zuweisender Stellen	46
8.3 Zusammenfassung	47

9 Ergebnisse	48
9.1 Auswertungsmethoden	48
9.2 SiL-Kundschaft und Evaluationsstichprobe	49
9.2.1 Beschreibung und Vergleich der SiL-KundInnen mit der Evaluationsstichprobe	51
9.3 Ergebnisse der Evaluation	58
9.3.1 Beschreibung der Stichprobe	58
Patienten	58
9.3.1.1 Bezugspersonen	62
9.3.2 Auswirkungen des SiL-Angebotes auf Patienten mit Demenz	64
9.3.3 Auswirkungen des SiL-Angebotes auf Bezugspersonen	66
9.3.4 Bewertung des SiL-Angebotes durch die Bezugspersonen	69
9.3.5 Bewertung des SiL-Angebotes durch die zuweisenden Stellen	76
9.3.5.1 Fokusgruppengespräch	76
9.3.5.2 Interne zuweisende Stellen (PZZ/SAD)	77
9.3.5.3 Externe zuweisende Stellen (Hausärzte)	86
9.3.6 Bewertung der Arbeitszufriedenheit der SiL-Mitarbeitenden	89
9.3.6.1 Entwicklung des SiL-Angebotes	90
9.3.6.2 Arbeitsprozess	91
9.3.6.3 Arbeitszufriedenheit	93
9.3.7 Optimierung des SiL-Angebotes	93
10 Zusammenfassung der Ergebnisse	94
10.1 Hausbesuche SiL	94
10.2 Auswirkungen des SiL-Angebotes auf Patienten mit Demenz und Bezugspersonen	96
10.3 Bewertung des SiL-Angebotes durch die Bezugspersonen	97
10.4 Optimierung des SiL-Angebotes	98
10.5 Bewertung des SiL-Angebotes durch die zuweisenden Stellen	99
10.5.1 Befragung der internen zuweisenden Stellen	100
10.5.2 Befragung der externen zuweisenden Stellen	101
10.6 Bewertung der Arbeitszufriedenheit der SiL-Mitarbeitenden	101
11 Empfehlungen	103
12 Literatur	105

13 Verzeichnisse	111
13.1 Tabellenverzeichnis	111
13.2 Abbildungsverzeichnis	113
Anhang	114
A. Projektorganisation	114
B. Kommunikationsmatrix	114
C. Erhebungsinstrumente	114

1 Ausgangslage

1.1 Das SiL-Projekt

Das SiL-Projekt ist Teil des Gesundheitsnetzes 2025 der Stadt Zürich. Es hat zum Ziel, durch Anbindung an eine Memory-Klinik, an die Pflegezentren und die Spitex der Stiftung Alterswohnungen bestehende Ressourcen und Know-how optimal hinsichtlich einer spezialisierten, integrierten Langzeitversorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu nutzen. Dies durch folgende Dienstleistungen:

1. Aufsuchende Beratung durch in der Betreuung von Menschen mit Demenz erfahrene Pflegefachpersonen mit Feedback an Hausärzte und Hausärztinnen,
2. niederschwellige Anlaufstelle für Betreuende bei praktischen Problemen des Alltags,
3. Vermittlung von Entlastungsangeboten.

Durch die Anbindung dieser aufsuchenden beraterischen Begleitung an die Memory-Klinik Entlisberg erfolgt eine Verlängerung der Zuständigkeitszeit derselben. Die bis anhin für Personen mit beginnender Demenz zuständige Anlaufstelle verlängert damit ihren Auftrag bis zur Endphase einer Erkrankung resp. bis zu einer allfälligen definitiven Heimüberweisung des Patienten.

1.1.1 Ziele des Projektes

Mit der Einführung des SiL-Angebotes sind seitens der Projektverantwortlichen die folgenden Erwartungen verbunden:

1. Stärkung der ambulanten Grundversorgung durch Transfer von demenzspezifischem Wissen.
2. Integration von spezialisiertem Know-how, professioneller Grundversorgung und Laienversorgung.
3. Möglichkeit, den Menschen mit Demenz den Verbleib zuhause und die Rückkehr aus der Übergangspflege (Pflegezentren) zu ermöglichen, auch dann wenn sie allein leben (speziell Stiftung Alterswohnung).
4. Empowerment der Angehörigen in ihrem Umgang mit der Erkrankung und der eigenen Situation.
5. Reduktion notfallmässiger Hospitalisationen und Verzögerung des Eintritts in Langzeitpflegeinstitutionen.
6. Eine kontinuierliche, befriedigende Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen innerhalb des städtischen Versorgungsnetzes.

1.1.2 Anzahl potentieller Klienten des Projektes

Ausgehend von den Schätzungen der beteiligten Projektpartner wurde mit einem jährlichen Zulauf von ca. 200 Klienten/Klientinnen, d.h. an Demenz erkrankten Personen, gerechnet (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1 Anzahl potentieller Klienten/Klientinnen pro Jahr für SiL während der Pilotphase 2009-2010

Zuweiser	2009 n	2010 n	Total n
Memory-Klinik Entlisberg	100	110	220
PZ Entlisberg & Käferberg Temporärabteilungen	60	90	150
Mieter/-innen Stiftung SAW	20	25	45
Gesamthaft	180	225	405

1.1.3 Umsetzung

Die Umsetzung des Pilotprojektes SiL erfolgte in drei sich teilweise überschneidenden Phasen:

(1) Konzeption, (2) Durchführung und (3) Evaluation.

Im Oktober 2008 wurde die Pilotphase mit einem voraussichtlichen Ende im Dezember 2010 gestartet. Nach einem Jahr Laufzeit wurde diese aufgrund der langsamer als erwarteten Rekrutierung von Klienten und Klientinnen um ein weiteres Jahr, bis Dezember 2011, verlängert.

1.2 Das SiL-Angebot

Das SiL-Angebot wurde im Oktober 2009 unter dem Namen ‚SiL-Beratung‘ – spezialisierte integrierte Langzeitversorgung für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen lanciert. Es stützte sich auf die fachlichen, personellen und räumlichen Ressourcen der Memory-Klinik Entlisberg und der Pflegezentren der Stadt Zürich und bestand während 19 Monaten als eigenständiges Angebot.

Im Mai 2010 wurde die Gerontologische Beratungsstelle gegründet und die ‚SiL-Beratung‘ umgetauft in ‚Hausbesuche SiL‘ (SiL bedeutet nun: Sozialmedizinische individuelle Lösungen). In der Gerontologischen Beratungsstelle wurden die ‚Memory-Klinik Entlisberg‘, die ‚Hausbesuche SiL‘ und ‚Ergänzende Angebote‘ integriert (vgl.

Abbildung 1). Die Beratungsstelle ist telefonisch erreichbar, und sie ist zentrale Anlaufstelle für interessierte und betroffene Personen sowie für zuweisende Stellen wie Hausärzte und Sozialdienste. Die Gerontologische Beratungsstelle wird durch die Pflegezentren und den Stadtärztlichen Dienst der Stadt Zürich betrieben und ist im Pflegezentrum Entlisberg angesiedelt. Sie hat zum Ziel, eine rasche und kompetente Auskunft zu Fragen bei Demenz und anderen Hirnleistungsstörungen und über die Organisation ergänzender Angebote für die Betreuung und Pflege zuhause zu ermöglichen.



Abbildung 1 Organigramm der Gerontologischen Beratungsstelle (Quelle: GUD Stadt Zürich)

1.2.1 Hausbesuche SiL

Aus den konzeptionellen Zielen werden gemäss Angaben der Gerontologischen Beratungsstelle für das Angebot Hausbesuche SiL die folgenden Dienstleistungen abgeleitet:

1. Hausbesuche SiL begleitet an Demenz erkrankte Menschen, ihre Angehörigen und das interessierte soziale Umfeld sowie relevante professionelle Akteure.
2. Hausbesuche SiL stellt ein Set von Versorgungsmassnahmen für demenziell Erkrankte zur Verfügung, bestehend aus frühzeitiger Abklärung, gezieltem Training noch vorhandener Fähigkeiten, Schulungen/Selbsthilfegruppen, Empfehlungen für die weiterführende Behandlung und aufsuchender Begleitung der Patienten und Patientinnen sowie ihrer Angehörigen.
3. Hausbesuche SiL befähigt die Angehörigen und Personen des sozialen Umfelds im Umgang mit der individuellen Situation des erkrankten Menschen und den sich daraus ergebenden Schwierigkeiten im Alltag.
4. Hausbesuche SiL stellt anderen Dienstleistungserbringern im Gesundheitswesen - insbesondere Hausärzten und Spitex - fachspezifischen Support zur Verfügung.
5. Die Kosten für die Abklärung und Beratung werden durch die Krankenkasse getragen.

Mit diesen Dienstleistungen wird eine kontinuierliche Begleitung und Betreuung der von Demenz betroffenen Menschen und ihren pflegenden Angehörigen angestrebt (vgl. Abbildung 2). Es wird davon ausgegangen, dass die bessere Versorgungsqualität durch die Abklärung und Beratung zu Hause zu einer höheren Zufriedenheit und Lebensqualität und zu einer geringeren Belastung der Angehörigen führen.

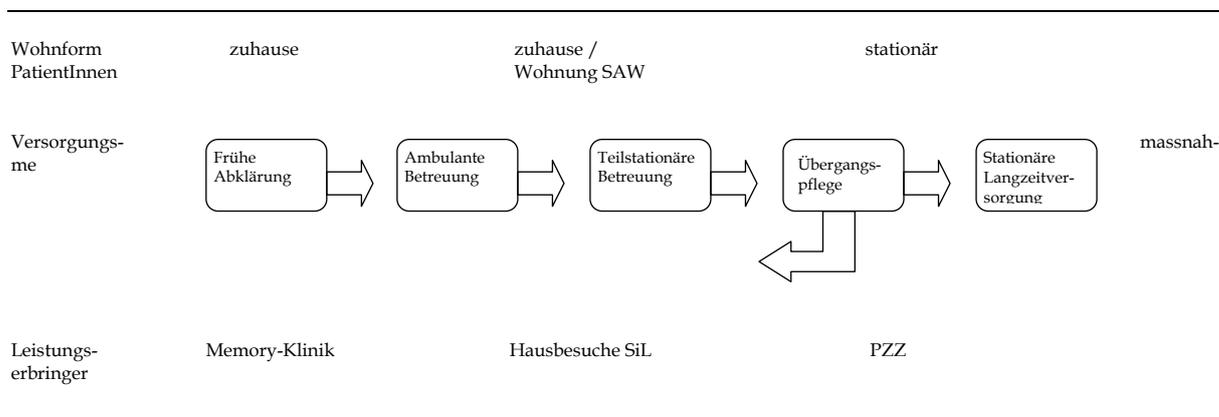


Abbildung 2 Hausbesuche SiL Versorgungsmaßnahmen und Leistungserbringer im Zeitverlauf

1.2.2 SiL-Mitarbeitende

Die Mitarbeitenden von Hausbesuche SiL verstehen sich als in der Pflege und Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen ausgewiesene Fachpersonen und besuchen die Klienten und Klientinnen und ihre Angehörigen zu Hause. Sie klären die aktuelle Situation ab und führen erste Tests durch. Die Ergebnisse der Abklärungen werden an Diagnosekonferenzen mit dem Chefarzt des Stadtärztlichen Dienstes und später mit den betroffenen Personen und den Personen ihres Umfelds am runden Tisch besprochen.

Die SiL-Mitarbeitenden zeigen Möglichkeiten zur Alltagsbewältigung auf und helfen bei der Suche nach Anlaufstellen für soziale, finanzielle und amtliche Fragen. Dabei wird ein enger Kontakt mit den Hausärzten und der Spitex angestrebt.

1.2.3 Zielgruppen

Mit dem Projekt ‚Hausbesuche SiL‘ sind folgende Personen angesprochen:

1. zu Hause lebende, an Demenz erkrankte Personen,
2. ihre Angehörigen sowie die weiteren informellen Betreuenden.

Zu Beginn der Projektphase beschränkte sich das SiL-Angebot auf Klienten und Klientinnen der Zürcher Stadtkreise 2 und 10. Infolge genügender Kapazität wurde das Angebot in der zweiten Hälfte 2009 auf alle Stadtkreise ausgedehnt.

1.2.4 Zuweisende Stellen

Der Zugang zum SiL-Angebot wurde im Verlaufe des Pilotprojektes erweitert und kann über die folgenden Kanäle erfolgen:

1. Memory Klinik
2. Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ)
3. Städtärztlicher Dienst (SAD)
4. Spitex der Stiftung Alterswohnungen der Stadt Zürich (SAW)
5. Hausärzte der Stadt Zürich
6. Spitexorganisationen der Stadt Zürich
7. Betroffene und Angehörige direkt

2 Ziele der wissenschaftlichen Evaluation

Die wissenschaftliche Evaluation wurde prozess- sowie outcome-orientiert angelegt. Berücksichtigt wurden alle beteiligten Zielgruppen, d.h. die betroffenen Patienten und Patientinnen, ihre Bezugspersonen, die Mitarbeitenden des Pilotprojektes sowie die relevanten professionellen Akteure der zuweisenden Stellen.

Die outcome-orientierte (summative) Evaluation war ausgerichtet auf:

1. Die Auswirkungen des SiL-Angebotes auf Zielgruppen und Ziele

- (a) Patienten und Patientinnen mit Demenz (Lebensqualität, Gesundheit)
- (b) ihre Bezugspersonen im häuslichen Umfeld (Lebensqualität, Gesundheit, Belastung)
- (c) Reduktion notfallmässiger Hospitalisation
- (d) Hinauszögerung der Institutionalisierung.

2. Die Bewertung

- (e) der Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot durch alle beteiligten Akteure und
- (f) der Arbeitszufriedenheit der SiL-Mitarbeitenden.

Die prozess-orientierte (formative) Evaluation war ausgerichtet auf:

3. Die Optimierung des SiL-Angebotes durch direktes fortlaufendes Feedback.

Zum Einsatz kamen quantitative und qualitative Forschungsmethoden.

3 Theoretischer Hintergrund

Das SiL-Projekt stellt ein neues Angebot in einer bereits bestehenden Versorgungslandschaft für Menschen mit Demenz dar und will über einen Hausbesuch Angehörige und Betroffene in ihrer schwierigen Aufgabe unterstützen und entlasten. Im Folgenden werden für das SiL-Projekt relevante wissenschaftliche Erkenntnisse zum Versorgungssystem, zur aufsuchenden Beratung sowie zur Unterstützung und Entlastung von betreuenden Angehörigen dargelegt. Anschliessend werden die zu erwartenden Auswirkungen des SiL-Angebotes auf die verschiedenen beteiligten Akteure aufgezeigt, da sie im Rahmen der summativen Evaluation von besonderem Interesse sind.

3.1 Versorgungssysteme

Mit dem Gesundheitsnetz 2025 unterstützt die Stadt Zürich Menschen und Organisationen beim Aufbau einer integrierten Versorgung. Damit soll auch in Zukunft der Bevölkerung der Zugang zu einer guten und sozialen Gesundheitsversorgung ermöglicht werden. Gemäss Naegele (2009) ist die integrierte Versorgung gerade für eine immer älter werdende Gesellschaft von grosser Bedeutung. Indem Einzelakteure und -institutionen professions- wie organisationsübergreifend dazu gebracht werden, in koordinierter Weise auf die multiplen Versorgungsbedarfe älterer Personen zu reagieren, kann Versorgungskontinuität sicher gestellt werden. Allerdings gilt es beim Aufbau einer integrierten Versorgung institutionelle Barrieren und den Widerstand der beteiligten Professionen zu überwinden. Zwei Beispiele aus Deutschland und Österreich zeigen, dass dort ähnliche Dienstleistungen und Strukturen wie beim SiL-Projekt entwickelt und aufgebaut werden, die Teil eines integrierten Versorgungssystems für Menschen mit Demenz und deren Angehörige sind.

Beispiel 1: Pflegestützpunkte in Deutschland

Schaeffer & Kuhlmeier (2008) berichten über die Einrichtung leicht auffindbarer Anlaufstellen, sogenannte Pflegestützpunkte, in der ambulanten Gesundheitsversorgung für pflegende Angehörige. Durch sie wird eine integrierte Langzeitversorgung angestrebt, indem über den gesamten Verlauf der Pflegebedürftigkeit Begleitung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen (auch von Menschen mit Demenz), abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse, angeboten wird. Sie sind niederschwellig organisiert, d.h. gut telefonisch erreichbar, haben nutzerfreundliche Öffnungszeiten und bieten eine zugehende Beratung an. Zur Bewältigung dieser anspruchsvollen Aufgabe sind spezielle Qualifikationen in Case Management und eine nicht zu hohe Fallzahl pro Mitarbeitende erforderlich. Nickel, Born, Hanns & Brähler (2010) untersuchten in einer Studie die Informationsbedürfnisse von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz, die sich im Rahmen einer unabhängigen Pflegeberatung zeigten. Die Ergebnisse machen deutlich, dass Informationen zum Versorgungssystem, zu individuellen Zugangsmöglichkeiten zum Versorgungssystem, zu regionalen Dienstleistern sowie situations- und krankheitsspezifische Informationen gewünscht werden. Die Angebote müssen zudem bezüglich Kosten, Angebotszeiten und Qualifikation vergleichbar sein. Pflegeberaterinnen sollten über medizinisch-pflegerische und psychologische Kenntnisse im Umgang mit den Anliegen verfügen. Ideal sind interdisziplinäre Teams.

Beispiel 2: Demenzservicestelle in Österreich

Auer, Span, Donabauer, Reitner & Helm (2007) berichten über die Einrichtung einer Demenzservicestelle der M.A.S. Alzheimerhilfe Österreich. Diese multimodale Behandlungsstruktur besteht aus einem komplexen psychosozialen Angebot, in welchem einerseits Betroffene stadiengerecht gefördert werden. Andererseits werden die Angehörigen entlastet, langfristig begleitet, geschult und damit auf künftige Herausforderungen stadiengerecht vorbereitet. Die Demenzstelle besteht aus einem Sozialarbeiter, einem Psychologen und einem M.A.S.-Trainer, welcher sowohl Gruppen- als auch Einzeltrainings für Menschen mit Demenz anbietet. Der Aufbau der Demenzservicestelle gestaltete sich anfangs schwierig, da die Präsenz 2002 in Österreich noch unbekannt war. Bis 2007 konnten aber weitere Servicestellen eingerichtet und insgesamt 422 Personen testpsychologisch untersucht werden. Mehr als die Hälfte besuchte anschliessend ein regelmässiges Training. Viele Familien wählen zunächst den anonymen Weg der telefonischen Beratung.

3.2 Aufsuchende Beratung

Die aufsuchende oder zugehende Beratung stellt eine spezielle Form von Entlastungsangebot für pflegende Angehörige dar. Sie möchte den Zugang zu schwer erreichbaren Zielgruppen ermöglichen. Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz gehören zu dieser Zielgruppe. Sie sind mit ihrer Aufgabe sehr oft stark ausgelastet und haben keine Zeit sich Informationen zu beschaffen, Unterstützung zu organisieren oder eine Beratungsstelle aufzusuchen, und es fehlt ihnen oft die Übersicht über die lokal verfügbaren Angebote (Walter & Schwartz, 2003). Bei der aufsuchenden Beratung kommt die beratende Person zum Ratsuchenden nach Hause, um ihn bei der Problembewältigung und in der selbständigen Lebensführung zu unterstützen. Die Beratung findet somit in vertrauter Umgebung statt und ermöglicht die Berücksichtigung der häuslichen Situation. Die zugehende Beratung hat ihren Ursprung in der Sozialarbeit (street work) und wird im gerontologischen Bereich auch unter dem Konzept des präventiven Hausbesuchs bei älteren Menschen umgesetzt (von Renteln, Anders, Dapp & Meier-Baumgartner, 2003). Grossfeld-Schmitz, Donath, Holle, Lauterberg, Ruckdauschel, Mehlig, Marx, Wunder & Grässel (2010) konnten in einer Studie aufzeigen, dass eine vom Hausarzt eingeleitete aktiv zugehende Beratung, die Inanspruchnahme der Beratungsdienstleistung erhöhen konnte. Die Beratung wurde hauptsächlich zur gesundheitlichen Verfassung des Patienten und zu den Rahmenbedingungen der Versorgung beansprucht. Die eigene emotionale Verfassung der pflegenden Angehörigen stand weit weniger im Zentrum der Beratung. Eine weitere Studie (Eloniemi-Sulkava, Notkola, Hentinen, Kivelä, Sivenius & Sulkava, 2004) aus Finnland kommt zum Schluss, dass durch eine Familienkoordination (Case Management/aufsuchende Beratung) die Einweisung von Menschen mit Demenz in eine Institution hinausgezögert werden konnte.

In einer qualitativen Studie (Sieber, 2007) über die Erfahrungen und Zusammenarbeit von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz mit der aufsuchenden Beratung einer Angehörigenberatungsstelle in Deutschland wurde festgestellt, dass dort, wo es zu einer Zusammenarbeit kam, die Angehörigen sich kognitiv und emotional gestärkt und betreut fühlten und den Alltag besser meistern konnten. Eine Zusammenarbeit war vor allem dann erfolgreich, wenn es im Verlauf der Beratung gelang, den Fokus weg vom Patienten hin zum Angehörigen zu lenken. Damit es zu einer tragenden Beziehung kam, war die Empathie von Bedeutung. Von den Beratenden wird erwartet, dass sie die Kontakte aktiv pflegen und regelmässig nachfragen. Die Aufforderung, sich bei Bedarf zu melden, hat die Angehörigen auf Distanz gehalten. Die Erfassung der häuslichen Situation erwies sich als äusserst komplex und erfordert ein standardisiertes Vorgehen.

Im Rahmen des ‚Entlastungsprogrammes bei Demenz EDe‘ kam ein proaktiv zugehender Interventionsansatz zur Erprobung und Evaluation. Das Hauptziel der Intervention war die Entlastung der Pflegepersonen und die Stabilisierung der häuslichen Situation durch eine Verbesserung der Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung sowie durch eine zielgerichtete Bündelung von Beratungs- und Schulungsleistungen und zeitlichen Freiräumen. Mit Hilfe eines EDV-gestützten Assessmentverfahrens, Berliner Inventar zur Angehörigenbelastung bei Demenz, Minden (BIZA-D-M) wurde zu Beginn der Beratung die Belastung eingeschätzt. Auf dieser Grundlage wurde zusammen mit den Familien ein individuelles Unterstützungsprogramm entwickelt, indem die Leistungen der Pflegeversicherung und die Angebote in der Region bedarfsorientiert zusammengeführt wurden. Die Ergebnisse (Laag, Weidner & Isfort, 2010) der Evaluation zeigen, dass durch die proaktive Beratung die beteiligten Familien einen besseren Umgang mit demenzbedingten Verhaltensänderungen im Alltag erreichten, einen leichteren Zugang zu Unterstützungsangeboten sowie einen Wissenszuwachs bezüglich ihrer leistungsrechtlichen Ansprüche auswiesen, zeitliche Freiräume als gewinnbringend und entlastend bewerteten und diese für ihre persönlichen Bedürfnisse nutzen konnten, durch die konkrete Unterstützung häufig situative Erleichterung erlebten und sich dadurch emotional unterstützt fühlten.

3.3 Nutzung von Entlastungs- und Versorgungsangeboten

Die wenigsten Personen, welche formale Entlastungsdienste in Anspruch nehmen, haben zuvor nicht informelle Hilfe von anderen Familienangehörigen erhalten. Lawton et al. (1989) stellten in einer viel zitierten Studie mit 315 Familien fest, dass zwei Drittel davon Entlastungsdienste von Familienangehörigen nutzten. Über ein Drittel davon nahmen zudem formale Entlastungsdienste in Form von Tagesstätten und Pflegeunterstützung zu Hause in Anspruch. Betroffene organisieren sich meist zuerst selbst und stellen sich aus verschiedenen Quellen ein Entlastungsprogramm zusammen.

Prädiktoren für eine Nutzung

Nach Perry & Bontinen (2001) können drei Kategorien ausgemacht werden, welche mit der Nutzung von Entlastungsdiensten bei Demenz in einem Zusammenhang stehen: (1) Entlastung für den pflegenden Angehörigen, (2) Sicherheit und Komfort/Annehmlichkeit für das Familienmitglied und (3) die Pflegeperson selbst und das Ausmass, mit welchem sie sich um ihre eigenen Bedürfnisse kümmert.

Obwohl es eine Tatsache ist, dass die Demenzerkrankung sowohl für den Betroffenen als auch für den pflegenden Angehörigen eine desaströse Entwicklung haben kann, zeigen viele Studien und empirische Befunde die geringe Nutzung von Entlastungspflege auf (Biegel, Bass, Schulz & Morycz, 1993; Kosloski, Montgomery & Karner, 1999; Zarit, Stephens, Townsend, Greene & Leitsch, 1999). Barrieren zur Unterstützungsnutzung wurden in einer generell negativen Einstellung gegenüber Hilfe (Robinson & Yates, 1994) und in Schuldgefühlen (Logsdon & Robinson, 2000) ausgemacht. Newcomer, Yordi, DuNah, Fox & Wilkinson (1999) untersuchten in einer Studie mit 5'307 pflegenden Angehörigen, ob sich die Nutzung von Entlastungsdiensten verändert, wenn die Kosten dafür teilweise getragen wurden (ca. Fr. 1'000.-/Mt.). Diese Rückerstattung trug jedoch nichts dazu bei, dass die Dienste häufiger genutzt worden wären. Im Gegensatz dazu stellte Montgomery et al. (2002) in einer Untersuchung mit 2'395 pflegenden Angehörigen fest, dass die Nutzungshäufigkeit und -dauer sehr wohl (unter anderem) vom zur Verfügung stehenden Einkommen abhing.

Ob jemand von Entlastungsdiensten Gebrauch macht, ist gemäss Andersen and Newman's Modell der sozialen und individuellen Determinanten der Gesundheitsdienstnutzung (1973) von drei Aspekten abhängig: (1) soziale Faktoren (soziale Normen), (2) Gesundheitssystem (Ressourcen und Organisation) und (3) individuelle Faktoren. Übereinstimmend berichtet die Forschung von folgenden drei Faktoren, welche mit einer Entlastungsnutzung einhergehen: Schweregrad der Erkrankung (Kognition und ADL), Verhaltensprobleme und soziale Unterstützung. Kosloski & Montgomery (1993) fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Niveau der Nutzung und folgenden Faktoren: funktionelle Einbussen der Patienten, Gesundheit der Pflegenden, Nutzung anderer Entlastungsdienste, Wahrnehmung bezüglich Nützlichkeit der Entlastungspflege und der Zweckmässigkeit der Entlastungspflege (vgl. Forbes & Hoffart, 1998).

Einen geringen Zusammenhang fand er bezüglich des Alters der Pflegenden, des Geschlechts und der Wohnform. Keine Zusammenhänge konnte er bezüglich Bildung, Depression oder wahrgenommener Belastung finden, hingegen bezüglich erfahrenen Schwierigkeiten und der Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten. Eher erstaunlich ist der Befund, dass Depression kein Grund zu sein scheint, Entlastungspflege zu nutzen. Robinson et al. (2005) erklären dies damit, dass die depressiven Symptome den pflegenden Angehörigen daran hindern zu handeln und ihn immobilisieren.

Grässel et al. (2009) haben die Prädiktoren der Inanspruchnahme von Betreuungsgruppen und der Qualitätswünsche pflegender Angehöriger von Menschen mit Demenz untersucht. Sie kommen zum Schluss, dass die Rate der Inanspruchnahme dann erhöht wird, wenn die Angehörigen von den Vorteilen einer Nutzung überzeugt sind.

Es gibt in Deutschland und der Schweiz nur sehr wenige Studien, welche sich systematisch mit der Effizienz von Entlastungsdiensten für die pflegenden Angehörigen befasst haben (Schacke, 2002; Schacke & Zank, 2006). Obwohl die meisten Studien über die Wirkung von Entlastungsdiensten feststellen, dass diese Dienste nützlich seien, findet man bei näherer Betrachtung insbesondere der früheren Studien unterschiedliche und auch widersprüchliche Resultate (Flint 1995, Zarit, Gaugler & Jarrot, 1999; Lund, Wright & Caserta, 2005; Pusey & Richards, 2001).

Bisher gibt es keine eindeutigen Belege dafür, dass Entlastungsdienste in jedem Fall eine wirkungsvolle Intervention darstellen würden. So konnten z.B. Lawton et al. (1989) keine positiven Langzeiteffekte auf die mentale Gesundheit und Lebensqualität der pflegenden Angehörigen nach einer einjährigen Bereitstellung verschiedener Entlastungsdienste feststellen.

Eine neue systematische Literaturübersicht (Mantovan, Ausserhofer Huber, Schule & Them, 2010) zu den Effekten von Entlastungsangeboten auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz zeigt, dass vorübergehende Verbesserungen bezüglich Wohlbefinden, Depressivität und Belastung erzielt werden konnten. Es konnte aber weder bestätigt noch entkräftet werden, dass dies ausreichte, die komplexe Situation von pflegenden Angehörigen längerfristig zu verbessern (Thompson, Spilsbury, Hall, Birks, Barnes & Adamson, 2007; Piquart & Sörensen, 2006; Hepburn, Lewis, Tornatore, Sherman & Lindstrom Bremer, 2007). Eine Verzögerung der Institutionalisierung des Pflegebedürftigen wurde nur in Untersuchungen zu aufwendigen multimodalen Angeboten, d.h. einer Kombination von psychoedukativen, unterstützenden, psychotherapeutischen sowie pflegeentlastenden Massnahmen und kombinierten Trainingsangeboten für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige (Piquart & Sörensen, 2006) ,erreicht.

Internationale Studien über familiäre Pflege berichten einheitlich über einen Bedarf an Entlastungsdiensten, welche qualitativ, quantitativ und bezüglich Auswahl und Flexibilität besser sind (Jeon, Brodaty & Chesterson, 2005). Gesamthaft scheint es so zu sein, dass individuelle Verfahren, welche einen Schwerpunkt auf Problemlösungsprozesse und Verhaltensmanagement legen, die besten Anzeichen für Wirksamkeit nachweisen.

3.4 Auswirkungen von Entlastungsangeboten auf Patienten mit Demenz

Obwohl es einige internationale Studien über die Effekte von Entlastungsdiensten auf die Patienten gibt, sind die Ergebnisse spärlich und uneinheitlich (Jeon, 1995; Hanson, Tetley & Clarke 1999; Gottlieb & Johnson, 2000).

Lebensqualität und subjektive Gesundheit

Die Lebensqualität ist ein komplexes, multidimensionales Konstrukt. Bis heute herrscht in der Lebensqualitätsforschung Uneinigkeit darüber, welche Subkomponenten die Lebensqualität von Menschen mit Demenz vollständig erfassen (Lawton, 1997). Als allgemein anerkannt gilt die Aufteilung der Lebensqualität in psychische, physische und soziale Dimensionen (Perrig-Ciello, 1997). Ebenfalls üblich ist eine Gliederung in subjektive (z.B. subjektives Wohlbefinden) und objektive Aspekte der Lebensqualität (z.B. Lebensbedingungen, Mayring, 1991, S. 52-53). Die Lebensqualität bei Demenz ist von kontinuierlichen Veränderungen folgender massgeblicher Faktoren abhängig: Gesundheit, Verhaltenskompetenz, Umwelt und Individualität. Wie diese Veränderungen jedoch bewertet werden und auf welche Art und Weise damit umgegangen wird, ist individuell und insbesondere von der Adaptationsfähigkeit der von Demenz betroffenen Person und ihrer Umwelt abhängig.

Entsprechend der veränderten Ressourcen und Umweltbedingungen muss davon ausgegangen werden, dass sich auch die Lebensqualität eines von Demenz betroffenen Menschen im Laufe der Erkrankung verändert. Nach einer Schweizer Untersuchung von Meier (1995, Memory-Klinik Basel) führte zwar die dementielle Erkrankung zu einer Lebensqualitätseinbusse bei Patienten und Angehörigen, eine stärker ausgeprägte Gedächtnisstörung schien sich jedoch eher positiv auf die Lebensqualität auszuwirken. Trotz progredienter Verschlechterung in kognitiven und nichtkognitiven Bereichen waren keine weiteren Einbussen in Bezug auf die Lebensqualität der Patienten feststellbar (vgl. Oppikofer & Albrecht, 2001). Die Autorin erklärt dies mit einer gelungenen Adaptationsfähigkeit und Bewältigungsstrategie. Missotten, Ylief, Di Notte, Paquay, De Leperleire, Buntinx & Fontaine (2007) stellten in einer Studie zur Entwicklung der Lebensqualität über zwei Jahre ebenfalls fest, dass sich diese nicht signifikant veränderte, sich jedoch der klinische Status (Kognition, ADL) signifikant verschlechterte.

Neuropsychiatrische Symptome

Die meisten Demenzformen sind nicht nur mit fortschreitenden kognitiven Verschlechterungen verbunden, sondern auch mit tiefgreifenden Veränderungen des Gefühlslebens und des Verhaltens. Nicht selten kommt es zu pathologischen Ausformungen wie Depressionen, Schlafstörungen, Agitiertheit, Angst, paranoid-halluzinatorische Syndrome, Aggressivität oder anklammerndes Verhalten. Solche neuropsychiatrischen Symptome und Verhaltensauffälligkeiten führen häufig zu einer Verschlechterung der Lebensqualität des Kranken, zu erheblichen Belastungen für die Betreuenden und zu einer frühzeitigen Institutionalisierung (z.B. Chung & Cummings, 2000).

Institutionalisierung

Flint (1995) stellte in einer Übersichtsstudie zum Forschungsstand von 1975-1994 fest, dass es kaum Belege dafür gibt, dass z.B. die Entlastungspflege einen signifikanten Effekt auf die Kognition der Patienten, deren Funktionsniveau, physische Gesundheit oder Institutionalisierungsrate hat (z.B. Adler, Ott, Jelinski, Mortimer & Christensen, 1993). Lawton et al. (1989) stellten in ihrer Studie zwar eine kleine Verlangsamung der Bereitschaft fest, einen permanenten Institutionsübertritt einzuleiten, dieser Aufschub betrug jedoch lediglich 22 Tage. Keine Verlängerung konnte er indessen bei der Lebensdauer feststellen. Miller, Newcomer & Fox (1999) boten in einer Studie Case Management und subventionierte soziale Dienste an. Die Nutzung dieser Dienste hatte lediglich einen geringen Effekt auf den Eintritt in eine Institution (vgl. Flint, 1995). In der bereits erwähnten Untersuchung von Mittelman et al. (1996) gelang es, Pflegeheimweisung in einem Zeitraum von 3 1/2 Jahren um durchschnittlich 329 Tage herauszuzögern. Dies aufgrund (a) einer Schulung der im gleichen Haushalt lebenden pflegenden Angehörigen, (b) des Besuchs von Angehörigengruppen und (c) von Beratung nach Bedarf. Eine neue Studie aus Deutschland (Lankers, Kissler, Hötte, Freyberger & Schröder, 2010) mit 173 Patienten mit Alzheimer- oder vaskulärer Demenz konnte nachweisen, dass die Wohnform die Überlebenszeit von Menschen mit Demenz beeinflusst. Betroffene im Seniorenheim hatten ein um 51,3% höheres relatives Sterberisiko (Hazard Ratio) als zuhause Betreute.

3.5 Auswirkungen von Entlastungsangeboten auf Pflegende Angehörige

Viele pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz gehen im Bemühen, best mögliche PflegerInnen zu sein, bis an die Grenzen ihrer Möglichkeiten, oftmals sogar weit darüber hinaus. Leider riskieren dabei viele ihr eigenes Wohlbefinden und im Laufe des Pflegeprozesses manchmal sogar ihr Familienleben (Lund, Wright & Caserta, 2005).

Belastung durch Pflege

Die Pflege von demenziell Erkrankten besteht aus einer Mischung von Belastung und Befriedigung. Die integrierte Langzeitversorgung sollte deshalb darauf fokussiert sein, Belastungen zu reduzieren und die Quellen von Befriedigungen für den pflegenden Angehörigen zu verstärken (Lawton et al., 1989); kurz, als ein Mittel betrachtet werden, die positiven Aspekte der Pflege aufrecht zu erhalten. Aspekte pflegebedingter Belastung sind nach Kruse (1994): physische und psychische Überforderung, hohe zeitliche Beanspruchung, finanzielle Belastung, spezifische Krankheitssymptome (z.B. Inkontinenz), Persönlichkeitsveränderungen und problematische Verhaltensweisen, Gefühle der Entfremdung, emotionale Distanz zum Pflegebedürftigen, Aufgabe des Berufs, abnehmendes Spektrum verwirklichter Interessen, abnehmende inner- und ausserfamiliäre Kontakte, Krisen und Spannungen in der Ehe, geringe Unterstützung durch die Familie, fehlende Zukunftsperspektiven und erlebte Unveränderbarkeit der Situation.

Entscheidend für das Belastungserleben ist die subjektive Bewertung der objektiven Situation, denn Menschen mit einer gleichen objektiven Belastung unterscheiden sich in ihrer subjektiv berichteten Belastung. Für dieses subjektive Belastungserleben sind die nichtkognitiven Krankheitssymptome von besonderer Bedeutung. Hier werden ängstliches Anklammern der Kranken, Unruhe, Stimmungsschwankungen und aggressive Durchbrüche genannt (Gaugler, Davey, Perlin & Zarit, 2000; Grässel, 1997). Die nichtkognitiven Symptome und Defizite im Sozialverhalten können intensive Ge-

fühle von Verlust und Trauer aber auch Ablehnung und Aggression auslösen (Bretz, 1998; Schacke, 2000). Die Angehörigen leiden am Sterben der gemeinsamen Biographie, haben mitunter das Gefühl, einen Schandfleck in der Familie zu haben, empfinden Scham über ihre vermeintlichen Defizite, verspüren einen Verlust an Zuneigung zum Gepflegten und empfinden Wut über einen Lebensabend, den sie sich gemeinsam ganz anders vorgestellt hatten (Vierter Altenbericht, 2002). Selbst bei einem definitiven Übertritt des Patienten in eine Langzeitpflegeinstitution scheinen jedoch gewisse Belastungen bestehen zu bleiben (Reggentin, 2005).

Subjektive Gesundheit

Pflege zu geben, scheint etwas zu sein, was man einfach tut, in einem gewissen Masse unabhängig von seinem physischen Zustand. Auf der anderen Seite stellten Lawton et al. (1989) fest, dass ältere Pflegende vermehrt Entlastungsdienste in Anspruch nahmen (vgl. Robinson, Buckwalter & Reed, 2005). Obwohl die Gesundheit an sich kein Indikator dafür war, Hilfe in Anspruch zu nehmen, so erhöhte doch die Vulnerabilität des Pflegenden die Wahrscheinlichkeit, Unterstützung zu suchen. Personen, welche mehr Zeit der Pflege widmeten, welche stärkere Gefühle der Belastung ausdrückten und depressiver waren, nutzten häufiger Entlastungsdienste.

Lebensqualität

Die Notwendigkeit einer permanenten Beaufsichtigung Demenzkranker ist mit grossen Restriktionen für die Pflegenden verbunden, die ihre Lebensqualität erheblich einschränken (Schacke & Zank, 2006). Die Pflegeaufgaben geraten mit Anforderungen und Zielen in anderen Lebensbereichen in Konflikt, z.B. im familiären, beruflichen und sozialen Bereich. Häufig berichtete negative Konsequenzen aufgrund physischer und emotionaler Überlastung von pflegenden Angehörigen betreffen das psychische Wohlbefinden: depressive Verstimmungen, negative Gefühle wie Ärger, Unzufriedenheit, Schuldgefühle und Frustration, gesteigerte Ängstlichkeit und Feindseligkeit, geringeres Ausmass an Lebenszufriedenheit, Druck und Familienkonflikte (Alspaugh, Stephens, Townsend, Zarit & Greene, 1999; Anthony-Bergstone, Zarit & Gatz, 1988; Broe et al., 1999; Kiecolt-Glaser, Glaser, Shuttleworth, Ogrocki & Speicher, 1987; Lawton et al., 1989; Schofield et al., 1998). Die nächtliche Pflege verursacht Schlafstörungen, so dass pflegende Angehörige eine Hochrisikogruppe für Erschöpfung, Schlaf- und Appetitstörungen sind (Zank & Schacke, 2006). Trotzdem scheinen nur wenige Pflegende aufgrund der Belastungen an einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung zu leiden. Es ist deshalb wichtig, die Pflege von an Demenz erkrankten Angehörigen als eine Mischung von Schwierigkeiten und Höhenflügen, von Zufriedenheit und Belastung zu betrachten.

Resultate bezüglich Stressniveau pflegender Angehöriger, Depression, subjektive und objektive Belastung, Lebenszufriedenheit, physischem und/oder emotionalem Wohlbefinden sind inkonsistent und weniger klar (Kosloski & Montgomery 1993, Homer & Gilleard 1994, Cox 1997, Gottlieb & Johnson 2000, Flint 1995). So wird z.B. von kurzfristigen Effekten berichtet, wie etwa geringere Belastung, geringere Verhaltensstörungen und depressive Verstimmung, welche sich jedoch bei der Rückkehr des Patienten nach Hause wieder in den Ausgangszustand verschlechtert (z.B. Adler, Ott, Jelinski, Mortimer & Christensen, 1993; Neville, Gerard & Byrne, 2005). Schacke und Zank (2006) weisen mit einer neueren Studie darauf hin, dass Entlastungspflege zwar spezifische Aspekte von Stress reduzieren kann (z.B. Konflikt zwischen Beruf und Pflegeaufgabe, Pflege und Familienbedürfnisse, recreational constrictions), jedoch nicht alle davon.

Einer neusten Studie zufolge (Lee, Morgan & Lindsay, 2007) hatte ein zweiwöchiger Aufenthalt der Patienten in einer Pflegeinstitution die Anzahl Stunden Schlaf erhöht und die subjektive Einschät-

zung der Schlafqualität während des Kurzaufenthaltes bei den Pflegenden signifikant verbessert. Diese Werte verschlechterten sich jedoch bei der Rückkehr des Patienten wieder auf das Ausgangsniveau. Umgekehrt verschlechterte sich die Schlafdauer und -tiefe bei den Patienten, und es trat eine Schwächung der circadianen Aktivitätsrhythmen auf, so dass nach deren Rückkehr auch die pflegenden Angehörigen eine zusätzliche Verschlechterung ihrer eigenen Schlafqualität erfuhren. Dies gibt einen wichtigen Hinweis für die Entlastungspflege: Um diese zu optimieren, sollte ein Schlafmanagement durchgeführt werden (vgl. auch Adler, Ott, Jelinski et al., 1993). Insbesondere deshalb, weil Schlafmangel und -störungen am häufigsten genannt werden, wenn pflegende Angehörige einen Zusammenbruch erleiden (Kesselring, Krulik, Bichsel et al. 2001, Van Someren, 2000).

Zufriedenheit mit Entlastungsangeboten

Kosloski (2002) identifizierte aus Interviews mit 11'183 pflegenden Angehörigen zwei Faktoren, welche deutlich mit der Zufriedenheit eines Entlastungsangebotes zusammenhängen: (1) Klarheit der Erwartungen des pflegenden Angehörigen und (2) der Zugriff auf Entlastungsdienste.

Eine Studie des Zentrums für Gerontologie (Moor, 2010), welche mit Beteiligung von verschiedenen Fachpersonen und Angehörigen von Menschen mit Demenz konzipiert und mitinterpretiert wurde, hat verschiedene Empfehlungen erarbeitet und in einer Broschüre Empfehlungen für betroffene Familien, Betreuende, Beratende, Behandelnde, Versicherer, Behörden, Medien und Gesellschaft, veröffentlicht („D!NGS - Menschen mit einer Demenz zuhause begleiten“). Das Kernstück der Erkenntnisse bilden 67 Interviews mit Partnerinnen und Partnern aus dem Kanton Zürich, die Menschen mit Demenz zuhause betreuen, und die zu den Bereichen Lebensqualität, Belastung und Entlastung befragt wurden. Die Ergebnisse zeigen, dass es in allen Stadien der Krankheit gelingen kann - durch enorme Anpassungsleistungen - eine gute Lebensqualität aufrecht zu erhalten. Sie zeigt aber auch, dass Betreuende oft rund um die Uhr gefordert sind und bei der Hälfte das Bedürfnis nach Unterstützung und Entlastung nicht abgedeckt ist. Gewünscht werden vor allem flexible und gut erreichbare Entlastungsangebote, vor allem auch für den Notfall.

3.6 Mitarbeitende

Die Arbeitsbedingungen in der ambulanten Krankenpflege sind gekennzeichnet durch zunehmend verschärfte Wettbewerbsbedingungen. Erweiterte Ansprüche an die Qualität der Pflege durch die Pflegeversicherung, sukzessiver Rückzug der Sozialversicherungsträger, stärkere Arbeitsbelastung durch Personaleinsparungen und breitgefächerte Bedarfe der Kunden kommen zu den ohnehin hohen Belastungen der Pflegenden hinzu. Da die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte auch unmittelbare Auswirkungen auf die persönliche Zufriedenheit und somit auch auf die Qualität und Effizienz der Arbeit haben, ist es für Pflegedienste von grossem Interesse zu wissen, wie zufrieden ihre Mitarbeitenden sind.

4 Fragestellungen

Im Folgenden werden aufgrund der in den vorangegangenen Kapiteln zusammengefassten wissenschaftlichen Ergebnisse und der mit der Lancierung des Projektes verbundenen Erwartungen konkrete Fragestellungen für die Evaluation formuliert. Die Fragestellungen werden nach Patienten und Patientinnen mit Demenz, Bezugspersonen, zuweisenden Stellen und Mitarbeitenden dargestellt und nach Themenbereichen und Prozessabläufen sortiert.

4.1 Auswirkungen des SiL-Angebotes auf Patienten mit Demenz und dessen Bewertung

4.1.1 Lebensqualität und Gesundheit

Aufgrund der Untersuchung von Mittelman et al. (1996) wurde vom SiL-Projektteam angenommen, dass sich die Stabilität der Versorgung der an Demenz erkrankten Personen im häuslichen/ambulanten Setting mit der Inanspruchnahme von SiL verbessere und dies auch messbar sei. Entsprechend wurde in dieser Begleitevaluation angenommen, dass sich dies auf die subjektive Gesundheit und die Lebensqualität positiv auswirke (vgl. Tabelle 2, F1 und F2).

4.1.2 Neuropsychiatrische Symptome

Durch die Nutzung des SiL-Angebotes wurde bei den an Demenz erkrankten Patienten und Patientinnen mit einer Reduktion neuropsychiatrischer Symptome gerechnet. Im Vorfeld der Evaluation wurde angenommen, dass die meisten Zuweisungen an SiL über die Memory-Klinik Entlisberg erfolgen und diese Angaben als Sekundärdaten für die Auswertung zu Verfügung stehen. Schon nach kurzer Laufzeit war jedoch klar, dass diese Annahme nicht zutraf und diese Angaben entweder bei allen Patienten und Patientinnen anlässlich des Hausbesuches oder der Evaluation systematisch erhoben werden müssten. Dies wäre jedoch eine zu grosse zeitliche Belastung für die Betroffenen gewesen. Deshalb musste auf die Erfassung dieser Erfolgsvariabel verzichtet werden und diese Frage konnte nicht mehr beantwortet werden (vgl. Tabelle 2, F3).

4.1.3 Hospitalisation und Institutionalisierung

Die Versorgungssituation sollte durch die Nutzung des SiL-Angebotes stabilisiert werden, weshalb das SiL-Projektteam davon ausging, dass dies zu weniger notfallmässigen Hospitalisationen und einem späteren Eintritt in Langzeitpflegeinstitutionen führen würde. Die Verifizierung dieser Annahme konnte nach der Aufhebung der Kontrollgruppe (siehe Kapitel 8) nicht mehr erfolgen (vgl. Tabelle 2, F4 und F5).

4.1.4 Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot

Ein wichtiger Erfolgsfaktor des SiL-Projektes war eine Verbesserung der Versorgungsqualität. Diese sollte mit dem SiL-Angebot erreicht werden, durch die Möglichkeit des Hausbesuchs zur Beurteilung

der häuslichen Situation und die kontinuierliche Langzeitversorgung. Deshalb stellte sich die Frage, wie die an Demenz erkrankten Patienten und Patientinnen das SiL-Angebot bewerteten (vgl. Tabelle 2, F6).

In der Tabelle 2 sind alle Fragestellungen an die Patienten und Patientinnen geordnet nach Bereichen oder Prozessen aufgeführt.

Tabelle 2 Übersicht Fragestellungen Patienten und Patientinnen

Bereiche/Prozesse	Fragestellungen Patienten und Patientinnen
Lebensqualität	F1 Wie verändert sich die Lebensqualität während der Nutzung des SiL-Angebotes?
Subjektive Gesundheit	F2 Wie verändert sich die subjektive Gesundheit während der Nutzung des SiL-Angebotes?
Neuropsychiatrische Symptome	F3* Reduzieren sich herausfordernde Verhaltensweisen während der Nutzung des SiL-Angebotes?
Hospitalisation	F4 * Reduzieren sich notfallmässige Hospitalisationen durch die Nutzung des SiL-Angebotes?
Institutionalisierung	F5* Wird die Institutionalisierung hinausgezögert durch die Nutzung des SiL-Angebotes?
Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot	F6 Wie wird die Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot bewertet?

* Diese Fragen können aufgrund der Studienmodifikationen nicht beantwortet werden (vgl. Erläuterungen weiter oben)

4.2 Auswirkungen des SiL-Angebotes auf Bezugspersonen und dessen Bewertung

4.2.1 Lebensqualität und Gesundheit

Es war anzunehmen, dass eine Verbesserung der Lebensqualität der von Demenz betroffenen Personen auch eine Stabilität der Bezugspersonen mit sich bringt und sich dies in einer Verbesserung der Lebensqualität und in der subjektiv eingeschätzten Gesundheit äussert (vgl. Tabelle 3, F7 und F8).

4.2.2 Belastung und Entlastung

Das SiL-Projekt ging davon aus, dass Bezugspersonen in ihrem Umgang mit der Erkrankung und der eigenen Situation durch die Inanspruchnahme von SiL unterstützt und befähigt würden und dadurch die Gesamtsituation für sie tragbarer sei resp. die Belastung sich verringere und vermehrt auf formelle und informelle Entlastung zurück gegriffen werde. Zusätzlich wurde angenommen, dass sich durch den Betreuungsaufwand das soziale Beziehungsnetz von Bezugspersonen, die im selben Haushalt wie die Patienten und Patientinnen mit Demenz lebten, über die Zeit verändere. Diese Fragen (vgl. Tabelle 3, F9-F16) können nach der Aufhebung der Erhebung der Verlaufsdaten nur teilweise beantwortet werden (vgl. Kapitel 8).

4.2.3 Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot

Wie weiter oben bei den Patienten und Patientinnen bereits dargelegt, wurde durch das SiL-Angebot eine Verbesserung der Versorgungsqualität erwartet. Deshalb wurden die Bezugspersonen sehr ausführlich zum Ablaufprozess und zur Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot befragt (vgl. Tabelle 3, F17).

In Tabelle 3 sind alle Fragestellungen an die Bezugspersonen geordnet nach Bereichen und Prozessen aufgeführt.

Tabelle 3 Übersicht Fragestellungen Bezugspersonen

Bereiche/Prozesse	Fragestellungen Bezugspersonen
Lebensqualität	F7 Wie verändert sich die Lebensqualität während der Nutzung des SiL-Angebotes?
Subjektive Gesundheit	F8 Wie verändert sich die subjektive Gesundheit während der Nutzung des SiL-Angebotes?
Belastung	F9 Wie verändert sich die Belastung durch die Betreuung/Pflege während der Nutzung des SiL-Angebotes?
	F10 Wie verändert sich die Belastung durch das Wissen und die Diagnose Demenz während der Nutzung des SiL-Angebotes?
	F11 Wie gross ist der zeitliche Aufwand für die Betreuung/Pflege?
	F12 Wer hat wie oft die Möglichkeit zu einer Auszeit der Betreuung?
Entlastung	F13 Wie beurteilen die Bezugspersonen die erhaltene Entlastung und Unterstützung bei der Betreuung und Pflege?
	F14 Auf welche formelle/informelle Entlastungsangebote wird zurückgegriffen?
	F15* Wie verändert sich das Benutzungsverhalten von Entlastungsangeboten im Beratungsverlauf?
	F16* Wie verändert sich das Netz der sozialen Beziehungen durch den Betreuungsaufwand im Beratungsverlauf?
Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot	F17 Wie wird die Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot bewertet?

* Diese Fragen können aufgrund des modifizierten Studiendesigns nicht beantwortet werden (vgl. Erläuterungen weiter oben)

4.3 Bewertung des SiL-Angebotes durch die zuweisenden Stellen

4.3.1 Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot

Die internen (PZZ, SAD, SAW) und externen zuweisenden Stellen (Hausärzte/Hausärztinnen, Spitex) stellten einen wichtigen Zugang für potentielle Patienten und Patientinnen und Bezugspersonen zum SiL-Projekt dar. Diese Stellen standen während der Laufzeit des Projektes in Kontakt mit den SiL-Mitarbeitenden und erhielten Feedbacks von ihnen. Für das Weiterbestehen und die Weiterentwicklung des SiL-Angebotes war es wichtig, ihre Zufriedenheit mit dem Supportsystem und Verbesserungspotentiale zu kennen (vgl. Tabelle 4, F25, Tabelle 5, F27).

4.3.2 Implementierung und Positionierung des SiL-Angebotes

Im ersten Jahr der Erhebung wurden von den zuweisenden Stellen nur wenige Personen an SiL verwiesen. Aus diesem Grunde wurde die Fragestellung an die zuweisenden Stellen im Verlauf der Evaluation durch Fragen zur ‚Implementierung und Positionierung‘ des SiL-Angebotes ergänzt (vgl. Tabelle 4, F18-24 und Tabelle 5, F26, 28, 29). Auf die Befragung der Spitex-SAW und Spitex wurde aufgrund der Studienmodifikationen verzichtet (vgl. Kapitel 8).

Die für die Fragestellungen interessierenden Bereiche und Prozesse sind teilweise für die internen und externen zuweisenden Stellen identisch, teilweise aber unterschiedlich und werden deshalb getrennt aufgeführt. Die Fragestellungen an die internen zuweisenden Stellen sind in Tabelle 4 und diejenigen an die Hausärzte in Tabelle 5 geordnet nach Bereichen und Prozessen aufgeführt.

Tabelle 4 Übersicht Fragestellungen interne zuweisende Stellen (PZZ/SAD)

Bereiche/Prozesse	Fragestellungen interne zuweisende Stellen (PZZ/SAD)
Bekanntheit	F18 Wie schätzen die internen zuweisenden Stellen die Bekanntheit des SiL-Angebotes ein?
Bedarf	F19 Wie beurteilen die internen zuweisenden Stellen den Bedarf des SiL-Angebotes?
Information	F20 Wie beurteilen die internen zuweisenden Stellen den Informationsprozess zum SiL-Angebot?
Nichtnutzung	F21 Aus welchen Gründen werden von den internen zuweisenden Stellen nur wenige Fälle an SiL überwiesen?
Zuweisung	F22 Wie beurteilen die internen zuweisenden Stellen den Zuweisungsprozess zum SiL-Angebot?
Akzeptanz	F23 Wie beurteilen die internen zuweisenden Stellen die Akzeptanz bei der Zielgruppe des SiL-Angebotes?
Konkurrenz	F24 Bewerten die internen zuweisenden Stellen das SiL-Angebot als Konkurrenz zur Spitex?
Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot	F25 Wie beurteilen die internen zuweisenden Stellen ihre Erfahrungen und Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot?

Tabelle 5 Übersicht Fragestellungen externe zuweisende Stellen (Hausärzte)

Bereiche/Prozesse	Fragestellungen externe zuweisende Stellen (Hausärzte)
Bekanntheit	F26 Kennen die externen zuweisenden Stellen das SiL-Angebot?
Erfahrungen	F27 Wie beurteilen die externen zuweisenden Stellen ihre Erfahrungen mit dem SiL-Angebot?
Information	F28 Wie wurden die externen zuweisenden Stellen über das SiL-Angebot informiert?
Nichtnutzung	F29 Aus welchen Gründen werden von den externen zuweisenden Stellen nur wenige Fälle an SiL überwiesen?

Im Januar wurde ein Key Account Manager damit beauftragt, die Entlastungsangebote der PZZ und damit auch das SiL-Angebot bei den Hausärzten und anderen interessierten Kreisen in der Stadt Zürich persönlich vorzustellen. Auf Wunsch des Projektteams wurde dieser über seine Erfahrungen und Erkenntnisse durch das Evaluationsteam befragt.

4.4 Bewertung der Arbeitszufriedenheit der SiL-Mitarbeitenden

Für das Gelingen und die Weiterentwicklung des Pilotprojektes und für eine effektivere Gestaltung des Angebotes und der Arbeitsprozesse war es wichtig, Informationen auch bei den SiL-Mitarbeitenden einzuholen. Ausserdem sollte herausgefunden werden, wie sie ihren Arbeitsplatz im SiL-Projekt beurteilen und die spezifischen Betriebsabläufe einschätzen. Weiter sollte aufgezeigt werden, wie stark die SiL-Mitarbeitenden in die Planung und Mitgestaltung von Organisationsabläufen eingebunden und wie zufrieden sie damit waren. Die Fragestellungen an die SiL-Mitarbeitenden sind in der nachfolgenden Tabelle 6 aufgeführt.

Tabelle 6 Übersicht Fragestellungen SiL-Mitarbeitende

Bereiche/Prozesse	Fragestellungen SiL-Mitarbeitende
Entwicklung des SiL-Angebotes	F30 Wie beurteilen die SiL-Mitarbeitenden die Entwicklung des SiL-Angebotes?
Arbeitsprozess	F31 Wie beurteilen die SiL-Mitarbeitenden ihren Arbeitsprozess?
Arbeitszufriedenheit	F32 Wie beurteilen die SiL-Mitarbeitenden ihre Arbeitszufriedenheit?

4.5 Laufende Optimierung des SiL-Angebotes

In der Umsetzungsphase von Konzepten sind regelmässige Rückmeldungen sehr hilfreich für die konkrete Gestaltung, Ausrichtung und Optimierung. Deshalb wurde das Projektteam über die Bewertung des SiL-Angebotes durch die bereits evaluierten Patienten und Patientinnen und Bezugspersonen regelmässig informiert.

5 Untersuchungsdesign

Die Begleitevaluation wurde ursprünglich auf der Grundlage der Projektausschreibung mit einer Grundgesamtheit von rund 400 Personen (N=400) als eine Langzeitstudie mit Experimental- und Kontrollgruppendesign angelegt. Nach diesem Untersuchungsdesign wurde die Evaluation aufgebaut und bis Ende 2009 vorgegangen. Nach einem Jahr Laufzeit musste das Design aufgrund der sehr geringen Studienteilnehmerzahl ($n=13$) abgeändert werden. Die Kontrollgruppe wurde aufgelöst und die Verlaufsbefragungen wurden gestoppt. Die Modifikation des Designs wird in Kapitel 8 ausführlich dargelegt.

Ab 2010 galt deshalb für alle auch bereits 2009 durchgeführten Messungen ein Interventionsdesign mit Messungen vor (t1) und nach der Nutzung des SiL-Angebotes (t2) bei der Experimentalgruppe, also den Patienten und Patientinnen und ihren Bezugspersonen.

In der folgenden Abbildung 3 ist das modifizierte Untersuchungsdesign der Evaluation abgebildet.

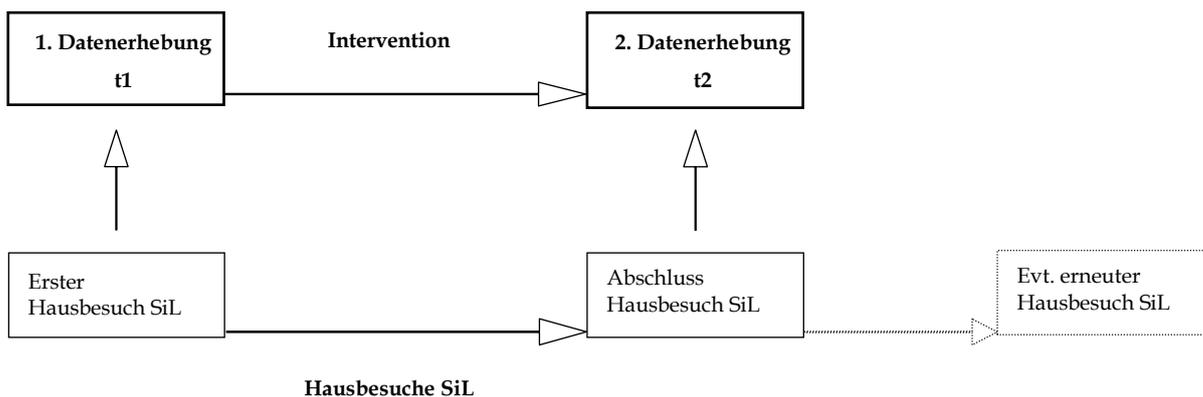


Abbildung 3 Interventionsdesign der SiL-Evaluation ab 2010

t1, t2 = Zeitpunkt der Befragung

Im Folgenden werden die verschiedenen Phasen sowie der Ablauf der Untersuchung und die Stichprobe beschrieben.

5.1 Untersuchungsphasen

Das Projekt wurde in die folgenden drei Phasen aufgegliedert:

1. Evaluation Patienten und Patientinnen und Bezugspersonen,
2. Evaluation zuweisender Stellen und SiL-Mitarbeitender
3. Auswertungen und Abschlussbericht

Phase 1: Evaluation Patienten / Patientinnen und Bezugspersonen

Nachdem das eingereichte Evaluationskonzept von allen beteiligten Partnern (vgl. Anhang) im Dezember 2008 gutgeheissen worden war, startete die erste Phase der Evaluation mit einem Antrag an die Ethikkommission, der Kontaktaufnahme mit dem Projektteam und der Bereitstellung der Fragebogen und Instrumente.

Da die Umsetzungsphase des SiL-Angebotes am 1. Oktober 2008 begonnen und erste Patienten und Patientinnen sowie Angehörige dieses bereits in Anspruch genommen hatten, mussten die verschiedenen Fragebogen und Instrumente für die Evaluation rasch zur Verfügung gestellt werden. Auf die im Konzept vorgesehenen Fokusgruppeninterviews musste mangels geeigneter Angehöriger verzichtet werden. Die Fragebogen wurden aufgrund von Fachliteratur, eigenen Evaluationserfahrungen und Gesprächen mit dem Projektteam erstellt und einem Pretest unterzogen. Mit der fortlaufenden Datenerhebung mittels persönlicher Befragung bei den Patienten und Patientinnen und Bezugspersonen zu Hause konnte nach dem Vorliegen des positiven Bescheids der Ethikkommission im März 2009 gestartet werden (vgl. Abbildung 6). Nach den ersten Interviews mit den Patienten und Patientinnen und Bezugspersonen schlug das Evaluationsteam vor, regelmässig über eine Auswahl dieser erhobenen Erkenntnisse zu berichten um den Projektverantwortlichen die Möglichkeit zur Optimierung des neuen SiL-Angebotes zu geben. Dieses Vorgehen wurde bis zum Ende Datenerhebung fortgesetzt.

Phase 2: Evaluation zuweisender Stellen und SiL-Mitarbeitender

Nach einem Jahr Laufzeit war für die zweite Phase der Evaluation vorgesehen, mit den zuweisenden Stellen und den SiL-Mitarbeitenden aufgrund von Fokusgruppeninterviews einen Fragebogen zur ‚Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot‘ und zur ‚Arbeitszufriedenheit‘ zu erarbeiten. Dieses Vorgehen musste in Absprache mit den Projektverantwortlichen infolge der geringen Anzahl bereits erfolgter Überweisungen der zuweisenden Stellen auf das Frühjahr 2010 verschoben und um die Fragestellung zur ‚Positionierung und Implementierung des SiL-Angebotes‘ erweitert werden. Die Fragebogen wurden anschliessend aufgrund von Fokusgruppeninterviews und Interviews mit Fachpersonen erstellt. Die Mitarbeitenden der PZZ und SAD wurden telefonisch und die SiL-Mitarbeitenden persönlich befragt. Der Fragebogen für die Hausärzte kam im Rahmen einer Weiterbildung zur Anwendung. Zusätzlich wurde die Datenerhebungsphase bei den Patienten und Patientinnen und Bezugspersonen um drei Monate verlängert und mit Beendigung der zweiten Phase abgeschlossen.

Phase 3: Abschlussbericht

Aufgrund der Analyse der erhobenen und ausgewerteten Daten und Informationen und deren Bewertung sind bezüglich verschiedener Dimensionen Empfehlungen bezüglich der Optimierung des SiL-Angebotes formuliert worden (Abschlussbericht). Die Analyse und die schriftlichen Empfehlungen sind im Abschlussbericht dokumentiert.

Die Überprüfung und Umsetzung der Optimierungsvorschläge werden vom Auftraggeber selber durchgeführt. Es wird empfohlen, zu erwartende psychosoziale Effekte mittels einer internen Begleitevaluation laufend zu erheben.

In der nachfolgenden Abbildung 4 sind die drei Phasen der Evaluation übersichtlich dargestellt.

Die drei Phasen der Evaluation

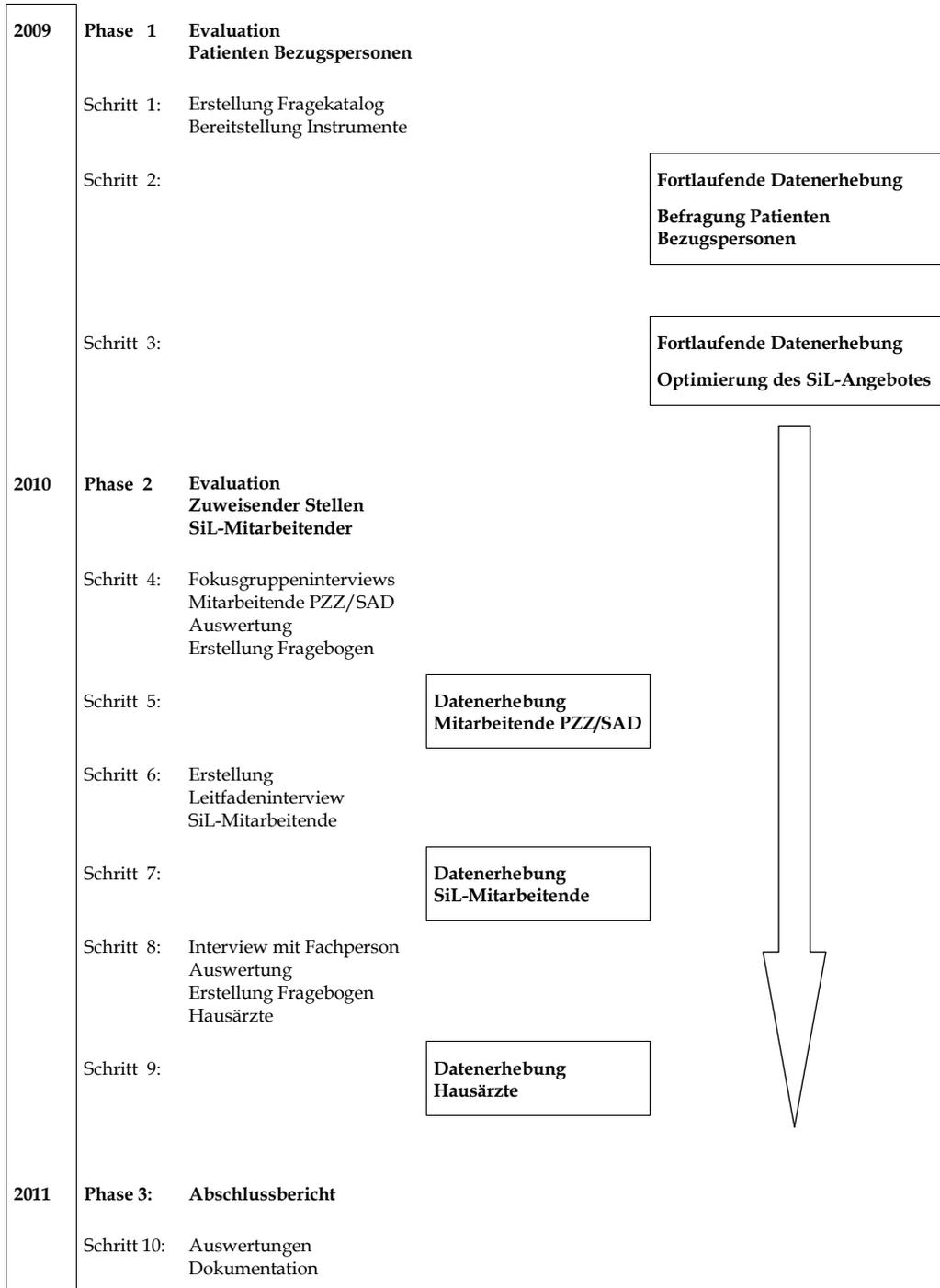


Abbildung 4 Überblick über die drei Phasen der Evaluation (2009-2011)

5.2 Untersuchungsablauf

Im Folgenden wird der Untersuchungsablauf der Phasen 1 und 2 dargelegt (vgl. auch Abbildung 4).

5.2.1 Vorbereitung

Geplant war mittels einer Fokusgruppe, bestehend aus mindestens vier Bezugspersonen, die das SiL-Angebot bereits in Anspruch genommen hatten, die wichtigsten Bedürfnisse dieses Angebots herauszuarbeiten und einen Fragebogen zur ‚Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot‘ zu erstellen. Der knappe Zeitplan verunmöglichte dieses Vorgehen. Die zur Datenerhebung notwendigen Fragebogen und Instrumente mussten innert kürzester Zeit zur Verfügung stehen, da das SiL-Projekt bereits gestartet war und mit einem grossen Zulauf gerechnet wurde. Deshalb wurden die Fragebogen und Instrumente aufgrund von Gesprächen mit dem SiL-Projektteam und von ausführlichen Literaturrecherchen erarbeitet und ausgewählt und im Sinne eines Vortests bei zwei Bezugspersonen derselben Patientin eingesetzt und leicht angepasst. Zudem war vorgesehen, dass die Evaluation einen Teil der bereits durch die Memory-Klinik Entlisberg erhobenen Daten beinhalten sollte. Bald stellte sich aber heraus, dass die Kunden des SiL-Angebotes nur selten eine Abklärung an einer Memory-Klinik oder eine offizielle Diagnose auswiesen und deshalb sämtliche Daten neu erhoben werden mussten, weshalb auf die Erhebung neuropsychologischer Leistungen bei den Patienten und Patientinnen verzichtet wurde.

5.2.2 Vorgehen Befragung Patienten und Bezugspersonen

Zu Beginn wurde angenommen, dass die Beratung und Begleitung durch die SiL-Mitarbeitenden über mehrere Monate andauern würde, und es war geplant, beim Erstkontakt und dann alle drei Monate Messungen bei den Patienten und Patientinnen mit Demenz (subjektive Gesundheit, Lebensqualität) und deren Bezugspersonen (subjektive Gesundheit, Lebensqualität, Pflegebelastung) durchzuführen und zusätzlich beim Abschluss der Beratung bei den Bezugspersonen mit einem ausführlichen Fragebogen die ‚Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot‘ zu erheben.

Tatsächlich dauerte die Beratungsdauer aber nur wenige Wochen. Da nicht sicher war, ob das SiL-Angebot während der Dauer der Evaluation nochmals beansprucht werden würde, musste der Fall als abgeschlossen eingestuft und entsprechend evaluiert werden, um Datenverluste zu vermeiden. Im ersten Jahr der Evaluation wurden für den Vergleich mit der Kontrollgruppe bei allen Evaluationsteilnehmenden alle drei Monate Verlaufsdaten erhoben.

Beim ersten Hausbesuch zu Beginn der Beratung wurden von den SiL-Mitarbeitenden, falls das mündliche Einverständnis zur Teilnahme an der Evaluation erteilt wurde, die ersten Daten zum Zeitpunkt t1 erhoben. Sobald die Beratung abgeschlossen war, wurde die Adresse an das Evaluationsteam weitergeleitet. In einem nächsten Schritt nahm das Evaluationsteam telefonisch oder mittels schriftlicher Information Kontakt mit den gemeldeten Personen auf, um diese zu einer Evaluationsteilnahme zu motivieren. Lag eine grundsätzliche Bereitschaft zu einer Teilnahme vor, wurde ein Besuchstermin bei den Klienten und Klientinnen zu Hause oder an einem anderen Ort vereinbart und schriftlich bestätigt.

Beim ersten Treffen wurden nochmals Informationen zur Evaluation abgegeben und besprochen sowie die schriftliche Einverständniserklärung eingeholt (vgl. Anhang). Die Teilnehmenden wurden darüber informiert, dass sie die Befragung jederzeit abbrechen und sich melden könnten, wenn sie eine Frage nicht beantworten oder eine Pause einschalten wollten. Dann erfolgte die Datenerhebung zum Zeitpunkt t2. Die Befragung dauerte eine bis zwei Stunden. Wann immer möglich wurden beide Personen, Patienten und Patientinnen mit Demenz und ihre Bezugsperson, befragt.

Für alleinstehende Menschen mit Demenz der SAW wurde ein spezielles Verfahren in Absprache mit der verantwortlichen Person der SAW angewendet. Wenn die Patienten und Patientinnen der SiL-Mitarbeitenden ihr Einverständnis für die Kontaktaufnahme des Evaluationsteams erteilt hatten, wurde der Termin für die Evaluation mit den entsprechenden Spitexmitarbeitenden abgesprochen. Die Spitex der SAW informierten die Patienten und Patientinnen über unser Kommen und wenn sie oder die Patienten und Patientinnen es wünschten, waren sie bei der persönlichen Kontaktaufnahme anwesend.

Am Ende der Befragung wurde das Einverständnis für eine unverbindliche Kontaktaufnahme in drei Monaten für die Verlaufsbefragung eingeholt. Für die Festlegung der weiteren Termine für die Verlaufsbefragungen wurde nach gleichem Schema vorgegangen, wie bei der ersten Kontaktaufnahme. Die Verlaufsbefragung dauerte etwa 30 Minuten.

5.2.3 Vorgehen Befragung Kontrollgruppe

Bei der Kontrollgruppe kamen zu den verschiedenen Zeitpunkten dieselben Verfahren und Regelungen zur Anwendung.

Die Kontrollgruppe wurde parallel zur Experimentalgruppe durch das SiL-Team rekrutiert und es wurden dieselben Daten erhoben, mit Ausnahme jener Aspekte, welche spezifisch das SiL-Angebot betrafen. Angefragt wurden Personen, die in der Memory Klinik Entlisberg abgeklärt wurden, aber nicht in der Stadt Zürich wohnhaft waren und somit das SiL-Angebot nicht beanspruchen konnten. Die Rekrutierung anlässlich der Diagnosekonferenz erwies sich als nicht durchführbar. Die betroffenen Personen waren zu diesem Zeitpunkt zu sehr mit dem Schicksal der Diagnose beschäftigt und konnten nicht mit der Teilnahme an einer Studie konfrontiert werden.

Die Schwierigkeiten der Rekrutierung der Kontrollgruppe waren immer wieder Gegenstand von Diskussionen der gemeinsamen Sitzungen mit dem Projektteam. Im Sommer 2009 wurde die folgende Lösung gefunden. Anlässlich der Diagnosekonferenz wurde den in Frage kommenden Personen ein Informationsschreiben zur laufenden Begleitstudie ausgehändigt. Nach ein paar Wochen nahmen die SiL-Mitarbeitenden telefonisch Kontakt auf, erkundigten sich nach dem Befinden und nach der Bereitschaft zur Studienteilnahme. Wenn die Personen sich dazu bereit erklärten, wurde die Adresse an das Evaluationsteam weitergeleitet. Die Kontaktaufnahme, Terminabsprache und die Datenerhebung erfolgte dann wie bei der Interventionsgruppe beschrieben. Die Befragung fand bei den Teilnehmenden zu Hause statt. Die erste Befragung dauerte eine bis zwei Stunden, die Verlaufsbefragungen etwa 30 Minuten. Da die Teilnehmenden nicht in der Stadt Zürich wohnten, war der zeitliche Aufwand pro Besuch für das Evaluationsteam jeweils sehr gross. Der Zeitaufwand für die Hin- und Rückreise betrug jeweils 90 bis 120 Minuten.

Die zusätzlich durch das Evaluationsteam angeregte Rekrutierung der Kontrollgruppe bei der Stiftung Alterswohnungen (SAW) blieb ohne Erfolg.

5.2.4 Vorgehen Befragung der zuweisenden Stellen und SiL-Mitarbeitenden

Es war vorgesehen alle zuweisenden Stellen (PZZ, SAD, SAW, Hausärzten, Spitex) zur ‚Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot‘ zu befragen. Dieses Vorgehen wurde infolge der geringen Anzahl an Zuweisungen modifiziert. Die Befragung konzentrierte sich neu auf die Pflegezentren der Stadt Zürich und die Hausärzte.

Bei den Pflegezentren der Stadt Zürich waren Mitarbeitende verschiedener Berufsgruppen von Interesse: Ärzte der Pflegezentren und des stadtärztlichen Dienstes (SAD), Abteilungsleitungen und Mitarbeitende des Sozialdienstes.

Aufgrund von Fokusgruppeninterviews mit Vertretern und Interviews mit Fachpersonen dieser verschiedenen Zielgruppen wurde ein Fragebogen zur ‚Zufriedenheit mit dem Angebot‘ und neu auch zur ‚Positionierung und Implementierung des SiL-Angebotes‘ entwickelt. Mit dieser neuen Fragestellung sollten Erkenntnisse gesammelt werden, wieso in der vergangenen Zeit nur wenige Patienten und Patientinnen oder Bezugspersonen an SiL überwiesen worden waren. Die Mitarbeitenden der PZZ und des SAD wurden telefonisch befragt. Es wurde mit allen Personen vorgängig ein Termin für das telefonische Interview vereinbart. Das Interview dauerte zwischen 30 und 45 Minuten.

Für die Befragung der Hausärzte der Stadt Zürich wurde in Zusammenarbeit mit dem Leiter des stadtärztlichen Dienstes der Stadt Zürich ein separater schriftlicher Fragebogen zu denselben Bereichen entwickelt. Dieser standardisierte Fragebogen kam im Rahmen einer Weiterbildung für Hausärzte an der Universität Zürich zur Anwendung.

Für die Befragung des Key Accountmanagers wurde auf der Basis seines Auftrages, das SiL-Angebot bei den Haus- und Spezialärzten in der Stadt Zürich vorzustellen, ein Interviewleitfaden ausgearbeitet. Das persönliche Interview wurde durch das Evaluationsteam am Zentrum für Gerontologie durchgeführt und dauerte eine gute Stunde.

Für die Befragung der SiL-Mitarbeitenden wurde ein standardisierter Interviewleitfaden zusammengestellt mit Fragen zum SiL-Angebot, zum Arbeitsprozess und zur Arbeitszufriedenheit. Die beiden Interviews fanden am Zentrum für Gerontologie statt, wurden durch ein Mitglied des Evaluationsteams durchgeführt und mit Einwilligung der Mitarbeitenden auf Tonträger aufgezeichnet. Die Interviews dauerten jeweils eine gute Stunde.

Alle Teilnehmenden wurden im Vorfeld und zu Beginn der Befragung auf ihr Recht, die Teilnahme oder die Beantwortung bestimmter Fragen zu verweigern, aufmerksam gemacht. Sie wurden auch darüber informiert, dass ihre Aussagen im Bericht so verwendet werden, dass keine Rückschlüsse auf ihre Person gezogen werden können und die Angaben nur dem Evaluationsteam zur wissenschaftlichen Auswertung zugänglich sind sowie die Vertraulichkeit strikt gewahrt wird.

5.2.5 Vorgehen Information Projektteam

An den regelmässig stattfindenden Austauschsitzen mit den Projektteammitgliedern wurde fortlaufend über ausgewählte Ergebnisse zur ‚Zufriedenheit mit dem Angebot‘ informiert.

5.3 Stichprobe

Die Festlegung der Stichprobe erfolgte nach dem Stakeholder-Ansatz und bezog sich auf alle Personengruppen, die mit dem SiL-Projekt erreicht werden sollten:

1. Patienten und Patientinnen mit Demenz
2. Bezugspersonen der unter Punkt 1 aufgeführten Personen
3. Zuweisende Stelle
4. SiL-Mitarbeitende

Die Beschreibung der Stichprobe erfolgt im Kapitel 9.

5.3.1 Einschlusskriterien

Ziel war es, möglichst viele Patienten und Patientinnen mit Demenz und Bezugspersonen in die Evaluation mit einzubeziehen. Die Patienten und Patientinnen sollten allerdings folgende Kriterien erfüllen:

1. Demenzdiagnose vorhanden oder Verdacht auf Demenz durch Hausbesuch bestätigt.
2. Patienten und Patientinnen geben valide Antworten.
3. Patienten und Patientinnen zeigen sich kooperationsfähig und -willig und/oder eine Bezugsperson ist vorhanden.
4. Einverständniserklärung liegt vor.
5. Die Patienten und Patientinnen sind nicht im Endstadium ihrer Erkrankung.
6. Die Patienten und Patientinnen oder Bezugsperson sprechen Deutsch, Französisch oder Englisch.

5.3.2 Rekrutierung der Stichprobe

Die Rekrutierung der Evaluationsteilnehmer erfolgte über die SiL-Mitarbeitenden. Diese entschieden bei ihrem Erstkontakt, ob die Patientinnen und/oder Bezugspersonen die oben aufgeführten Einschlusskriterien erfüllten und in der Lage waren, an der Evaluation teilzunehmen. Bei einer positiven Entscheidung wurden die Personen über die Evaluation informiert und ihre Adresse nach Abschluss der Beratung an das Evaluationsteam für eine unverbindliche Kontaktaufnahme weitergeleitet.

Die Kontrollgruppe wurde durch die SiL-Mitarbeitenden und die Spitex-Mitarbeitenden der SAW rekrutiert. Die SiL-Mitarbeitenden kontaktierten Betroffene, die kürzlich an der Memory-Klinik Entlisberg abgeklärt worden waren und nicht in der Stadt Zürich wohnhaft waren. Diese Personen wurden angefragt, ob sie sich an einer Studie zur Lebensqualität bei Demenz beteiligen würden. Die Spitex-

Mitarbeitenden der SAW meldeten Betroffene für die Kontrollgruppe an, denen eine SiL-Beratung von der Spitex SAW empfohlen wurde, diese jedoch ablehnten.

5.3.3 Zuweisende Stellen und SiL-Mitarbeitende

Die Rekrutierung der Mitarbeitenden der PZZ und SAD erfolgte über Personallisten, die dem Evaluationsteam vom Projektteam zur Verfügung gestellt wurden. Bei den leitenden Ärzten und den Sozialdienstmitarbeitenden der Pflegezentren konnte eine Vollerhebung gemacht werden. Bei den Abteilungsleitungen wurde eine Zufallsstichprobe proportional zur personellen Grösse der Pflegezentren gezogen.

Bei den Hausärzten der Stadt Zürich erfolgte die Rekrutierung anlässlich einer Weiterbildungsveranstaltung für Hausärzte an der Universität Zürich. Nach Diskussionen mit dem Projektteam und anderen Kreisen, die auf diesem Gebiet bereits Erfahrungen gesammelt hatten, erschien dieser Weg die beste Möglichkeit, an diese schwer erreichbare Zielgruppe zu gelangen. Der Fragebogen wurde bewusst sehr kurz gehalten, um eine möglichst gute Rücklaufquote zu erreichen. Zusätzlich wurde ein Key Account Manager, der die Entlastungsangebote und damit auch das SiL-Angebot persönlich bei den Hausärzten in der Stadt Zürich vorstellt befragt.

Es wurden alle SiL-Mitarbeitenden in die Untersuchung miteinbezogen, die zum Zeitpunkt der Befragung bereits Erfahrungen mit Hausbesuchen ausweisen konnten.

6 Erhebungsmethoden

Im Rahmen der wissenschaftlichen Evaluation und Analyse wurden die folgenden quantitativen und qualitativen Erhebungsmethoden eingesetzt: Befragungen mit halb- und standardisierten Fragebogenverfahren, Testverfahren, Visuell-Analog-Skalen und fokussierte Interviews.

6.1 Fragebogenverfahren

Das Fragebogenverfahren ist eine der am häufigsten verwendeten Methoden zur Datengewinnung und hat den Vorteil, dass die Durchführung standardisiert ist. Es gehört zu den quantitativen Erhebungsmethoden und ist ein eher kostengünstiges Verfahren (Karkoschka, 1998). Als möglicher Messfehler ist die soziale Erwünschtheit zu betrachten: Edwards (1970, zit. nach Karkoschka, 1998, S. 35) spricht hier von ‚impression management‘ und meint damit den Antwortstil und die Antworttendenz respektive die gezielte und bewusste Manipulation des Antwortverhaltens (‚faking good‘, ‚faking bad‘). Ob sich diese Erwünschtheitstendenzen tatsächlich validitätsmindernd auswirken, ist jedoch umstritten (Schuler, 1996). Durch den Einsatz einer Skala von 0-10 wird versucht Antworttendenzen entgegenzuwirken.

Direkte Befragung von Menschen mit Demenz

Akkurate Selbstauskünfte über den eigenen Gefühlszustand benötigen minimale Gedächtniskompetenzen und unterscheiden sich sehr vom Gedächtnis für z.B. Fakten oder Vorkommnisse (Mills & Walker, 1994). Deshalb sollten Menschen mit Demenz, welche noch in der Lage sind, einfache Fragen zu beantworten, in die Messung zum emotionalen Wohlbefinden einbezogen werden (vgl. Kolanowski et al., 2002, S. 30).

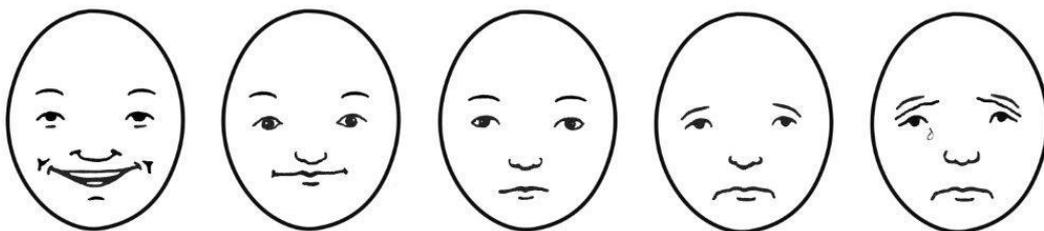


Abbildung 5 Zufriedenheits-Visuell-Analog-Skala (vgl. Wettstein et al., 1997)

Abbildung 5 zeigt die sogenannte Zufriedenheits-Visuell-Analog-Skala. Sie ist eines der am häufigsten eingesetzten gerontologischen Messinstrumente und basiert auf der Erfahrung, dass auch mittel-schwer bis schwer demente Patienten einfache, emotionale Gesichtsausdrücke gut erkennen und interpretieren können (vgl. Wettstein et al., 1997).

6.2 Fokussiertes Interview

Das fokussierte Interview ist eine qualitative Forschungsmethode, die von Merton und Kendall (1946/1979) ursprünglich für die Medienforschung entwickelt wurde. Auf dieser Grundlage haben sich in den Sozialwissenschaften und in der Psychologie verschiedene Methoden wie Leitfaden- und Fokusgruppeninterviews weiter entwickelt. Mit Hilfe eines Leitfadens werden in einem halbstrukturierten Interview die Reaktionen der befragten Personen zu einem bestimmten Stimulus erforscht. Fokusgruppen sind Diskussionsgruppen, die anhand bestimmter Kriterien (z.B. milieu- oder akteurspezifisch) zusammengestellt und durch einen Informationsinput zur Diskussion über ein bestimmtes Thema angeregt werden. Die Diskussionsgruppen bestehen meist aus sechs bis zehn Teilnehmern und werden von einem Moderator betreut (Flick, 2000).

7 Datenerhebung

Im Folgenden wird die Datenerhebung bei den Patienten und Patientinnen mit Demenz, ihren Bezugspersonen, den zuweisenden Stellen und SiL-Mitarbeitenden beschrieben. Die einzelnen Fragebögen und Instrumente werden im Anhang aufgeführt.

7.1 Patienten mit Demenz

Wenn möglich wurden die Patienten und Patientinnen für die Evaluation selber befragt. Damit die Validität der Antworten der Patienten und Patientinnen jeweils beurteilt werden konnte, kam der ‚Questionnaire to Screen for Eligibility‘ (Manfredi, Breuer, Meier & Libow, 2003) zum Einsatz. Bei diesem Screeningverfahren wird mittels vier Fragen die Fähigkeit zu Selbstauskünften getestet (vgl. Tabelle 7). Diese Fragen wurden in die Begrüssung und ins Aufwärmungsgespräch eingebettet. Wenn die Fragen zwei bis vier konsistent zur Frage eins beantwortet wurden, wird bei diesem Test davon ausgegangen, dass die Fragen verstanden und adäquat beantwortet worden sind.

Tabelle 7 Questionnaire to Screen for Eligibility (Manfredi et al., 2003)

Nr	Frage in Originalform	Deutsche Übersetzung
1	Do you have pain now?	Haben Sie momentan Schmerzen?
2	Are you free of pain now?	Sind Sie momentan frei von Schmerzen?
3	Are you hurting now?	Tut es Ihnen momentan irgendwo weh?
4	Is there any part of your body that hurts now?	Gibt es momentan irgendeinen Teil Ihres Körpers, der Sie schmerzt?

7.1.1 Soziodemographische Angaben, Lebenslage, Kognition, Aktivitäten

Beim Hausbesuch wurden durch die SiL-Mitarbeitenden ‚soziodemographische Angaben‘ und Informationen zur aktuellen ‚Lebenslage‘ mit einem standardisierten Fragebogen erhoben. Zusätzlich wurden die ‚Kognition‘ der Patienten und Patientinnen mit der Zürcher Version des Mini-Mental-State Examination Instrumentes (Z-MMSE) nach Brühwiler (1986) sowie der Funktionsstatus der noch möglichen ‚täglichen Aktivitäten‘ (‚Activity of daily living‘, ADL) nach Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffee (1963) erfasst. Der Funktionsstatus wurde, je nach kognitivem Status der Patienten und Patientinnen, im gemeinsamen Gespräch oder über die Bezugsperson erfasst. Um ein differenziertes Bild über Patienten und Patientinnen mit Demenz zu erhalten und zugunsten der Vergleichbarkeit der Ergebnisse, wurden diese Sekundärdaten bei der Abschlussbefragung durch das Evaluationsteam noch um weitere Fragen ergänzt.

7.1.2 Lebensqualität, Gesundheit, Zufriedenheit

Die ‚subjektive Lebensqualität‘, ‚subjektive Gesundheit‘ sowie die ‚Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot‘ der an Demenz erkrankten Personen wurden mittels einer Visuell-Analog-5er-Gesichterskala als Single-Item erfragt (vgl. Abbildung 5). Diese Daten wurden einerseits von den SiL-Mitarbeitenden beim ersten Hausbesuch, andererseits durch das Evaluationsteam nach Abschluss der SiL-Beratung erhoben. Damit konnten Veränderungen in der Bewertung vor und nach der Beratung festgehalten werden. Diese Aussagen der Patienten und Patientinnen wurden beim Abschluss der Beratung ergänzt durch den Fragebogen zur Fremdeinschätzung der aktuellen Lebensqualität des Angehörigen (DEMQOL-Proxy, Knorr, Zerfass & Fröhlich, 2007). Die Angaben aus diesem Fragebogen waren für Vergleiche im weiteren Zeitverlauf gedacht, d.h. bei einer erneuten Beanspruchung des Angebotes. Da dieser Fall bei Personen, die an der Evaluation teilnahmen während der Evaluationszeit nicht eintrat, wurde auf die Auswertung dieses Fragebogens verzichtet.

7.1.3 Hospitalisation und Pflegeheimweisung

Nach Abschluss der Beratung wurden die Patienten und Patientinnen oder ihre Bezugspersonen durch das Evaluationsteam nach der Anzahl und Dauer ‚notfallmässiger Hospitalisationen‘ während der Beratungszeit gefragt. Eine allfällige ‚Institutionalisierung‘ wurde durch die SiL-Mitarbeitenden für die Evaluation erhoben. Mit diesen Werten sollten Vergleiche von Patienten und Patientinnen mit und ohne SiL-Betreuung gezogen werden. Es wurde angenommen, dass sich die Versorgungssituation der Patienten und Patientinnen mit Demenz durch die SiL-Beratung stabilisiere, was zu einem späteren Eintritt in Langzeitpflegeinstitutionen und zu weniger notfallmässigen Hospitalisationen führen müsste. Entsprechend sollte der Schweregrad der Demenz beim Eintritt ins Pflegezentrum gemessen und die Anzahl notfallmässiger Hospitalisationen erfasst werden (Experimental- und Kontrollgruppe). Nach Wegfall der Kontrollgruppe wurden diese Angaben weiterhin zur deskriptiven Beschreibung erhoben.

In Tabelle 8 ist die Datenerhebung bei den Patienten und Patientinnen mit Demenz übersichtlich dargestellt.

Tabelle 8 Datenerhebung Patienten mit Demenz

Bereiche / Instrumente	Beim ersten Hausbesuch durch die SiL-Mitarbeitenden t1	Nach Abschluss der SiL-Beratung durch das Evaluationsteam t2	Methode	Fragebogen / Test im Anhang
Soziodemographische Angaben (Alter, Geschlecht, Zivilstand, Nationalität, Sprache, Anzahl Kinder, Ausbildung, Haushaltseinkommen)	X	X	Interview mit standardisiertem Fragebogen	FB1 / FB5
Lebenslage (Bezugsperson, Wohnsituation, Demenz Diagnose, Multimorbidität)	X	X	Dito	FB1 / FB5
Kognition Z-MMSE – Mini-Mental-Status Zürcher Version (Brühwiler, 1986)	X		Standardisierter Test	Test 1
Aktivitäten des täglichen Lebens ADI/IADI/SADL (Analog Datenerhebung Memory-Klinik Entlisberg)	X		Interview mit standardisiertem Test	Test 2
DEMQOL-K-Proxy (Knorr et al., 2007)		X	Interview mit standardisiertem Test	Test 3
Lebensqualität	X	X	Interview mit Visuell-Analog Gesichterskala / Single-Item	FB3 / FB8
Subjektive Gesundheit	X	X	dito	FB3 / FB8
Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot		X	dito	FB3 / FB8
Notfallmässige Hospitalisation		X	Standardisiertes Interview / Single-Item	FB8 / FB7
Institutionalisierung		X	dito	FB8 / FB7

t1 = Datenerhebung 1 beim ersten Hausbesuch t2 = Datenerhebung 2 nach Abschluss ‚Hausbesuche SiL‘

7.2 Bezugspersonen

7.2.1 Soziodemographische Angaben und Lebenslage

‚Soziodemographische Angaben‘ und Informationen zur aktuellen ‚Lebenslage‘ wurden bei den Bezugspersonen ebenfalls anlässlich des Hausbesuches durch die SiL-Mitarbeitenden mit einem standardisierten Fragebogen erhoben und bei der Abschlussbefragung durch das Evaluationsteam um zusätzliche Fragen ergänzt.

7.2.2 Lebensqualität und Gesundheit

Die ‚Subjektive Lebensqualität‘ und ‚subjektive Gesundheit‘ der Bezugspersonen wurden mit einem Single-Item erfasst. Die Bewertung erfolgte, mittels einer Visuell-Analog-Skala beim ersten Hausbesuch durch die SiL-Mitarbeitenden und nach Abschluss der Beratung durch das Evaluationsteam. Auf diese Weise konnten allfällige Effekte der Bewertung vor und nach der Nutzung des SiL-Angebotes festgestellt werden.

An der Memory-Klinik Entlisberg wird bei einer Demenzabklärung zur Erfassung der Gesundheit der Bezugsperson standardmässig der Depressionsfragebogen von Sheih & Yesavage (1986) ‚GDS - Geriatric Depression Scale‘, eingesetzt. Dieses Instrument wurde deshalb den Bezugspersonen auch in der Evaluation am Ende der mündlichen Befragung jeweils vorgelegt. Die Angaben waren für Vergleiche im weiteren Zeitverlauf gedacht, d.h. bei einer erneuten Beanspruchung des Angebotes. Da dieser Fall bei Personen, die an der Evaluation teilnahmen während der Evaluationszeit nicht eintrat, wurde auf die Auswertung dieses Fragebogens verzichtet.

7.2.3 Belastung und Entlastung

Die Belastung der Bezugspersonen durch ihre Betreuungsaufgabe wurde ebenfalls mit einem Single-Item und mittels einer Visuell-Analog-Skala beim ersten Hausbesuch durch die SiL-Mitarbeitenden und nach Abschluss durch das Evaluationsteam erhoben um entsprechende Effekte festzustellen. Da zu Beginn einer Demenz die Belastung eher durch das Wissen um diese Diagnose besteht und weniger durch die effektive Betreuung, wurden zwei unterschiedliche Fragen zur ‚Subjektiven Belastung durch Diagnose Demenz‘ und ‚Subjektiven Belastung durch Betreuung/Pflege‘ formuliert.

Zusätzlich wurden Fragen zur ‚Nutzung von formellen und informellen Entlastungs- und Unterstützungsangeboten‘ sowie zum sozialen Netzwerk mittels eines halbstandardisierten Fragebogens erhoben. Mit diesen Daten sollte das Nutzungsverhalten sowie die Veränderungen im sozialen Netzwerk im Zeitverlauf zwischen den Personen, die das SiL-Angebot nutzten, und der Kontrollgruppe kontrolliert werden. Nach dem Wegfall der Kontrollgruppe wurden die Daten zum Nutzungsverhalten weiter erhoben und deskriptiv ausgewertet. Die Angaben zum sozialen Netzwerk wurden nicht mehr erfasst.

Um allfällige Unterschiede in der Betreuungsbelastung im Zeitverlauf messen zu können, wurde analog zur Diagnoseabklärung der Memory-Klinik Entlisberg die Multidimensional ‚CBI-Caregiver Burden Inventory-Scale‘ eingesetzt (Novak & Guest, 1989). Auch auf diese Auswertung musste verzichtet werden, da es bei allen Bezugspersonen nur diese eine Erhebung gab und keine Vergleiche im Zeitverlauf oder mit der Kontrollgruppe möglich waren.

7.2.4 Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot

Die ‚Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot‘ wurde mittels halbstandardisiertem Fragebogen am Ende der Inanspruchnahme in einem persönlichen Interview vom Evaluationsteam bei den Betreuungspersonen zu Hause oder an einem Ort ihrer Wahl erfragt. Der ausführliche Fragebogen (vgl. Anhang, FB10) wurde dem Beratungsprozess orientiert angelegt und erfasste die in Tabelle 9 dargelegten Pro-

zesse und Fragestellungen. Für die verschiedenen Fragestellungen wurden unterschiedliche Methoden (offene/geschlossene Fragen/Kategorien/Visuell-Analog-Skala) eingesetzt.

Tabelle 9 Datenerhebung Bezugspersonen zur Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot

Prozesse	Fragestellungen
Erwartungen	<ul style="list-style-type: none"> • Was wurde von der SiL-Beratung erwartet? • Welche Erwartungen wurden erfüllt, welche nicht? • Bewertung der Erreichbarkeit.
Kontakt	<ul style="list-style-type: none"> • Wie lange war die Wartezeit nach der Anmeldung? • Wo hat die Beratung stattgefunden? • Bewertung der Erreichbarkeit der SiL-Mitarbeitenden.
Beratungsablauf	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wird die Beratungssituation bewertet? • Wie wird die Dauer der einzelnen Beratung beurteilt? • War es möglich, alles Wichtige zu besprechen?
Versorgungsmassnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Bewertung der erhaltenen Unterstützung? • War es möglich, die Ratschläge umzusetzen? • Wurden die Bezugspersonen bei der Umsetzung unterstützt? • Bewertung der Unterstützung bei der Umsetzung.
Wirkung auf Bezugspersonen und Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Bewertung der Wirkung der SiL-Beratung bezüglich verschiedener Dimensionen (Freizeit, Wohlbefinden, soziale Kontakte, Wissen zu Demenz, Sicherheit in der Betreuung und Pflege, Entlastung und Unterstützung, Schlafverhalten, Krankheits- und Alltagsbewältigung). • Bewertung der Erleichterung durch das Vorhandensein der SiL-Beratung. • Bewertung der Beratungssituation der Patienten. (als Proxy) • Hat die erhaltene Unterstützung das Verhalten der Patienten verändert? (als Proxy)
Nachbetreuung	<ul style="list-style-type: none"> • Änderte sich durch die Inanspruchnahme von SiL das Verhältnis zum Hausarzt oder zur Spitex? • Wenn ja, wie wird dies bewertet?
Kundenzufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> • Was hat genützt, und was wurde gelernt? • Bewertung der Art und Weise der Beratung insgesamt und bezüglich verschiedener Dimensionen (Kompetenz, Verständlichkeit, Aufmerksamkeit, Einfühlbarkeit, Vertrauen). • Bewertung des Nutzens der SiL-Beratung insgesamt. • Welche Wünsche und Verbesserungsvorschläge bestehen gegenüber der SiL-Beratung?
Wiederholte Nutzung resp. stationäre Institutionalisierung	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Faktoren entscheiden über eine wiederholte Nutzung des Angebotes? • Wird der Eintrittszeitpunkt in einen dauerhaft stationären Aufenthalt beeinflusst?

In Tabelle 10 ist die Datenerhebung bei den Bezugspersonen übersichtlich dargestellt.

Tabelle 10 Datenerhebung Bezugspersonen

Bereiche / Instrumente	Beim ersten Hausbesuch durch die SiL-Mitarbeitenden t1	Nach Abschluss der SiL-Beratung durch das Evaluationsteam t2	Methode	Fragebogen / Test im Anhang
Soziodemographische Angaben (Alter, Geschlecht, Zivilstand, Nationalität, Sprache, beruflicher Status, Ausbildung, Haushaltseinkommen)	X	X	Interview mit standardisiertem Fragebogen	FB1 / FB5
Lebenslage (Beziehungsgrad zum Patienten, Einverständnis des Pat. mit SiL, Wohnsituation, zeitlicher Betreuungsaufwand (Bezugsperson/ Andere))	X	X	dito	FB1 / FB5
Lebensqualität	X	X	Interview mit 11-er-Skala / Single-Item	FB2 / FB7
Subjektive Gesundheit	X	X	dito	FB2 / FB7
Subjektive Belastung durch Diagnose Demenz	X	X	dito	FB2 / FB7
Subjektive Belastung durch Betreuung	X	X	dito	FB2 / FB7
Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot		X	Interview mit halbstandardisiertem Fragebogen	FB10
Nutzung formeller und informeller Entlastungs- und Unterstützungsangebote (Welche formelle/informelle Unterstützung wird genutzt? Besteht Möglichkeit für Auszeit? Wie wird erhaltene Unterstützung beurteilt? Welche Unterstützung fehlt?)		X	dito	FB6
CBI-Caregiver Burden Inventory-Scale (Novak & Guest, 1989)		X	Interview mit standardisiertem Test	Test4
GDS-Geriatric Depression Scale (Sheih & Yesavage, 1986)		X	dito	Test5

t1 = Datenerhebung 1 beim ersten Hausbesuch t2 = Datenerhebung 2 nach Abschluss ‚Hausbesuche SiL‘

7.3 Zuweisende Stellen

Für die Befragung der zuweisenden Stellen zur ‚Implementierung und Positionierung‘ sowie zur ‚Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot‘ wurden für Mitarbeitende der Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ/SAD) sowie für die Hausärzte in der Stadt Zürich unterschiedliche Verfahren gewählt.

7.3.1 Mitarbeitende der Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ/SAD)

Um mehr über die Gründe für die geringe Inanspruchnahme des SiL-Angebotes bei den Mitarbeitenden der Pflegezentren zu erfahren und Ideen für die Verbesserung dieser Situation zu erhalten, wurde auf der Grundlage der Erkenntnisse eines Fokusgruppengesprächs mit Mitarbeitenden verschiedener Berufsgruppen der Pflegezentren der Stadt Zürich und für die telefonische Befragung ein halbstandardisierter Fragebogen entwickelt (vgl. Anhang, FB11).

7.3.2 Hausärzte in der Stadt Zürich

Auch die Hausärzte in der Stadt Zürich haben das SiL-Angebot nur sehr selten in Anspruch genommen. Für sie wurde deshalb ebenfalls aufgrund der gewonnenen Erfahrungen aus dem oben erwähnten Fokusgruppengespräch sowie in Zusammenarbeit mit dem Leiter des stadtärztlichen Dienstes ein separater schriftlicher standardisierter Fragebogen entwickelt und während einer Weiterbildungsveranstaltung vor Ort abgegeben (vgl. Anhang, FB12).

Zusätzlich wurde für den neu tätigen Key Account Manager, der unter anderem den Auftrag hatte, auf die Entlastungsangebote der PZZ bei den Hausärzten aufmerksam zu machen, ein Interviewleitfaden entwickelt. Mit diesem Interview wurden seine Erfahrungen und Erkenntnisse mit den Hausärzten eingeholt.

7.4 SiL-Mitarbeitende

Die Zufriedenheit mit der Entwicklung des SiL-Angebotes und mit dem Arbeitsprozess wurde bei den SiL-Mitarbeitenden mittels eines halbstrukturierten Leitfadeninterviews erhoben. Der Leitfaden hatte dabei die Funktion einer Checkliste und sollte gewährleisten, dass bestimmte für die Fragestellung wichtige Inhalte in jedem Interview angesprochen wurden. Zusätzlich wurde am Schluss des Interviews mittels eines standardisierten Fragebogens die allgemeine Arbeitszufriedenheit erfragt.

8 Modifikationen Evaluation SiL-Projekt

Im Folgenden werden die zuvor bereits erwähnten Veränderungen am Untersuchungsdesign und bei der Befragung der zuweisenden Stellen erläutert und in Tabelle 11 abschliessend zusammengefasst dargestellt.

8.1 Anpassungen Untersuchungsdesign

Im Juni 2009 wurden die Projektverantwortlichen informiert, dass die Teilnehmerzahl der Evaluation die im Projektkonzept prognostizierten Erwartungen nicht erfüllte und dadurch das quantitativ angelegte Untersuchungsdesign in Gefahr sei. Es wurde beschlossen, am ursprünglichen Design bis im Dezember 2009 festzuhalten. Da sich die Teilnehmerzahl jedoch nicht wesentlich veränderte, wurden am 14.1.2010 die folgenden Modifikationen am Untersuchungsdesign beschlossen:

Aufhebung Kontrollgruppe

Die Vergleichsmöglichkeiten mit der Experimentalgruppe (Patienten/Patientinnen und Bezugspersonen) war nur sehr beschränkt möglich und die Rekrutierung der Kontrollgruppe durch die SiL-Mitarbeitenden erwies sich als sehr aufwendig und schwierig. Erste Auswertungen der Daten machten deutlich, dass sich die Mitglieder der Experimental- und Kontrollgruppe hauptsächlich bezüglich dem durchschnittlichen Alter, dem Zivilstand, der Art des Wohnraums und dem Vorhandensein einer Demenzdiagnose unterschieden. Bei der subjektiven Einschätzung der Lebenssituation durch die Bezugspersonen zu Beginn der Befragung waren ebenfalls unterschiedliche Tendenzen feststellbar. Diese Unterschiede und der Umstand, dass die Mitglieder der Kontrollgruppe nicht in der Stadt Zürich wohnten und bezüglich der Demenzerkrankung über ein unterschiedliches Unterstützungsangebot verfügten, machten Vergleiche zwischen diesen beiden Gruppen schwierig. Der Aufwand für die Weiterführung der Kontrollgruppe war sehr gross (ausserhalb Stadt Zürich wohnend). Die Kontrollgruppe wurde aufgrund dieser Informationen und Überlegungen aufgelöst.

Aufhebung Verlaufsbefragungen

Die nach Abschluss einer Beratung alle drei Monate durchgeführten Verlaufsbefragungen (Erhebung der Single-Items zur Lebensqualität, Gesundheit, Belastung) bei der Experimentalgruppe wurden nach Auflösung der Kontrollgruppe nicht mehr benötigt und wurden nicht mehr erhoben.

Verlängerung der Evaluation

Die Datenerhebungsphase wurde auf Wunsch der Stadt Zürich vom Evaluationsteam kostenneutral um drei Monate, bis Ende September 2010, verlängert. Die Abgabe des Abschlussberichtes wurde entsprechend auf Ende März 2011 festgesetzt.

Neuer Zwischenbericht zur ‚Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot‘

Unser Vorschlag - im Sinne einer formativen Evaluation - die Projektmitglieder regelmässig über bereits vorhandene Ergebnisse zur ‚Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot‘ zu informieren wurde im Frühjahr 2009 genehmigt und ausgeführt. Die Projektteammitglieder beurteilten diese Rückmeldungen im Dezember als sehr wertvoll. Das SiL-Angebot konnte aufgrund dieses iterativen Optimierungsprozesses mehrfach angepasst und optimiert werden. Dieses Verfahren wurde für den restlichen Verlauf der Evaluation weitergeführt.

8.2 Anpassungen Befragung zuweisender Stellen

Gemäss Evaluationskonzept waren in der zweiten Hälfte der Evaluation Fokusgruppeninterviews mit den Mitarbeitenden der zuweisenden Stellen und den SiL-Mitarbeitenden zur 'Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot' vorgesehen. Zu den zuweisenden Stellen zählten Mitarbeitende des Stadtärztlichen Dienstes (SAD), der Stiftung Alterswohnungen der Stadt Zürich (SAW) und der Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ), die Haus- und Spezialärzte der Stadt Zürich sowie Mitarbeitende aus zwei verschiedenen Spitex-Zentren. Ursprünglich war konzipiert, aufgrund dieser Interviews entsprechende Fragebogen zur 'Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot' zu erstellen und bei den besagten Zielgruppen anzuwenden. Aufgrund der geringen Anzahl zugewiesener Fälle während dem ersten Jahr und dem somit kleinen Kreis an in Frage kommenden Mitarbeitenden verlangten die Projektverantwortlichen der Stadt Zürich Anpassungen bei der Fragestellung und Stichprobe.

Zusätzliche Fragestellung

Die Evaluation wurde um die folgende Fragestellung erweitert: Wie beurteilen die Mitarbeitenden der zuweisenden Stellen die Positionierung und Implementierung des SiL-Angebotes?

Mit dieser neuen Fragestellung wurde es möglich nicht nur die Mitarbeitenden zu befragen, die bereits Personen an SiL zugewiesen hatten, sondern auch diejenigen, die dazu berechtigt gewesen wären, diese Möglichkeit bis jetzt aber nicht genutzt hatten. Dieses Vorgehen erlaubte es, zusätzliche Informationen zu sammeln und zu analysieren, die zu einer verbesserten Positionierung und Implementierung des SiL-Angebotes führen können. Gleichzeitig wurde ein Werbeeffect erzeugt, indem die Mitarbeitenden der zuweisenden Stellen erneut auf das SiL-Angebot aufmerksam gemacht wurden.

Veränderung Stichprobe

Auf die Befragung der Mitarbeitenden SAW und der Spitex wurde verzichtet. Die Erhebung der Stichprobe konzentrierte sich auf die Mitarbeitenden der Pflegezentren der Stadt Zürich. Es wurden die Abteilungsleitungen und Mitarbeitenden des Sozialdienstes sowie die Ärzte des SAD befragt, die in den verschiedenen Häusern der PZZ tätig waren.

Zusätzlich wurden die Hausärzte der Stadt Zürich befragt, nachdem diese in einer Werbeaktion im Frühjahr 2010 nochmals über das SiL-Angebot informiert worden waren.

8.3 Zusammenfassung

Zur besseren Übersicht sind in Tabelle 11 die durchgeführten Modifikationen der Evaluation und Massnahmen mit den entsprechenden Erläuterungen zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 11 Übersicht Modifikationen der Evaluation

Modifikation/ Massnahme	Erläuterungen
Aufhebung Kontrollgruppe	Die Vergleichsmöglichkeiten mit der Experimentalgruppe waren nur sehr beschränkt möglich, und der Aufwand für die Weiterführung der Kontrollgruppe war sehr gross (ausserhalb Stadt Zürich wohnend).
Aufhebung Verlaufsbefragungen	Die alle drei Monate durchgeführten Verlaufsbefragungen (Erhebung der Single-Items zu Lebensqualität, Gesundheit, Belastung) bei der Experimentalgruppe wurden nach Auflösung der Kontrollgruppe nicht mehr benötigt und entfielen dadurch ebenfalls.
Verlängerung der Evaluation	Die Datenerhebungsphase für die Evaluation wurde auf Wunsch der Stadt Zürich kostenneutral um drei Monate, bis Ende September 2010, verlängert. Die Abgabe des Abschlussberichtes erfolgte entsprechend auf Ende März 2011.
Zwischenbericht zur ‚Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot‘	Die Projektmitglieder wurden weiterhin regelmässig über qualitative Resultate zur ‚Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot‘ informiert. Das SiL-Angebot wurde aufgrund dieses iterativen Optimierungsprozesses mehrfach angepasst und optimiert.
Befragung zuweisender Stellen und SiL-Mitarbeitender	Die geplante Befragung der an SiL zuweisenden Stellen zur ‚Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot‘ wurde durch Fragen zur ‚Implementierung und Positionierung des SiL-Angebotes‘ erweitert und wie folgt angepasst: Von den zuweisenden Stellen wurden nur die Mitarbeitenden aus den PZZ (Ärzte/ Abteilungsleitungen/ Sozialdienst) und die Hausärzte der Stadt Zürich (nach einer Werbeaktion durch die Stadt Zürich) befragt.

9 Ergebnisse

9.1 Auswertungsmethoden

Im Folgenden werden die quantitativen statistischen Auswertungsverfahren, welche zur Anwendung gelangten, kurz erläutert. Die Datenauswertung erfolgte mit der Statistik-Software SPSS 19 für Windows.

Signifikanz

Bei statistischen Tests bedeuten Signifikanzen ein Mass für die Qualität der Kennwerte. Das Signifikanzniveau ist gleichbedeutend der Wahrscheinlichkeit, fälschlich einen Effekt zu entdecken, obwohl er in der Grundgesamtheit nicht existiert. Bei einem 5%-Signifikanzniveau besagt dies beispielsweise, dass bei Abwesenheit jedes tatsächlichen Effekts jeder zwanzigste Signifikanztest einen Effekt auffindet (Schnell, Hill & Esser 2005, S. 453). Bei welcher Irrtumswahrscheinlichkeit man sich entschliesst, die Nullhypothese zu verwerfen, bleibt jedem selbst überlassen und hängt entscheidend auch von der Art des zu untersuchenden Sachverhalts ab. Je eher man eine Fehlentscheidung vermeiden will, desto niedriger wählt man die Grenze der Irrtumswahrscheinlichkeit, unterhalb derer man die Nullhypothese verwirft. Ein einheitlicher Sprachgebrauch ist wie folgt üblich: Aussagen, die mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit $p \leq .05$ behaftet sind, nennt man signifikant, solche mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit $p \leq .01$ sind sehr signifikant und solche mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit $p \leq .001$ höchst signifikant (Bühl & Zöfel 2002, S. 111). In den folgenden Auswertungen wird das Signifikanzniveau $p \leq .05$ angewendet.

Kreuztabelle mit Chi-Quadrat-Test

Zur Prüfung von Unterschieden der Verteilungen der Merkmale zwischen der Grundgesamtheit und der Stichprobe wurde die SPSS-Prozedur ‚Kreuztabelle‘ bei den nominalen Merkmalen eingesetzt. Der Chi-Quadrat-Test der Kreuztabellenanalyse überprüft, ob sich die beobachteten Häufigkeiten signifikant von den erwarteten Häufigkeiten unterscheiden. Dabei gelten zwei Variablen einer Kreuztabelle als voneinander unabhängig, wenn die beobachteten Häufigkeiten der einzelnen Zeilen mit den erwarteten Häufigkeiten übereinstimmen. Voraussetzung zur Anwendung des Chi-Quadrat-Tests ist, dass der Anteil der erwarteten Häufigkeiten, die kleiner als fünf sind, 20% nicht überschreiten darf. Ein signifikanter Wert bedeutet, dass die Hypothese der Unabhängigkeit nicht akzeptiert werden kann (Bühl & Zöfel 2002, S. 227ff).

Kolmogorov-Smirnov-Test

Damit die Unterschiede der metrischen Merkmale zwischen Gruppen überprüft werden können, muss bekannt sein, ob das Merkmal normalverteilt ist. Mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test lässt sich die Verteilung einer Variablen auf Normalverteilung überprüfen. Der Test verwendet die maximale Differenz zwischen der angenommenen kumulativen Dichtefunktion und der zu untersuchenden Stichprobe, um zu entscheiden, ob die Stichprobe zur Verteilung gehört oder nicht. Ein signifikanter Wert bedeutet, dass die Hypothese der Normalverteilung nicht akzeptiert werden kann (Janssen & Laatz 2003, S. 217f).

U-Test von Mann-Whitney

Da die in der SiL-Studie untersuchten Merkmale keine Normalverteilung aufwiesen, wurden die Gruppenunterschiede mit dem U-Test von Mann-Whitney überprüft. Dieser U-Test wird bei ordi-

nalskalierten und bei nicht normalverteilten Daten anstelle des T-Tests verwendet. Der U-Test arbeitet mit der Verteilung der Daten in einer Rangreihe. Wenn sich die Daten aus zwei Stichproben in einer Rangreihe abwechselungsweise auflisten, ist die zentrale Tendenz der Stichproben identisch. Wenn alle Daten der einen Stichprobe am Anfang der Rangreihe und alle Daten der anderen Stichprobe am Ende stehen, wäre der Unterschied maximal. Für jeden Rang der Stichprobe A wird geprüft, wie häufig ein Rang der Stichprobe B vor ihm steht. Die Anzahl der Rangplatzüberschreitungen ist die Prüfgrösse (Hirsig 2001, S. 5.38ff).

9.2 SiL-Kundschaft und Evaluationsstichprobe

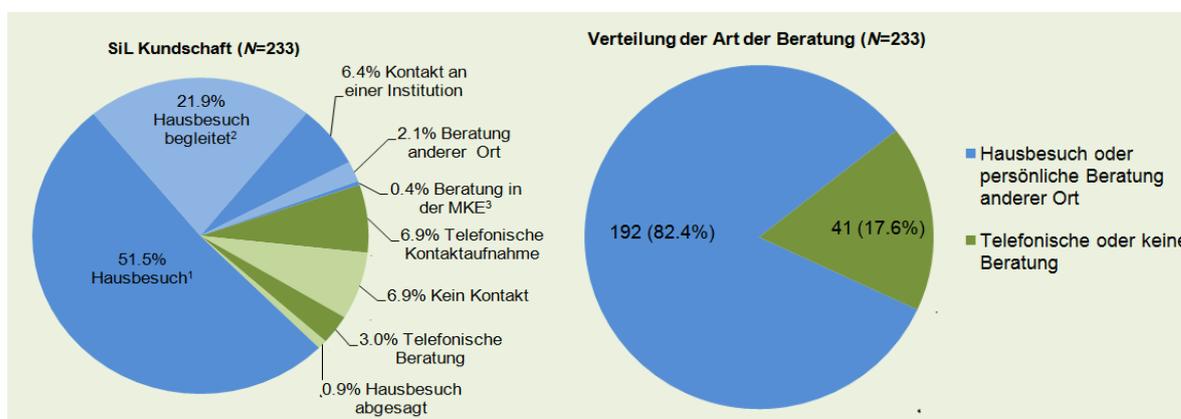
Im Folgenden wird dargestellt, wie sich die Evaluationsstichprobe aus der Grundgesamtheit der SiL-KundInnen gebildet hat. Zwischen Oktober 2008 und August 2010 wurden 233 Fälle (Patienten mit oder ohne Bezugsperson) zum SiL angemeldet. Im ersten Jahr gab es nur wenige Anmeldungen, doch die Tendenz war kontinuierlich steigend. Die nachfolgende Tabelle 12 stellt die Entwicklung der Anmeldungen dar.

Tabelle 12 Anmeldungen zum SiL von 2008-2010

Jahr	Anmeldungen (Fälle)*	
	N	%
2008 (Oktober-Dezember)	7	3
2009	82	35
2010 (Januar-August)	144	62
Total	233	100

N=Anzahl *Patienten mit oder ohne Bezugspersonen

Wie in Abbildung 6 ersichtlich, wurden von diesen insgesamt 233 Fällen 192 (82.4%) persönlich beraten, entweder bei den Klienten zuhause oder an einem anderen Ort. Die übrigen 41 Personen (17.6%) wurden entweder telefonisch beraten oder es kam keine Beratung zu Stande.



¹Hausbesuch bei Patienten (ohne Angehörige)

²Hausbesuch in Begleitung Angehöriger, Spitex, Vormundschaftsbehörde oder Arzt

³Memory Klinik Entlisberg

N=Total Kundschaft resp. Anzahl Fälle

Abbildung 6 SiL Kundschaft und Art der Beratung (N=233)

Von den 192 Fällen, welche die SiL-Mitarbeitenden persönlich beraten hatten, wurden - nach zuvor festgelegten Kriterien - Personen ausgewählt und gefragt, ob sie an der Evaluation teilnehmen möchten. 37 Fälle (19,3%) waren zur Teilnahme an der Evaluation bereit (siehe Abbildung 7). Die SiL-Mitarbeitenden dokumentierten die Gründe der Verweigerung respektiv das Nichterfüllen der Aufnahmekriterien für die Evaluation. In der nachfolgenden Tabelle 13 sind die Gründe beschrieben. Bei der Hälfte der Fälle wurde allerdings keine Dokumentation durchgeführt. Deshalb können die Gründe hier nicht vollständig beschrieben werden. Im Zeitraum von März 2010 bis Ende August 2010 sind in 68 Fällen keine Verweigerungsgründe dokumentiert.

Tabelle 13 Gründe für die Verweigerung an der Evaluationsteilnahme (N=155)

	Anzahl <i>n</i>	Anteil %
Verweigerungsgründe		
Keine Kooperation	28	18.1
Keine weitere Nutzung von SiL	23	14.8
Belastung der Angehörigen	12	7.7
Keine validen Antworten	9	5.8
Diverse Gründe	6	3.9
Keine Erinnerung an SiL-Hausbesuch	3	1.9
Keine Angabe	74	47.7
Total	155	100%

n, N=Anzahl

Die 37 vom SiL-Team an die Studie überwiesenen Fälle wurden vom Evaluationsteam kontaktiert, und es wurde ein Interviewtermin vereinbart. Interviews konnten jedoch nur in 26 Fällen durchgeführt werden. Mit 11 Fällen (30%) konnte trotz vorheriger Abklärung des SiL-Teams kein Interview gemacht werden. Tabelle 14 führt die Gründe dafür auf.

Tabelle 14 Gründe für die Verweigerung an der Evaluationsteilnahme (N=11)

Gründe für Verweigerung
<ul style="list-style-type: none"> • Angst vor dem Unterschreiben der Einverständniserklärung • Keine Demenz • Krankenhausaufenthalt der Bezugsperson • Krankenhausaufenthalt des Patienten • Tod der Bezugsperson • Institutionalisierung des Patienten • Umzug • Verwirrtheit des Patienten ohne Bezugsperson • Keine Zeit • Erfolgreiche SiL-Beratung

N=Anzahl

Wie in Abbildung 7 ersichtlich, konnten die Daten insgesamt in 24 von 26 Fällen ausgewertet werden. Bei zwei Fällen war dies nicht möglich, weil einerseits keine valide Antwort und andererseits nur ein Pretest vorlagen.

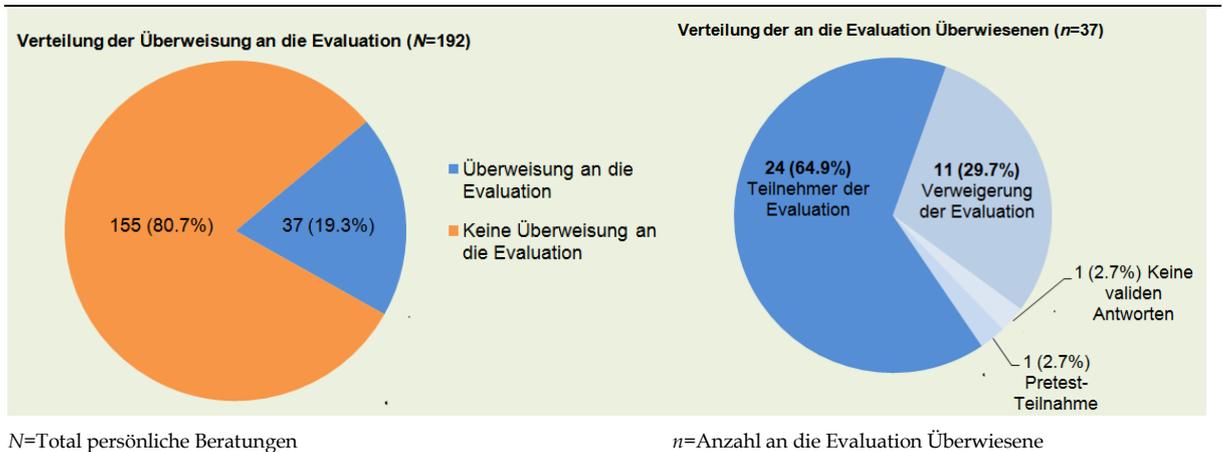


Abbildung 7 Anzahl Überweisungen an die Evaluation und effektive Teilnehmer an der Evaluation

9.2.1 Beschreibung und Vergleich der SiL-KundInnen mit der Evaluationsstichprobe

Im Folgenden wird überprüft, inwieweit die vom Evaluationsteam interviewten Personen (Evaluationsstichprobe) die Gesamtkundschaft von SiL (Grundgesamtheit) repräsentiert. Dabei umfasst die Grundgesamtheit nur jene Personen, welche persönlich von den SiL-Mitarbeitenden beraten wurden (N=192).

Da keine Angaben zu den Bezugspersonen der Patienten und Patientinnen der Grundgesamtheit zur Verfügung stehen, können diese nicht mit der Stichprobe verglichen werden. Folgende Merkmale der Patienten und Patientinnen werden deshalb verglichen: Geschlecht, Alter, kognitive Beeinträchtigung (Mini-Mental-State-Examination, Zürcher Version nach Brühwiler, 1986), Vorhandensein einer Bezugsperson, Beziehungsgrad der Bezugsperson zu dem Patienten, Vorhandensein eines gemeinsamen Haushaltes, Zuweiser, Grund für die Zuweisung sowie Art des Kontakts und eingeleitete Massnahmen.

Tabelle 15 beschreibt die Unterschiede zwischen den Merkmalen und ihre Signifikanzen. Anhand des Chi-Quadrat-Tests nach Pearson konnte keine signifikante Unterscheidung zwischen Grundgesamtheit und Stichprobe bezüglich folgender Variablen festgestellt werden: ‚Geschlecht‘ ($p=.633$), ‚Vorhandensein der Bezugsperson‘ ($p=.177$) und ‚Vorhandensein eines gemeinsamen Haushalts‘ ($p=.494$). Der Unterschied bezüglich der Variable ‚Beziehungsgrad zum Patienten‘ konnte aufgrund geringer Werte nicht gemessen werden. Dies bedeutet, dass die Evaluationsstichprobe und die Gesamtkunden bezüglich dem Geschlecht, einem gemeinsamen Haushalt und einer Bezugsperson vergleichbar sind.

Tabelle 15 Verteilung des Geschlechts und der Lebenslage in der Grundgesamtheit und der Stichprobe

	Grundgesamtheit (N=192)		Stichprobe (n=24)	
	n	(%*)	n	(%*)
Geschlecht				
weiblich	152	(79.2)	20	(83.3)
männlich	40	(20.8)	4	(16.7)
Bezugsperson vorhanden?				
Ja	134	(70.2)	20	(83.3)
Nein	57	(29.8)	4	(16.7)
Fehlende Werte	1			
Beziehungsgrad zum Patienten				
Kind	48	(36.9)	4	(25)
PartnerIn	41	(31.5)	7	(35)
Geschwister	12	(9.2)	2	(10)
Nichte/Neffe	8	(6.2)	3	(15)
Andere	8	(6.2)	1	(5)
EnkelIn	5	(3.8)		
PartnerIn und Kind	5	(3.8)	2	(10)
PartnerIn, Kind und EnkelIn	1	(0.8)		
PartnerIn und Nichte oder Neffe	1	(0.8)		
Gesetzliche Vertreter	1	(0.8)		
Fehlende Werte	4			
Gemeinsamer Haushalt mit der Bezugsperson				
Nein	75	(58.1)	10	(50)
Ja	54	(41.9)	10	(50)
Fehlende Werte	5			

*ohne fehlende Werte; n, N=Anzahl

Bei metrischen Variablen wurde der Normalverteilungstest nach Kolmogorov-Smirnov durchgeführt, weil die Variablen Alter ($p=.018$) und ‚Z-MMSE‘ ($p=.016$) nicht normalverteilt sind. Deshalb wurden die Gruppenunterschiede mittels dem Mann-Whitney-U-Test geprüft. Es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen der Grundgesamtheit und der Stichprobe bezüglich Alter ($p=.800$) oder Z-MMSE ($p=.700$) festgestellt werden (vgl. Tabelle 16). Dies bedeutet, dass die Evaluationsstichprobe auch hinsichtlich der kognitiven Beeinträchtigung und dem Alter mit den Gesamtkunden vergleichbar ist.

Tabelle 16 Kennwerte des Alters und der kognitiven Beeinträchtigung in der Grundgesamtheit und Stichprobe

	Grundgesamtheit (N=192)				Stichprobe (n=24)			
	M (SD)	Median	Spanne	Fehlende Werte	M (SD)	Median	Spanne	Fehlende Werte
Alter	83.2 (7.1)	84.0	58 - 98	37 (19.3%)	83.6 (5.1)	84.0	74 - 93	3 (12.5%)
Z-MMSE	20.3 (5.3)	21.0	1 - 29	67 (34.9%)	20.2 (5.3)	19.8	8 - 29	6 (25%)

M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; Mini- Mental-State Examination-Zürcher Version nach Brühwiler (1986); n, N=Anzahl

Da die Variablen ‚Zuweiser‘ und ‚Grund der Zuweisung‘ sehr viele kleine Kategorien aufweisen, konnte der Chi-Quadrat-Test nach Pearson nicht durchgeführt werden. Aus der Tabelle 17 geht jedoch hervor, dass der Städtärztliche Dienst 43% der Fälle der Gesamtkunden an SiL überwiesen hat. In der Evaluationsgruppe waren es hingegen nur deren 25%. In der Evaluationsgruppe wurden 30% durch Angehörige angemeldet, im Gegensatz zu den 13% der Gesamtklienten. 17% der Klienten der Stichprobe wurden ausserdem durch die Stiftung Alterswohnungen der Stadt Zürich an SiL überwiesen. Dies sind doppelt so viele wie in der Grundgesamtheit (8%). Die Gruppen unterscheiden sich deshalb bezüglich der Zuweiser voneinander.

Tabelle 17 Verteilung der Zuweiser der Grundgesamtheit und der Stichprobe

	Grundgesamtheit (N=192)		Stichprobe (n=24)	
	n	(%)	n	(%)
Zuweiser				
Städtärztlicher Dienst	82	(42.7)	6	(25)
Angehörige	24	(12.5)	7	(29.2)
Pflegezentrum der Stadt Zürich	19	(9.9)	1	(4.2)
Andere	16	(8.3)	2	(8.3)
Stiftung Alterswohnungen der Stadt Zürich	15	(7.8)	4	(16.7)
Memory Klinik Entlisberg	13	(6.8)	1	(4.2)
Sozialdienst	10	(5.2)	1	(4.2)
Spitex	5	(2.6)	2	(8.3)
Krankenhaus	3	(1.6)		
Bekannte	2	(1)		
Hausarzt	2	(1)		
Selber	1	(0.5)		

n, N=Anzahl

Die meisten Fälle sowohl in der Grundgesamtheit (50%) als auch in der Stichprobe (58%) wurden zur Abklärung aufgrund der häuslichen Situation oder des Gedächtnisses an SiL überwiesen. Den zweit häufigsten Zuweisungsgrund in den beiden Gruppen bildet die Kategorie ‚Beratung/Begleitung zuhause‘; in der Grundgesamtheit sind dies 18% im Gegensatz zu 13% in der Stichprobe. Nur in der Grundgesamtheit wurden Kunden aufgrund von Verwahrlosung oder eines Austritts aus einem Spital/Pflegeheim an SiL überwiesen (vgl. Tabelle 18).

Tabelle 18 Verteilung der Zuweisungsgründe der Grundgesamtheit und der Stichprobe

	Grundgesamtheit (N=192)		Stichprobe (n=24)	
	n	(%)	n	(%)
Zuweisungsgründe				
Abklärung der häuslichen Situation / des Gedächtnisses	96	(50)	14	(58.3)
Begleitung / Beratung zuhause	34	(17.7)	3	(12.5)
Verschlechterung Gesundheit	17	(8.9)	2	(8.3)
Austritt aus Spital o.Ä.	14	(7.3)		
Vergesslichkeit	9	(4.7)	2	(8.3)
Verwahrlosung	8	(4.2)		
Bedarf an Unterstützungsangeboten	6	(3.1)	1	(4.2)
Belastung Umfeld	4	(2.1)	2	(8.3)
Hilflosigkeit	3	(1.6)		
Wahnhafte Vorstellungen	1	(0.5)		

n, N=Anzahl

Der nachfolgenden Tabelle 19 kann die Art des ersten Kontakts sowie die durchgeführten Massnahmen entnommen werden. Da diese beiden Merkmale viele kleine Kategorien umfassen, konnten keine Gruppenunterschiede auf Signifikanz getestet werden.

Sowohl in der Grundgesamtheit als auch in der Stichprobe sind Hausbesuche ohne Begleitung Angehöriger die häufigste Art des ersten Kontakts mit dem Patienten; gefolgt von Hausbesuchen in Begleitung Angehöriger, Spitex, Vormundschaftsbehörde oder Arzt. Die Stichprobe weist über 10% mehr Fälle beim begleiteten Hausbesuch auf als die Grundgesamtheit. Der Grund dafür liegt u.a. darin, dass in der Stichprobe mehr Patienten und Patientinnen eine Bezugsperson haben als in der Grundgesamtheit. Der erste Besuch wurde in 8% der Fälle der Grundgesamtheit an einer Institution gemacht, während in der Stichprobe niemand an einer Institution besucht wurde.

In beiden Gruppen bildet eine standardisierte Abklärung zuhause die am häufigsten durchgeführte Massnahme der SiL-Mitarbeitenden. Sie beinhaltet einen Hausbesuch mit einer teilweisen oder vollständigen Abklärung mittels verschiedener Testverfahren.

Tabelle 19 Verteilungen der Art des Kontakts und der durchgeführten Massnahmen der Grundgesamtheit (N=192) und der Stichprobe (n=24)

	Grundgesamtheit (N=192)		Stichprobe (n=24)	
	n	(%)	n	(%)
Kontakt				
Hausbesuch ¹	120	(62.5)	14	(58.3)
Hausbesuch begleitet ²	51	(26.6)	9	(37.5)
Besuch an einer Institution	15	(7.8)	0	
Beratung anderer Ort	5	(2.6)	1	(4.2)
Beratung in der Memory Klinik Entlisberg	1	(0.5)	0	
Massnahmen				
Standardisierte Abklärung zuhause ³	114	(59.4)	21	(87.5)
Beratung Angehöriger	34	(17.7)	2	(8.3)
Hausbesuch zur Verlaufskontrolle ⁴	19	(9.9)	1	(4.2)
Vorstellen SiL ⁵	12	(6.3)	0	
Beratung Spitex	5	(2.6)	0	
Beratung Beistand	2	(1)	0	
Keine	6	(3.1)	0	

¹Hausbesuch mit dem Patienten alleine; ²Hausbesuch in Begleitung Angehöriger, Spitex, Vormundschaftsbehörde oder Arzt;

³Hausbesuch mit einer teilweisen oder vollständigen Abklärung mit verschiedenen Demenztesten; ⁴Hausbesuch zur Verlaufskontrolle mit einem bestimmten Auftrag oder Hausbesuch ohne erfolgreiche Abklärungen; ⁵Hausbesuch und telefonische Vorstellung des SiL-Angebotes; n, N=Anzahl

Der Kolmogorov-Smirnov-Test bestätigt keine Normalverteilung der Merkmale ‚Anzahl Hausbesuche‘ ($p=.00$), ‚Anzahl Anrufe‘ ($p=.00$) sowie ‚Anzahl Empfehlungen‘ ($p=.00$) in der Grundgesamtheit. Deshalb werden sie auf die Unterschiede mittels Mann-Whitney-U-Tests geprüft. Anhand des Tests weist keines der Merkmale ‚Anzahl Hausbesuche‘ ($p=.578$), ‚Anzahl Anrufe‘ ($p=.159$) sowie ‚Anzahl Empfehlungen‘ ($p=.620$) signifikante Unterschiede zwischen der Grundgesamtheit und der Stichprobe auf. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass die Gruppen bezüglich dieser Merkmale miteinander vergleichbar sind.

Tabelle 20 Verteilung der Anzahl Hausbesuche, Anrufe und persönliche Empfehlungen der Grundgesamtheit und der Stichprobe

	Grundgesamtheit (N=192)				Stichprobe (n=24)			
	M (SD)	Median	Spanne	Fehlende Werte	M (SD)	Median	Spanne	Fehlende Werte
Anzahl Hausbesuche	1.7 (1.8)	1	0 - 17	1 (0.5%)	1.5 (0.5)	1	1 - 2	0
Anzahl Anrufe	5.1 (6.5)	3	0 - 50	3 (1.6%)	5.6 (4.5)	4	1 - 20	0
Anzahl Empfehlungen	1.4 (1.1)	1	0 - 9	0	1.8 (1.8)	1	0 - 9	0

M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; n, N=Anzahl

Abschliessend wurde das Merkmal ‚Empfehlungen‘ auf Unterschiede zwischen den Gruppen mit dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson geprüft. In den folgenden Empfehlungen wurden signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen gemessen: ‚Ergänzende Angebote intern (PZZ)‘ ($p=.005$), ‚Antrag Beistandschaft‘ ($p=.037$) sowie ‚Abklärung in der Memory Klinik‘ ($p=.012$). Bezüglich dieser Variablen unterscheiden sich die Gruppen voneinander. Bei allen anderen Empfehlungen wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Grundgesamtheit und Stichprobe festgestellt (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 21 Verteilung der Art von Empfehlungen in der Grundgesamtheit und der Stichprobe

Art von Empfehlung*	Grundgesamtheit (N=192)	Stichprobe (n=24)
	n (%)	n (%)
Einführung Spitex	62 (32.3)	5 (21.0)
Ergänzende Angebote intern (PZZ)	46 (24.0)	18 (85.7)
Ausbau Spitex	42 (21.9)	7 (29.2)
Antrag Beistandschaft	30 (15.6)	0 (0.0)
Ergänzende Angebote extern	28 (14.6)	4 (16.7)
Eintritt in eine Institution	28 (14.6)	1 (4.2)
Reinigung Wohnung	13 (6.8)	0 (0.0)
Abklärung MKE	8 (4.2)	4 (16.7)
Antrag Ergänzungsleistung/Hilflosenentschädigung	6 (3.1)	1 (4.2)
Organisation Mahlzeitendienst	5 (2.6)	0 (0.0)
Organisation Treuhanddienst	3 (1.6)	1 (4.2)
Organisation Handwerker	3 (1.6)	1 (4.2)

n, N=Anzahl *Mehrfachnennungen möglich

In Kürze

- Obwohl die meisten untersuchten Merkmale keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen aufweisen, können die folgenden Resultate nicht generell auf die Grundgesamtheit übertragen werden. Aufgrund der nicht randomisierten Selektion und des kleinen Umfangs der Stichprobe, des Fehlens wichtiger soziodemografischer und -ökonomischer Angaben der Patienten und aller Merkmale der Bezugspersonen in der Grundgesamtheit, repräsentiert die Stichprobe nur in gewissen Merkmalen die Grundgesamtheit.
- Durch diesen Vergleich sind aber auch zwei wesentliche Unterschiede sichtbar geworden. Bei der Grundgesamtheit wies der stadtärztliche Dienst (SAD) mit 43% (Stichprobe 25%) Zuweisungen die höchste Rate auf, bei der Stichprobe waren es die Angehörigen mit knapp 30% (Grundgesamtheit 13%) der Zuweisungen. Bei den Empfehlungen konnten signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen aufgezeigt werden. So wurden nur in der Grundgesamtheit Anträge auf Beistandschaft eingeleitet. In der Stichprobe wurden deutlich häufiger die ergänzenden internen Angebote der PZZ oder eine Abklärung an der Memory-Klinik empfohlen als bei der Grundgesamtheit. Diese Unterschiede lassen vermuten, dass insgesamt eine grosse Anzahl Betroffener an SiL überwiesen wurde, die bereits unter einer grossen Belastung standen. Dies würde auch erklären, wieso nicht mehr Betroffene an der Evaluation teilnehmen konnten.

9.3 Ergebnisse der Evaluation

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in fünf Teilen. Im ersten Teil wird die Evaluationsstichprobe beschrieben. Im zweiten Teil folgen die Ergebnisse bezüglich der Patienten, gefolgt von den Ergebnissen zu den Bezugspersonen. Im letzten Teil werden die Resultate der Interviews mit den zuweisenden Stellen und den SiL-Mitarbeitenden dargelegt.

9.3.1 Beschreibung der Stichprobe

Im Folgenden wird die Stichprobe anhand soziodemografischer Merkmale beschrieben, ergänzt durch den Gesundheitszustand der Patienten und die erhaltene Entlastung und Unterstützung der Bezugspersonen vor der Beratung (24 Patienten und 18 Bezugspersonen). In den nachfolgenden Kapiteln werden lediglich die Ergebnisse der Befragungen mit jenen 12 Patienten und 16 Bezugspersonen dargelegt, von denen auch eine schriftliche Einverständniserklärung zur Evaluation vorliegt.

Patienten

Wie Tabelle 22 zeigt, sind die Patienten durchschnittlich mehrheitlich weiblich, um die 84 Jahre alt, verheiratet oder ledig und Schweizer Bürger mit abgeschlossener Berufslehre.

Tabelle 22 Soziodemografische Merkmale der Patienten (N=24)

Merkmale	Patienten	
	<i>n</i>	in %*
Geschlecht		
weiblich	20	83.3
männlich	4	16.7
Nationalität		
Schweiz	22	91.7
Österreich	1	4.2
Italien	1	4.2
Zivilstand		
ledig	7	29.2
verheiratet	7	29.2
verwitwet	6	25
geschieden	4	16.7
Ausbildung		
Keine Schul- oder Berufsbildung		
Obligatorische Schule	6	33.3
Berufslehre	9	50
Maturitätsschule, Primarlehrerausbildung		
Höhere Fachausbildung	2	11.1
Universität, Hochschule	1	5.6
Fehlende Werte	6	

*ohne fehlende Werte; *n, N*=Anzahl

Tabelle 23 Merkmale der Lebenslage der Patienten (N=24)

Merkmale	Patienten	
	n	in %*
Kinder		
Ja	13	54.2
Nein	11	45.8
Bezugsperson vorhanden		
Ja	18	75
Nein	6	25
Wohnt zusammen mit der Bezugsperson (n=18)		
Nein	10	55.6
Ja	8	44.4
Art von Wohnraum		
Mietwohnung	12	50
Alterswohnung	7	29.2
Gemietetes Haus	2	8.3
Eigenheim	2	8.3
Eigentumswohnung	1	4.2
Monatliches Haushaltseinkommen (Brutto in CHF)		
Einpersonen-Haushalt		
2000-4000	2	66.7
4001-6000	1	33.3
6001-8000		
8001-10000		
Fehlende Werte	7	
Zweipersonen-Haushalt		
2000-4000	5	62.5
4001-6000	2	25
6001-8000		
8001-10000	1	12.5
Fehlende Werte	6	

*ohne fehlende Werte; n, N=Anzahl

Die Mehrheit der Patienten hat Kinder und verfügt über eine Bezugsperson. Meist wohnen sie allein in einer Mietwohnung. Durchschnittlich verfügen sie über ein monatliches Brutto-Haushaltseinkommen zwischen CHF 2'000 und CHF 4'000 (vgl. Tabelle 23).

Vier der 24 Patienten haben eine diagnostizierte Demenz (vgl. Tabelle 24). Die SiL-Mitarbeitenden gehen jedoch davon aus, dass alle Klienten an einer Form von Demenz erkrankt sind. 12 Patienten (86%) leiden an mehreren Krankheiten.

Tabelle 24 Prävalenz von Demenz und Multimorbidität in der Stichprobe (N=24)

	Patienten	
	<i>n</i>	in %*
Demenzdiagnose		
Nein	20	83.3
Ja	4	16.7
Multimorbidität		
Ja	12	85.7
Nein	2	14.3
Fehlende Werte	10	

*ohne fehlende Werte; *n*, *N*=Anzahl

Die Hälfte der Patienten leidet an einer mittleren kognitiven Beeinträchtigung (MMSE: $M=20.0$; $SD=4.8$; Wertebereich der Skala: 0="sehr starke Beeinträchtigung" bis 30="keine kognitive Beeinträchtigung"). Durchschnittlich sind die Patienten an zwei bis drei verschiedenen Krankheiten erkrankt. Sie nehmen im Mittel 4.6 verschiedene Medikamente pro Tag ein. Zwei Patienten waren im Zeitraum zwischen der ersten Beratung und der Befragung des Evaluationsteams sieben Tage hospitalisiert; ein Patient war zehn Tage hospitalisiert. Diese Spitalaufenthalte waren keine notfallmässigen Hospitalisationen. Die Dauer zwischen der ersten Beratung und der Befragung des Evaluationsteams betrug im Mittel 63 Tage, d.h. neun Wochen ($SD=2.9$, Median=56, Spanne=19-162).

Die von der Memory Klinik angepassten Skalen ADL ('Activities of Daily Living' nach Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffee, 1963), IADL ('Instrumental Activities of Daily Living' nach Lawton & Brody, 1969) und SIADL ('Social Activity of Daily Living' nach Lawton & Brody, 1969) zeigen auf, wie stark die Patienten bei ihrem alltäglichen Leben beeinträchtigt sind. Wie der Tabelle 25 zu entnehmen ist, sind die Patienten in den alltäglichen Aktivitäten (ADL) wenig beeinträchtigt ($M=1.6$, Spanne=0-10), dies im Gegensatz zu den instrumentellen Aktivitäten (IADL) ($M=11.7$, Spanne=1-24; Wertebereich der Skala: 0-24). Bei den sozialen Aktivitäten (SIADL) ($M=2.7$, Spanne 0-7; Wertebereich der Skala: 0-9) sind die Patienten bezüglich des Faktors 'soziales Verhalten' am stärksten - d.h. in diesem Fall mittelschwer - beeinträchtigt ($M=1.2$, Spanne 0-3; Wertebereich der Skala: 0-3).

Tabelle 25 Gesundheitszustand und Aktivitäten des täglichen Lebens der Patienten (N=24)

Gesundheit und Funktionalität	Patienten			
	M (SD)	Median	Spanne	Fehlende Werte n (%)
Anzahl Krankheiten	2.6 (0.8)	2	2 - 4	13 (54.2)
Anzahl eingenommene Medikamente	4.6 (3.5)	4	1 - 11	13 (54.2)
Anzahl Tage im Krankenhaus	1.1 (2.9)	0	0-10	3 (12.5)
MMSE-Zürcher Version	20.0 (4.8)	19.5	8 - 29	3 (12.5)
ADL	1.6 (2.4)	1	0 - 10	2 (8.3)
IADL	11.7 (7.4)	12	1 - 24	3 (12.5)
SIADL	2.7 (1.9)	2	0 - 7	3 (12.5)
- Kommunikation	0.8 (0.7)	1	0 - 2	2 (8.3)
- Soziales Verhalten	1.2 (1.0)	1	0 - 3	2 (8.3)
- Kooperation	0.5 (0.6)	0	0 - 2	3 (12.5)

MMSE= ‚Mini-Mental-State Examination-Zürcher Version‘ nach Brühwiler (1986); Wertebereich: 0-30; 0= sehr starke Beeinträchtigung bis 30=keine kognitive Beeinträchtigung)

ADL= ‚Activities of Daily Living‘ nach Katz, Ford, Moskowitz, Jackson & Jaffee (1963), angepasst von Memory Klinik Entlisberg, Wertebereich: 0-12; 0=keine Beeinträchtigung bis 12= sehr starke Beeinträchtigung

IADL= ‚Instrumental Activities of Daily Living‘ nach Lawton and Brody (1969), angepasst von Memory Klinik Entlisberg, Wertebereich: 0-24; 0=keine Beeinträchtigung bis 24= sehr starke Beeinträchtigung

SIADL= ‚Social Activity of Daily Living‘ nach Lawton and Brody (1969), angepasst von Memory Klinik Entlisberg, Wertebereich: 0-9; 0=keine Beeinträchtigung bis 9= sehr starke Beeinträchtigung. Jede Untergruppe verfügt über den Wertebereich 0 bis 3; 0= keine Beeinträchtigung bis 3= sehr starke Beeinträchtigung.

M=Mittelwert; SD=Standardabweichung; n, N=Anzahl

In Kürze

- Die Stichprobe besteht vor allem aus multimorbiden Patientinnen.
- Sie sind in ihren alltäglichen instrumentellen Fähigkeiten und im sozialen Verhalten mittelschwer beeinträchtigt.
- Sie verfügen am häufigsten über eine Berufslehrausbildung.
- Ihr monatliches Bruttoeinkommen beträgt durchschnittlich weniger als CHF 4'000.

9.3.1.1 Bezugspersonen

Die Bezugspersonen sind durchschnittlich weiblich, 71 Jahre alt, Schweizer Nationalität, verheiratet und in Rente. Sie verfügen über eine Berufslehre oder eine höhere Fachausbildung und sind meist jünger und besser ausgebildet als „ihre“ Patienten. Meist handelt es sich dabei um einen (Ehe)Partner (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26 Soziodemografische Merkmale der Bezugspersonen der Stichprobe (N=18)

Merkmale	Bezugspersonen	
	n	in %*
Geschlecht		
weiblich	11	61.1
männlich	7	38.9
Nationalität		
Schweiz	17	100
Fehlende Werte	1	
Zivilstand		
verheiratet	12	75
ledig	3	18.8
geschieden	1	6.3
Fehlende Werte	2	
Ausbildung		
Obligatorische Schule	3	18.8
Berufslehre	5	31.3
Maturitätsschule, Primarlehrerausbildung	2	12.5
Höhere Fachausbildung	5	31.3
Universität, Hochschule	1	6.3
Fehlende Werte	2	
Beziehungsgrad zum Patienten		
(Ehe)Partner	8	44.4
Elternteil	5	27.8
Geschwister	1	5.6
Andere	4	22.2
Beruflicher Status		
Rentner	13	76.5
Berufstätig	4	23.5
Fehlende Werte	1	

*ohne fehlende Werte; n, N=Anzahl

Entlastung und Unterstützung der Bezugspersonen vor der Beratung

Im Folgenden werden die Entlastung sowie die Unterstützung, welche die Bezugspersonen vor der Beratung erhalten haben, beschrieben. Dies ermöglicht einen Überblick darüber, wie belastet die Bezugspersonen vor der ersten Beratung waren. Es wäre interessant zu wissen, ob und wie stark das Einführen verschiedener Entlastungsangebote die Belastung der Bezugspersonen beeinflusste. Dies ist jedoch aufgrund fehlender Verlaufsbefragungen nicht möglich.

Zeitlicher Aufwand für die Betreuung und Pflege

Die Bezugspersonen gaben einen durchschnittlichen Betreuungs- und Pflegeaufwand von 39 Stunden pro Woche an (Spanne=1.5-168, Median=11, $n=16$). Durchschnittlich können sie 148 Tage im Jahr (2.8 Tage in der Woche) Auszeit von der Betreuung und/oder Pflege nehmen (Spanne 0-365, Median=52, $n=11$). Zwei Personen können nie eine Auszeit nehmen; drei Personen gelingt dies jeden Tag.

Beurteilung der erhaltenen Entlastung und Unterstützung bei der Betreuung und Pflege

Die Bezugspersonen wurden vor der SiL-Beratung gefragt, wie sie die Entlastung und Unterstützung beurteilen, die sie von ihrem - informellen und formellen - sozialen Umfeld bei der Betreuung und Pflege des Patienten erhalten. Im Mittel sind die Bezugspersonen recht gut zufrieden damit ($M=7.3$, Spanne=5-10, Median= 8, $n=13$; Wertebereich der Skala: 0=„überhaupt keine Entlastung, die ich mir wünsche“ bis 10=„voll und ganz die Entlastung, die ich mir wünsche“).

Inanspruchnahme formeller und informeller Entlastungs- und Unterstützungsangebote

Vor der SiL-Beratung beanspruchten 14 (93.3%) von 15 Bezugspersonen formelle Entlastungs- und Unterstützungsangebote in der Betreuung oder Pflege ihrer Angehörigen. Durchschnittlich wurden von den Betroffenen drei Angebote in Anspruch genommen (Spanne=0-6, Median=3).

Der Tabelle 27 kann Art und Ausmass der formellen Entlastungs- und Unterstützungsangebote, welche von den Bezugspersonen vor der SiL-Beratung in Anspruch genommen wurden, entnommen werden. Am häufigsten wurde die Spitex-Krankenpflege ($n=11$) genutzt, gefolgt vom Mahlzeitendienst und von der Spitex-Haushaltshilfe (je $n=7$) sowie dem Reinigungsdienst ($n=3$).

Tabelle 27 Art und Ausmass der genutzten formellen Entlastungs- und Unterstützungsangebote ($N=14$)

Art der Entlastungs- oder Unterstützungsangebote**	Bezugspersonen	
	<i>n</i>	in %*
Spitex-Krankenpflege	11	78.6
Mahlzeitendienst	7	50
Spitex-Haushaltshilfe	7	50
Reinigungsdienst	3	21.4
Gedächtnistraining für Demenzkranke	2	14.3
Unterstützung in administrativen Belangen	2	14.3
Tagbetreuung zu Hause oder in der Klinik	2	14.3
Zeitschrift der Schweizerischen Alzheimervereinigung	1	7.1
Besuchsdienst	1	7.1
Freiwillige formell vermittelte Helfer	1	7.1
Wäschedienst	1	7.1
Einkaufsdienst	1	7.1
Andere	2	14.3

N =Anzahl Bezugspersonen, n =Anzahl Nennungen; *bezogen auf $N=14$, **Mehrfachnennungen möglich

Informelle Entlastungs- und Unterstützungsangebote wurden von 12 Bezugspersonen in Anspruch genommen. Sie nutzten im Mittel 2.2 Angebote (Spanne=0-4). Am häufigsten wurden informelle unterstützende Gespräche geführt, gefolgt von der Inanspruchnahme von Hilfe im Haushalt und der Unterstützung beim Einkaufen. Am häufigsten halfen eigene Familienmitglieder.

9.3.2 Auswirkungen des SiL-Angebotes auf Patienten mit Demenz

Methodische Grenzen

Mit dem mehrheitlich quantitativ angelegten Untersuchungsdesign stiess die Evaluation bei der kleinen Stichprobengrösse an statistische Grenzen. Die folgenden Auswertungen und Informationen und beruhen auf kleinen Zahlen und sind als Tendenzen zu verstehen. Die Beziehung zwischen den Patienten und ihren Bezugspersonen, die Art und der Umfang der Betreuung und damit auch die erwartete Hilfe und Unterstützung durch Hausbesuche SiL sind sehr unterschiedlich und dies schlägt sich in diesen Auswertungen nieder. Die Ergebnisse sind deshalb mit Vorsicht zu interpretieren.

Veränderung der Lebensqualität und Gesundheit der Patienten

In diesem Kapitel werden Veränderungen in der subjektiven Lebensqualität und Gesundheit der Patienten während der Nutzung des SiL-Angebotes dargelegt. Die Messungen wurden vor der ersten Beratung (t1) von den SiL-Mitarbeitenden und nach der letzten Beratung (t2) vom Evaluationsteam durchgeführt. Zwischen dem ersten Messzeitpunkt t1 und dem letzten Messzeitpunkt t2, lagen durchschnittlich 63 Tage, d.h. 9 Wochen (Spanne=19-162, Median=56). Aufgrund der fehlenden Kontrollgruppe können allfällige Veränderungen in den Kriterien jedoch nicht automatisch auf die SiL-Beratung zurückgeführt werden und müssen mit Bedacht interpretiert werden.

Veränderung der subjektiven Lebensqualität der Patienten

Die Patienten schätzten ihre momentane Lebensqualität anhand einer Visuell-Analog-Skala ein (Wertebereich der Skala: 1=„die schlechteste Lebensqualität“ bis 5=„die beste Lebensqualität“).

Tabelle 28 zeigt, dass sich die subjektive Lebensqualität bei zwei Patienten verbesserte und bei fünf Patienten verschlechterte. Zwei Patienten weisen keine Veränderungen auf. Diese Stabilisierung wird als ein positives Zeichen interpretiert, da es sich bei Demenz generell um eine progressive Krankheit handelt.

Tabelle 28 Veränderung der subjektiven Lebensqualität der Patienten von t1 zu t2 (N=9)

Patient	Subjektive Lebensqualität ¹ t1	Subjektive Lebensqualität t2	Δ t1-t2	Trend	Wertung
1	4	3	-1	↘	-
2	4	3	-1	↘	-
3	3	4	1	↗	+
4	5	3	-2	↓	-
5	3	1	-2	↓	-
6	4	5	1	↗	+
7	3	3	0	→	+
8	5	4	-1	↘	-
9	5	5	0	→	+
Total Wertung					4 + / 5 -

¹Wertebereich der Skala: 1=„die schlechteste Lebensqualität“ bis 5=„die beste Lebensqualität“

t1=vor der Beratung; t2=nach der letzten Beratung; t1-t2=Veränderung in der subjektiven Lebensqualität von t1 bis t2
N=Anzahl

Veränderung der subjektiven Gesundheit der Patienten

Neun Patienten schätzten ihre momentane Gesundheit anhand einer Visuell-Analog-Skala ein (Wertebereich der Skala: 1=„die schlechteste Gesundheit“ bis 5=„die beste Gesundheit“). Tabelle 29 zeigt, dass sich die subjektive Gesundheit bei zwei Patienten verbessert und bei vier Patienten verschlechtert hat. Drei Patienten wiesen keine Veränderungen auf, was weder positiv noch negativ gewertet wird.

Tabelle 29 Veränderung der subjektiven Gesundheit der Patienten von t1 zu t2 (N=9)

Patient	Subjektive Gesundheit ¹ t1	Subjektive Gesundheit t2	Δ t1-t2	Trend	Wertung
1	4	3	1	↗	+
2	4	4	0	→	
3	3	4	-1	↘	-
4	3	4	1	↗	+
5	4	1	-3	↓	-
6	4	3	-1	↘	-
7	4	3	-1	↘	-
8	2	2	0	→	
9	5	5	0	→	
Total Wertung					2 + / 4 -

¹Wertebereich der Skala: 1=„die schlechteste Gesundheit“ bis 5=„die beste Gesundheit“

t1=vor der Beratung; t2=nach der letzten Beratung; t1-t2= Veränderung in der subjektiven Gesundheit von t1 bis t2
N=Anzahl

Bewertung des SiL-Angebotes durch die Patienten

Die Patienten wurden anhand einer Visuell-Analog-Skala (Wertebereich der Skala: 1=„gar nicht zufrieden“ bis 5=„sehr zufrieden“) zu ihrer Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot befragt. Acht Patienten beantworteten diese Frage. Im Mittel erteilten sie dem SiL-Angebot die gute Note 4.1 (Spanne=3-5, Median=4).

In Kürze

- Vier Patienten der Stichprobe (n=9) zeigten Anzeichen einer Stabilisierung oder Verbesserung ihrer subjektiven Lebensqualität.
- Die subjektive Gesundheit von drei Patienten blieb während des Untersuchungszeitraums gleich; bei vier Personen verschlechterte sie sich.
- Die Patienten waren mit dem SiL-Angebot gut zufrieden.

9.3.3 Auswirkungen des SiL-Angebotes auf Bezugspersonen

Die Bezugspersonen wurden nach Veränderungen bezüglich der eigenen subjektiven Lebensqualität, Gesundheit, Belastung durch die Betreuung und Pflege sowie Belastung durch das Wissen um die Diagnose Demenz befragt. Die Messungen wurden vor der ersten Beratung von den SiL-Mitarbeitenden und nach der letzten Beratung vom Evaluationsteam durchgeführt. Zwischen der ersten und letzten Messung dauerte es durchschnittlich 63 Tage, d.h. 9 Wochen (Spanne=19-162, Median=56). Aufgrund der fehlenden Kontrollgruppe können allfällige Veränderungen bezüglich der Kriterien jedoch nicht automatisch auf die SiL-Beratung zurückgeführt werden und müssen mit Bedacht interpretiert werden.

Veränderung der subjektiven Lebensqualität der Bezugspersonen

Elf Bezugspersonen wurden anhand einer 11er-Skala vor (t1) und nach (t2) der SiL-Beratung zu ihrer momentanen Lebensqualität befragt (Wertebereich der Skala: 0=„die schlechteste Lebensqualität“ bis 10=„die beste Lebensqualität“). Tabelle 30 zeigt auf, dass sich die subjektive Lebensqualität bei vier Bezugspersonen verbesserte und bei drei verschlechterte. Zwei Personen zeigten eine starke Verbesserung; vier Bezugspersonen wiesen keine Veränderungen auf, was bei einer im Krankheitsverlauf generell zunehmenden Belastung als positiv bewertet wird.

Tabelle 30 Veränderung der subjektiven Lebensqualität der Bezugspersonen von t1 zu t2 (N=11)

Bezugsperson	Subjektive Lebensqualität ¹ t1	Subjektive Lebensqualität ¹ t2	Δ t1-t2	Trend	Wertung
1	6	7	1	↗	+
2	7	7	0	→	+
3	5	10	5	↑	+
4	9	8	-1	↘	-
5	8	8	0	→	+
6	8	8	0	→	+
7	3	7	4	↑	+
8	8	8	0	→	+
9	7	3	-4	↓	-
10	3	5	2	↗	+
11	5	4	-1	↘	-
Total Wertung					8+ / 3-

¹Wertebereich der Skala: 0=„die schlechteste Lebensqualität“ bis 10=„die beste Lebensqualität“

t1=vor der Beratung; t2=nach der letzten Beratung ; t1-t2=Veränderung in der subjektiven Lebensqualität von t1 bis t2
N=Anzahl

Veränderung der subjektiven Gesundheit der Bezugspersonen

Elf Bezugspersonen schätzten ihre momentane Gesundheit anhand einer 11er-Skala ein (Wertebereich der Skala: 0=„die schlechteste Gesundheit“ bis 10=„die beste Gesundheit“). Diese verbesserte sich bei sechs Bezugspersonen (55%) und verschlechterte sich bei fünf (45%) (vgl. Tabelle 31).

Tabelle 31 Veränderung der subjektiven Gesundheit der Bezugspersonen von t1 zu t2 (N=11)

Bezugsperson	Subjektive Gesundheit ¹ t1	Subjektive Gesundheit ¹ t2	Δ t1-t2	Trend	Wertung
1	6	7	1	↗	+
2	5	4	-1	↘	-
3	10	8	-2	↘	-
4	10	9	-1	↘	-
5	8	9	1	↗	+
6	4	7	3	↑	+
7	7	6	-1	↘	-
8	7	9	2	↗	+
9	7	4	-3	↓	-
10	0	3	3	↑	+
11	5	8	3	↑	+
Total Wertung					6+ / 5-

¹Wertebereich der Skala: 0=„die schlechteste Gesundheit“ bis 10=„die beste Gesundheit“

t1=vor der Beratung; t2=nach der letzten Beratung; t1-t2=Veränderung in der subjektiven Gesundheit von t1 bis t2
N=Anzahl

Veränderung der Belastung durch die Betreuung und Pflege

Zehn Bezugspersonen gaben an, wie sehr sie sich momentan durch die Betreuungs- bzw. Pflegeaufgabe psychisch und physisch belastet fühlen (11er-Skala; Wertebereich: 0-10, 0=„gar keine Belastung“ bis 10=„sehr starke Belastung“). Tabelle 32 zeigt, dass sich die psychische und physische Belastung bei fünf Bezugspersonen (50%) verringerte und bei vier Personen (40%) verstärkte. Bei einer Bezugsperson blieb sie unverändert.

Tabelle 32 Veränderung der Betreuungs- und Pflegebelastung der Bezugspersonen von t1 zu t2 (N=10)

Bezugsperson	Betreuungs- und Pflegebelastung ¹ t1	Betreuungs- und Pflegebelastung ¹ t2	Δ t1-t2	Trend	Wertung
1	7	7	0	→	
2	7	4	-3	↓	+
3	8	7	-1	↘	+
4	2	5	3	↑	-
5	6	7	1	↗	-
6	3	7	4	↑	-
7	10	1	-9	↓	+
8	6	4	-2	↘	+
9	1	2	1	↗	-
10	7	5	-2	↘	+
Total Wertung					5+ / 4-

¹Wertebereich der Skala: 0=„Die Betreuungs- bzw. Pflegeaufgabe belastet die Bezugsperson zurzeit psychisch und physisch gar nicht“ 10= „Die Betreuungs- bzw. Pflegeaufgabe belastet die Bezugsperson zurzeit psychisch und physisch sehr stark“

t1=vor der Beratung; t2=nach der letzten Beratung; t1-t2=Veränderung in der psychischen und physischen Belastung von t1 bis t2
N=Anzahl

Belastung durch die Diagnose Demenz

Zehn Bezugspersonen wurden gefragt, wie stark die Demenzdiagnose ihres Angehörigen sie belastet. Die Personen konnten anhand einer 11er-Skala antworten (11er-Skala; Wertebereich: 0-10, 0=„gar keine Belastung“ bis 10=„sehr starke Belastung“).

Die Belastung durch die Demenzdiagnose hat sich bei sieben Personen verringert (70%) und wurde bei drei Personen (30%) stärker. Dieses Resultat zeigt die stärkste beobachtete Veränderung bei den Bezugspersonen vor und nach dem SiL-Angebot.

Tabelle 33 Veränderung der Diagnosebelastung der Bezugspersonen von t1 zu t2 (N=10)

Bezugsperson	Diagnosebelastung ¹		Δ t1-t2	Trend	Wertung
	t1	t2			
1	3	0	-3	↓	+
2	7	6	-1	↘	+
3	8	5	-3	↓	+
4	5	2	-3	↓	+
5	7	8	1	↗	-
6	7	10	3	↑	-
7	8	6	-2	↓	+
8	5	7	2	↗	-
9	8	7	-1	↘	+
10	8	5	-3	↓	+
Total Wertung					7 + / 3 -

¹Wertebereich der Skala: 0=„die Diagnose des Patienten belastet die Lebensqualität der Bezugsperson gar nicht“ bis 10= „die Diagnose des Patienten belastet die Lebensqualität der Bezugsperson sehr stark“

t1=vor der Beratung; t2=nach der letzten Beratung; t1-t2=Veränderung in der Diagnosebelastung von t1 bis t2
N=Anzahl

In Kürze

- Bei der Mehrheit der Bezugspersonen kann eine Verbesserung in der subjektiven Lebensqualität und Gesundheit festgestellt werden.
- Das Belastungserleben der Bezugspersonen durch die Betreuung und Pflege einerseits und die Diagnose Demenz andererseits hat sich bei der Mehrheit der Personen verringert.

9.3.4 Bewertung des SiL-Angebotes durch die Bezugspersonen

Die Bezugspersonen wurden in einem persönlichen Interview zu ihren Erwartungen, Erfahrungen bezüglich des Beratungsprozesses, den Auswirkungen, zum Nutzen und zur Zufriedenheit mit der SiL-Beratung befragt. Nachfolgend werden die Resultate dargestellt.

Erwartungen an die SiL-Beratung

Tabellen 34 und 35 stellen die Aussagen der 15 befragten Bezugspersonen zu ihren Erwartungen bezüglich der SiL-Beratung dar (zwei Personen berichteten über keinerlei Erwartungen). Die Antworten wurden in den Kategorien ‚Informationsgewinnung‘ (vgl. Tabelle 34) und ‚konkrete Massnahmen‘ aufgeführt (vgl. Tabelle 35).

Tabelle 34 Erwartungen der Bezugspersonen an die SiL-Beratung bezüglich der Informationsgewinnung (N=11)

Beratung
<ul style="list-style-type: none"> • Zum Wohnen • Zum Ferien machen • Zu Unterstützungsmöglichkeiten und Betreuung im Allgemeinen • Weiterem Vorgehen nach Anamnese • Beratung in Fremdsprachen (z.B. Italienisch)
Informationen
<ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung bezüglich Demenz • Generelle Informationen • Aufsuchende Beratung durch die SiL-Mitarbeitenden • Fachliche Unterstützung, z.B. in der Pflege • Transparenz in der Beratung und bezüglich des SiL-Berichts

N=Stichprobengrösse

Tabelle 35 Erwartungen der Bezugspersonen an die SiL-Beratung bezüglich konkreter Massnahmen (N=13)

Entlastungs- und Unterstützungsangebote
<ul style="list-style-type: none"> • Suche und Organisation von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten • Kontaktaufnahme mit Spitex zur Abklärung • Mehr Unterstützung durch Spitex • Unterstützung beim Ausfüllen von Gesuchen, z.B. Hilflosenentschädigung • Anmeldung Tagesklinik • Generelle Entlastung und Unterstützung
Situationsanalyse
<ul style="list-style-type: none"> • Abklärung Memory-Klinik • Analyse der Gesamtsituation
Konkrete Hilfe
<ul style="list-style-type: none"> • bei Problemen: z.B. Weglaufgefahr • Optimierung der Betreuung

N=Stichprobengrösse

Nach der SiL-Beratung wurden die Bezugspersonen gefragt, ob sich nun ihre Erwartungen bezüglich der SiL-Beratung erfüllt hätten. Tabelle 36 führt die nicht erfüllten Erwartungen auf ($n=5$).

Tabelle 36 Nicht erfüllte Erwartungen* der Bezugspersonen bezüglich des SiL-Angebots ($n=5$)

-
- Abklärung in der Memory Klinik
 - Konkrete Hilfe bei Weglaufgefährdung
 - Echte Beratung
 - Korrespondenz in Fremdsprachen (z.B. SiL-Tests und Bericht in Italienisch)
 - Zu wenig Hilfe bei der Umsetzung und der konkreten Organisation von Massnahmen
 - Eigeninitiative von SiL-Mitarbeitenden: aufsuchende Beratung ohne Anmeldung
-

n =Stichprobengrösse * Einzelnennungen

Die Bezugspersonen wurden gefragt, inwiefern sich ihre Erwartungen erfüllt haben (11er-Skala; Wertebereich der Skala: 0-10, 0=„überhaupt keine Erfüllung der Erwartungen“ bis 10=„eine vollumfängliche Erfüllung der Erwartungen“). Von den 13 Bezugspersonen, welche Erwartungen formuliert haben, erfüllten sich diese bei fünf Personen vollumfänglich. Durchschnittlich wurden die Erwartungen gut erfüllt ($M=7.2$, $SD=3.2$, Median=8, Spanne=0-10.) Eine Person klagte über gar keine Erfüllung der Erwartungen.

Kontakt mit den SiL-Mitarbeitenden

Die Bezugspersonen wurden im Weiteren zu ihrer Zufriedenheit bezüglich der Erreichbarkeit der SiL-Mitarbeitenden befragt. Generell wurde die Erreichbarkeit als gut eingeschätzt ($M=7.2$, $SD=2.2$, Median=8, $n=11$, Spanne=4-9; Wertebereich der Skala: 0-10, 0=„sehr schlecht erreichbar“ bis 10=„sehr gut erreichbar“). Eine Person bemängelte, dass sie lange auf die erste Beratung habe warten müssen.

Die Beratungen fanden in 15 Fällen zuhause beim Patienten statt und in einem Fall an der Memory Klinik Entlisberg. Zwei Bezugspersonen hätten die Beratung lieber anderswo gehabt; konnten jedoch keine bestimmte Örtlichkeit nennen. Eine Bezugsperson äusserte den Wunsch nach einer Beratung ohne Beisein ihres Angehörigen.

Beratungsprozess

Um die Annehmlichkeit des ersten SiL-Besuches zu prüfen, wurde folgende Frage gestellt: „Der SiL-Mitarbeitende hat sich beim ersten Besuch mit Ihnen unterhalten. Wie haben Sie diese Situation empfunden?“ (Wertebereich der Skala: 0=„sehr unangenehm“ bis 10=„sehr angenehm“). Durchschnittlich empfanden die Bezugspersonen den ersten Besuch als sehr angenehm ($M=9.2$, $SD=1.1$, Median=10, Spanne 7-10). Zwei Personen regten an, die Testsituation für den Patienten einfacher und kürzer zu gestalten.

Die Länge der einzelnen Beratungen wurde von 13 (81%) von 16 Bezugspersonen als „genau richtig“ beurteilt (eine Person fand die Beratungen zu kurz und zwei zu fanden sie zu lange). 14 (88%) von 16 Bezugspersonen hatten das Gefühl, alles besprochen zu haben, was für sie wichtig war. Eine Person war der Meinung, dass ihre Anliegen zu kurz gekommen seien und eine andere Person hätte bei der Anamnese des Patienten dabei sein wollen.

Versorgungsmassnahmen

Das Ausmass der Ratschläge, die die Bezugspersonen von den SiL-Mitarbeitenden erhielten, wurde von fünf (31%) von 16 Bezugspersonen als „gerade richtig“ eingeschätzt. Während drei Personen (19%) sich etwas mehr Ratschläge gewünscht hätten, war das Ausmass der Ratschläge für zwei Bezugspersonen zu gross. Die Bezugspersonen fanden die Ratschläge mittelmässig nützlich ($M=6.5$, $n=12$, $SD=1.9$, Median=6.5 und Spanne 5-10) auf der Skala 0-10 (Wertebereich: 0=„gar nicht nützlich“ und 10=„sehr nützlich“). Von einer Bezugsperson wurde bemängelt, dass mehr Adressen statt Ratschläge vermittelt wurden. Andere kritisierten, dass die erhaltenen Ratschläge nichts Neues für sie waren.

Schliesslich wurden die Bezugspersonen dazu befragt, ob sie die Ratschläge denn umsetzen konnten (Wertebereich der Skala: 0=„gar nicht“ und 10=„vollumfänglich“). Die Ratschläge konnten nur mittelmässig umgesetzt werden ($M= 4.6$, $SD=3.6$, Median=6, Spanne=0-9, $n=10$) an. Tabelle 37 listet die genannten Probleme bei der Umsetzung der Ratschläge auf.

Tabelle 37 Probleme der Bezugspersonen bei der Umsetzung der SiL-Ratschläge ($N=5$)

-
- Ratschläge waren für Spitex bestimmt
 - Umsetzung funktionierte nicht
 - Zu viele und zu komplizierte Formulare und Anträge
 - Zuvorkommende Hospitalisation
 - Bezugsperson hat Massnahmen aufgeschoben
 - Keine Akzeptanz der Ratschläge seitens des Patienten
-

N =Anzahl Bezugspersonen, welche die Frage beantwortet haben.

Drei (30%) von zehn Personen gaben an, Unterstützung bei der Umsetzung der Ratschläge von den SiL-Mitarbeitenden erhalten zu haben. Tabelle 38 führt Vorschläge für eine bessere Umsetzung der Ratschläge auf.

Tabelle 38 Vorschläge der Bezugspersonen zur besseren Unterstützung bei der Umsetzung der SiL-Ratschläge ($N=6$)

-
- Nachfragen
 - Anmeldeprozess beschleunigen
 - Fragen „besser“ beantworten“
 - Hilfe beim Ausfüllen von Formularen
 - Konkretere Unterstützung bei der Umsetzung anbieten.
 - Direkte Information der Bezugspersonen
-

N =Anzahl Bezugspersonen, welche die Frage beantwortet haben.

Auswirkungen der SiL-Beratung auf die Bezugspersonen

Um festzustellen, welche Auswirkungen die SiL-Beratung auf die Bezugspersonen hatten, wurden ihnen verschieden Antwortmöglichkeiten vorgelegt, denen sie – mehr oder minder - zustimmen konnten (Wertebereich: 0=„stimme gar nicht zu“ bis 10=„stimme vollumfänglich zu“; vgl. Tabelle 39).

Eine mittlere Wirkung scheint das SiL-Angebot durchschnittlich auf das Wohlbefinden und die wahrgenommene, subjektive Unterstützung sowie auf die Selbstsicherheit in der Betreuung der Bezugspersonen zu haben.

Gar keinen bis kaum einen Effekt, scheint die Beratung in Bereichen des sozialen Umfeldes, des Umgangs mit demenzerkrankten Personen, Schlafqualität und bessere Bewältigung des Alltags zu haben.

Tabelle 39 Auswirkungen der SiL-Beratung auf die Bezugspersonen (N=16)

Aussagen	M (SD)	Bezugspersonen		Fehlende Werte n (%)
		Median	Spanne	
Ich habe dank der SiL-Beratung: ...				
... mehr Zeit für mich.	3.2 (3.8)	0	0-9	3 (18.8)
... mehr Zeit für mein soziales Umfeld.	0.8 (1.8)	0	0-5	5 (31.3)
... ein besseres Wohlbefinden.	5.2 (3.7)	5	0-10	1 (6.3)
... mehr Wissen über den Umgang mit einer dementen Person.	2.5 (3.5)	0	0-8	4 (25.1)
Ich fühle mich durch die SiL-Beratung: ...				
... sicherer bezüglich der Betreuung.	6.0 (3.1)	8	0-9	3 (18.8)
... entlastet.	4.3 (3.5)	5	0-8	3 (18.8)
... unterstützt.	5.2 (3.0)	6	0-8	2 (12.6)
... belastet.	0	0	0-0	3 (18.8)
Ich kann dank der SiL-Beratung ...				
... besser schlafen.	1.6 (3.0)	0	0-8	9 (56.3)
... mit meinen Problemen bezüglich Demenz besser umgehen.	3.5 (3.6)	3	0-8	5 (31.3)
... meinen Alltag besser bewältigen	1.6 (2.3)	0	0-5	8 (50)

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, N=Stichprobengrösse

Wertebereich der Skala: 0=„stimme gar nicht zu“ bis 10=„stimme vollumfänglich zu“

Besonders interessierte, ob die gute Erreichbarkeit der SiL-Mitarbeitenden eine Erleichterung für die Bezugspersonen darstellt. Die Bezugspersonen scheinen diese Möglichkeit, jederzeit die SiL-Mitarbeitenden anrufen zu können, als eine Erleichterung zu schätzen (M=7.3, SD=2.6, Median=8, Spanne=0-10, Wertebereich der Skala: 0=„gar nicht erleichtert“ bis 10=„sehr stark erleichtert“).

Auswirkungen der SiL-Beratung auf die Patienten

Es sollte festgestellt werden, wie der erste SiL-Besuch von den anwesenden Patienten empfunden wurde. Da die Patienten nicht selber dazu befragt werden konnten, wurden ihre Bezugspersonen um eine Einschätzung gebeten. Durchschnittlich scheint der SiL-Besuch als weder besonders unangenehm als auch angenehm empfunden worden sein (M=Wert 6.7, SD=2.0, Median=7.0, Spanne=1-10, n=15; Wertebereich der Skala: 0=„sehr unangenehm“ bis 10=„sehr angenehm“).

Weiter interessierte, ob sich bei den Patienten dank der eingeleiteten Massnahmen der SiL-Beratung schwierige Verhaltensweisen veränderten. Bei drei (23%) von 13 Personen konnte eine positive Veränderung dank Tagesklinik respektive Temporäraufenthalt in einem Pflegezentrum festgestellt werden. In Tabelle 40 sind die von den Bezugspersonen berichteten Veränderungen aufgelistet.

Tabelle 40 Verhaltensänderungen dreier Patienten aufgrund der eingeleiteten SiL-Massnahmen (n=3)

Verhaltensänderungen Patienten
<ul style="list-style-type: none"> „Die Tagesklinik hat ihm gut getan. Er ist nach dem Aufenthalt in der Tagesklinik viel entspannter.“ „Der Patient war nach der Beratung gegenüber einem Temporäraufenthalt im Pflegezentrum nicht mehr abgeneigt.“ „Die Tagesbetreuung tut ihm gut. Er geht gerne hin.“

n=Anzahl Personen

Auswirkungen der SiL-Beratung auf die Nachbetreuung

Weiter interessierte, ob es dank der SiL-Beratung resp. der eingeleiteten Massnahmen zu Veränderungen im Verhältnis zum Hausarzt oder zur Spitex kommt. Lediglich eine Person gab an, dass ihr Angehöriger dank der SiL-Beratung lieber zum Hausarzt gehe als dies vor der Beratung der Fall war.

Nutzen der SiL-Beratung für die Bezugspersonen

Bezüglich des Nutzens der SiL-Beratung für die Bezugspersonen und ihre Patienten insgesamt, konnten die Bezugspersonen anhand der 11er-Skala (Wertebereich: 0=„gar nicht nützlich“ bis 10=„sehr nützlich“) antworten. Sie (n=15) bezeichneten den Nutzen durchschnittlich (M=6.9, SD=2.6, Median=8, Spanne=0-10).

Elf von 14 Bezugspersonen brachten zur Kenntnis, dass ihre allgemeine Lebenssituation sich durch die SiL-Beratung nicht verändert hat. Zwei Personen berichteten über eine Verbesserung der allgemeinen Lebenssituation. Es wurden folgende Veränderungen genannt: „Durch den Aufenthalt in der Tagesklinik habe ich mehr Freizeit für mich“ und „Ich fühle mich viel sicherer, weil ich die SiL-Beratung jederzeit kontaktieren darf“.

Die Bezugspersonen wurden weiter gefragt, was ihnen an der SiL-Beratung am meisten genutzt habe. Sie gaben an, dass sie am meisten Nutzen in den Bereichen psychischer Unterstützung (siehe Tabelle 41 und beratender Massnahmen (siehe Tabelle 42) erfuhren.

Tabelle 41 Nutzen der SiL-Beratung: Psychische Unterstützung (N=10)

Psychische Unterstützung durch:	Anzahl Nennungen
<ul style="list-style-type: none"> Erhalt von Rückhalt Vorhandensein einer Ansprechperson Bestätigung für das eigene Handeln Fachkompetenz der Beraterin Vorhandensein einer Anlaufstelle 	<p>1</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>1</p>

N=Anzahl Personen

Tabelle 42 Nutzen der SiL-Beratung: Beratung mit Massnahmen (n=8)

Beratung mit Massnahmen	Anzahl Nennungen
<ul style="list-style-type: none"> Lösungsvorschläge Möglichkeit zur Aussprache Kontaktadressen zu verschiedenen Stellen Erhalten von Hinweisen für finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten Hilfe bei der medikamentösen Therapie 	<p>1</p> <p>1</p> <p>4</p> <p>1</p> <p>1</p>

n=Anzahl Personen

Fünf Bezugspersonen berichteten, dank der SiL-Beratung Folgendes gelernt zu haben (siehe Tabelle 43).

Tabelle 43 Was konnten die Bezugspersonen dank der SiL-Beratung lernen? (n=5)

Durch SiL gelernt (Einzelnennungen)
• „Sich selber stärker wehren, einsetzen und kämpfen.“
• „Informationen zu Pflegezentren“
• „Kenntnisse über die Demenz“
• „Die offizielle Seite kümmert sich um Demenzkranke und ihre Angehörigen und bietet etwas an.“
• „Es ist jemand da, der einem hilft.“

n=Anzahl Personen

Zufriedenheit der Bezugspersonen mit der SiL-Beratung

Die Bezugspersonen wurden zu ihrer allgemeinen Zufriedenheit mit der SiL-Beratung befragt. Durchschnittlich waren sie gut bis sehr zufrieden damit ($M=8.3$, $SD=2.3$, Median=9.0, Spanne=3-10, $n=15$; Wertebereich der Skala: 0=„gar nicht zufrieden“ bis 10=„vollumfänglich zufrieden“).

Tabelle 44 zeigt die detaillierte Bewertung der SiL-Beratung durch die Bezugspersonen. Die Mehrheit der Bezugspersonen fand, dass die SiL-Beratung kompetent und verständlich ist. Es wurde ihnen zugehört, ihre Bedürfnisse wie auch ihre persönliche Situation wurden berücksichtigt sowie verstanden. In der Beratung konnte ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden.

Tabelle 44 Bewertung der SiL-Beratung durch die Bezugspersonen (N=16)

Aussagen	Bezugspersonen			
	M (SD)	Median	Spanne	Fehlende Werte n (%)
Sie sind kompetent beraten worden.	8.6 (2.2)	10	2-10	2 (12.5)
Sie sind verständlich beraten worden.	8.9 (1.4)	10	6-10	2 (12.5)
Man hat Ihnen gut zugehört.	9.4 (1.0)	10	7-10	1 (6.3)
Ihre Bedürfnisse sind berücksichtigt worden.	7.7 (2.6)	9	2-10	1 (6.3)
Ihre persönliche Situation ist verstanden worden.	9.2 (1.3)	10	6-10	3 (18.8)
Sie haben sich von der Beraterin verstanden gefühlt.	9.2 (1.1)	10	7-10	2 (12.5)
In der Beratung konnte ein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden.	8.5 (1.9)	8	3-10	3 (18.8)

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, N=Stichprobengrösse, n=Anzahl

Wertebereich der Skala: 0=„stimme gar nicht zu“ bis 10=„stimme vollumfänglich zu“

Verbesserungsvorschläge und Wünsche an die SiL-Beratung

Um Empfehlungen für die Weiterführung von SiL formulieren zu können, wurden die Bezugspersonen nach ihren Wünschen und Verbesserungsvorschlägen für die SiL-Beratung befragt. Sieben Personen gaben dazu Auskunft. Tabelle 45 bis 47 führen die Vorschläge auf.

Tabelle 45 Verbesserungsvorschläge der Bezugspersonen an die SiL-Beratung (N=4)

Verbesserungsvorschläge	Anzahl Nennungen
• Häufigeres und regelmässiges Nachfragen	2
• „Bessere“, konkretere Ratschläge	2

N=Anzahl Personen

Tabelle 46 Verbesserungsvorschläge der Bezugspersonen bezüglich SiL-Organisation (n=4)

Verbesserungsvorschläge (Einzelnennungen)
• Längere Beratung, evtl. in Etappen, damit die Beraterin den Patienten besser kennen lernt.
• Klar definierte Empfänger der Testresultate.
• Tests und Unterlagen in Fremdsprache (z.B. Italienisch)
• Kompetente Kontaktperson, die für kurze Fragen telefonisch erreichbar ist.

n=Anzahl Personen

Tabelle 47 Verbesserungsvorschläge der Bezugspersonen bezüglich dem SiL-Vorgehen (n=4)

Verbesserungsvorschläge (Einzelnennungen)
• Man sollte die Wohnung genauer anschauen, damit man sieht, wie viel Arbeit sie verursacht.
• Nebendiagnose besser berücksichtigen und schneller in Gesamtbeurteilung miteinbeziehen.
• Mehr Unterstützung bei der Umsetzung der Massnahmen.
• Konkrete Hilfe beim Ausfüllen von Gesuchen.

n=Anzahl Personen

Gründe für eine weitere Nutzung der SiL-Beratung

Weiter sollte festgestellt werden, ob die bisherigen SiL-Kunden weiterhin Kontakt mit den SiL-Mitarbeitenden aufnehmen würden. 12 (92%) von 13 Personen bejahten dies. Tabelle 48 führt die Gründe hierfür an.

Tabelle 48 Gründe für eine weitere Nutzung der SiL-Beratung (N=12)

Gründe	Anzahl Nennungen n (in %)
• Verschlechterung des Zustandes des Patienten	5 (42)
• Allgemeine Probleme mit dem Patienten	2 (17)
• Auftauchen von Fragen	2 (17)
• Unvorhergesehenes	1
• Konkrete Ferienpläne	1
• Probleme mit der Spitex	1
• Auftauchen von Problemen	1

N=Anzahl Personen

14 (93%) von 15 Bezugspersonen haben gesagt, dass sie das SiL-Angebot weiterempfehlen werden. 54% der Bezugspersonen ($n=7$), glauben, dass der Patient dank der SiL-Beratung länger zuhause betreut werden kann und dadurch eine allfällige Institutionalisierung verschoben werden kann.

9.3.5 Bewertung des SiL-Angebotes durch die zuweisenden Stellen

Im Rahmen der Evaluation wurden die Pflegezentren der Stadt Zürich und die Hausärzte der Stadt Zürich zu ihrer Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot und zu dessen Implementierung und Positionierung befragt. Die Pflegezentren der Stadt Zürich gehören zu den internen zuweisenden Stellen und die Hausärzte der Stadt Zürich zu den externen zuweisenden Stellen.

9.3.5.1 Fokusgruppengespräch

Um mehr über die Gründe für die geringe Inanspruchnahme des SiL-Angebotes bei den Mitarbeitenden der Pflegezentren zu erfahren und Ideen für die Verbesserung dieser Situation zu erhalten, wurde unter der Leitung des Evaluationsteams ein Fokusgruppengespräch mit zwei leitenden ÄrztInnen, einem Assistenzarzt, einem Abteilungsleiter, einem Pflegedienstleiter und einer Pflegefachfrau sowie zwei Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes durchgeführt. Das Gespräch dauerte 90 Minuten. Die Beiträge wurden in drei Gruppen (Ärzte/Pflegende/Sozialdienst) erarbeitet und anschliessend gemeinsam diskutiert. Die Ergebnisse und Lösungsansätze sind in Tabelle 49 zusammengefasst.

Tabelle 49 Fokusgruppengespräch mit Ärzten, Pflegenden und Sozialarbeitenden der PZZ ($N=8$)

Gründe für eine geringe Beanspruchung von SiL	Lösungsansätze
<p>Mangel an Informationen</p> <p>In allen drei Gruppen wurde festgestellt, dass sie nicht hinreichend Informationen zum SiL-Angebot erhalten haben und/oder dass die Informationen nicht klar seien.</p> <p>Nicht geregelter Zuweisungsprozess</p> <p>In allen drei Gruppen wurde festgestellt, dass die Verantwortung/Zuständigkeit für das SiL-Angebot nicht geregelt und das Anmeldeprozedere nicht klar ist.</p> <p>Zielgruppen wollen keine Beratung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es wurde festgestellt, dass die Angehörigen oft nicht kooperieren wollen. • Die Angehörigen wollen keine Beratung, sondern tatkräftige Unterstützung. 	<p>Information verbessern</p> <p>Mehr Informationen zum Konzept, Ablauf und Zuständigkeiten (sowohl in den internen Schulungsanlässen als auch auf den Abteilungen) werden gewünscht.</p> <p>Zuweisungsprozess aufgleisen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anmeldung für SiL im PZ standardisieren. • Integration von SiL in die verschiedenen Checklisten der PZZ (Eintritt, Standort, Mitarbeiterführung etc.). <p>Zielgruppen erreichen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angehörige bereits beim Eintritt des Patienten in das PZ über SiL-Beratung informieren. • Bei der Austrittsplanung aus dem PZ die SiL-Beraterin integrieren.

N =Anzahl Personen

9.3.5.2 Interne zuweisende Stellen (PZZ/SAD)

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung in den Pflegezentren der Stadt Zürich erläutert. Dabei wurden acht leitende Ärzte (davon 63% männlich und 37% weiblich), 16 Pflegeabteilungsleitende (davon 75% weiblich und 25% männlich) und acht Sozialdienstmitarbeiterinnen befragt. Die Anzahl Dienstjahre in den Pflegezentren der Stadt Zürich - in ihrer heutigen Funktion - sind in Tabelle 50 abgebildet.

Tabelle 50 Anzahl Dienstjahre der befragten internen zuweisenden Stellen der PZZ (N=32)

Mitarbeitende	Anzahl Jahre			
	M (SD)	Median	Spanne	n
Sozialdienstmitarbeitende	3.2 (1.3)	3.0	2-6	8
Abteilungsleitende Pflege	5.5 (6.0)	4.5	0.3-25	16
Ärzte und Ärztinnen	15.0 (9.1)	16	0.8-27	8

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, n=Anzahl Personen, N=Stichprobengrösse

Bekanntheit des SiL-Angebotes

Allen befragten Gruppen war das SiL-Angebot sehr gut bekannt. Sie wurden nach der Zielgruppe von SiL und dem Inhalt des Angebotes gefragt. Dabei waren 95% der Befragten sehr gut darüber informiert (vgl. Tabelle 51).

Tabelle 51 Bekanntheit des SiL-Angebotes bei den leitenden internen zuweisenden Stellen der PZZ (N=32)

	Anzahl Nennungen (%)			Gesamt (N=32)
	Sozialdienst (n=8)	Pflege (n=16)	Ärzte (n=8)	
Wissen über das SiL-Angebot				
Zielgruppe und Inhalt bekannt	8 (100)	13 (81.3)	8 (100)	29 (90.6)
Nur Inhalt des Angebotes bekannt		2 (12.5)		2 (6.2)
Weiss nichts mehr		1 (6.3)		1 (3.1)
Nichts				0

n=Anzahl Personen, N=Stichprobengrösse

Einschätzung des Bedarfs an SiL-Angebot durch die internen zuweisenden Stellen der PZZ

Tabelle 52 stellt dar, wie die Sozialdienstmitarbeitenden, Abteilungsleitenden Pflege und leitenden Ärzte den Bedarf des SiL-Angebotes für Betroffene einschätzen. Von allen Befragten waren lediglich zwei Personen aus dem Sozialdienst der Meinung, dass das SiL-Angebot nicht benötigt wird. Sie begründen dies damit, dass die Spitex und der Sozialdienst der Pflegezentren der Stadt Zürich schon jetzt all das anbieten, was das SiL-Angebot beinhaltet.

Eine Sozialdienstmitarbeiterin und zwei Ärzte waren bedingt der Meinung, dass es das SiL-Angebot benötigt. Als Grund gaben sie an, dass das SiL-Angebot eine Bevormundung der Angehörigen bedeutet und es zusätzlich zur Spitex nur in einzelnen Fällen nützlich sein kann.

Tabelle 52 Einschätzung des Bedarfs an SiL-Angebot durch die internen zuweisenden Stellen der PZZ (N=32)

	Anzahl Nennungen (%*)			Gesamt n (%)
	Sozialdienst	Pflege	Ärzte	
Braucht es überhaupt ein SiL-Angebot für Betroffene?	n=8	n=16	n=8	n=32
Nein	2 (25.0)			2 (6.2)
Ja	5 (62.5)	16 (100)	6 (75.0)	27 (84.4)
Bedingt Ja	1 (12.5)		2 (25.0)	3 (9.4)
Wieso braucht es das SiL-Angebot? **	n=5	n=16	n=5	n=26
Professionelles Wissen und Kenntnisse, Ergänzung zur Spitex	1 (20.0)	10 (62.5)	2 (40.0)	13 (50.0)
Entlastung und Unterstützung der Angehörigen	1 (20.0)	8 (50.0)		9 (34.6)
Patient kann länger zuhause bleiben.	1 (20.0)	5 (31.3)	2 (40.0)	8 (30.8)
Begleitung und Case Management	4 (80.0)		1 (20.0)	5 (19.2)
Wieso braucht es das SiL-Angebot nicht? **	n=2	n=0	n=0	n=2
Spitex macht das Gleiche.	1 (50.0)			1 (50.0)
Pflegezentren organisieren alles selber.	1 (50.0)			1 (50.0)
Wieso braucht es das SiL-Angebot nur bedingt? **	n=1	n=0	n=2	n=3
SiL-Angebot ist Konkurrenz für Sozialdienst der PZZ	1 (100)			1 (33.3)
In einzelnen Fällen nützlich, sonst reicht Spitex			1 (50.0)	1 (33.3)
SiL bedeutet Bevormundung der Angehörigen			1 (50.0)	1 (33.3)

n=Anzahl; N=Stichprobengrösse *auf n bezogen **Mehrfachnennungen möglich

Informationsprozess zum SiL-Angebot

Alle Befragten waren informiert über das SiL-Angebot. Während die Sozialdienstmitarbeiterinnen vor allem durch die SiL-Mitarbeitenden persönlich und mittels Flyer informiert waren, gaben die Abteilungsleitenden der Pflege und die Ärzte an, an einer Chefarztvisite bzw. Kadersitzung über SiL informiert worden zu sein. 78% aller Befragten fanden die erhaltenen Informationen ausreichend (vgl. Tabelle 53).

Tabelle 53 Einschätzung zum SiL-Informationsverfahren durch die internen zuweisenden Stellen (N=32)

	Anzahl Nennungen (%*)			Gesamt (N=32)
	Sozialdienst (n=8)	Pflege (n=16)	Ärzte (n=8)	
Sind Sie über das SiL-Angebot informiert worden?				
Ja	8 (100)	16 (100)	8 (100)	32 (100)
Nein				
Falls informiert, in welcher Form?*				
Chefarztvisite oder Kadersitzung	1 (12.5)	15 (93.8)	8 (100)	24 (75.0)
persönlich durch SiL-Mitarbeitende	4 (50.0)		2 (25.0)	6 (18.8)
persönlich durch PD Dr. med. Wettstein	3 (37.5)		2 (25.0)	5 (15.6)
Flyer	4 (50.0)	1 (6.3)	1 (12.5)	6 (18.8)
Zeitschrift Intercura/Hauszeitung/Lohnzettel		3 (18.8)		3 (9.4)
Protokoll		2 (12.5)		2 (6.3)
Andere		2 (12.5)		2 (6.3)
Falls informiert, war die Information ausreichend?				
Ja	4 (50.0)	16 (100)	5 (62.5)	25 (78.0)
Eher Ja	2 (25.0)		3 (37.5)	5 (15.6)
Eher Nein	2 (25.0)			2 (6.3)
Nein				

n=Anzahl; *auf n bezogen, N=Stichprobengrösse, **Mehrfachnennungen möglich

Mögliche Gründe für die geringe Anzahl an SiL-Überweisungen

Als Hauptgrund für die geringe Anzahl an SiL-Überweisungen vermuteten die Befragten die kleine Anzahl der nach Hause Entlassungen der Menschen mit Demenz; zu dieser Einschätzung gelangten insbesondere die Sozialdienstmitarbeiterinnen. Die Abteilungsleitenden der Pflege gaben als Grund vor allem den geringen Bekanntheitsgrad von SiL an. Die meisten Ärzte waren der Ansicht, dass man zwar das Angebot kennt, im Bedarfsfall jedoch nicht darauf zurückgreift, weil man nicht daran denkt (vgl. Tabelle 54).

Tabelle 54 Mögliche Gründe für die geringe Anzahl an SiL-Überweisungen (N=32)

Mögliche Gründe**	Anzahl Nennungen (%*)			Gesamt (N=32)
	Sozialdienst (n=8)	Pflege (n=16)	Ärzte (n=8)	
Es werden nur wenig Demenzkranke nach Hause entlassen.	7 (87.5)	6 (37.5)	2 (25.0)	15 (46.9)
SiL-Angebot ist nicht bekannt.	2 (25.0)	8 (50.0)		10 (31.3)
Ein neues Angebot braucht Zeit.	2 (25.0)	4 (25.0)	2 (25.0)	8 (25.0)
Man kennt es, aber man denkt bei Bedarf nicht daran.		2 (12.5)	6 (75.0)	8 (25.0)
SiL-Angebot ist unnötig.	3 (37.5)	3 (18.8)	1 (12.5)	7 (21.9)
Patient oder Angehörige will keine SiL-Beratung.	1 (12.5)	2 (12.5)	2 (25.0)	5 (15.6)
Informationen fehlen.	1 (12.5)	4 (25.0)		5 (15.6)
Austritte finden schnell statt und das SiL ist zu langsam.	1 (12.5)		2 (25.0)	3 (9.4)
Anmeldungsprozess ist nicht geregelt.	1 (12.5)	1 (6.3)		2 (6.3)
Anmeldungsprozess ist kompliziert.			1 (12.5)	1 (3.1)
Aufgabentrennung zwischen SiL, PZ und psychosozialen Dienst der Spitex ist unklar.	1 (12.5)			1 (3.1)
Überweisungsindikationen sind unklar.			1 (12.5)	1 (3.1)
Generelle Arbeitsüberlastung.			1 (12.5)	1 (3.1)

n=Anzahl; *auf n bezogen, N=Stichprobengrösse **Mehrfachnennungen möglich

Zuweisungsprozess zum SiL-Angebot

70% der Befragten gaben an, dass der Anmeldeprozess in ihrem Pflegezentrum geregelt ist. Dabei sind 78% mit dieser Regelung zufrieden. 80% von denjenigen, die keine Kenntnisse bezüglich einer Regelung haben respektive der Anmeldeprozess im Pflegeheim tatsächlich nicht geregelt ist, wünschen sich eine solche verbindliche Regelung zum SiL-Zuweisungsprozess. Tabelle 55 führt die genannten Vorschläge zur Verbesserung des SiL-Anmeldeprozesses auf.

Tabelle 55 Verbesserungsvorschläge der internen zuweisenden Stellen bezüglich dem SiL-Zuweisungsprozess (N=32)

	Anzahl Nennungen (%)*			
	Sozialdienst (n=8)	Pflege (n=16)	Ärzte (n=8)	Gesamt (N=32)
Ist der Anmeldeprozess in Ihrem PZ geregelt?				
Ja	6 (75.0)	12 (75.0)	4 (50.0)	22 (68.8)
Nein	1 (12.5)	1 (6.3)	3 (37.5)	5 (15.6)
Weiss nicht	1 (12.5)	3 (18.8)	1 (12.5)	5 (15.6)
Falls der Anmeldeprozess nicht geregelt ist oder kein Wissen darüber: Wünschen Sie sich eine solche Regelung?				
	n=2	n=4	n=4	n=10
Ja	2 (100)	4 (100)	2 (50.0)	8 (80.0)
Nein			2 (50.0)	2 (20.0)
Falls der Anmeldeprozess geregelt ist: Sind Sie mit dieser Regelung zufrieden?				
	n=6	n=12	n=4	n=22
Ja	3 (50.0)	11 (91.7)	3 (75.0)	17 (77.3)
Eher Ja	1 (16.7)	1 (8.3)		2 (9.1)
Eher Nein	2 (33.3)		1 (25.0)	3 (13.6)
Nein				
Falls nicht ganz zufrieden mit dieser Regelung: Was müsste an der Regelung geändert werden? **				
	n=3	n=0	n=1	n=4
Die Anmeldungen via Sozialdienst werden langsam ausgeführt.			1 (100)	1 (25.0)
Es ist besser, wenn der Arzt des PZ die Anmeldung durchführt und kann die Informationen aus erster Hand geben.			1 (100)	1 (25.0)
Sozialdienst muss mehr in Standort involviert werden.	1 (33.3)			1 (25.0)
Bei einem möglichen Austritt sollte der Sozialdienst bereits im Vorfeld SiL informieren.	1 (33.3)			1 (25.0)
Die Stationsleitungen müssen noch besser über SiL informiert werden.	1 (33.3)			1 (25.0)
Die Zusammenarbeit mit dem Arzt des PZ bezüglich SiL soll verbessert werden.	1 (33.3)			1 (25.0)

n=Anzahl; *auf n bezogen, N=Stichprobengrösse **Mehrfachnennungen möglich

Rückmeldung zur SiL-Beratung

Fast alle Personen (88%) wünschen sich eine Rückmeldung über die an die SiL-Beratung angemeldeten Fälle. In den Pflegezentren Witikon und Käferberg wurde bereits zum Befragungszeitraum systematische Rückmeldung zur SiL-Beratung gegeben.

Tabelle 56 Wünsche bezüglich der Rückmeldung über die an die SiL-Beratung angemeldeten Fälle (N=32)

	Anzahl Nennungen (%)			Gesamt (N=32)
	Sozialdienst (n=8)	Pflege (n=16)	Ärzte (n=8)	
Wird eine Rückmeldung zu den angemeldeten Fällen gewünscht?				
Ja	6 (75.0)	16 (100)	6 (75.0)	28 (87.5)
Nein			1 (12.5)	1 (3.1)
Wird bei uns schon gemacht.	2 (25.0)		1 (12.5)	3 (9.4)

n=Anzahl; N=Stichprobengrösse

Einschätzung zur Akzeptanz des SiL-Angebotes bei der Zielgruppe

20 Personen (38%) haben das SiL-Angebot an Betroffene weiterempfohlen. Das Angebot wurde vor allem von den Sozialdienstmitarbeiterinnen und Ärzten empfohlen. 70% von denjenigen, die das Angebot an Betroffene empfohlen haben, berichteten über wenig bis keinen Anklang (vgl. Tabelle 57).. Durchschnittlich haben die Ärzte das SiL-Angebot am häufigsten empfohlen (vgl. Tabelle 58).

Tabelle 57 Einschätzung der Akzeptanz des SiL-Angebotes bei der Zielgruppe (N=32)

	Anzahl Nennungen (%)			Gesamt (N=32)
	Sozialdienst (n=8)	Pflege (n=16)	Ärzte (n=8)	
SiL-Angeboten Bezugspersonen und Patienten empfohlen				
Ja	8 (100)	5 (31.3)	7 (87.5)	20 (62.5)
Nein		11 (68.8)	1 (12.5)	12 (37.5)
Falls empfohlen, wie viel Anklang fand die Empfehlung?	n=7	n=5	n=7	n=19
Viel Anklang	1 (14.3)	2 (40.0)	2 (28.6)	5 (26.3)
Wenig oder keinen Anklang	6 (85.7)	3 (60.0)	5 (71.4)	14 (73.7)

n=Anzahl, N=Stichprobengrösse

Tabelle 58 Anzahl gesprochener Empfehlungen durch die befragten internen zuweisenden Stellen (N=32)

	M (SD)	Median	Spanne	n
Wie häufig wurde das SiL-Angebot empfohlen?				
Von den Ärzten	4.0 (1.9)	4.0	2-7	7
Von den Abteilungsleitenden der Pflege	3.0 (3.9)	1.0	1-10	5
Von den Sozialdienstmitarbeiterinnen	3.1 (3.1)	2.0	1-10	8

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, n=Anzahl, N=Stichprobengrösse

Ist SiL ein Konkurrenzangebot zur Spitex?

Das SiL-Angebot wurde von allen Berufsgruppen klar nicht als Konkurrenz zur Spitex betrachtet, insbesondere nicht von den Pflegedienstleitenden (vgl. Tabelle 59). Zwei Personen, welche das SiL-Angebot als Konkurrenz zur Spitex empfanden, begründen dies mit einer unklaren Trennung der Aufgabenbereiche.

Tabelle 59 Ist das SiL-Angebot eine Konkurrenz zur Spitex? (N=32)

	Anzahl Nennungen (%)			Gesamt (N=32)
	Sozialdienst (n=8)	Pflege (n=16)	Ärzte (n=8)	
Wird das SiL-Angebot als Konkurrenz für Spitex betrachtet?				
Nein	6 (75.0)	15 (93.8)	6 (75.0)	27 (84.4)
Eher nein	1 (12.5)	1 (6.3)	1 (12.5)	3 (9.4)
Eher ja	1 (12.5)		1 (12.5)	2 (6.3)
Ja				0

n=Anzahl, N=Stichprobengrösse

Erfahrungen und Zufriedenheit der befragten internen zuweisenden Stellen mit dem SiL-Angebot
Zehn der Zuweiser hatten zum Befragungstermin bereits praktische Erfahrungen mit SiL gemacht (davon vier Sozialarbeiterinnen und je drei Pflegedienstleitende und Ärzte). Ihre Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot ist in der Tabelle 60 dargestellt. Neun der zehn Zuweiser haben positive bis eher positive Erfahrungen mit dem SiL-Angebot gemacht. Insbesondere die gute Zusammenarbeit mit den SiL-Mitarbeitenden, gefolgt vom Lob über die raschen und zuverlässig eingeleiteten Massnahmen seitens der SiL-Mitarbeitenden wurde hervorgehoben. Als Negativpunkt wurde die schwierige Erreichbarkeit der SiL-Mitarbeitenden genannt.

Tabelle 60 Erfahrungen und Zufriedenheit der befragten internen Zuweiser mit dem SiL-Angebot (N=32)

	Anzahl Nennungen (%*)			
	Sozialdienst (n=4)	Pflege (n=3)	Ärzte (n=3)	Gesamt (N=10)
Zufriedenheit mit den Erfahrungen mit dem SiL-Angebot				
Positiv	3 (75.0)	2 (66.7)	1 (33.3)	6 (60.0)
Eher positiv	1 (25.0)	1 (33.3)	1 (33.3)	3 (30.0)
Eher negativ			1 (33.3)	1 (10.0)
Negativ				
Was war (eher) positiv?*	(n=4)	(n=3)	(n=2)	(n=9)
Zusammenarbeit war unkompliziert.		2 (66.7)	1 (50.0)	3 (33.3)
SiL-Mitarbeitende haben rasch und zuverlässig gehandelt.	1 (25.0)		1 (50.0)	2 (22.2)
Dank SiL konnte man den Patienten beruhigt entlassen.	2 (50.0)			2 (22.2)
Das Angebot ist sehr gut und konnte erfolgreich angewendet werden.		1 (33.3)		1 (11.1)
Die Betroffenen waren zufrieden.	1 (25.0)			1 (11.1)
Was war (eher) negativ?*	(n=1)	(n=1)	(n=2)	(n=4)
SiL-Mitarbeitende sind schwierig zu erreichen.	1 (100)		1 (50.0)	2 (50.0)
Zu wenig neue Aspekte/Ideen erhalten.		1 (100)		1 (25.0)
Zusammenarbeit könnte besser sein.			1 (50.0)	1 (25.0)
Es fehlt der direkte Kontakt zu den SiL-Mitarbeitenden.			1 (50.0)	1 (25.0)

n=Anzahl; *auf n bezogen, N=Stichprobengrösse **Mehrfachnennungen möglich

In Kürze

Bekanntheit und Bedarf des SiL-Angebotes

Den Sozialdienstmitarbeiterinnen, Abteilungsleitende der Pflege und den leitenden Ärzten der Pflegezentren der Stadt Zürich war das SiL-Angebot sehr gut bekannt. Bis auf zwei Personen waren alle der Meinung, dass das SiL-Angebot benötigt wird. Alle Befragten waren über das SiL-Angebot informiert. Eine klare Mehrheit fand die erhaltenen Informationen zum SiL-Angebot ausreichend.

Mögliche Gründe für die geringe Anzahl der SiL-Überweisungen

Als Hauptgrund bezüglich der geringen Überweisungen an SiL vermuteten die Befragten die kleine Anzahl Entlassungen der Demenzerkrankten nach Hause. Als ein weiterer relevanter Grund wurde der in der Allgemeinbevölkerung geringe Bekanntheitsgrad des SiL-Angebotes genannt.

Regelung des SiL-Anmeldeprozesses

Fast alle Befragten begrüßten eine systematische Regelung zum SiL-Anmeldeprozess in den Pflegezentren. Bis auf eine Person wünschten alle eine Rückmeldung über die an die SiL-Beratung angemeldeten Fälle.

Empfehlung des SiL-Angebotes

Nur etwa ein Drittel der befragten Personen haben das SiL-Angebot an Betroffene weiterempfohlen. Jene, die es gemacht haben, fanden dabei wenig bis keinen Anklang. Zwei Befragte sehen in der Spitex ein Konkurrenzangebot zu SiL.

Erfahrungen mit dem SiL-Angebot

Diejenigen, die Erfahrungen mit dem SiL-Angebot gemacht haben, berichten über eine gute Zusammenarbeit sowie rasche und zuverlässig eingeleitete Massnahmen. Die schwierige Erreichbarkeit der SiL-Mitarbeitenden wurde jedoch von wenigen kritisiert.

Fazit

Alles in allem kann festgestellt werden, dass die befragten Mitarbeitenden der Pflegezentren der Stadt Zürich das SiL-Angebot gut kennen und es auch nötig finden, es jedoch trotzdem noch zu wenig empfehlen. Zu mehr Überweisungen würde es ihrer Ansicht nachkommen, wenn der Bekanntheitsgrad des SiL-Angebotes in den Pflegezentren erhöht wird und allen Mitarbeitenden eine klare Regelung zum Anmeldeprozess bekannt gemacht wird.

9.3.5.3 Externe zuweisende Stellen (Hausärzte)

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Befragung einer externen zuweisenden Stelle - der Hausärzte der Stadt Zürich - dargestellt. Ziel der Befragung war es herauszufinden, wie bekannt das SiL-Angebot bei den Zürcher Hausärzten ist respektive welche Erfahrungen sie damit gemacht haben und wieso sie bis zu diesem Zeitpunkt kaum Fälle an die SiL-Beratungsstelle überwiesen hatten.

Die Befragung fand im September 2010 im Rahmen eines Ärzte-Weiterbildungsanlasses in Zürich statt. Am Anlass nahmen 129 stadtzürcherische Hausärzte teil. Von diesen füllten 20 Personen (16%) den Fragebogen aus (Selbstselektion). Die befragten Ärzte bilden deshalb keine repräsentative Stichprobe der Zürcher Hausärzte.

Ergebnisse der Befragung der Hausärzte

Von den 20 Ärzten gaben sechs Personen (30%) an, das SiL-Angebot zu kennen. Zwei von ihnen haben das Angebot durch die Zeitschrift ‚Intercura‘, drei Personen persönlich durch Herrn A. Götz sowie eine Person durch ‚Intercura‘ und Herrn Götz kennengelernt. Niemand von ihnen hatte bisher das Angebot an Patienten weiterempfohlen. Die Gründe dafür sind in der Tabelle 61 aufgelistet.

Tabelle 61 Gründe für das Nicht-Empfehlen des SiL-Angebotes (N=6)

Gründe zum Nicht-Empfehlen des SiL-Angebotes
• Bisher kein Bedarf.
• Bisher keine brennende Indikation.
• Bisläng gut durch Spitex und Angehörige betreut.
• Keine passenden Patienten, andere Lösungen.
• Patienten wohnen im Pflege- oder Altersheim.
• Erst vor kurzem das SiL-Angebot kennen gelernt.

N=Anzahl Personen

Da niemand der befragten Hausärzte Erfahrungen mit dem SiL-Angebot hatte, konnte auch über keine Erfahrungen berichtet werden. Tabelle 62 zeigt auf, welche Gründe die Ärzte dafür verantwortlich machen, dass von den Hausärzten nur wenige Fälle an SiL überwiesen worden sind. Die grösste Anzahl der Ärzte (89%) vermuteten, dass das Angebot nicht bekannt ist, gefolgt von der Meinung von 15 Ärzten (88%), dass das Angebot in den Routineabläufen vergessen geht und die generelle Übersicht über die Angebote fehlt (77%). Nur ein Arzt ging davon aus, dass das Angebot die Bedürfnisse der Betroffenen nicht trifft. 14 Ärzte (82%) berichteten, dass es während der Konsultationen genügend Zeit gibt, um auf Entlastungsangebote der Stadt Zürich aufmerksam zu machen. Nur zwei Personen vermuten, dass das SiL-Angebot schon von anderen Stellen angeboten wird.

Tabelle 62 Vermutete Gründe der Zürcher Hausärzte für die geringen SiL-Überweisungen (N=20)

Aussagen	Trifft zu n (%*)	Trifft nicht zu n (%*)	Fehlende Werte n
Das Angebot ist nicht bekannt.	16 (88.9)	2 (11.1)	2
Das Angebot geht in den Routineabläufen vergessen.	15 (88.2)	2 (11.8)	3
Es gibt so viele Angebote, es fehlt die Übersicht.	13 (76.5)	4 (23.5)	3
Es ist unklar, wie das Angebot genutzt werden kann.	10 (71.4)	4 (28.6)	6
Es ist unklar, wer das Angebot nutzen soll.	6 (40.0)	9 (60.0)	5
Während der Konsultation bleibt keine Zeit, um auf solche Angebote aufmerksam zu machen.	3 (17.6)	14 (82.4)	3
Dieses Angebot wird schon von anderen angeboten.	2 (20.0)	8 (80.0)	10
Das Angebot trifft die Bedürfnisse der Betroffenen nicht.	1 (9.1)	10 (90.9)	9
Ich habe das Angebot empfohlen, die Angehörigen wollten es nicht nutzen.	1 (8.3)	11 (91.7)	8
Ich habe das Angebot empfohlen, die Patienten wollten es nicht nutzen.	0	12 (100)	8
Ich mache das selbst und brauche dabei keine Unterstützung.	0	14 (100)	6

n=Anzahl; *ohne fehlende Werte, N=Anzahl Personen

Interview mit Andreas Götz

Im Juni 2010 wurde Herr A. Götz, Key Account Manager der Stadt Zürich, vom Evaluationsteam bezüglich seiner Erfahrungen und Erkenntnisse über das SiL-Angebot bei den Hausärzten interviewt. Herr Götz besucht seit einiger Zeit Hausärzte in ihren Praxen und informiert sie über die Entlastungsangebote der Stadt Zürich.

Seiner Ansicht nach signalisieren die Hausärzte der Stadt Zürich ein grosses Interesse am SiL-Angebote. Die Hausärzte schätzen seine Besuche sehr und zeigten Bereitschaft, mehr Informationen über Entlastungsangebote der Stadt Zürich zu erhalten. Herr Götz betrachtet die Hausärzte als wichtigste Zuweisergruppe für SiL – dies insbesondere im Rahmen des Hausarztmodelles.

Seiner Ansicht nach wünschen sich die Hausärzte insbesondere einen Flyer mit einer Telefonnummer statt dicken Broschüren. Sie benötigten auch eine Übersicht über die vielen verschiedenen Angebote der Stadt Zürich und einen direkten Draht zur Beratungsstelle. Sie schätzten es, wenn die Stadt Zürich Entlastungsangebote anbietet.

Nach Einschätzung von Herrn Götz, zeigen die Hausärzte eine klare Akzeptanz und Aktivität bezüglich des SiL-Angebotes („Es ist sogar vorgekommen, dass der Hausarzt mir gleich Fälle zuweisen wollte.“). Herr Götz vermutet als Grund für die wenigen Überweisungen an SiL vor allem Folgendes: Die Unklarheit der Finanzierung (Die Finanzierungen wurde bald nach dem Interview klar geregelt.); Das Angebot ist nicht bekannt; Fehlen des Flyers (ein neuer Flyer wurde bald nach dem Interview angefertigt) sowie das Fehlen der Übersicht über die verschiedenen Angebote.

In Kürze

- Das Interview mit Herrn Götz sowie die Befragung der Zürcher Hausärzte zeigen auf, dass der Bekanntheitsgrad des SiL-Angebotes bei den Ärzten noch sehr gering ist.
- Die Hausärzte schätzen die Entlastungsangebote und glauben, dass es dafür einen Bedarf gibt.
- Um die Zahl der SiL-Empfehlungen zu erhöhen, scheinen eine Übersicht der Angebote, ein übersichtlicher Flyer sowie generell mehr Informationen notwendig sein.
- Hausärzten, welche das SiL-Angebot gekannt haben, waren zu 67% von Herrn Götz persönlich darüber informiert worden.

9.3.6 Bewertung der Arbeitszufriedenheit der SiL-Mitarbeitenden

In einem persönlichen Interview wurden die beiden SiL-Mitarbeitenden zur Entwicklung des SiL-Angebotes, zum Ablaufprozess des Hausbesuches sowie zur allgemeinen Arbeitszufriedenheit befragt. Diese Interviews sollen einen Einblick in den Arbeitsbereich der beiden Mitarbeitenden ermöglichen, allfällige Problembereiche aufdecken sowie Vorschläge und Lösungsansätze aus Sicht der SiL-Mitarbeitenden für die weitere Entwicklung des Angebotes aufzeigen. Die beiden Interviews wurden mit Hilfe der Inhaltsanalyse (Mayring, 2000) kategorisiert. Die Ergebnisse wurden den SiL-Mitarbeitenden zur Verifizierung vorgelegt. Sie bestätigten die Ergebnisse und Interpretation.

Beschreibung des Aufgabenbereiches

Die Aufgabe der SiL-Mitarbeitenden bestand darin, in Zusammenarbeit und mit Unterstützung des Projektteams den Ablauf des Hausbesuches und der Beratung zu entwickeln und durchzuführen. Zusätzlich musste das SiL-Angebot bei den zuweisenden Stellen und in der Öffentlichkeit bekannt gemacht werden, es mussten Kontakte mit Fachpersonen geknüpft und die Grundlagen für die abzugebenden Empfehlungen geschaffen werden.

Ablauf Hausbesuche SiL

Der Ablauf des Hausbesuches und der Beratung wird von den SiL-Mitarbeitenden wie folgt beschrieben und ist in der folgenden Übersicht (Abbildung 8) dargestellt.

1	Anmeldung	Die Anmeldung erfolgt durch die verschiedenen zuweisenden Stellen oder direkt durch die Betroffenen.
2	Kontaktaufnahme	Die SiL-Mitarbeitenden nehmen telefonisch Kontakt für Termin Hausbesuch auf. Wenn dies nicht möglich ist erfolgt ein unangemeldeter Hausbesuch.
3	Hausbesuch	Erfragen der Anamnese. Durchführung Z-MMSE und neuropsychologische Untersuchungen. Inspektion der Wohnung.
4	Fallbesprechung	Schildern der Anamnese und Besprechung der Befunde. Diagnosestellung und Formulierung der Empfehlungen.
5	Mitteilung der Empfehlungen	Bei Bezugspersonen in einem weiteren Hausbesuch oder telefonisch. Bei Hausarzt oder Spitex schriftlich und teilweise zuerst telefonisch.
6	Bericht	Für die zuweisende Stelle/Person.
7	Nachfragen	Wenn möglich nach 4 Wochen. Teilweise erfolgt Rückmeldung der involvierten Personen.

Abbildung 8 Ablauf Hausbesuche SiL

9.3.6.1 Entwicklung des SiL-Angebotes

Langzeitversorgung und SiL-Kunden

Das SiL-Angebot wurde lanciert mit der Vorstellung, Patienten und ihre Bezugspersonen möglichst zu einem frühen Zeitpunkt - im Anschluss an die Abklärung an der Memory-Klinik Entlisberg - als Kunden zu gewinnen, und ihnen dadurch die Möglichkeit einer kontinuierlichen Begleitung durch eine ausgewiesene Fachperson zu ermöglichen.

Die SiL-Mitarbeitenden berichteten zur Entwicklung des SiL-Angebotes, dass sich die Inanspruchnahme des Angebotes in unerwartete Richtung entwickelt hat. Einerseits suchten die Betroffenen zu einem sehr späten Zeitpunkt oder auch zu spät Hilfe, also dann, wenn die Belastungen bereits sehr hoch waren. Andererseits kam es zu unerwartet vielen Notfall-Zuweisungen durch den SAD. Die Notfälle erforderten oft sofortige Massnahmen, was dazu führte, dass die ‚normalen‘ SiL-Kunden warten mussten. Das Hauptziel, Menschen mit Demenz länger zu Hause zu versorgen, komme aber in der Zwischenzeit langsam zum Tragen. Vorgeschlagen wird, die Zusammenarbeit mit der Memory-Klinik zu intensivieren und die SiL-Mitarbeitenden bereits im Rahmen der Demenzabklärung persönlich als Ansprechpersonen bei künftigen Fragen und Problemen vorzustellen. Zusätzlich wäre zu überlegen, bei Notfallkunden Regelungen bezüglich Art und Umfangs der zu erbringenden Dienstleistungen festzulegen.

Zulauf

Im Vorfeld des Projektes ergab eine interne Einschätzung, dass im ersten Jahr mit 180 potentiellen Kunden gerechnet werden kann. Diese Annahme hat sich nicht bestätigt.

Die Gründe für den geringeren Zulauf im ersten Jahr sahen die SiL-Mitarbeitenden darin, dass neue Projekte eine Anlaufzeit brauchen bis sie bekannt sind und der Nutzen sowohl für die Betroffenen als auch für die anderen bereits im Feld tätigen Akteure klar ist und das Angebot nicht mehr als Konkurrenz betrachtet wird. Deshalb gilt es, das SiL-Angebot noch besser zu verankern, durch die Weiterführung einer intensiven Informationspolitik gegenüber der breiten Öffentlichkeit sowie internen und externen Fachstellen und Fachpersonen.

Allgemein

Insgesamt sehr positiv betont wurden die vielfältigen Kontakte zu Menschen in ganz unterschiedlichen Situationen und die Erfahrung, dass bei einer unerwarteten Zielgruppe etwas Positives bewirkt werden konnte, sowie die gute Zusammenarbeit im Projektteam. Probleme hatten die SiL-Mitarbeitenden damit, dass sie einerseits mit grossem Einsatz gearbeitet und sehr flexibel auf die unerwartete Gruppe der SAD-Zuweisungen reagiert hatten, andererseits diese spezielle Gruppe für die Evaluation nicht vorgesehen war. So entstand das Gefühl, die Erwartungen der Evaluation nicht erfüllen zu können, und der Druck, sich gegenüber dem Evaluationsteam rechtfertigen zu müssen.

In der folgenden Tabelle (Tabelle 63) sind die für die Entwicklung des SiL-Angebotes in den Interviews erwähnten kritischen Bereiche und Verbesserungsvorschläge zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 63 Entwicklung des SiL-Angebotes: Kritische Bereiche und Verbesserungsvorschläge der SiL-Mitarbeitenden (N=2)

Kritische Bereiche	Verbesserungsvorschläge der SiL-Mitarbeitenden
Kontinuierliche Begleitung kam bis jetzt kaum zum Tragen.	Anbindung an Memory-Klinik intensivieren.
Zu wenig Zeit für die ‚normalen‘ SiL-Kunden.	Abgrenzungen beim Umfang der Begleitung von Notfallkunden überlegen.
Zulauf von SiL-Kunden war im ersten Jahr kleiner als erwartet.	Die bereits intensivierte Informationspolitik in der breiten Öffentlichkeit sowie mit internen und externen Fachstellen und Fachpersonen weiterführen.

N=Anzahl Personen

9.3.6.2 Arbeitsprozess

Kontaktaufnahme

Die Betroffenen meldeten sich mit sehr hohen Erwartungen bei den SiL-Mitarbeitenden. *„Die Erwartung, dass wir mit einem Zauberstab kommen und alles lösen können, besteht schon. Aber ohne die Bereitschaft der Betroffenen können auch wir nichts erreichen. Mit der Zeit habe ich gelernt klar dazulegen, wieso ich gewisse Erwartungen nicht erfüllen kann... das hilft manchmal, manchmal besteht aber die Erwartung nach wie vor.“* Bei der Kontaktaufnahme sei es deshalb wichtig, die Erwartungen der Anrufenden durch eine gute Kommunikation herabzusetzen. Werden alleinstehende Patienten angemeldet, versuchen die SiL-Mitarbeitenden den Kontakt herzustellen.

Hausbesuch

Normalerweise wurde für den Hausbesuch telefonisch ein Termin vereinbart. *„Termine mit den ‚normalen‘ SiL-Kunden können aus meiner Sicht nicht immer im gewünschten Zeitraum abgemacht werden. Ich habe zwar keine negativen Meldungen dazu erhalten, die Menschen sind sehr geduldig und warten, aber für mich dauert es zu lange.“* Bei alleinstehenden Patienten war es oft schwierig und mit grossem Zeitaufwand verbunden, Einlass für den Hausbesuch zu erhalten. *„Viele meiner Kunden sind allein, und dort gehe ich einfach vorbei. Ich rufe vorher an, damit sie meine Stimme schon einmal gehört haben. Manchmal komme ich nicht einmal ins Haus hinein. Dann muss ich klopfen, rufen, die Nachbarn fragen. Man muss sehr sorgfältig vorgehen, Abklärungen sind nicht immer möglich. Manchmal muss ich erfolglos abziehen.“* Der Hausbesuch dauerte etwa zwei Stunden. *„Man muss zuerst das Vertrauen aufbauen. Für die Patienten sollte der Zeitaufwand nicht grösser, aber auch nicht kleiner sein. Die Tests geben wichtige Anhaltspunkte und sind eine gute Grundlage für die Fallbesprechung im Team.“*

Mitteilung der Empfehlungen

Das Beratungsgespräch wurde mit den Patienten und Bezugspersonen persönlich oder telefonisch durchgeführt. *„Am meisten habe ich die Versorgung ausgebaut.“* Bei alleinstehenden Patienten wurden die dazu notwendigen Schritte durch die SiL-Mitarbeitenden eingeleitet. Waren Bezugspersonen vorhanden, wurde die Umsetzung ihnen überlassen. *„Dabei wäre es aber sicher auch nötig dort konkrete Schritte einzuleiten.“* Das Einholen von Informationen über konkrete Entlastungsangebote zur Weiterempfehlung an die SiL-Kunden musste fortlaufend recherchiert und ein Wissensbestand aufgebaut werden. *„Heute musste ich mich z.B. über einen Herd mit Timer informieren, über sämtliche Details. Ich lerne ständig dazu.“* Das Einholen dieser Informationen brauchte sehr viel Zeit. Die Auswahl der Angebote variierte von Quartier zu Quartier und ist ständig im Wandel. In der Fallbesprechung werden die gewonnen Erkenntnisse jeweils ausgetauscht.

Nachfragen

Gemäss dem Konzept war bei bestehenden SiL-Kunden ein regelmässiges Nachfragen vorgesehen. Obwohl die SiL-Mitarbeitenden dieses Nachfragen als sehr sinnvoll erachteten, fehlte es oft an der Zeit. *„Ich probiere es, aber es ist schwierig. Ich plane Zeitfenster dafür ein, aber wenn ich die Kunden dann nicht erreiche, bleibt es wieder liegen. Einige haben sich selber gemeldet. Das haben sie von sich aus gemacht, und das habe ich sehr geschätzt.“*

Zuweisende Stellen

Über die Zusammenarbeit mit den verschiedenen zuständigen Mitarbeitern der zuweisenden Stellen wurde sehr unterschiedlich berichtet. Als reibungslos wurde die Zusammenarbeit mit dem SAD, als eher harzig mit den PZZ beschrieben. Die Möglichkeit, das SiL-Angebot bei den PZZ persönlich vorzustellen, habe dann aber Wirkung gezeigt, und dort, wo es bereits zu einer Zusammenarbeit gekommen sei, habe sich die Einstellung gegenüber SiL verbessert. Bei der Spitex SAW habe das SiL-Angebot die Erwartungen nicht getroffen, und so sei es nur in wenigen Fällen zu einer Zusammenarbeit gekommen. Die Hausärzte hätten oft den Zugang über den SAD benutzt, und die Spitex in der Stadt Zürich habe oft die Knacknüsse überwiesen, die dann auch für SiL sehr schwierig gewesen seien.

Organisation und Administration

Der Bericht an die Betroffenen und zuweisenden Stellen war jeweils drei bis vier Seiten lang. Die SiL-Mitarbeitenden waren der Meinung, dass ein so ausführlicher Bericht nicht immer notwendig sei, sondern von Fall zu Fall angepasst werden könnte. *„Z.B. bei einer Hausverwaltung müsste der Bericht nicht so lange sein wie bei der Vormundschaftsbehörde.“* Insgesamt könnten ein gutes EDV-System mit einer zentralen Fallerfassung und das Schreiben der Berichte ab Diktaphon durch eine administrative Fachkraft den administrativen Aufwand verringern und mehr Zeit für die Beratung der Betroffenen ermöglichen.

Abschliessend werden die im Interview erwähnten kritischen Bereiche und Verbesserungsvorschläge zum Arbeitsprozess zusammenfassend dargestellt (vgl. Tabelle 64).

Tabelle 64 Arbeitsprozess: Kritische Bereiche und Verbesserungsvorschläge der SiL-Mitarbeitenden (N=2)

Kritische Bereiche	Verbesserungsvorschläge der SiL-Mitarbeitenden
Hohe Erwartungshaltung der Bezugspersonen.	Erwartungen thematisieren. Transparenz in der Kommunikation.
Mangelnde Bereitschaft der Patienten und Patientinnen sich einzulassen.	Vertrauen aufbauen. Zeit investieren.
Beschaffung von aktuellen Informationen und konkreten Entlastungsmassnahmen.	Aufbau einer kontrollierten Datenbank.
Probleme bei der Umsetzung der Empfehlungen.	Nachfragen standardisieren. Unterstützung bei der Umsetzung anbieten oder organisieren.
Zusammenarbeit mit zuweisenden Stellen.	Persönliche Vorstellung. Kontakte regelmässig pflegen.
Hoher organisatorischer und administrativer Aufwand.	Strukturierung und Standardisierung der Prozesse.

N=Anzahl Personen

9.3.6.3 Arbeitszufriedenheit

Die SiL-Mitarbeitenden waren mit den Arbeitsbedingungen insgesamt zufrieden oder sehr zufrieden. Gewünscht wurde ein Einzelbüro, um Beratungen und Telefongespräche in aller Ruhe durchführen zu können. Positiv betont wurden die Möglichkeit, auf den Arbeitsprozess Einfluss nehmen zu können, die gute Unterstützung bei der Arbeit durch die Vorgesetzten und die fruchtbare Zusammenarbeit im Team. Als mögliche Weiterbildungsmaßnahmen wurden ‚Mediation‘ und ‚administrative Fallbearbeitung‘ geäußert.

9.3.7 Optimierung des SiL-Angebotes

Auf unsere Anregung und auf Wunsch des Projektteams wurden im Sinne einer formativen Evaluation eine Auswahl von quantitativen und qualitativen Fragen zur ‚Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot‘ regelmässig ausgewertet und an den Sitzungen mit dem Projektteam besprochen.

Die regelmässige Präsentation und Diskussion dieser Auswahl von Auswertungen aus dem Fragebogen der Bezugspersonen zur ‚Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot‘ haben, gemäss Projektteam, zu folgenden Anpassungen (vgl. Tabelle 65) im Sinne einer Optimierung des SiL-Angebotes geführt.

Tabelle 65 Optimierung des SiL-Angebotes aufgrund formativer Evaluation gemäss Projektteam

Optimierungen	Erläuterungen
Erstkontakt gratis	Möglichkeit, das SiL-Angebot unverbindlich kennen zu lernen
Terminliche Trennung von Anamnese und Beratung	Damit nicht nur Zeit für die Anamnese, sondern auch für die Beratung zur Verfügung steht.
Abgabe von Informationsmaterial	Die Angehörigen wünschen, dass die SiL-Beraterin von sich aus Informationen bezüglich weiterer Unterstützungsmöglichkeiten abgibt.
Wiederholte telefonische Kontaktaufnahme	Die durch die SiL-Beraterin empfohlenen Massnahmen betreffen oft formelle Betreuungssysteme (Ärzte und Spitex). Die Angehörigen wünschen, dass die SiL-Beraterin nachfragt, ob die Massnahmen auch greifen.
Mehr persönlicher Kontakt, Fortbildung, Fallbesprechungen	Die Information und Diskussion der Auswertungen hat die Zusammenarbeit im SiL-Projektteam und mit den zuweisenden Stellen ange-regt.

10 Zusammenfassung der Ergebnisse

10.1 Hausbesuche SiL

Die Forschung zeigt, dass in Deutschland und Österreich im Rahmen der demografischen Entwicklung vergleichbare Bestrebungen vorhanden sind, den multiplen Versorgungsbedarf von alten Menschen - insbesondere von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen im ambulanten Bereich - durch eine integrierte Langzeitversorgung zu unterstützen und zu verbessern. Berichtet wird in diesem Zusammenhang über Schwierigkeiten bei der Integration neuer Angebote in bestehende Strukturen durch institutionelle Barrieren und durch Widerstand von beteiligten Professionen (Naegele, 2009). Zudem hat sich gezeigt, dass neue Angebote bei den Zielgruppen, in Fachkreisen und in der breiten Öffentlichkeit Zeit brauchen, um bekannt und akzeptiert zu werden (Auer et al., 2007).

Zunehmende Nutzung von Hausbesuche SiL

Die Auswertungen von bestehenden Daten der SiL-Mitarbeitenden bezüglich Anzahl Anmeldungen, zuweisenden Stellen, Grund der Zuweisung und Art der Empfehlungen verdeutlichen das Nutzungsverhalten von Hausbesuche SiL seit dessen Einführung. Die Ergebnisse zeigen:

- Eine kontinuierliche Zunahme der Anmeldungen an Hausbesuche SiL seit der Einführung des Angebotes (2008/2009 $n=89$; 2010 Jan-Aug $n=144$). In 192 Fällen (82%) kam es zu einer persönlichen Beratung.
- Eine sehr hohe Zuweisungsrate verzeichnete der SAD (43%), gefolgt von Angehörigen (13%) und der Übergangspflege PZZ (10%).
- Die Gründe für die Zuweisung waren: der Wunsch nach Abklärung der häuslichen Situation und des Gedächtnisses (50%), Begleitung/Beratung (18%) sowie die Verschlechterung der Gesundheit (9%).
- Die abgegebenen Empfehlungen betreffen die Einführung und den Ausbau der Spitex (54%), Hinweise auf ergänzende PZZ-interne und externe Angebote (38%), die Einleitung einer Beistandschaft (16%) oder die Institutionalisierung (15%).

Hauptzuweiser Stadtärztlicher Dienst (SAD)

Für das Angebot Hausbesuche SiL kann eine zunehmende Nachfrage festgestellt werden. Die meisten Fälle wurden nicht wie angenommen durch die Memory Klinik Entlisberg (nach der Diagnoseabklärung), das Pflegezentrum Käferberg (nach der Übergangspflege) oder die Stiftung SAW (alleinlebende Menschen mit Demenz) zugewiesen: Fast die Hälfte aller Zuweisungen erfolgte über den Stadtärztlichen Dienst SAD. Der Stadtärztliche Dienst wird sehr oft in Notfallsituationen oder bei Problemlagen angegangen; insbesondere dann wenn Hausärzte, Behörden, aber auch Angehörige nicht mehr weiter wissen. Damit wurde Hausbesuche SiL von einer unerwartet grossen Gruppe beansprucht, bei welchen sofortige Präsenz und Hilfestellungen erforderlich waren. Die zu Beginn des Projektes angestrebte Kontinuität in der Langzeitversorgung von bestimmten risikobelasteten Personengruppen kam hingegen bis jetzt nur vereinzelt zum Tragen. Dies hat sich auch auf die Teilnahme und die Ergebnisse der Evaluation ausgewirkt.

Kleine Evaluationsstichprobe

An die Evaluation konnten von den SiL-Mitarbeitenden 37 Fälle überwiesen werden. Die Stichprobe umfasste schliesslich 24 Fälle, bestehend aus 24 Patienten und Patientinnen und 18 Bezugspersonen. Die Gründe für diese geringe Teilnehmerzahl und somit kleine Stichprobe sind unterschiedlich und reichen von Verwahrlosung, geringer Kooperationsbereitschaft, Belastung der Angehörigen bis zu keine Erinnerung an die Beratung oder keine validen Antworten. Offenbar wurde die bereits hohe Belastungssituation dieser Zielgruppe und die damit verbundene geringe Bereitschaft zur Teilnahme an der Evaluation unterschätzt.

Unterschiede zwischen der Grundgesamtheit und der Stichprobe

Ein Vergleich zwischen der Grundgesamtheit von Hausbesuche SiL ($N=192$) und der Stichprobe ($n=24$) zeigt, dass sich die Evaluationsteilnehmer in zwei wesentlichen Merkmalen von der Grundgesamtheit unterscheiden. Dies einerseits bezüglich der Verteilung der zuweisenden Stelle sowie andererseits der Art der abgegebenen Empfehlungen. Zur Stichprobe waren durch den SAD und aus der Übergangspflege PZZ nur knapp halb so viele, durch die Angehörigen jedoch fast doppelt so viele Fälle zugewiesen worden. Bei den Empfehlungen wurde mehrheitlich auf ergänzende PZZ-interne und externe Angebote verwiesen. Erst in zweiter Linie kam es zu einem weiteren Ausbau oder der Einführung der Spitex. Zudem mussten keine Beistandschaften eingeleitet werden, und nur vereinzelt kam es zu einer Institutionalisierung. Diese Unterschiede deuten darauf hin, dass in der Stichprobe die grosse Gruppe der Notfälle weniger stark vertreten ist, und dass der Ausbau von Entlastung wichtiger als dessen Einführung war. Für die Interpretation der Evaluationsergebnisse bedeutet dies, dass diese nicht generell auf die Grundgesamtheit von SiL übertragen werden können.

Grosser Handlungsbedarf bei verwahrlosten Menschen mit Demenz

Durch die Einführung von Hausbesuche SiL ist eine Gruppe von Menschen mit Demenz mit einem grossen Handlungsbedarf aufgedeckt worden. In der Masterarbeit von Scheiber (2010) zur ‚Häuslichen Desorganisation dementer Menschen, Möglichkeiten und Grenzen der Begleitung verwahrloster dementer Menschen durch die spezialisierte integrierte Langzeitversorgung SiL‘ konnte aufgezeigt werden, dass bei verwahrlosten Personen durch die Begleitung von SiL die Desorganisation vermindert oder auf einem menschenwürdigen Niveau stabilisiert, die Betreuungssituation für formelle und informelle Betreuungssysteme tragbar gemacht und eine Institutionalisierung dadurch hinausgezögert werden konnte.

Hausbesuche SiL sind kein Konkurrenzangebot zur Spitex

Die Ergebnisse zeigen auch deutlich, dass die Befürchtungen von bestehenden Akteuren, Hausbesuche SiL sei ein Konkurrenzangebot, nicht zutreffen. Mehr als 50% der Empfehlungen betreffen die Einführung oder den Ausbau der Spitex und 38% die Einführung weiterer Entlastungsangebote. Hausbesuche SiL bietet Entlastung in einer anderen Form, nämlich über Organisation und Koordination bestehender Entlastungsangebote, und steht somit nicht in direkter Konkurrenz zu diesen.

10.2 Auswirkungen des SiL-Angebotes auf Patienten mit Demenz und Bezugspersonen

In verschiedenen Studien wird auf die hohe Belastung von Betreuenden von Menschen mit Demenz hingewiesen, welche sich nicht zuletzt auch auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Betroffenen auswirkt. Gemäss Moor (2010) sind Betreuende oft rund um die Uhr gefordert. Dabei ist bei mehr als der Hälfte das Bedürfnis nach Unterstützung und Entlastung nicht abgedeckt. Gefragt sind deshalb flexible und gut erreichbare Entlastungsangebote – dies auch im Notfall.

Methodische Hindernisse

Mit der Evaluation sollte aufgezeigt werden, ob sich im Verlauf der Beratung durch Hausbesuche SiL die Lebensqualität, die subjektive Gesundheit und die Belastung bei Menschen mit Demenz und ihren Bezugspersonen verbessert oder stabilisiert, ob Notfallhospitalisationen weniger häufig anfallen, und ob die Institutionalisierung hinausgeschoben werden kann; dies im Vergleich zu einer Kontrollgruppe, die keinen Zugang zu Hausbesuche SiL hatte. Aufgrund der geringen Stichprobengrösse und Problemen der Vergleichbarkeit mit der Kontrollgruppe musste das Untersuchungsdesign per 2010 angepasst werden. Die Kontrollgruppe wurde aufgelöst, und die Verlaufsbefragungen wurden gestoppt. Diese Anpassungen hatten für die Evaluation zur Folge, dass keine Aussagen zum Verlauf, zur Reduktion von Notfallhospitalisationen und zum Aufschub der Institutionalisierung gemacht werden können. Das Design wurde abgeändert in ein Interventionsdesign. Dies bedeutet, dass die Erhebung der Daten nun vor und nach der Intervention erfolgte, also anlässlich des ersten persönlichen Kontaktes durch die SiL-Mitarbeitenden und nach Abschluss der Beratung durch das Evaluationsteam. Erwartet wurde, dass sich die Lebensqualität, die subjektive Gesundheit und Belastung durch Hausbesuche SiL verbessert, und dass diese Veränderung messbar ist. Leider hat die Stichprobe bis zum Ende der Evaluation nicht die für statistische Berechnungen dieser Art notwendige Grösse erreicht, und so können dazu keine Aussagen gemacht werden. Um dennoch einen Eindruck zu gewinnen und Tendenzen sichtbar zu machen, wurden im Ergebnisteil die Auswertungen dieser Fragestellungen vor und nach der Beratung durch Hausbesuche SiL als Einzelergebnisse dargestellt.

Tendenzen bei Lebensqualität und subjektiver Gesundheit

Bei der Mehrheit der Bezugspersonen konnte nach der Nutzung von Hausbesuche SiL eine Verbesserung in der subjektiven Lebensqualität und Gesundheit festgestellt werden. Bei den Patienten und Patientinnen sind keine eindeutigen Tendenzen sichtbar.

Leicht positive Tendenz bei der Entlastung erkennbar

Das Ausmass und die Intensität der Belastung der Bezugspersonen durch die Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz sind mit verschiedenen Fragen erfasst worden. Die Ergebnisse zeigen, dass 16 Bezugspersonen vor der Beratung einen durchschnittlichen Betreuungs- und Pflegeaufwand von 39 Stunden pro Woche leisteten (Spanne=1.5-168, Median=11), und dass zwei Personen keinen einzigen Tag Auszeit von der Betreuung nehmen könnten. Die meisten von ihnen erhielten zusätzlich formelle und informelle Unterstützung. Bezüglich der Veränderung der Belastung durch die Betreuung und Pflege vor und nach der SiL-Beratung ist keine eindeutige Tendenz feststellbar. Eine leichte Tendenz wird dagegen bezüglich der Belastung durch das Wissen um die Diagnose Demenz sichtbar. Bei sieben von zehn Bezugspersonen hat diese Belastung nach der Beratung durch Hausbesuche SiL abgenommen. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass diese Bezugspersonen sich durch Hausbesuche SiL gestärkt und unterstützt fühlten resp. mehr über die Krankheit wussten, und sich dadurch entlastet fühlten.

10.3 Bewertung des SiL-Angebotes durch die Bezugspersonen

Die Evaluation einer proaktiven Beratung (Laag, Weidner & Isfort, 2010) - ähnlich derjenigen von Hausbesuche SiL - hat gezeigt, dass die beteiligten Familien einen besseren Umgang mit demenzbedingten Verhaltensänderungen im Alltag erreichten, einen leichteren Zugang zu Unterstützungsangeboten sowie einen Wissenszuwachs bezüglich ihrer leistungsrechtlichen Ansprüche auswiesen, zeitliche Freiräume als gewinnbringend und entlastend bewerteten und diese für ihre persönlichen Bedürfnisse nutzen konnten, durch die konkrete Unterstützung häufig situative Erleichterung erlebten und sich dadurch emotional unterstützt fühlten. Eine qualitative Masterarbeit (Sieber, 2007) über die Erfahrungen und Zusammenarbeit von pflegenden Angehörigen von Menschen mit Demenz mit der aufsuchenden Beratung einer Angehörigenberatungsstelle in Deutschland kommt zum Schluss, dass dort, wo es zu einer Zusammenarbeit kam, die Angehörigen sich kognitiv und emotional gestärkt und betreut fühlten und den Alltag besser meistern konnten. Eine Zusammenarbeit war vor allem dann erfolgreich, wenn es im Verlauf der Beratung gelang, den Fokus weg vom Patienten oder der Patientin hin zum Angehörigen zu lenken. Damit es zu einer tragenden Beziehung kam, war die Empathie von Bedeutung. Von den Beratenden wurde erwartet, dass sie die Kontakte aktiv pflegten und regelmässig nachfragten.

Die Bewertungen des Hausbesuches und der Beratung der 16 Bezugspersonen, welche von Hausbesuche SiL Gebrauch gemacht hatten, werden nachfolgend zusammenfassend dargestellt.

Unterschiedliche Erwartungen an die Beratung

Die Erwartungen der Bezugspersonen an die SiL-Beratung wurden mehrheitlich erfüllt. Erwartet wurden einerseits Informationen und Fachwissen zur Demenz, andererseits konkrete Hilfe und Unterstützung für bestimmte Massnahmen, wie den Ausbau der Spitex oder Hilfe bei der Suche nach einer Tagesbetreuung. Vermisst haben einzelne Bezugspersonen eine konkrete Begleitung und Unterstützung bei der Umsetzung der empfohlenen Massnahmen und das spätere Nachfragen, ob weiterer Bedarf bestehe.

Beratung zu Hause wird geschätzt

Die meisten Kunden wurden zuhause beraten, was auch geschätzt wurde. Während die Atmosphäre des ersten Besuches der SiL-Mitarbeitenden von den Bezugspersonen als sehr angenehm eingeschätzt wurde, schätzten die Bezugspersonen diese für die Patienten und Patientinnen als durchschnittlich angenehm ein. Die Dauer der Beratung wurde als genau richtig empfunden, wobei die Testsituation für den Patienten und Patientinnen nicht weiter ausgedehnt werden sollte.

Zufrieden mit der Beratung

Mit der Art und Weise der Beratung insgesamt waren die Bezugspersonen mehrheitlich sehr zufrieden. Beinahe die Hälfte gab den höchsten Wert an. Besonders geschätzt wurde die Kompetenz und verständliche Ausdrucksweise der SiL-Mitarbeitenden sowie ihre Fähigkeit zuzuhören, die persönliche Situation wahrzunehmen und bei der Beratung zu berücksichtigen.

Psychische Unterstützung und konkrete Vorschläge sind nützlich

Die durch die SiL-Beratung erhaltene psychische Unterstützung und das Vorschlagen konkreter Massnahmen haben den Bezugspersonen am meisten genützt. Es wurde über konkrete Beispiele berichtet, wie das Verhalten der Patienten und Patientinnen durch die Ratschläge der SiL-Mitarbeitenden verbessert werden konnte, z.B.; *„Die Tagesklinik hat ihm gut getan. Er ist nach dem Aufenthalt in der Tagesklinik viel entspannter.“* oder *„Der Patient war nach der Beratung einem Temporäraufenthalt im Pflegezentrum nicht mehr abgeneigt.“*

Sicherheit und Entlastung erhalten

Die Bezugspersonen haben durch die Beratung mehr Sicherheit für die weitere Betreuung des Patienten gewonnen und Unterstützung und Entlastung erfahren. Es wurde u.a. Folgendes gelernt: *„Sich selber stärker wehren, einsetzen und kämpfen“*, *„Kenntnisse über die Demenz“*, *„Die offizielle Seite kümmert sich um Demenzzranke und ihre Angehörigen und bietet etwas an“* sowie: *„Es ist jemand da, der einem hilft“*.

Wünsche und Verbesserungsvorschläge

Es wurden folgende Wünsche und Verbesserungsvorschläge an die SiL-Beratung gerichtet: *„Dass mehr nachgefragt wird“*, *„Bessere, konkretere Ratschläge“*, *„Tests und Unterlagen sollten auf Italienisch sein.“*, *„Kompetente Kontaktperson, die für kurze Fragen telefonisch erreichbar ist“*, *„Mehr Unterstützung bei der Umsetzung“* sowie *„Konkrete Hilfe beim Ausfüllen von Gesuchen“*.

10.4 Optimierung des SiL-Angebotes

Über die Zwischenergebnisse der Befragung der Bezugspersonen zur Zufriedenheit mit Hausbesuche SiL wurde an den regelmässig stattfindenden Sitzungen mit dem Projektteam berichtet. Dieses Vorgehen ermöglichte, den Beratungsprozess fortlaufend zu reflektieren und auf die Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen und Bezugspersonen abzustimmen. Die Zwischenergebnisse haben das Projektteam veranlasst, die folgenden Anpassungen vorzunehmen

Erstkontakt gratis

Wenn der Erstkontakt kostenlos angeboten wird, erhalten die Betroffenen die Möglichkeit, das SiL-Angebot unverbindlich kennen zu lernen.

Terminliche Trennung von Anamnese und Beratung

Durch die terminliche Trennung von Anamnese und Beratung wird es möglich, den Bedürfnissen der Bezugspersonen bei der Beratung mehr Beachtung zu schenken.

Abgabe von Informationsmaterial

Die Angehörigen wünschen, dass die SiL-Beraterin von sich aus Hinweise und konkrete Informationen bezüglich weiterer Unterstützungsmöglichkeiten abgibt, da sie über die verschiedenen Möglichkeiten und Angebote gar nicht informiert sind.

Wiederholte telefonische Kontaktaufnahme

Die durch die SiL-Beraterin empfohlenen Massnahmen betreffen oft formelle Betreuungssysteme (Ärzte und Spitex). Die Angehörigen wünschen, dass die SiL-Beraterin nachfragt, ob die Massnahmen auch greifen.

Mehr persönlicher Kontakt, Fortbildung, Fallbesprechungen

Die Information und Diskussion der Auswertungen hat die Zusammenarbeit im SiL-Projektteam und mit den zuweisenden Stellen angeregt.

10.5 Bewertung des SiL-Angebotes durch die zuweisenden Stellen**Erweiterung der Fragestellung**

Nachdem bis Ende 2010 von den Pflegezentren der Stadt Zürich (PZZ) und den Hausärzten nur wenig Fälle an Hausbesuche SiL überwiesen worden sind, wurde beschlossen, die Befragung der zuweisenden Stellen auf diese beiden Gruppen zu konzentrieren und die Bewertung des Angebotes mit der Frage nach den Gründen für die bisherige geringe Nutzung zu ergänzen.

Kommunikationskonzept

Bereits im Frühjahr 2009 haben Studierende der Hochschule Fresenius in Köln ein Kommunikationskonzept zur Steigerung des Bekanntheitsgrades des SiL-Angebotes entwickelt (Hoop, Marek, Pakel, Pfaffner, Rojin & Walzer, 2009). Auf der Grundlage von qualitativen Experteninterviews wurden acht Thesen aufgestellt, analysiert und entsprechende Werbemassnahmen erarbeitet. Im Kommunikationskonzept wurden Massnahmen an verschiedene Zielgruppen (fachkundige und fachunkundige) vorgeschlagen.

(1) Für Fachkundige: Persönliche Vorstellung des Angebotes bei den Ärzten, Abgabe von Flyer, Einrichten einer Hotline, elektronischer Newsletter, Auf- und Ausbau von Kooperationen mit Spitex, Spitälern, Krankenkassen und der Alzheimervereinigung Zürich, regelmässige Information der internen Akteure über die bestehenden Mitarbeiter-Newsletter und Kommunikationsplattform.

(2) Für Fachunkundige: Standaktionen im Quartier, Erfahrungsberichte in TV/Radio und Print Medien, Schaltung einer Hotline, Abgabe von Flyer, regelmässige Vorträge. Weiter wurden Vorschläge für einen aussagekräftigeren Namen (z.B. Dementia Care – gemeinsam daheim) vorgestellt.

Mehrere dieser Vorschläge wurden in der Folge aufgenommen. Die SiL-Mitarbeitenden stellten ihr Angebot an internen und externen Veranstaltungen persönlich vor. Ende 2009 wurde zusätzlich ein Key Account Manager eingestellt, welcher unter anderem den Auftrag hatte, Hausbesuche SiL und die weiteren Entlastungsangebote der PZZ hauptsächlich bei den Hausärzten, aber auch in der interessierten Öffentlichkeit persönlich vorzustellen.

10.5.1 Befragung der internen zuweisenden Stellen

Im Folgenden werden die Hauptergebnisse der Befragung von 32 Mitarbeitenden verschiedener Berufsgruppen (Sozialdienst, Abteilungsleitung Pflege, Ärzte) der PZZ zusammengefasst.

Kommunikationsmassnahmen zeigen Wirkung bei den Mitarbeitenden der PZZ

In den PZZ wurden Mitarbeitende verschiedener Berufsgruppen im Frühjahr 2010 an Kadersitzungen und Veranstaltungen sowie durch persönliches Vorsprechen der SiL-Mitarbeitenden über den Sinn und Zweck des SiL-Angebotes informiert. Anschliessend wurden die Mitarbeitenden des Sozialdienstes, der Abteilungsleitungen der Pflege sowie der leitenden Ärzte und Ärztinnen der Pflegezentren der Stadt Zürich evaluiert. Die Ergebnisse zeigen, dass das SiL-Angebot bei den Befragten inzwischen sehr gut bekannt ist. Eine Mehrheit hielt das SiL-Angebot auch für notwendig. Der grösste Teil betrachtete die nun erhaltenen Informationen als ausreichend.

Regelung des Zuweisungsprozesses und Richtlinien erwünscht

Eine Mehrheit bestätigte, dass der Zuweisungsprozess zu SiL und die Zuständigkeiten in ihrem Zentrum nun geregelt seien, und dass dies wichtig für die Integration eines neuen Angebotes in bestehende Ablaufprozesse sei. Wo dies nicht der Fall war, wurde eine solche Regelung gewünscht. Eine Rückmeldung über die an die SiL-Beratung weitergeleiteten Fälle wurde von beinahe allen gewünscht.

Wenig Entlassungen nach Hause und geringer Bekanntheitsgrad führten zur geringen Nutzung

Die kleine Anzahl Entlassungen von Menschen mit Demenz aus den PZZ nach Hause und der geringe Bekanntheitsgrad des SiL-Angebotes bei den PZZ-Mitarbeitenden waren die meist vermuteten Gründe für die geringen Überweisungen an Hausbesuche SiL. Ein Drittel der PZZ-Mitarbeitenden hatte das SiL-Angebot Betroffenen bereits empfohlen. Die meisten von ihnen berichteten jedoch über wenig bis keinen Anklang bei den Betroffenen.

Zusammenarbeit mit SiL-Mitarbeitenden gut

Dort wo es zu einer Zusammenarbeit kam, wurde diese mehrheitlich gelobt und über ein rasches und zuverlässiges Handeln der SiL-Mitarbeitenden berichtet. Die schwierige Erreichbarkeit der SiL-Mitarbeitenden wurde jedoch teils kritisiert.

Neue Angebote brauchen Zeit

Diese Ergebnisse zeigen, dass neue Angebote Zeit benötigen, um sich ihren Platz in der Versorgungslandschaft zu erobern. Im Weiteren müssen sie von einer guten Kommunikationskampagne begleitet und in die institutionellen Ablaufprozesse integriert werden, damit sie wahrgenommen und genutzt werden.

10.5.2 Befragung der externen zuweisenden Stellen

Im Folgenden werden die Hauptergebnisse der Befragung der 20 Hausärzte der Stadt Zürich und des Interviews mit dem Key Account Manager der PZZ dargestellt.

Hausärzte schätzen Entlastungsangebote der Stadt Zürich

Der Bekanntheitsgrad des SiL-Angebotes bei den erreichten Hausärzten ist sehr gering. Die Entlastungsangebote der Stadt Zürich werden jedoch geschätzt und SiL von den Hausärzten auch als notwendig erachtet. Um die Abgabe der Empfehlungen an Betroffene zu erhöhen, scheint eine einfache Übersicht aller Entlastungsangebote im Raume Zürich, einen übersichtlichen Flyer sowie mehr Informationen von Nöten zu sein.

Erfolgreicher Einsatz des Key Account Managers

Von den befragten Hausärzten, welche das SiL-Angebot gekannt haben, waren zwei Drittel durch den Key Account Manager der PZZ persönlich informiert worden. Damit zeigt sich, dass die Bemühungen des Key Account Managers eine zwar aufwendige, aber erfolgreiche Massnahme sind, die generell schwer erreichbaren Hausärzte zu erreichen.

10.6 Bewertung der Arbeitszufriedenheit der SiL-Mitarbeitenden

Die Ansprüche an die Mitarbeitenden in Beratungsangeboten für pflegende Angehörige von älteren Menschen oder Menschen mit Demenz sind hoch. Verschiedene Studien verdeutlichen, dass entsprechende Beratungsstellen niederschwellig organisiert sein müssen. Für die Mitarbeitenden bedeutet dies, dass sie telefonisch gut erreichbar, nutzerfreundliche Öffnungszeiten sowie eine zugehende Beratung anbieten müssen. Die Angehörigen erwarten, dass sie das Versorgungssystem und die regionalen Dienstleister kennen, über situations- und krankheitsspezifische Informationen verfügen, und dass sie die Kontakte aktiv pflegen und regelmässig nachfragen. Zur Bewältigung dieser anspruchsvollen Aufgabe sind medizinisch-pflegerische und psychologische Kenntnisse im Umgang mit den Anliegen notwendig. Spezielle Qualifikationen in Case Management und Managed Care, ein standardisiertes Vorgehen sowie klare Vorstellungen über Massnahmen und eine nicht zu hohe Fallzahl pro Mitarbeitende sind ausserdem erforderlich. Ideal sind deshalb interdisziplinäre Teams (Schaeffer & Kuhlmeier, 2008; Nickel et al., 2010; Sieber, 2010).

SiL-Mitarbeitende schätzen anspruchsvolle Tätigkeit

Aus den Interviews mit den SiL-Mitarbeitenden geht klar hervor, dass ihre Arbeit sehr vielfältig und anspruchsvoll ist. Sie schätzen die alltäglichen Herausforderungen und die Kontakte zu den unterschiedlichsten Menschen. Nebst der Durchführung der Hausbesuche und Beratungen sowie dem Schreiben der Berichte, wurde viel Entwicklungs- und Aufbauarbeit geleistet.

Vorschläge zur weiteren Entwicklung von Hausbesuche SiL

Nachfolgend werden die wichtigsten Vorschläge der SiL-Mitarbeitenden zur weiteren Entwicklung von Hausbesuche SiL, zum bestehenden Beratungsprozess sowie zu den Arbeitsbedingungen zusammengefasst:

- Die Anbindung an Memory-Klinik intensivieren, das Nachfragen bei den Patienten und Patientinnen und Bezugspersonen systematisieren,
- den Umfang der Begleitung von Notfallkunden überprüfen,
- die Informationspolitik weiter ausbauen und pflegen,
- die hohe Erwartungshaltung der Kunden zu Beginn der Beratung relativieren,
- die Umsetzung der Empfehlungen besser unterstützen sowie
- das Einrichten einer kontrollierten Datenbank mit aktuellen Entlastungsangeboten.

Arbeitsbedingungen insgesamt gut

Die SiL-Mitarbeitenden waren mit den Arbeitsbedingungen insgesamt zufrieden oder sehr zufrieden. Gewünscht wurde ein Einzelbüro, um Beratungen und Telefongespräche in aller Ruhe durchführen zu können. Als mögliche Weiterbildungsmassnahmen wurden ‚Mediation‘ und ‚administrative Fallbearbeitung‘ genannt.

11 Empfehlungen

Aufgrund der Ergebnisse der Evaluation können die folgenden Empfehlungen für die weitere Entwicklung von Hausbesuche SiL abgeleitet werden.

Weiterführung einer kontinuierlichen Langzeitversorgung

Eines der Hauptziele von Hausbesuche SiL ist die kontinuierliche Langzeitversorgung von Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen zu Hause. Dieses Ziel kam bis jetzt noch nicht richtig zum Tragen. Es wird deshalb empfohlen, entsprechende Massnahmen einzuleiten. Mögliche Ansätze sind: Anbindung nach der Diagnoseabklärung an der Memory-Klinik Entlisberg und Waid verstärken, Zusammenarbeit mit SAW intensivieren und ein aktives, regelmässiges Nachfragen bei Kunden ermöglichen.

Umgang mit Notfallpatienten überdenken

Durch Hausbesuche SiL ist eine grosse Gruppe von Menschen mit Demenz mit einem hohen Unterstützungsbedarf aufgedeckt worden. Die personellen Ressourcen von Hausbesuche SiL sind zurzeit begrenzt. Deshalb wird empfohlen, abzuklären, welche Gruppen mit den bestehenden Ressourcen erreicht und betreut werden sollen und können, welches Ausmass an Unterstützung in welchem Fall geleistet werden soll und wo die Abgrenzungen gemacht werden müssen, damit auch diejenigen Betroffenen betreut werden können, die frühzeitig Beratungsbedarf anmelden.

Bekanntheitsgrad von Hausbesuche SiL weiterhin stärken

Damit das SiL-Angebot beansprucht wird, müssen die Ziele und der Nutzen für die Zielgruppen, Patienten, Angehörige sowie zuweisenden Stellen klar ersichtlich sein und entsprechend beworben werden.

Anbindung an bestehende Strukturen weiterhin stärken

Damit das Angebot bei den zuweisenden Stellen nicht übergangen wird, müssen die Kontakte gepflegt und - infolge von Personalfuktuation - immer wieder erneuert werden respektive in den PZZ-internen Ablaufprozess integriert werden.

Klare Kommunikation des SiL-Angebotes gegenüber den Zielgruppen

Die verschiedenen Zielgruppen gelangen mit unterschiedlichen Erwartungen an Hausbesuche SiL. Die zum Teil unrealistischen Erwartungen (z.B. einiger Bezugspersonen) gilt es bei der ersten Kontaktnahme richtig zu stellen.

Den Fokus vom Patienten auf die Bezugsperson lenken

Eine angemessene und standardisierte Anamnese des Patienten zu Beginn der Beratung ist wichtig. Damit die Gesamtsituation möglichst genau erfasst werden kann, müssen jedoch auch die Bedürfnisse der Bezugspersonen sorgfältig erfasst und im Laufe des Beratungsprozess mitberücksichtigt werden. Damit das SiL-Team eine längerfristige Beziehung über den gesamten Verlauf der Erkrankung aufbauen kann, ist es wichtig, nach der Anamnese den Fokus vom Patienten oder der Patientin zur Bezugsperson zu lenken und ein Vertrauensverhältnis aufzubauen.

Umsetzung der Empfehlungen überprüfen und unterstützen

Im Sinn einer Nachhaltigkeit soll die Umsetzung und Wirkung der abgegebenen Empfehlungen überprüft und wenn nötig vom Auftraggeber unterstützt werden. Eine Überprüfung der Umsetzung könnte auch dazu beitragen, zu erfahren, welche Empfehlungen sich in bestimmten Situationen bewähren und welche nicht.

Arbeitsprozess strukturieren und standardisieren

Damit die vorhandenen Ressourcen optimal eingesetzt werden können, wird empfohlen, den organisatorischen und administrativen Aufwand im Zusammenhang mit dem SiL-Beratungsprozess zu vereinfachen, zu reduzieren und allenfalls neu zu strukturieren und zu standardisieren.

Informationspool aufbauen, kontrollieren und pflegen

Die SiL-Mitarbeitenden brauchen eine stets aktuelle Übersicht über die vorhandenen Entlastungsangebote und -massnahmen für Menschen mit Demenz im häuslichen Wohnfeld in der Stadt Zürich. Diese Übersicht ist aber nur dann nützlich, wenn sie regelmässig kontrolliert und aktualisiert wird.

Qualität von Hausbesuche SiL weiterhin sicherstellen

Damit die Qualität von Hausbesuche SiL auch in Zukunft sichergestellt werden kann, sollen die Ziele von SiL und ihre Erreichung regelmässig überprüft und reflektiert werden.

Generelles zur Evaluation**Evaluation in Situationen mit hoher Belastung überdenken**

Die Belastungssituation der Zielgruppe und die damit verbundene Bereitschaft und Möglichkeit, an einer Evaluation teilzunehmen, wurde im Vorfeld unterschätzt und sollte im Untersuchungsdesign beachtet werden.

Summative Evaluation herauszögern

Neue Angebote in der Versorgungslandschaft brauchen Zeit, sich aufgrund von Erfahrungen zu entwickeln und ihren Platz zu finden. Deshalb gilt es zu bedenken, künftige Angebote in der Startphase mit einer formativen Evaluation zu begleiten und die summative Evaluation erst nach der Bewährungsphase anzusetzen.

12 Literatur

- Adler, G. (1992). Dementia caregivers: Expectations of respite care. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 7 (2), 8-12.
- Adler, G., Ott, L., Jelinski, M. et al. (1993). Institutional respite care: Benefits and risks for dementia patients and caregivers. *International Psychogeriatrics*, 5, 67-77.
- Auer St., Span, E., Donabauer, Y., Reitner, M. & Helm, G. (2007). Demenzservicestelle der M.A.S. Alzheimerhilfe Österreich. Eine neue Struktur zur nicht-pharmakologischen Behandlung von Personen mit Demenz und deren Angehörige. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*. 4, 257-263.
- Aupperle, P.M., MacPhee, E.R., Coyne, A.C., Blume, J. & Sanchez, B. (2003). Health Service Utilization by Alzheimer's Disease Patients: A 2-Year Follow-Up of Primary Versus Subspecialty Care. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 16 (1), 15-17.
- Alspaugh, M. E. L., Stephens, M. A. P., Townsend, A. L., Zarit, S. H., Greene, R. (1999). Longitudinal patterns of risk for depression in dementia caregivers: Objective and subjective primary stress as predictors. *Psychology and Aging*, 14, 34-43.
- Biegel, D., Bass, D., Schulz, R. & Morycz, R. (1993). Predictors of in-home and out-of-home service use by family caregivers of Alzheimer's disease patients. *Journal of Aging and Health*, 5, 419-438.
- Boyd, C.M., Boulton, Ch., Shadmi, E., Leff, B., Brager, R., Dunbar, L., Wolff, J.L. & Wegener, S. (2007). Guided Care for Multimorbid Older Adults. *The Gerontologist*, 47 (5), 697-704.
- Bretz, S. (1998). "Schwankend zwischen Wut und Trauer". Untersuchung von Unterschieden zwischen pflegenden Ehefrauen und Töchtern demenziell erkrankter PatientInnen hinsichtlich der emotionalen Befindlichkeit. *Unveröffentlichte Diplomarbeit*. Freie Universität Berlin.
- Broe, G., Jorm, A., Creasey, H., Casey, B., Bennett, H., Cullen, J., Edelbrock, D., Waite, L. & Grayson, D. (1999). Carer distress in the general population: results from the Sydney Older Persons Study. *Age and Ageing*, 28, 307-311.
- Burns, R., Nichols, L.O., Martindale-Adams, J., Graney, M.J. & Lummus, A. (2003). Primary Care Interventions for Dementia Caregivers: 2-Year Outcomes From the REACH Study. *The Gerontologist*, 43 (4), 547-555.
- Bühl, A. & Zöfel, P. (2002). *SPSS 11 Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. München: Pearson Studium.
- Callahan, Ch.M., Boustani, M.A., Unverzagt, F.W., Austrom, M.G., Damush, T.M., Perkins, A.J., Fultz, B.A., Hui, S.L., Counsell, S.R. & Hendrie, H.C. (2006). Effectiveness of Collaborative Care for Older Adults With Alzheimer Disease in Primary Care. *JAMA*, 295 (18), 2148-2157.
- Chu, P., Edwards, J., Levin, R. & Thomson, J. (2000). The use of clinical case management for early stage Alzheimer's patients and their families. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 15 (5), 284-290.
- Chung, J.A. & Cummings, J.L. (2000). Neurobehavioral and neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: characteristics and treatment. *Neurologic Clinics* 18, 829-46.
- Cox, C. (1997). Findings from a statewide program of respite care: a comparison of service users, stoppers, and nonusers. *Gerontologist*, 37 (4), 511-517.
- Diekmann, A. (2000). *Empirische Sozialforschung*. Grundlagen, Methoden, Anwendungen (6.Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Eloniemi-Sulkava, U., Notkola, I.L., Hentinen, M. et al. (2001). Effects of supporting community-living demented patients and their caregivers: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc*, 49, 1282-1287.

- Eloniemi-Sulkava, U., Notkola I.L., Hentinen, M., Kivelä., S.L., Sivenius, J. & Sulkava, R. (2004). Unterstützende Intervention bei dementen Patienten und ihren pflegenden Angehörigen in der Gemeinde. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*, 17, 31-40.
- Flint, A.J. (1995). Effects of respite care on patients with dementia and their caregivers. *International Psychogeriatrics*, 7 (4), 505-517.
- Flick, U. (2000). *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek bei Hamburg.
- Forbes, S. & Hoffart, N. (1998). Elders' Decision Making Regarding the Use of Long-Term Care Services: A Precarious Balance. *Quality of Health Research*, 8 (6), 736-750.
- Gaugler, J. E., Davey, A., Pearlin, L. I., & Zarit, S. H. (2000). Modeling caregiver adaptation over time: The longitudinal impact of behavior problems. *Psychology and Aging*, 15, 437-450.
- Gaugler, J.E., Pot, A.M. & Zarit, S.H. (2007). Long-Term Adaptation to Institutionalization in Dementia Caregivers. *The Gerontologist*, 47 (6), 730-740.
- Gilley, D.W., McCann, J.J., Bienias, J.L. & Evans, D.A. (2005). Caregiver Psychological Adjustment and Institutionalization of Persons With Alzheimer's Disease. *Journal of Aging and Health*, 17 (2), 172-189.
- Gilmour, J.A. (2002). Dis/integrated care: family caregivers and inhospital respite care. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (6), 546-553.
- Gottlieb, B.H. & Johnson, J. (2000). Respite programs for caregivers of persons with dementia: a review with practice implications. *Aging and Mental Health*, 4 (2), 119-129.
- Grässel, E. (1997). Temporary institutional respite in dementia cases: who utilizes this form of respite care and what effect does it have? *International Psychogeriatrics*, 9 (4), 437-448.
- Grässel, E., Römer, H. & Donath, C. (2009). Betreuungsgruppen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 42, 394-401.
- Grossfeld-Schmitz, M., Donath, C., Holle, R., Lauterberg, J., Ruckdauschel, S., Mehlig, H., Marx, P., Wunder, S. & Grässel, E. (2010). Counsellors contact dementia caregivers-predictors of utilisation in a longitudinal study. *BMC Geriatrics*, 10:24, article URL: www.biomedcentral.com/1471-2318/10/24.
- Hanson, E., Tetley, J. & Clarke, A. (1999). Respite care for frail older people and their family carers: concept analysis and user focus group findings of a pan-European nursing research project. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (6), 1396-1407.
- Hepburn, K., Lewis, M., Tornatore, J., Sherman, C. W. & Lindstrom Bremer, K. (2007). The Savvy Caregiver. The Demonstrated Effectiveness of a Transportable Dementia Caregiver Psychoeducation Program. *Journal of Gerontological Nursing*, 33, 3, 30 – 36.
- Hirsch, R.D. (2008). Im Spannungsfeld zwischen Medizin, Pflege und Politik: Menschen mit Demenz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41, 106-116.
- Hirsig, R. (2001). *Statistische Methoden in den Sozialwissenschaften: eine Einführung im Hinblick auf computergestützte Datenanalysen mit SPSS für Windows*. Band 1. Zürich: Seismo.
- Homer, A. & Gilleard, C. (1994). The effect of inpatient respite care on elderly patients and their carers. *Age & Ageing*, 23 (4), 274-276.
- Hoop, B., Marek, L., Pakel, Y., Pfaffner, K., Rojin, R. & Walzer, M. (2009). Entwicklung eines Kommunikationskonzeptes zur Vermarktung des Pilotprojektes „Spezialisierte integrierte Langzeitversorgung (SiL) für an Demenz Erkrankte und ihre Angehörigen“. *Unveröffentlichte Projektarbeit*, Hochschule Fresenius, Köln.
- Janssen, J. & Laatz, W. (2003). *Statistische Datenanalyse mit SPSS für Windows*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.

- Jeon, Y.-H. (1995). Respite care for caregivers and people with severe mental illness: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (3), 297-306.
- Jeon, Y.-H., Brodaty, H. & Chesterson, J. (2005). Respite care for caregivers and people with severe mental illness: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (3), 297-306.
- Johns, C. & Butcher, K. (1993). Learning through supervision: a case study of respite care. *Journal of Clinical Nursing*, 2 (2), 89-93.
- Karl, F., (2004). Soziale Arbeit. In Kruse A., und Martin, M. (Hrsg.) *Enzyklopädie der Gerontologie*. Verlag Hans Huber, Bern.
- Katz S.; Ford A. B.; Moskowitz R. W.; Jackson B. A., Jaffe M.W. (1963): Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL. A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. In: *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 185, S. 914-919.
- Kesselring, A., Krulik, T., Bichsel, M. et al. (2001). Emotional and physical demands on caregivers in home care to the elderly in Switzerland and their relationship to nursing home admission. *European Journal of Public Health*, 11, 267-273.
- Kiecolt-Glaser, J, K; Glaser, R; Shuttleworth, E, C; Dyer, C, S; Ogrocki, P; Speicher, C E. (1987). Chronic stress and immunity in family caregivers of Alzheimer's disease victims. *Psychosomatic medicine*, 49 (5): 523-35.
- Knorr, C.C., Zerfass, R. & Froelich, L. (2007). What Determines Health Related Quality of Life (Hrql) in Patients With Dementia and their Caregivers? *Neurodegenerative Disorders*, 4 (suppl. 1), 377.
- Kosloski, K. (2002). Factors related to client satisfaction with community-based respite services. In Montgomery, R.J.V. (Ed.), *A new look at community-based respite programs: Utilization, satisfaction, and development* (pp. 89-106). New York: Haworth.
- Kosloski, K. & Montgomery, R. (1993). Perceptions of Respite Services as Predictors of Utilization. *Research on Aging*, 15 (4), 399-413.
- Kosloski, K. & Montgomery, R. (1993). The effects of respite on caregivers of Alzheimer's patients: one-year evaluation of the Michigan Model Respite Programs. *Journal of Applied Gerontology*, 12 (1), 4-17.
- Kosloski, K., Montgomery, R.J. & Karner, T.X. (1999). Differences in the perceived need for assistive services by culturally diverse caregivers of persons with dementia. *Journal of Applied Gerontology*, 18, 239-256.
- Krueger, Richard A.; Casey, Mary Anne (2000): *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research*. Thousand Oaks/ Cal.
- Laag, U., Weidner, F. & Isfort, M. (2010). Entlastung pflegender Angehöriger ist möglich. *Die Schwester Der Pfleger*, 49,2.
- Laakkonen, M.-L., Raivio, M.M., Eloniemi-Sulkava, U., Saarenheimo, M., Pietilä, M., Tilvis, R.S. & Pitkälä, K.H. (2008). How do elderly spouse care givers of people with Alzheimer disease experience the disclosure of dementia diagnosis and subsequent care? *J Med Ethics*, 34, 427-430.
- Langner, S.R. (1995). Finding meaning in caring for elderly relatives: Loss and personal growth. *Holistic Nursing Practice*, 9 (3), 75-84.
- Lankers, D., Kissler, S., Hötte, S.D., Freyberger, H.J. & Schröder, S.G. (2010). Leben Demenzkranke zu Hause länger als im Heim? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 43, 254-258.
- Lawton, M.P., Brody, E. & Saperstein, A. (1989). A controlled study of respite service for care-givers of Alzheimer's patients. *Gerontologist*, 29, 8-16.
- Lawton, M.P., Brody, E. & Saperstein, A. (1989). Respite care for Alzheimer's families: Research findings and their relevance to providers. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*, 31-38.

- Lawton, M.P., Leban, M.H, Moss, M. et al. (1989). Measuring caregiver appraisal. *Journal of Gerontology*, 44, 61-71.
- Lawton, M.P., Van Haitsma, K. & Klapper, J. (1996). Observed affect in nursing home residents with Alzheimer's disease. *Journal of Gerontology*, 51, 3-14.
- Lawton, M. P. (1997). Measuring quality of life and subjective well-being. *Generations*, 21, 45-47.
- Lee, D. Morgan, K. & Lindesay, J. (2007). Effect of Institutional Respite Care on the Sleep of People with Dementia and Their Primary Caregivers. *Journal of die American Geriatric Society*, 55 (2), 252-258.
- Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., & Lyketsos, C.G. (2005). Systematic Review of Psychological Approaches to the Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. *Am J Psychiatry*, 162 (11), 1995-2021.
- Logsdon, M.C. & Robinson, K.M. (2000). Helping women caregivers obtain support: Barriers and recommendations. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14, 244-248.
- Lund, D.A., Wright, S.D. & Caserta, M.S. (2005). Respite Services: Enhancing the Quality of Daily Life for Caregivers and Persons with Dementia. *Geriatrics & Aging*, 8 (4), 60-65.
- Manfredi, P.L., Breuer, B., Meier, D.E. & Libow, L. (2003). Pain Assessment in Elderly Patients with Severe Dementia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25 (1), 48-52.
- Mantovan, F., Ausserhofer, D., Huber, M., Schule, E. & Them, Ch. (2010). Interventionen und deren Effekte auf pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz. Eine systematische Literaturübersicht. *Pflege*. 23, 223-239.
- Mayring, P. (2000). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Deutscher Studien Verlag, Weinheim.
- Meier, D. (1995). *Lebensqualität im Alter*. Eine Studie zur Erfassung der individuellen Lebensqualität von gesunden Älteren, von Patienten im Anfangsstadium einer Demenz und ihren Angehörigen. Bern: Peter Lang.
- Miller, R., Newcomer, R & Fox, P. (1999). Effects of the Medicare Alzheimer's Disease. *Health Serv Res*. 34(3), 645-667.
- Mittelman, M., Ferris, S., Shulman, E., Steinberg, G. & Levin, B. (1996). A family intervention to delay nursing home placement of patients with alzheimer disease. *JAMA*, 276, 1725-1731.
- Mittelman, M.S., Haley, W.E., Clay, O.J. & Roth, D.L. (2006). Improving caregiver well-being delays nursing home placement of patients with Alzheimer disease. *Neurology*, 67, 1592-1599.
- Mittelman, M.S., Roth, D.L., Clay, O.J. & Haley, W.E. (2007). Preserving Health of Alzheimer Caregivers: Impact of a Spouse Caregiving Intervention. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 780-789.
- Mohide, E. (2002). Commentary: Caregivers described how an Alzheimer's disease respite programme gave them time to attend to their own needs. *Evidence-Based Mental Health*, 5 (1), 32.
- Montgomery, R.J.V., Marquis, J., Schafer, J.P. & Kosloski, K. (2002). Profiles of respite use. In Montgomery, R.J.V. (Ed.), *A new look at community-based respite programs: Utilization, satisfaction, and development* (pp. 33-63). New York: Haworth.
- Monsch, A.U., Hermelink, M., Kressig, R.W., Fisch, H.-P., Grob, D., Hiltbrunner, B., Martensson, B., Rügger-Frey, B., von Gunten, A. & Expertengruppe der Schweiz (2008). Konsensus zur Diagnostik und Betreuung von Demenzkranken in der Schweiz. *Schweiz Med Forum*, 8 (8), 114-149.
- Moor, C. (2010). *D!NGS - Menschen mit einer Demenz zuhause begleiten*. Empfehlungen für betroffene Familien, Betreuende, Beratende, Behandelnde, Versicherer, Behörden, Medien und Gesellschaft. Zürich: Zentrum für Gerontologie.
- Naegele, G. (2009). Perspektiven einer fachlich angemessenen, bedarfs- und bedürfnisgerechten gesundheitlichen Versorgung für ältere Menschen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42, 432-440.

- Neville, Ch. & Byrne, G.J.A. (2005). The impact of residential respite care on the behavior of older people. *International Psychogeriatrics*, 18(1), 163-170.
- Newcomer, R., Yordi, C., DuNah, R., Fox, P. & Wilkinson, A. (1999). Effects of the Medicare Alzheimer's Disease Demonstration on caregiver burden and depression. *Health Services Research*, 34, 669-689.
- Nickel, W., Born, A., Hanns, S. & Brähler E. (2010). Welche Informationsbedürfnisse haben pflegebedürftige ältere Menschen und pflegende Angehörige? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42, 432-440.
- Oppikofer, S. (2008). Lebensqualität bei Demenz. *Zürcher Schriften zur Gerontologie*, 5.
- Oppikofer, S. (2008). Pflegeinterventionen bei Agitation und schwerer Demenz. *Zürcher Schriften zur Gerontologie*, 6.
- Perrig-Chiello, P. (1997). *Wohlbefinden im Alter: körperliche, psychische und soziale Determinanten und Ressourcen*. Weinheim und München: Juventa.
- Perry, J. & Bontinen, K. (2001). Evaluation of a weekend respite program for persons with Alzheimer disease. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33 (1), 81-95.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18, 577 - 595.
- Raivio, M., Eloniemi-Sulkava, U., Laakkonen, M.-L., Saarenheimo, M., Pietilä, M., Tilvis, R., & Pitkälä, K. (2007). How Do Officially Organized Services Meet the Needs of Elderly Caregivers and Their Spouses With Alzheimer's Disease? *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 22 (5), 360-368.
- Reggentin, H. (2005). Belastungen von Angehörigen demenziell Erkrankter in Wohngruppen im Vergleich zu häuslicher und stationärer Versorgung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 101-107.
- Robinson, K. & Yates, K. (1994). Effects of two caregiver training programs on burden and attitudes toward help. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8, 312-319.
- Robinson, K.M., Buckwalter, K.C. & Reed, D. (2005). Predictors of Use of Services Among Dementia Caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 27 (2), 126-140.
- Schacke, C. (2000). Die Entlastungsfunktion gerontopsychischer Tagesstätten für die pflegenden Angehörigen der Besucher. Vortrag auf dem 5. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie in Nürnberg, 18.-22. September 2000, *Zeitschrift für Geriatrie und Gerontologie*, 33 (2), 82.
- Schacke, C. & Zank, S.R. (2006). Measuring the Effectiveness of Adult Day Care as a Facility to Support Family Caregivers of Dementia Patients. *Journal of Applied Gerontology*, 25 (1), 65-81.
- Schaeffer, D. & Kuhlmeier, A., (2008). Pflegestützpunkte - Impuls zur Weiterentwicklung der Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 41, 81-85.
- Scheiber, C. (2010). Häusliche Desorganisation dementer Menschen. Möglichkeiten und Grenzen der Begleitung verwahrloster, dementer Menschen durch die spezialisierte integrierte Langzeitversorgung SiL. *Unveröffentlichte Masterarbeit der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (zhaw), Abteilung Angewandte Psychologie*.
- Schnell, R., Hill, P. & Esser, E. (2005). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München, Wien: Oldenbourg.
- Schoefield, H., Block, S., Herman, H., Murphy, B., Nankervis, J. & Singh, B. (1998). *Family Caregivers: Disability, Illness and Ageing*. Sydney: Allen & Unwin.
- Sieber, G. (2007). Die ‚Zugehende Beratung‘ von pflegenden Angehörigen Demenzkranker. Eine Evaluationsstudie. *Nicht veröffentlichte Abschlussarbeit zur Erlangung des Masters in Pflegewissenschaft der Medizinischen Fakultät der Universität Basel*.

- Strang, V.R. & Haughey, M. (1999). Respite – a Coping Strategy for Family Caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 21 (4), 450-471.
- Strang, V.R., Koop, P.M., Dupuis-Blanchard, S., Nordstrom, M. & Thompson, B. (2006). Family Caregivers and Transition to Long-Term Care. *Clinical Nursing Research*, 15 (1), 27-45.
- Stolley, J.M. & Reed, D. (2002). Caregiving appraisal and interventions based on the progressively lowered stress threshold model. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17 (2), 110-120.
- Teri, L., McCurry, S.M., Logsdon, R. & Gibbons, L.E. (2005). Training Community Consultants to Help Family Members Improve Dementia Care: A Randomized Controlled Trial. *The Gerontologist*, 45 (6), 802-811.
- Thompson, C. A., Spilsbury, K., Hall, J., Birks, Y., Barnes, C. & Adamson, J. (2007). Systematic review of information and support interventions for caregivers of people with dementia. *BMC Geriatrics*, 18, 1-12.
- Upton, N. & Reed, V. (2005). Caregiver coping in dementing illness – implications for short-term respite care. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 10 (3), 1180-1196.
- Van Someren, E.J.W. (2000). Circadian sleep disturbances in the elderly. *Experimental Gerontology*, 35, 1229-1237.
- Vickrey, B.G., Mittman, B.S., Connor, K.I., Pearson, M.L., Della Penna, R.D., Ganiats, T.G., DeMonte, R.W., Chodosh, J., Cui, X., Vassar, S., Duan, N. & Lee, M. (2006). The Effect of a Disease Management Intervention on Quality and Outcomes of Dementia Care. *Annals of Internal Medicine*, 145, 713-726.
- von Renteln-Kruse, W., Anders, J., Dapp, U. & Meier-Baumgartner (2003). Präventive Hausbesuche durch eine speziell fortgebildete Pflegefachkraft bei 60-jährigen und älteren Personen in Hamburg. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36, 378-391.
- Walker, E. & Dewar, B. (2001). How do we facilitate carers' involvement in decision making? *Journal of Advanced Nursing*, 34 (3), 329-327.
- Walter, U. & Schwartz, F. W. (2003). Prävention. Institutionen und Strukturen. In: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.). *Das Public-Health Buch*. (S. 189-214). München, Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Wettstein, A., König, M., Schmid, R. & Perren, S. (2005). *Belastung und Wohlbefinden bei Angehörigen von Menschen mit Demenz*. Zürich: Rüegger.
- Winter, L. & Gitlin, L. (2007). Evaluation of a Telephone-Based Support Group Intervention for Female Caregivers of Community-Dwelling Individuals With Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 21 (6), 391-397.
- Zarit, S.H., Stephens, M.A.P., Townsend, A. & Greene, R. (1998). Stress reduction for family caregivers: effects of adult day care use. *Journal of Gerontology*, 53B, 267-277.
- Zarit, S.H., Gaugler, J. & Jarrott, S. (1999). Useful services for families: research findings and directions. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (3), 165-181.

13 Verzeichnisse

13.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Anzahl potentieller Klienten/Klientinnen pro Jahr für SiL während der Pilotphase 2009-2010.....	10
Tabelle 2	Übersicht Fragestellungen Patienten und Patientinnen.....	24
Tabelle 3	Übersicht Fragestellungen Bezugspersonen.....	25
Tabelle 4	Übersicht Fragestellungen interne zuweisende Stellen (PZZ/SAD).....	26
Tabelle 5	Übersicht Fragestellungen externe zuweisende Stellen (Hausärzte).....	26
Tabelle 6	Übersicht Fragestellungen SiL-Mitarbeitende.....	27
Tabelle 7	Questionnaire to Screen for Eligibility (Manfredi et al., 2003).....	38
Tabelle 8	Datenerhebung Patienten mit Demenz.....	40
Tabelle 9	Datenerhebung Bezugspersonen zur Zufriedenheit mit dem SiL-Angebot.....	42
Tabelle 10	Datenerhebung Bezugspersonen.....	43
Tabelle 11	Übersicht Modifikationen der Evaluation.....	47
Tabelle 12	Anmeldungen zum SiL von 2008-2010.....	49
Tabelle 13	Gründe für die Verweigerung an der Evaluationsteilnahme (N=155).....	50
Tabelle 14	Gründe für die Verweigerung an der Evaluationsteilnahme (N=11).....	50
Tabelle 15	Verteilung des Geschlechts und der Lebenslage in der Grundgesamtheit und der Stichprobe.....	53
Tabelle 16	Kennwerte des Alters und der kognitiven Beeinträchtigung in der Grundgesamtheit und Stichprobe.....	53
Tabelle 17	Verteilung der Zuweiser der Grundgesamtheit und der Stichprobe.....	54
Tabelle 18	Verteilung der Zuweisungsgründe der Grundgesamtheit und der Stichprobe.....	55
Tabelle 19	Verteilungen der Art des Kontakts und der durchgeführten Massnahmen der Grundgesamtheit (N=192).....	56
Tabelle 20	Verteilung der Anzahl Hausbesuche, Anrufe und persönliche Empfehlungen der Grundgesamtheit.....	56
Tabelle 21	Verteilung der Art von Empfehlungen in der Grundgesamtheit und der Stichprobe.....	57
Tabelle 22	Soziodemografische Merkmale der Patienten (N=24).....	58
Tabelle 23	Merkmale der Lebenslage der Patienten (N=24).....	59
Tabelle 24	Prävalenz von Demenz und Multimorbidität in der Stichprobe (N=24).....	60
Tabelle 25	Gesundheitszustand und Aktivitäten des täglichen Lebens der Patienten (N=24).....	61
Tabelle 26	Soziodemografische Merkmale der Bezugspersonen der Stichprobe (N=18).....	62
Tabelle 27	Art und Ausmass der genutzten formellen Entlastungs- und Unterstützungsangebote (N=14).....	63
Tabelle 28	Veränderung der subjektiven Lebensqualität der Patienten von t1 zu t2 (N=9).....	64
Tabelle 29	Veränderung der subjektiven Gesundheit der Patienten von t1 zu t2 (N=9).....	65
Tabelle 30	Veränderung der subjektiven Lebensqualität der Bezugspersonen von t1 zu t2 (N=11).....	66
Tabelle 31	Veränderung der subjektiven Gesundheit der Bezugspersonen von t1 zu t2 (N=11).....	67
Tabelle 32	Veränderung der Betreuungs- und Pflegebelastung der Bezugspersonen von t1 zu t2 (N=10).....	67

Tabelle 33	Veränderung der Diagnosebelastung der Bezugspersonen von t1 zu t2 (N=10).....	68
Tabelle 34	Erwartungen der Bezugspersonen an die SiL-Beratung bezüglich der Informationsgewinnung (N=11)	69
Tabelle 35	Erwartungen der Bezugspersonen an die SiL-Beratung bezüglich konkreter Massnahmen (N=13).....	69
Tabelle 36	Nicht erfüllte Erwartungen* der Bezugspersonen bezüglich des SiL-Angebots (n=5)	70
Tabelle 37	Probleme der Bezugspersonen bei der Umsetzung der SiL-Ratschläge (N=5)	71
Tabelle 38	Vorschläge der Bezugspersonen zur besseren Unterstützung bei der Umsetzung der SiL-Ratschläge (N=6).....	71
Tabelle 39	Auswirkungen der SiL-Beratung auf die Bezugspersonen (N=16).....	72
Tabelle 40	Verhaltensänderungen dreier Patienten aufgrund der eingeleiteten SiL-Massnahmen (n=3)	73
Tabelle 41	Nutzen der SiL-Beratung: Psychische Unterstützung (N=10).....	73
Tabelle 42	Nutzen der SiL-Beratung: Beratung mit Massnahmen (n=8)	73
Tabelle 43	Was konnten die Bezugspersonen dank der SiL-Beratung lernen? (n=5).....	74
Tabelle 44	Bewertung der SiL-Beratung durch die Bezugspersonen (N=16).....	74
Tabelle 45	Verbesserungsvorschläge der Bezugspersonen an die SiL-Beratung (N=4).....	75
Tabelle 46	Verbesserungsvorschläge der Bezugspersonen bezüglich SiL-Organisation (n=4).....	75
Tabelle 47	Verbesserungsvorschläge der Bezugspersonen bezüglich dem SiL-Vorgehen (n=4)	75
Tabelle 48	Gründe für eine weitere Nutzung der SiL-Beratung (N=12).....	75
Tabelle 49	Fokusgruppengespräch mit Ärzten, Pflegenden und Sozialarbeitenden der PZZ (N=8)	76
Tabelle 50	Anzahl Dienstjahre der befragten internen zuweisenden Stellen der PZZ (N=32).....	77
Tabelle 51	Bekanntheit des SiL-Angebotes bei den leitenden internen zuweisenden Stellen der PZZ (N=32).....	77
Tabelle 52	Einschätzung des Bedarfs an SiL-Angebot durch die internen zuweisenden Stellen der PZZ (N=32).....	78
Tabelle 53	Einschätzung zum SiL-Informationsverfahren durch die internen zuweisenden Stellen (N=32)	79
Tabelle 54	Mögliche Gründe für die geringe Anzahl an SiL-Überweisungen (N=32).....	80
Tabelle 55	Verbesserungsvorschläge der internen zuweisenden Stellen bezüglich dem SiL-Zuweisungsprozess (N=32).....	81
Tabelle 56	Wünsche bezüglich der Rückmeldung über die an die SiL-Beratung angemeldeten Fälle (N=32).....	82
Tabelle 57	Einschätzung der Akzeptanz des SiL-Angebotes bei der Zielgruppe (N=32).....	82
Tabelle 58	Anzahl gesprochener Empfehlungen durch die befragten internen zuweisenden Stellen (N=32).....	82
Tabelle 59	Ist das SiL-Angebot eine Konkurrenz zur Spitex? (N=32)	83
Tabelle 60	Erfahrungen und Zufriedenheit der befragten internen Zuweiser mit dem SiL-Angebot (N=32)	84
Tabelle 61	Gründe für das Nicht-Empfehlen des SiL-Angebotes (N=6).....	86

Tabelle 62	Vermutete Gründe der Zürcher Hausärzte für die geringen SiL-Überweisungen (N=20).....	87
Tabelle 63	Entwicklung des SiL-Angebotes: Kritische Bereiche und Verbesserungsvorschläge der SiL-Mitarbeitenden (N=2).....	91
Tabelle 64	Arbeitsprozess: Kritische Bereiche und Verbesserungsvorschläge der SiL-Mitarbeitenden (N=2).....	92
Tabelle 65	Optimierung des SiL-Angebotes aufgrund formativer Evaluation gemäss Projektteam	93

13.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Organigramm der Gerontologischen Beratungsstelle (Quelle: GUD Stadt Zürich).....	11
Abbildung 2	Hausbesuche SiL Versorgungsmassnahmen und Leistungserbringer im Zeitverlauf	12
Abbildung 3	Interventionsdesign der SiL-Evaluation ab 2010	28
Abbildung 4	Überblick über die drei Phasen der Evaluation (2009-2011)	30
Abbildung 5	Zufriedenheits-Visuell-Analog-Skala (vgl. Wettstein et al., 1997).....	36
Abbildung 6	SiL Kundschaft und Art der Beratung (N=233)	49
Abbildung 7	Anzahl Überweisungen an die Evaluation und effektive Teilnehmer an der Evaluation	51
Abbildung 8	Ablauf Hausbesuche SiL.....	89

Anhang

A. Projektorganisation

B. Kommunikationsmatrix

C. Erhebungsinstrumente

Erhebung SiL-Kunden

Fragebogen 1: Personendaten 1 (durch SiL-Beraterin)	FB1
Fragebogen 2: Befragung 1 Bezugsperson (single items)	FB2
Fragebogen 3: Befragung 1 PatientIn (single items)	FB3
Fragebogen 4: Abschlussbericht SiL-Beratung (durch SiL-Beraterin)	FB4
Fragebogen 5: Personendaten 2	FB5
Fragebogen 6: Entlastungs- und Unterstützungsangebote	FB6
Fragebogen 7: Verlaufs- oder Abschlussfragen an die Bezugsperson(en)	FB7
Fragebogen 8: Verlaufs- oder Abschlussfragen an PatientIn	FB8
Fragebogen 9: Verlaufsdaten (Erfassung)	FB9
Fragebogen 10: Zufriedenheit mit der SiL-Beratung	FB10
Information und Einverständniserklärung pflegende Angehörige	IE1
Information und Einverständniserklärung PatientInnen	IE2
Information und Einverständniserklärung gesetzliche Vertreter	IE3

Tests

Test 1: Mini-Mental-Status (Zürcher-Version)	Test1
Test 2: ADL / IADL / SIADL	Test2
Test 3: DEMQOL-K-Proxy	Test3
Test 4: CBI	Test4
Test 5: GDS	Test5

Erhebung zuweisender Stellen

Fragebogen 11: Leitfaden für strukturiertes Interview für telefonische Befragung der zuweisenden Berufsgruppen in den PZ der Stadt Zürich	FB11
Fragebogen 12: In Zürich praktizierende Hausärzte	FB12

Erhebung Kontrollgruppe

Fragebogen KG1: Personendaten und Daten der ersten Befragung	KGFB1
Fragebogen KG2: Bezugsperson (single items)	KGFB2
Fragebogen KG3: PatientIn (single items)	KGFB3
Fragebogen KG4: Verlaufsdaten	KGFB4
Fragebogen KG6: Entlastungs- und Unterstützungsangebote	KGFB6
Information und Einverständniserklärung pflegende Angehörige	KGIE1
Information und Einverständniserklärung PatientInnen	KGIE2
Information und Einverständniserklärung gesetzliche Vertreter	KGIE3