

# **SpitexPlus**

## **Pflege alter Menschen (80 Jahre und älter) im ambulanten Bereich**

### **Projektkurzbericht zur Lebens- und Wohnsituation**

Prof. Dr. Lorenz Imhof, PhD, RN; Leiter F&E Pflege  
Rahel Naef, MN, RN; Wissenschaftliche Mitarbeiterin, F&E Pflege  
Hannele Hediger, lic. phil., RN; Wissenschaftliche Mitarbeiterin, F&E Pflege  
Prof. Dr. Romy Mahrer Imhof, PhD, RN; Leiterin Master of Science in Pflege

11. Oktober 2011

#### **Kontakt:**

Prof. Dr. Lorenz Imhof  
Leiter Forschung und Entwicklung (F&E) Pflege  
Departement Gesundheit  
Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
Technikumstrasse 71  
CH-8400 Winterthur  
Telefon 058 934 63 33  
Telefax 058 935 63 33  
E-Mail [lorenz.imhof@zhaw.ch](mailto:lorenz.imhof@zhaw.ch)

## Danksagung

Wir bedanken uns bei folgenden Personen für Ihre Mitarbeit im SpitexPlus Projekt:

Jutta Dreizler, Jeannette Höfliger, Anita Keller–Senn, Carmen Kerker-Specker, Stephanie Künzi, Johanna Niederberger–Burgherr, Susanne Ohlhorst, Andreas Paintner, Heidi Petry, Brigitte Trechsel, Roland Wellauer und Peter Wolfensberger.

Wir bedanken uns bei folgenden Sponsoren, welche das SpitexPlus Projekt finanziell unterstützt haben:



## Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG .....	4
2	PROJEKTZIELE .....	4
3	METHODISCHES VORGEHEN .....	5
3.1	Stichprobe.....	5
3.2	Rekrutierung .....	6
3.3	Datenerhebung .....	6
4	RESULTATE.....	7
4.1	Stichprobenbeschreibung .....	7
4.1.1	Personen 80+ .....	7
4.1.2	Angehörige .....	8
4.2	Gesundheitssituation .....	9
4.3	Quartier- und Wohnsituation .....	9
4.3.1	Quartiersituation .....	9
4.3.2	Lebens- und Wohnsituation.....	13
4.3.3	Sicherheit in der Wohnung .....	16
5	ZUSAMMENFASSUNG .....	18
6	REFERENZEN .....	20
7	GLOSSAR .....	22

# 1 Einleitung

Die Anforderungen an die professionelle Pflege werden sich aufgrund der Zunahme der chronischen Erkrankungen und der demographischen Alterung der Schweizer Bevölkerung in den nächsten Jahren grundlegend verändern. Gemäss dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) wird sich die Zahl der 80-jährigen und älteren Personen bis ins Jahr 2030 fast verdoppeln (Weaver, Jaccard Ruedin, Pellegrini, & Jeanrenaud, 2008). Bedingt durch die demographische Entwicklung hat die Zahl der über 80-Jährigen mit Betreuung in Heimen in den Jahren 2000-2009 um 7446 Personen (+12,2 %), jene mit Betreuung zu Hause um 18'500 Personen (+19.9%) zugenommen (OECD, 2011). Auch in den nächsten Jahrzehnten ist mit einer weiteren Zunahme der Anzahl der über 80 Jahre alten Menschen mit pflegerischem Betreuungsbedarf zu rechnen.

Gesundheitspolitisch wurde entschieden, die Inanspruchnahme von stationären Leistungen durch Prävention, Gesundheitsförderung und Erhalt der Eigenständigkeit zu verzögern. Dies geschieht durch eine Erweiterung und Anpassung des Angebots der häuslichen pflegerischen Betreuung (Spitex) entsprechend dem Slogan „ambulant vor stationär“ (Altersforum Winterthur, 2008).

Um pflegerische Unterstützungsprogramme für diese Zielgruppe bedarfsgerecht planen und entwickeln zu können, werden dringend zusätzliche Informationen benötigt. Dazu gehören Angaben zur Gesundheitssituation, zum Unterstützungsbedarf und -angebot, zur Wohn- und Lebenssituation und zur Lebensqualität. Ob und wie Personen mit gesundheitlichen Herausforderungen im Alltag leben können, hängt auch von ihrem familialen und sozialen Netzwerk ab (Höpflinger & Hugentobler, 2005). Familien übernehmen einen grossen Anteil an Betreuung; dennoch sind wenige Daten zur Strukturen und dem Funktionieren von Familien und deren Bedarf an Beratung vorhanden.

Die Kontinuität und Koordination der Betreuung von älteren Menschen und ihren Familien über zeitliche, institutionelle und professionelle Grenzen hinweg entscheidet wesentlich über die Qualität der Versorgung. (Beaglehole et al., 2008; World Health Organization [WHO], 2002). Um diesen komplexen Anforderungen gerecht zu werden, werden international Pflegeexpertinnen (Advanced Practice Nurses - APN) im gerontologischen, gemeindenahen Bereich ausgebildet und eingesetzt (Ervin, 2007; Schober, 2007). Angesichts der oben beschriebenen Herausforderung im Bereich von älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen gehen wir davon aus, dass sich dieses Modell auch in der Schweiz bewähren würde und zu einem Netzwerk von Interventionen gehören sollte, welches das Wohnen im hohen Alter trotz chronischen Leiden ermöglichen wird.

## 2 Projektziele

Das Forschungsprojekt „SpitexPlus: Pflege alter Menschen (80 Jahre und älter) im ambulanten Bereich“ untersuchte die Gesundheits- und Lebenssituation der über 80-jährigen Personen und deren soziales und familiäres Umfeld in der Stadt Winterthur. Zudem wurde ein ambulantes Beratungsangebot durch Advanced Practice Nurses (APNs) entwickelt und in einer klinischen Studie evaluiert. Die Abteilung Forschung & Entwicklung am Institut für Pflege der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) führte das Projekt mit dem Bereich Alter und Pflege der Stadt Winterthur durch.

Das Forschungsprojekt SpitexPlus hatte zum Ziel, Daten zum pflegerischen Unterstützungsbedarf und -angebot, zur Gesundheitssituation, familialen und sozialen Netzwerken und zur Wohnsituation der zu Hause lebenden Personen 80+ zu sammeln. Diese Informationen sollen als Planungshilfe für die Alterspolitik der Stadt Winterthur genutzt werden.

Zudem wurde ein unterstützendes, gesundheitsförderndes Pflegeberatungsangebot durch Pflegeexpertinnen ANP entwickelt, in einer Testphase durchgeführt und bezüglich Nutzen evaluiert. Dieses pflegerische Angebot wurde über neun Monate durch vier Pflegeexpertinnen ANP in Form von Hausbesuchen und Telefongesprächen erbracht. Eine genaue Beschreibung des Interventionskonzepts findet sich anderswo (Imhof, Naef, Mahrer-Imhof, & Petry, 2011).

Der hier vorliegende Projektkurzbericht beschreibt ausgewählte Resultate der durchgeführten Studie zu den teilnehmenden Personen 80+ und ihren Angehörigen sowie zu deren Wohn- und Lebenssituation. Die Resultate zur Beratungstätigkeit durch die Pflegeexpertinnen ANP werden entsprechend dem Plan zur Dissemination der Forschungsergebnisse zu einem späteren Zeitpunkt durch Fachartikel und Veranstaltungen öffentlich zugänglich gemacht. Aktuelle Informationen und Veröffentlichungen zur Studie SpitexPlus können der Studienwebsite [www.gesundheit.zhaw.ch/spitexplus](http://www.gesundheit.zhaw.ch/spitexplus) entnommen werden.

### 3 Methodisches Vorgehen

Daten zur Lebens- und Wohnsituation wurden von zu Hause wohnenden Personen 80+ in der Stadt Winterthur und deren primären Bezugspersonen erhoben und beschreibend analysiert. Für die Evaluation der pflegerischen Intervention wurde eine 15-monatige, klinische Studie (randomized clinical trial) durchgeführt. Die Studie wurde bei der Kantonalen Ethikkommission Zürich geprüft und gutgeheissen (Ref. Nr. 06/08.08.2008).

#### 3.1 Stichprobe

Die Studie richtete sich an zuhause lebende Personen 80+. Um die verschiedenen Lebensrealitäten dieser Altersgruppe in der Stadt Winterthur zu erfassen, wurden Personen unabhängig davon für die Studie rekrutiert, ob sie alleine oder mit jemandem zusammen wohnten, Unterstützung im Alltag von ihrem sozialen Umfeld oder von professionellen Anbietern erhielten und mit gesundheitlichen Herausforderungen oder chronischen Erkrankungen lebten. Damit unterschied sich diese Studie von anderen Studien präventiver Beratung, die meist nur die Gruppe gesunder älterer Menschen untersuchten und deshalb die Altersgruppe 80+ oft ausschlossen.

Da familiäre und soziale Netzwerke eine bedeutende Rolle spielen, wenn es darum geht, dass ältere Menschen weiterhin zu Hause leben können, wurden auch diese Netzwerke untersucht. Die Studie richtete sich deshalb auch an die „primäre Bezugsperson“ der teilnehmenden Person 80+. Die primäre Bezugsperson wurde durch die Person 80+ benannt. Es konnte sich um eine blutsverwandte Person, um eine Bekannte, eine Freundin oder um eine Nachbarin handeln. Bedingung war, dass diese Bezugsperson regelmässig Unterstützung im Alltag anbot.

Die Personen 80+ wurden in die Studie eingeschlossen, wenn sie zur Zeit der Erstbefragung folgende Bedingungen erfüllten:

- Alter 80 Jahre alt oder älter.
- Lebt zu Hause in der Stadt Winterthur.
- Versteht die deutsche Sprache und spricht Deutsch.
- Gibt ihre Einwilligung zur Studienteilnahme.

Personen 80+ wurden von der Studie ausgeschlossen, wenn sie in einem Alters- und Pflegezentrum, einer Pflegewohngruppe oder einem Wohnheim lebten.

Von der primären Bezugsperson wurden im selben Zeitraum Daten erhoben. Angehörige wurden in die Studie eingeschlossen, wenn sie folgende Bedingungen erfüllten:

- Wurde von der Person 80+ als Bezugsperson identifiziert und leistet emotionale oder instrumentelle Unterstützung.
- Versteht die deutsche Sprache und spricht Deutsch.
- Gibt ihre Einwilligung zur Studienteilnahme.

### **3.2 Rekrutierung**

Mitarbeitende verschiedener Organisationen, wie zum Beispiel Spitex, Spitäler, Kirchgemeinden, Hausärztinnen, welche im Altersbereich in der Stadt Winterthur tätig sind haben 1182 Personen 80+ zur Teilnahme aufgefordert. Gleichzeitig wurden 1431 Personen in brieflicher Form durch das Institut für Pflege der ZHAW zur Studienteilnahme eingeladen. Verglichen mit den Zahlen des Altersforums (2008) wurden damit 55% der Winterthurer Bevölkerung über 80 Jahre für eine Studienteilnahme angefragt. Die primären Bezugspersonen wurden via Personen 80+ identifiziert und direkt durch das Studienteam zur Teilnahme eingeladen. Die Rekrutierung dauerte 16 Monate, von Oktober 2008 bis Februar 2010. Die Datensammlung dauerte 2.5 Jahre, von Oktober 2008 bis April 2011.

Um die Wirksamkeit der ANP-Beratung untersuchen zu können wurden die Studienteilnehmenden nach der ersten Erhebung der Daten zur Lebens- und Gesundheitssituation (pflegerisches Assessment) zu gleichen Teilen in die Interventions- und Kontrollgruppe eingeteilt. Die Studienintervention – pflegerische Beratung wurde über neun Monate durch vier Pflegeexpertinnen ANP in Form von Hausbesuchen und Telefongesprächen erbracht. Eine genaue Beschreibung des Interventionskonzepts und der Rolle der Pflegeexpertinnen ANP findet sich anderswo (Imhof, et al., 2011).

### **3.3 Datenerhebung**

Die Datenerhebung erfolgte zu fünf Zeitpunkten. Sie bestand aus einem pflegerischen Assessment sowie aus schriftlichen und telefonischen Befragungen. Neben der klinischen Beurteilung im Gespräch (Assessment), wurden Daten getrennt von den Personen 80+ und den Angehörigen schriftlich mittels Fragebogen erhoben. Dies geschah bei Studienbeginn und dann nach drei, sechs, neun und 15 Monaten. Eine telefonische Befragung zur Gesundheitssituation der Personen 80+ fand ebenfalls nach drei, sechs, neun und 15 Monaten statt. Zusätzlich dokumentierten die Pflegeexpertinnen ANP während der neunmonatigen Interventionsphase die von ihnen erbrachte Intervention in einem standardisierten Bericht.

Bei den Personen 80+ wurden folgende Daten erhoben:

- Gesundheits- und Wohnsituation, Soziales Netzwerk (pflegerisches Assessment)
- Lebensqualität (World Health Organization Quality of Life-Bref)
- Selbst-empfundene Gesundheit (Visual-analog-skalen)
- Selbstwirksamkeit (Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung)
- Familienfunktionieren (Skala zur Einschätzung des Familienlebens)
- Soziale Unterstützung (Fragebogen zur sozialen Unterstützung)
- Aktivitäten des täglichen Lebens (Older American Resources and Services Scales)

Bei den Angehörigen wurden folgende Daten erhoben:

- Lebensqualität (World Health Organization Quality of Life-Bref)
- Selbst-empfundene Gesundheit (Visual-analog-skalen)
- Familienfunktionieren (Skala zur Einschätzung des Familienlebens)
- Pflege- und Familienbeziehung (Subskalen des Family Care Inventory)
- Belastung durch Pflege (Subskalen der Caregiver Burden Scale, Häusliche Pflege Skala)

## 4 Resultate

### 4.1 Stichprobenbeschreibung

Die Gelegenheitsstichprobe umfasst 461 Personen 80+. Davon wurden durch einen Zufallsentscheid 232 Personen der Interventions- und 229 Personen der Kontrollgruppe zugeteilt. Von den genannten primären Bezugspersonen waren 296 (64%) zur Teilnahme an der Studie bereit. Total nahmen damit 757 Personen an dieser Studie teil.

In der Interventionsgruppe beendeten 196, in der Kontrollgruppe 198 Personen 80+ die Studie. Dies entspricht 85% der Studienteilnehmenden in der Interventions- und 86% der Studienteilnehmenden in der Kontrollgruppe. Die Studienabbruchrate lag bei den Personen 80+ bei 14.5% (n=67). Die Gründe für den Abbruch waren zu je einem Drittel der Hinschied der Person 80+, deren Eintritt in eine Langzeitinstitution und der Entscheid, nicht weiter teilnehmen zu wollen. Sowohl Abbruchrate ( $t=-.826$ ,  $p=.410$ ) und Abbruchgrund ( $\chi^2=3.236$ ,  $p=.357$ ) unterschieden sich nicht signifikant zwischen den beiden Studiengruppen. In der Stichprobe der primären Bezugspersonen brachen 18% (n=53) die Teilnahme ab. Damit beendeten 243 primäre Bezugspersonen die Studie.

#### 4.1.1 Personen 80+

Bei den Personen 80+ war das Durchschnittsalter 85 Jahre ( $SD\pm 4$ , Spannweite 80-96). Der Frauenanteil lag bei 73% (n=335). Mehr als die Hälfte der älteren Menschen war verwitwet (58%, n=265) und etwa ein Drittel verheiratet oder in einer Partnerschaft lebend (32%, n=149). Zwei Drittel der Personen (67%, n=309) lebten seit durchschnittlich 17 Jahren ( $SD\pm 14$ , 0-82) alleine. Knapp ein Viertel (23%, n=106) der Personen 80+ erhielt regelmässig Spitex-Pflege, knapp zwei Drittel (61%, n=281) bezogen Spitex-Haushalthilfe. Die Interventions- und Kontrollgruppe unterschieden sich nicht bezüglich ihres demographischen Profils.

Im Vergleich zu allen in der Stadt Winterthur wohnhaften Personen 80+ (n=4854, 67.6% Frauen) war der Frauenanteil in der SpitexPlus Studie mit 72.2% etwas höher (Statistisches Amt des Kantons Zürich, 2011).

**Tabelle 1: Demographische Angaben Personen 80+**

Demographische Angaben	Einheit	Stichprobe	Interventions Gruppe	Kontroll Gruppe	Teststatistik	p-Wert
		n=461	n=232	n=229		
<b>Alter in Jahre</b>	M±SD	85 ±4	85 ±4	85 ±4	t=.276	p=.879
<b>Weiblich</b>	n(%)	335 (72.7)	167 (72.3)	168 (73.0)	$\chi^2=.033$	p=.857
<b>Zivilstand</b>						
Verwitwet	n(%)	265 (57.5)	137 (59.3)	128 (55.7)	$\chi^2=.884$	p=.829
verheiratet	n(%)	149 (32.3)	70 (30.3)	79 (34.3)		
Alleinstehend	n(%)	27 (5.9)	14 (6.1)	13 (5.7)		
geschieden / getrennt	n(%)	20 (4.3)	10 (4.3)	10 (4.3)		
<b>Zivilstandsänderung</b>	n(%)	48 (10.4)	22 (9.5)	26 (11.3)	$\chi^2=.392$	p=.531
<b>Lebenssituation</b>						
lebt alleine %(n)	n(%)	309 (67.0)	159 (68.8)	150 (65.2)	$\chi^2=4.334$	p=.363
seit x Jahren	M±SD	17.0 ±14.0	15.6 ±13.7	18.4 ±14.1		
lebt mit Partner	n(%)	141 (30.6)	66 (28.6)	75 (32.6)	$\chi^2=1.100$	p=.294
davon männlich	n(%)	68 (44.7)	29 (40.3)	39 (48.8)		

#### 4.1.2 Angehörige

Da wenig Daten zu Angehörigen hochaltriger Menschen vorliegen, wurden im SpitexPlus Projekt die primäre Bezugsperson (familiäre und soziale Netzwerke) mit eingeschlossen. Die Datensammlung in dieser Gruppe sollte es erlauben, den Umfang emotionaler und praktischer Unterstützung darzustellen und den Einfluss auf den Alltag der Personen 80+ und deren Umgang mit gesundheitlichen Schwierigkeiten aufzuzeigen. Umgekehrt sollten aber auch die Auswirkungen solcher Unterstützungsleistungen auf die Lebensgestaltung und die Gesundheit der primären Bezugspersonen untersucht werden.

**Tabelle 2: Demographische Angaben Bezugspersonen**

Demographische Angaben	Einheit	Stichprobe	IG	KG	Teststatistik	p-Wert
		n=296	n=149	n=147		
<b>Alter in Jahre</b>	M±SD	64±13	64±14	64±12	t=.341	p=.092
<b>Weiblich</b>	n(%)	210 (70.9)	102 (68.5)	108 (73.5)	$\chi^2=.902$	p=.342
<b>Beziehungsart</b>						
Tochter / Sohn	n(%)	170 (57.6)	85 (57.4)	85 (57.8)	$\chi^2=5.221$	p=.950
(Ehe-)Partner/in	n(%)	86 (29.2)	44 (29.6)	42 (28.6)		
Andere Familienmitglieder	n(%)	27(9.1)	14 (9.7)	13 (8.8)		
Andere Personen	n(%)	12 (4.1)	5 (3.3)	7 (4.8)		
Jahre in Beziehung	M±SD	53±13	54±11	52±14	t=1.002	p=.173
<b>Zivilstand</b>						
Verheiratet	n(%)	239 (80.7)	119 (79.9)	120 (81.6)	$\chi^2=4.632$	p=.201
geschieden / getrennt	n(%)	23 (7.8)	13 (8.7)	10 (6.8)		
Verwitwet	n(%)	18 (6.1)	6 (4.0)	12 (8.2)		
allein stehend	n(%)	16 (5.4)	11 (7.4)	5 (3.4)		



Bei den Bezugspersonen lag das Durchschnittsalter bei 64 Jahren (SD±13, Spannweite 24-92). Der Frauenanteil lag bei 71% (n=210). Die Mehrheit war verheiratet (81%, n=239) und hatte Kinder (83%, n=245). Als Bezugspersonen wurden in erster Linie erwachsene Kinder (58%, n=170) und (Ehe-)Partner (29%, n=86) bestimmt. Letztere lebten seit durchschnittlich 52.3 Jahren (SD±10, Spannweite 12-63) mit der teilnehmenden Person 80+ zusammen.

## 4.2 Gesundheitssituation

Gesundheit der Personen 80+ wurde detailliert mit 85 Fragen und Untersuchungen erhoben. Ein Gesamtbild aus diesen zahlreichen Aspekte zu erstellen ist schwierig. Eine zuverlässige Aussage zur Gesundheit einer Bevölkerungsgruppe lässt sich jedoch gut von der Antwort der Betroffenen auf die Frage „wie ist ihre Gesundheit im Allgemeinen?“ ableiten (Bundesamt für Statistik, 2011). Diese Selbsteinschätzung der Gesundheit wurde auch im Projekt SpitexPlus gemacht. Generell kann gesagt werden, dass die Mehrheit der teilnehmenden Personen 80+ von Winterthur die eigene Gesundheit gut oder sehr gut (61.2%), 32.1% als mässig und nur gerade 6.8% als schlecht einschätzt (siehe Tabelle 3). Der Anteil der Männer in dieser Stichprobe, die die eigene Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzen ist höher als der Anteil der Frauen, wohingegen der Anteil der Personen mit einer Einschätzung „mittelmässig“ bei den Frauen höher liegt (siehe Tabelle 3). Leider weist das Bundesamt für Statistik keine separaten Daten für die Altersgruppe 80+ aus. Der Vergleich in der unten aufgeführten Tabelle vergleicht deshalb Daten aus Winterthur 80+ und die nationalen Daten der Altersgruppe 75+ und ist deshalb vorsichtig zu interpretieren.

**Tabelle 3:Selbstempfundene Gesundheit**

Selbstempfundene Gesundheit	Sehr gut - gut	Mittel-mässig	Schlecht - sehr schlecht
<b>Winterthur 80+ (SpitexPlus)</b>	<b>61.2%</b>	<b>32.1%</b>	<b>6.8%</b>
Männer	65.8%	27.1%	7.1%
Frauen	59.4%	34.0%	6.6%
<b>Vergleich Schweiz 75+*</b>	<b>65.0%</b>	<b>27.1%</b>	<b>7.8%</b>
Männer	67.8%	23.1%	9.2%
Frauen	63.2%	29.7%	7.1%

\*(Bundesamt für Statistik, 2011)

## 4.3 Quartier- und Wohnsituation

Entgegen einer weit verbreiteten Meinung lebt der Grossteil der Personen 80+ zu Hause in der eigenen Wohnung. Daten zur Umgebungssituation im Quartier zu erheben war deshalb ein wesentlicher Bestandteil des Projekts SpitexPlus. Dazu gehören Daten zur Situation und zur Infrastruktur der näheren Umgebung (Quartiersituation), sowie Daten zum Typ und Infrastruktur der Wohnung und zur Frage der Sicherheit im Wohnbereich (Wohnsituation).

### 4.3.1 Quartiersituation

Der Bezug zum Quartier sowie dessen Infrastruktur sind wichtige Faktoren, welche ältere Menschen in ihre Entscheidungsfindung bezüglich Wohnen im Alter beeinflussen. Den Bezug zum Quartier wurde in der Studie SpitexPlus durch folgende zwei Fragen

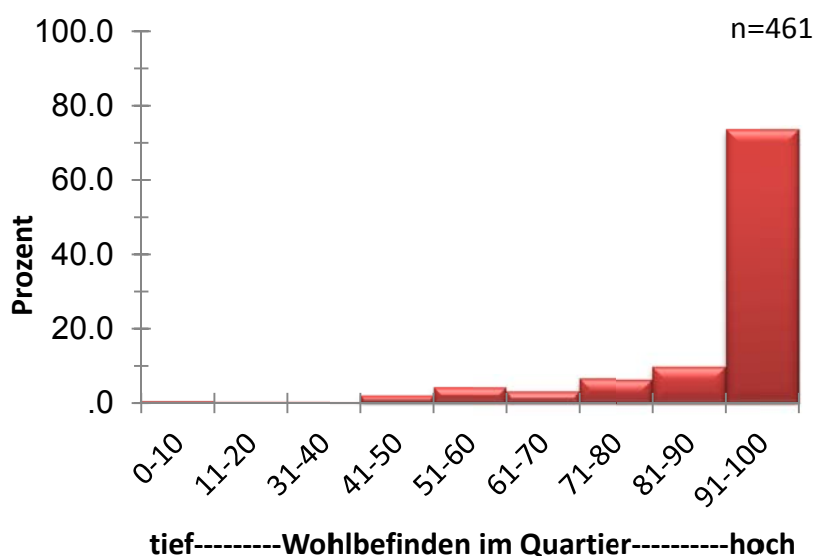
ausgedrückt: „Fühlen Sie sich wohl im Quartier?“ und „Fühlen Sie sich sicher im Quartier?“. Die Qualität der Quartierinfrastruktur wurde bestimmt durch deren Verfügbarkeit (Distanz vom Wohnort), da ältere Menschen aufgrund einem eingeschränkten Bewegungsradius stärker auf ihre nahe Umgebung bezogen leben.

### Sicherheit und Wohlbefinden

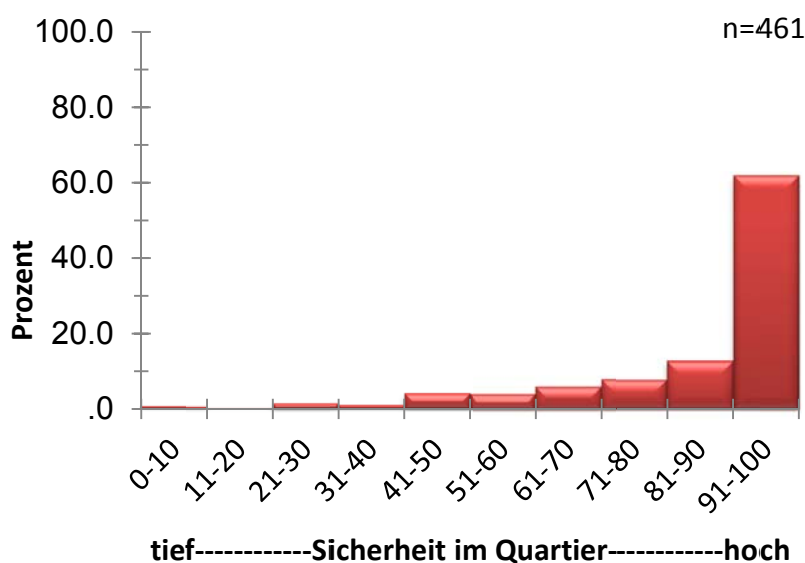
Im SpitexPlus-Projekt beurteilten Personen 80+ die Sicherheit und das Wohlbefinden im Quarter auf einer visuellen Analogskala von 0 (überhaupt nicht wohl / gar nicht sicher) bis 100 (sehr wohl / sehr sicher). Mit einem Mittelwert von 90.5 (SD±14.62) bei der Sicherheit und einem Mittelwert von 86.14 (SD±18.67) beim Wohlbefinden schätzen Personen 80+ ihr Quartier als sicher ein und drückten ihr Wohlbefinden in der Quartiersumgebung aus. Bezüglich Art des Quartiers gaben die Mehrheit der Personen 80+ an, in einer reinen Wohngegend (82.9%, n=382) zu leben. Nur 15.8% (n=73) lebten in einer gemischten Geschäfts- und Wohngegend.

Ein Vergleich zwischen Personen in reinen Wohngegenden, in gemischten Gegenden (Wohnen / Industrie) und mehrheitlich industriellen Teilen der Stadt zeigte keine signifikanten Unterschiede weder im Wohlbefinden noch im Empfinden der eigenen Sicherheit.

**Abbildung 1: Wohlbefinden im Quartier**



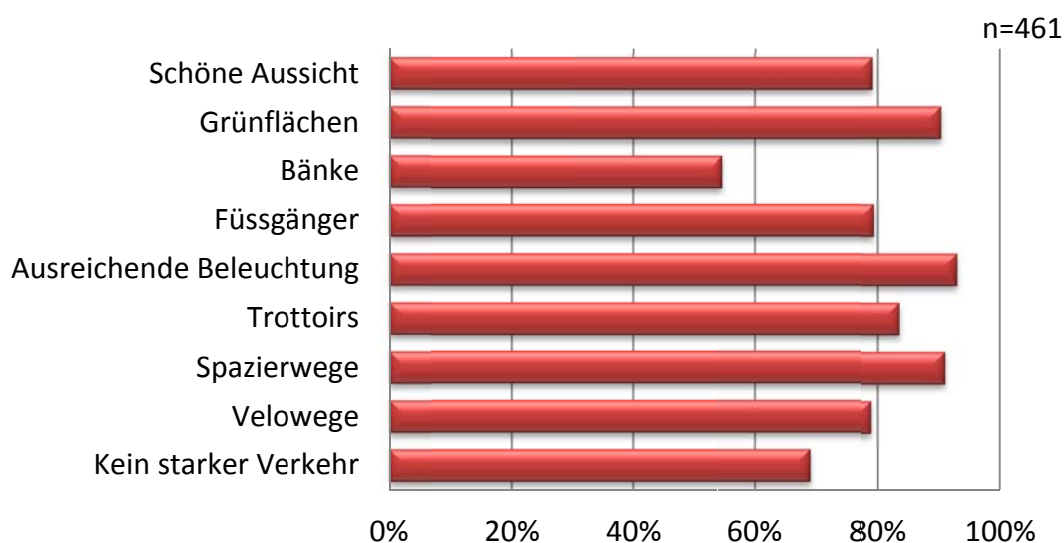
**Abbildung 2: Sicherheit im Quartier**



### Quartierinfrastruktur

Die Möglichkeit sich im öffentlichen Raum gut zu bewegen hängt auch von der entsprechenden Infrastruktur ab. In der Studie wurde dies durch folgende zehn Aussagen beurteilt. Die Teilnehmerinnen 80+ fanden, dass ihr Quartier Nachts und in der Dämmerung gut beleuchtet wird (93%, n=428). Das Quartier bietet eine schöne Aussicht (79%, n=365), stellt ausreichend Spazierwege (91%, n=419) und auch Grünflächen (93%, n=428) zur Verfügung. Knapp 84% (n=385) beurteilten die vorhandenen Trottoirs in ihrem Quartier als ausreichend. Sie schätzten die Zahl der Velowege als genügend ein (79%, n=364) und beschrieben, dass diese Infrastruktur auch von anderen Fussgängern genutzt wird (79%, n=366).

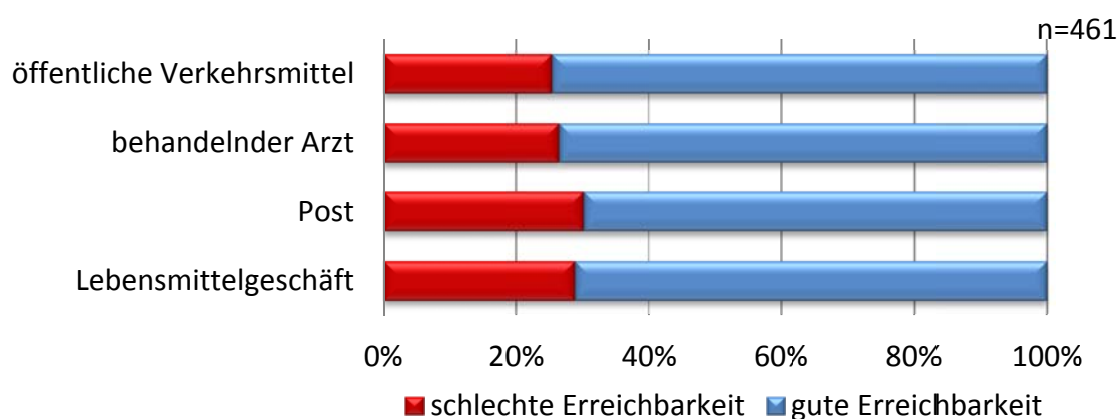
**Abbildung 3: Prozentuale Zustimmung zu Quartiercharakteristika**



Deutlich weniger Teilnehmerinnen berichteten über genügend Sitzbänke im Quartier, die eine regelmässige Pause unterwegs ermöglichen würden (55%, n=252). Bei der Einschätzung des Strassenverkehrs im Quartier kamen mehr als zwei Drittel der Befragten zur Einschätzung, dass kein starker Motorfahrzeugverkehr vorhanden sei (69%, n=318). Etwas mehr als ein Viertel (27%, n=126) besuchten gerne ein Café oder Quartierrestaurant und 20% (n=102) einen Begegnungsort oder Treff für Seniorinnen. Vorhandene Grünflächen wurden von 37% (n=175) der Personen 80+ regelmässig genutzt.

Vorhandene Dienstleistungen und ihre Benutzbarkeit wurde auf einer Skala von sehr leicht, leicht, etwas schwierig bis sehr schwierig gemessen. Dabei zeigte sich, dass bei rund einem Viertel der Personen Schwierigkeiten bestanden, Orte zu erreichen. Dies zeigt sich exemplarisch an folgenden Beispielen. Rund 25% (n=115) der Personen hatten Probleme, öffentlichen Verkehrsmittel zu erreichen. Die Post war für 139 Personen (30%) und die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt für 121 Personen (26%) schwer erreichbar. Auch das Lebensmittelgeschäft war für 29% (n=133) nur mit Schwierigkeiten zu erreichen.

**Abbildung 4: Erreichbarkeit wichtiger Orte**



Gleichzeitig zur Einschätzung der Erreichbarkeit wurde die Distanz in Metern zwischen Wohnort und den verschiedenen Dienstleistungsorten erhoben. Bei der Berechnung der durchschnittlichen Distanzen wurden einzelne Personen mit Extremwerten nicht berücksichtigt (siehe Tabelle 4).

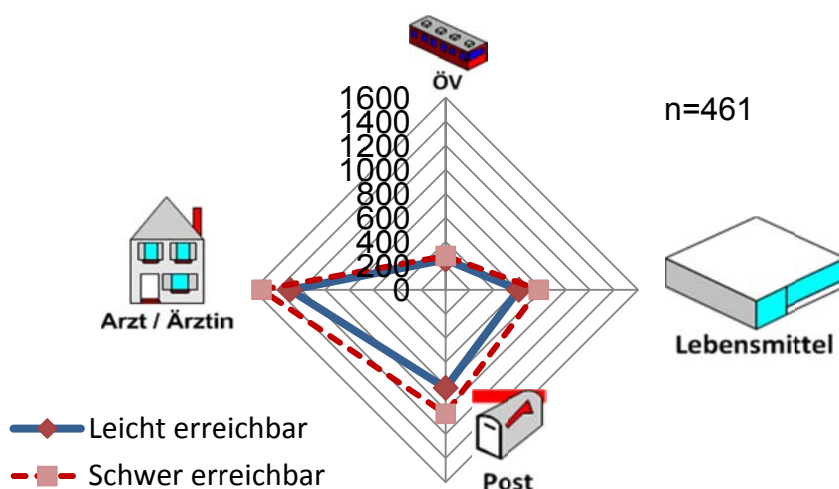
Besonders wichtig war den Teilnehmenden die gute Erreichbarkeit der öffentlichen Verkehrsmittel. Durchschnittlich war die nächstgelegene Haltestelle 259 Meter (SD±169) entfernt. Die Gruppe „schwer erreichbar“ und „leicht erreichbar“ unterschieden sich nicht signifikant in der gemessenen Distanz (Vergleich der Gruppen, siehe auch Abbildung 5).

**Tabelle 4: Distanz in Meter zu Orten**

Distanz zu wichtigen Orten in Meter	N	Mittel±SD	Median	Min / Max
<b>Öffentlicher Verkehr</b> (nächste Haltestelle)	459	259±169	200	2-900
<b>Lebensmittelgeschäft</b> (gewohnter Einkaufsort)	452	655±508	500	0-2700
<b>Post</b>	446	880±582	800	3-3300
<b>Behandelnde/r Arzt / Ärztin</b>	454	1355±1190	900	0-6000

Das normalerweise benutzte Lebensmittelgeschäft lag durchschnittlich 655 Meter (SD±508) vom Wohnort entfernt. Die Distanz in der Gruppe „leicht erreichbar“ unterschied sich signifikant von der anderen Gruppe ( $t_{2,450}=3.16$ ,  $p=.002$ ) und lag durchschnittlich 165 Meter näher am Wohnort. Auch bei der Distanz zur Post unterschieden sich die Gruppe „leicht erreichbar“ und „schwere erreichbar“. Die Distanz betrug durchschnittlich 880 Meter (SD±582) und lag für die Gruppe „leicht erreichbar“ durchschnittlich 215 Meter näher am Wohnort ( $t_{2,444}=3.63$ ,  $p=.000$ ). Die grösste Distanz zum Wohnort hatte die Hausärztin/der Hausarzt. Die Praxis lag durchschnittlich 1355 Meter (SD±1190) vom Wohnort entfernt. Die Distanz in den beiden Gruppen unterschied sich nicht signifikant voneinander.

**Abbildung 5: Gruppenvergleich: Distanz zu wichtigen Orten (Meter)**



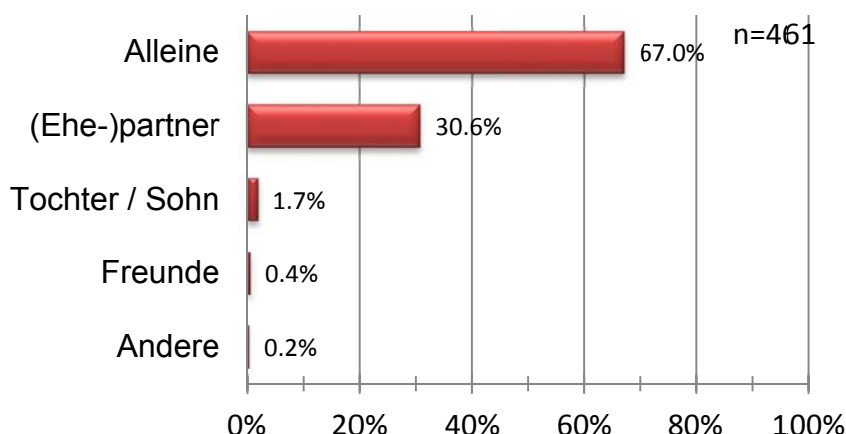
#### 4.3.2 Lebens- und Wohnsituation

Neben der Quartiersituation spielt auch die eigentliche Wohnsituation eine Rolle. Das Zusammenleben mit einem Menschen, die Zugänglichkeit der Wohnung sowie deren Einrichtung sind dabei entscheidende Faktoren. Deshalb wurden in der Studie einerseits die Wohnverhältnisse und andererseits die Risiken der Wohnsituationen erfasst.

Gerade die Nähe einer wichtigen Bezugsperson prägt die Lebenssituation alter Menschen. In der Studie lebten zwei Drittel der Personen 80+ (67%,  $n=309$ ) seit durchschnittlich 17 Jahren (SD±14) alleine.

Von denjenigen, welche mit jemandem zusammen wohnten, lebte die Mehrheit (92.8%,  $n=141$ ) mit ihrem Partner oder ihrer Partnerin zusammen, (siehe Abbildung 6). Nur 20% der teilnehmenden Frauen lebten noch in einer Partnerschaft, während im Gegensatz dazu der Anteil der in einer Partnerschaft lebenden Männern 64% betrug. Nur vereinzelt wurde eine Wohnform gemeinsam mit Kindern (1.7%,  $n=8$ ), Freunden oder anderen Personen gewählt (0.6%,  $n=3$ ).

**Abbildung 6: Lebenssituation der Personen 80+**



Obwohl ein grosser Teil der Personen 80+ alleine wohnt, lebten die von ihnen bezeichneten primären Bezugspersonen (n=310) durchschnittlich 21 Minuten entfernt. In diesem Durchschnitt nicht gerechnet sind sieben Personen, welche mehr als einen halben Tag Reisezeit angaben. Ein Drittel der Bezugspersonen legt die Distanz zu Fuss (30%, n=91), 6% (n=17) mit dem Fahrrad und 8% (n=26) mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zurück. Gut die Hälfte der Bezugspersonen benutzt dazu das eigene Auto (56%, n=169).

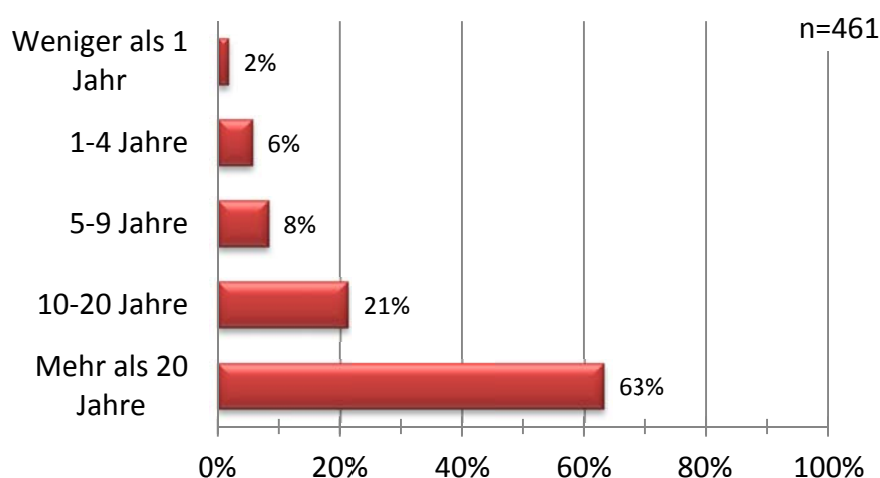
Die Verfügbarkeit einer primären Bezugsperson ermöglicht Unterstützung im Alltag. Bei den unterstützenden Angehörigen bildeten die Töchter die grösste Untergruppe (n=123, 41.5%), gefolgt von den Partnerinnen (n=52, 17.5%).

Diese Unterstützung wird ergänzt durch Hilfe von weiteren befreundeten oder verwandten Personen. Teilnehmende Personen wurden gefragt, ob sie von Personen Hilfe bei der Körperpflege, im Haushalt, bei besonderen Tätigkeiten wie Einkäufen sowie soziale oder auch emotionale Unterstützung durch Gespräche erhalten. Eine enorme Unterstützung durch familiäre Strukturen erhalten 46 Personen, die während 148-168 Stunden / Woche (sieben Tagen beinahe rund um die Uhr) betreut werden. Aber auch die restlichen 414 Personen erhielten pro Woche durchschnittlich 6,7 Stunden (SD±10,0, Median 3.8) Unterstützung durch dieses soziale Netzwerk.

Die Verbundenheit alter Menschen mit ihrem Quartier und den eigenen vier Wänden zeigte sich im SpitexPlus Projekt deutlich. Zwei Drittel (63%, n=291) der Personen 80+ lebten seit über 20 Jahren in derselben Wohnsituation; gar 84% (n=389) seit 10 Jahren oder mehr. Nur 63 Personen (14%) waren bei Studieneintritt in einem Alterszentrum angemeldet (siehe Abbildung 7).

Etwas mehr als die Hälfte (57%, n=264) der Personen 80+ waren Mieterinnen und Mieter. Die anderen Personen hatten ihr eigenes Wohnobjekt (43%, n=197). Werden die Teilnehmerinnen aufgeteilt in Subgruppen, die in Mietwohnungen, Wohnungen mit Anteilen an einer Wohngenossenschaft, Eigentumswohnungen oder im eigenen Einfamilienhaus lebten, zeigten sich bezüglich stabiler Wohnsituation signifikante Unterschiede ( $\chi^2_{4,457}=78.0$ ,  $p=.000$ ).

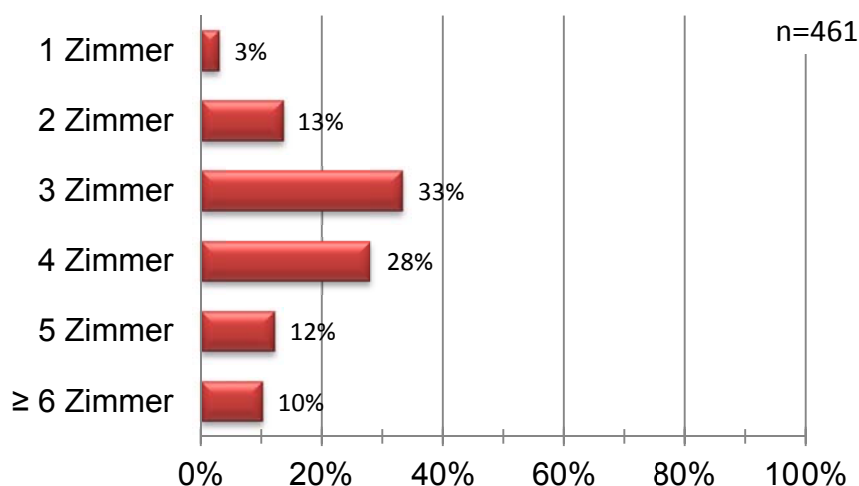
**Abbildung 7: Stabile Wohnsituation (Jahre)**



Besonders stabil war die Wohnsituation für Personen, die im eigenen Haus leben. Von ihnen lebten 91% (n=122) länger als 20 Jahre am gleichen Ort. Dieser Anteil war bei Personen in Mietwohnungen mit 53% (n=133) und bei jenen in Eigentumswohnungen mit 44% (n=28) deutlich tiefer. Nur 14 Personen gehörten zur Gruppe, die Anteile einer Wohngenossenschaft besaßen. Von ihnen waren 57% (n=8), ähnlich wie bei denjenigen in gemieteten Wohnungen, für mehr als 20 Jahre in der gleichen Wohnung.

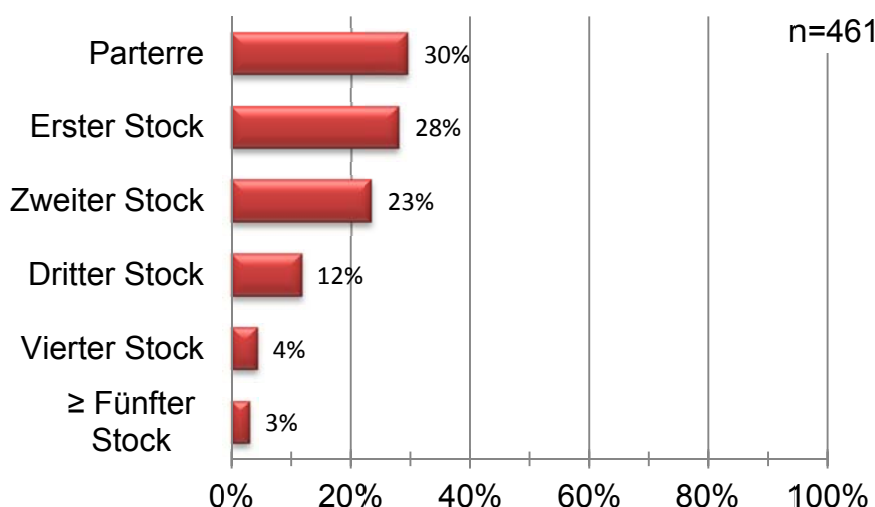
Die über Jahrzehnte stabile Wohnsituation zeigt sich auch darin, dass ein grosser Teil älterer Menschen (61%, n=282) in 3-4 Zimmer-Wohnungen lebte. Knapp ein Viertel (22%, n=103) der Personen 80+ hatte fünf oder mehr Zimmer zur Verfügung (siehe Abbildung 8).

**Abbildung 8: Wohnungsgrösse (Einteilung minimale Zimmerzahl)**



Rund 37% der teilnehmenden Personen klagten über eine zunehmende Verschlechterung der Mobilität. Im Parterre oder im ersten Stock wohnten 58% (n=265), was ihnen das Verlassen der Wohnung gut ermöglichte. Von den Personen im zweiten Stock hatten 48% (n=52) einen Lift oder Treppenlift. Dieser Anteil von Personen mit Lift erhöhte sich im 3. Stock auf 72% (n=39) und bei Personen ab 4 Stock (n=32) auf 100%.

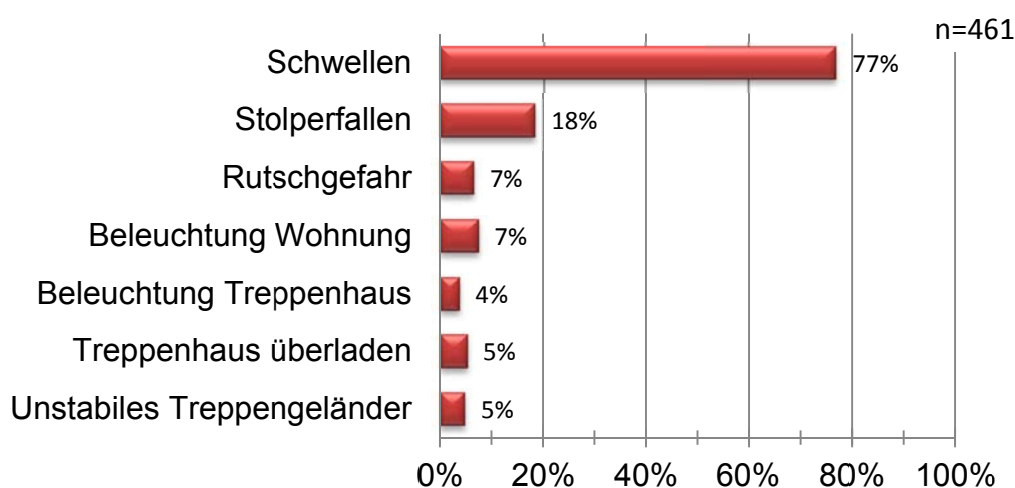
**Abbildung 9: Stockwerk der Wohnungen**



### 4.3.3 Sicherheit in der Wohnung

Viele der teilnehmenden Personen meisterten ihren Alltag trotz Einschränkungen in der Mobilität oder sensorischen Einschränkungen (Hör- und Sehfähigkeit). Die Frage der Sicherheit und der Vorbeugung gegen Unfälle im Haushalt war deshalb Bestandteil der Beurteilung durch die Pflegeexpertin ANP beim ersten Besuch. Unterschieden wurden Risiken speziell im Bad und in der Küche, in der übrigen Wohnung und im Treppenhaus, sowie bereits getroffene Massnahmen zur Vermeidung von Unfällen.

**Abbildung 10: Risiken in der Wohnung (% Risiko vorhanden)**



Grösstes Unfallpotential bildeten die Risikofaktoren für Stürze (siehe Abbildung 10). So waren in 77% (n=354) der Wohnungen Stolperfallen wie Schwellen zu finden. Risiken wie z.B. Kabel oder hervorstehende Gegenstände kamen weniger vor (18%, n=85). Die Beleuchtung in der Wohnung und im Treppenhaus war bei 7% (n=34) respektive 4% (n=17) als Unfallrisiko beurteilt worden. Bei 5% (n=22) der Wohnungen war kein stabiles

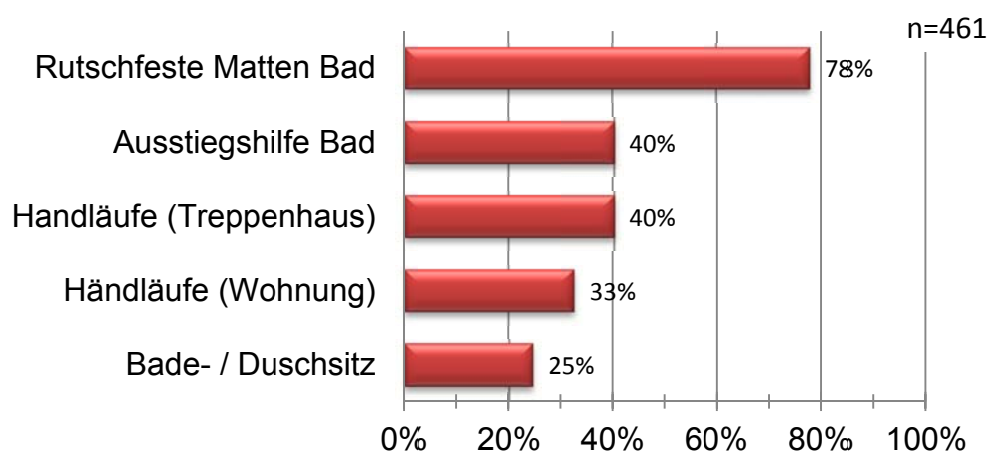


Treppengeländer vorhanden und bei 5% (n=24) der Wohnungen behinderten Gegenstände die Mobilität im Treppenhaus.

Die Sicherheit in der Küche wurde aufgrund der baulichen Gestaltung sowie der Einrichtung in Bezug auf die Gefahr von Küchenunfällen wie z.B. Verbrennungen / Verbrühungen, Elektrische Unfälle oder Brandgefahr beurteilt. Hier wurden bei 93% (n=429) der Teilnehmerinnen keine Sicherheitsrisiken mit Verletzungspotential gefunden.

Verschiedene Massnahmen zur Erhöhung der Sicherheit waren bereits getroffen worden (siehe Abbildung 11). Im Bad besteht eine besonders grosse Unfallgefahr. Diese wird durch rutschfeste Matten und Haltegriffe reduziert. Mehr als drei Viertel (78%, n=359) der Personen 80+ benützten eine rutschfeste Matte und bei 40% (n=185) war ein Haltegriff als Ausstiegshilfe aus der Badewanne vorhanden. In 25% (n=113) der Wohnungen wurden zudem Bade- oder Duschsitz verwendet. Ein Drittel (33%, n=150) der Teilnehmerinnen hatten auch in der übrigen Wohnung Handläufe installieren lassen, um die Sturzgefahr zu reduzieren. Die Treppenhäuser waren in 40% der Gebäude mit Handläufen ausgerüstet.

**Abbildung 11: Hilfsmittel in der Wohnung**



Wird die Häufigkeit von Massnahmen zur Verminderung der Unfallrisiken und zur Steigerung der Sicherheit in der Personengruppe 80+ mit und ohne ambulanter pflegerischer Betreuung (Spitex) verglichen, zeigt sich, dass Personen mit Spitex-Betreuung signifikant häufiger Massnahmen ergriffen. Personen mit pflegerischer Betreuung hatten häufiger eine Antirutschmatte im Bad ( $p=.01$ ) oder einen Badestuhl ( $p=.000$ ). Auch Bedenken zur Sicherheit in der Küche wurden bei Personen mit Spitexbetreuung weniger häufig beobachtet ( $p=.018$ ). Keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen mit und ohne Spitexbetreuung wurde hingegen bei jenen Massnahmen beobachtet, die bauliche Veränderungen einschliessen, wie z.B. die Montage von Handläufen im Bad und in der Wohnung oder Sicherheitsmassnahmen im Treppenhaus. Beim Vergleich der Massnahmen nach Wohnungstyp (Eigentum vs. Mietwohnung) zeigte sich ein unterschiedliches Bild. In Mietwohnungen waren signifikant weniger Handläufe im Bad montiert ( $p=.001$ ). Andererseits waren gefährliche Türschwellen in den Mietwohnungen weniger häufig anzutreffen ( $p=.005$ ) als in den Eigenheimen.

## 5 Zusammenfassung

Im SpitexPlus Projekt nahmen überwiegend allein lebende und / oder verwitwete Frauen im Alter zwischen 81 und 89 Jahren teil. Dieser hohe Frauenanteil unter den alleine lebenden Teilnehmenden widerspiegelt die Tatsache, dass mehr Frauen als Männer 80 Jahre und älter werden. Frauen sind zum Zeitpunkt der Verwitwung nicht nur jünger als Männer sondern erleben auch häufiger eine Verwitwung (Bundesamt für Statistik, 2009). Der in der Studie SpitexPlus gefundene hohe Anteil alleinlebender Frauen zeigt sich in europäischen Studien zum häuslichen Bereich von über 80-jährigen Personen (Carpenter et al., 2004; Sorbye et al., 2009) und entspricht auch der Situation in der Schweiz (Wanner, Sauvain-Dugerdil, Guilley, & Hussy, 2005). Die professionelle Unterstützung von Personen 80+ und ihrer familialen Netzwerke richtet sich deshalb vor allem an Frauen (Imhof, Naef, & Mahrer-Imhof, 2008).

**Fazit 1:** Bei der Planung dieser Unterstützung sollten Bedürfnisse, Gesundheitsrisiken und Beratungsthemen durch die Pflegeexpertin ANP genderspezifisch erhoben und eine entsprechende Pflege angeboten werden.

Die Gruppe der Personen 80+, die zu Hause lebt, wird in erheblichen Mass von einem familialen und sozialen Netzwerk unterstützt. Obwohl die Mehrgenerationenfamilie für die teilnehmenden Personen dieser Studie nicht existiert, leben die meisten primären Bezugspersonen in erreichbarer Nähe. Ein solcher Einzelhaushalt der älteren Generation in erreichbarer Wohndistanz zu ihren Kindern ist in der Schweiz weit verbreitet (Perrig-Chiello, Höpflinger, & Schnegg, 2010). Die geleistete informelle Unterstützung ist kaum sichtbar und wird vor allem von den Töchtern angeboten, welche die grösste Untergruppe (n=123, 41.5%) gefolgt von den Partnerinnen (n=52, 17.5%) bilden. Ältere Frauen werden häufig von ihren Töchtern unterstützt, selbst wenn sie mit ihrem Ehepartner zusammenleben. Damit bestätigt die Studie SpitexPlus die Resultate anderer Studien (Heinemann-Knoch, Knoch, & Korte, 2006; Tong, 2007). Die Aussagen der Personen 80+ (klinisches Assessment) weisen zudem darauf hin, dass in Winterthur die Gruppe der Männer bei vergleichbarem Bedarf im Alltag durchschnittlich mehr Unterstützung als Frauen erhalten. Diese Resultate sind vergleichbar mit den Resultaten aus anderen Schweizer Studien (Perrig-Chiello, et al., 2010).

**Fazit 2:** Die Unterstützung der Personen 80+ baut auf ein informelles Netzwerk. Die Dienstleistungen der Pflegeexpertin ANP hat das Ziel, die Selbständigkeit in der eigenen Wohnung zu erhalten. Sie ist deshalb gefordert, die entsprechenden Personen in Entscheide einzubeziehen, Massnahmen mit diesem Netzwerk abzusprechen und eine koordinierende Funktion zu übernehmen.

Die Gruppe 80+ lebte in der Stadt Winterthur mit einer guten und für die meisten leicht erreichbaren Quartierinfrastruktur. Das quartierbezogene Wohlbefinden und Sicherheitsgefühl war ausgesprochen hoch. Für eine Mehrheit der Teilnehmer/innen wurde die Familienwohnung zum primären Wohnsitz im Alter. Wenn Menschen im Hinblick auf das Älterwerden umziehen, wechseln sie entweder bereits im Pensionsalter in eine andere

Wohnung oder dann mit fortgeschrittenen Alter in ein institutionelles Wohnumfeld (Wanner, et al., 2005). Die Daten von SpitexPlus bestätigen, dass die Quartierverbundenheit im Alter einen wichtigen Faktor darstellt, welcher die Gesundheit und das Funktionieren im Alltag positiv beeinflussen kann (Mohnen, Groenewegen, Volker, & Flap, 2011; Stanley et al., 2010; Yen, Michael, & Perdue, 2009).

**Fazit 3:** Personen im hohen Alter ziehen eine stabile Wohnsituation vor. Die Pflegeexpertin ANP hat die positiven Aspekte der Integration ins Quartier in ihrer Beurteilung der Gesundheitssituation zu berücksichtigen und pflegerische Dienstleistungen entsprechend zugänglich zu machen. Dank dieser systematischen und umfassenden Erfassung der Patientensituation ist die Pflegeexpertin ANP in der Lage, Veränderungen im gewohnten Lebensumfeld wie etwa die Erreichbarkeit von Einkaufsmöglichkeiten und des öffentlichen Verkehrsmittel zu dokumentieren. Die Auswertung dieser Daten wäre eine nützliche Grundlage für Entscheide der Stadtplanung.

Grundsätzlich geht man heute davon aus, dass das Älterwerden mit einer Zunahme an Erfahrung, Wissen und Kompetenz einhergeht. Trotzdem erleben viele Personen 80+ die negativen Aspekte des hohen Alters wie eine Zunahme chronischer Leiden und die damit verbundene Reduktion funktioneller Fähigkeiten (reduzierte Mobilität, eingeschränkte Wahrnehmungsmöglichkeiten Hören, Sehen, Tastsinn). Übereinstimmend mit anderen Studien wurde auch in der Studie SpitexPlus aufgezeigt, dass diese altersbedingten Veränderungen ein erhöhtes Unfallrisiko bergen (Wyman et al., 2007). Die Untersuchung SpitexPlus hat gezeigt, dass in einem grossen Teil der Wohnungen Risiken vorhanden sind. Gleichzeitig wurde aber auch sichtbar, dass Gefahrenquellen erkannt und Massnahmen zur Unfallvermeidung durchgeführt wurden.

**Fazit 4:** Personen 80+ sind einem erhöhten Unfall-/Sturzrisiko ausgesetzt. Während im eigenen Wohneigentum entsprechende Massnahmen einfacher zu realisieren wären, ist dies in gemieteten Wohneinrichtungen schwieriger. Andererseits kommen aber Risiken wie Türschwellen in alten Einfamilienhäusern häufiger vor als in Mietwohnungen. Die Spitex berät bereits heute ihre Patientinnen in Bezug auf unfallverhütende Massnahmen. Dieses Angebot sollte weiter ausgebaut werden. Die Pflegeexpertin ANP könnte Wohnungseigentümer auf entsprechende Gefahrenquellen u.a. auch im gemeinsam genutzten Raum (Treppenhaus, Waschküche) aufmerksam machen. Dank ihrer Erfahrung wäre sie in der Lage, entsprechende Gutachten zu erstellen und eine altersgerechte Installation zu empfehlen.

## 6 Referenzen

- Altersforum Winterthur. (2008). *Bericht 2008 zur demographischen Entwicklung der älteren Bevölkerung*. Winterthur: Stadt Winterthur.
- Beaglehole, R., Epping-Jordan, J., Patel, V., Chopra, M., Ebrahim, S., Kidd, M., et al. (2008). Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *Lancet*, 372(9642), 940-949.
- Bundesamt für Statistik. (2009). Demographisches Portrait der Schweiz. Retrieved 30. May 2011, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/>
- Bundesamt für Statistik. (2011). Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand nach Geschlecht, Alter, Sprachgebiet und Bildungsniveau. Retrieved 1.10.2011, from <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal>
- Carpenter, I., Gambassi, G., Topinkova, E., Schroll, M., Finne-Soveri, H., Henrard, J. C., et al. (2004). Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC). *Aging Clinical & Experimental Research*, 16(4), 259-269.
- Ervin, N. E. (2007). Clinical specialist in community health nursing: advanced practice fit or misfit? *Public Health Nurs*, 24(5), 458-464.
- Heinemann-Knoch, M., Knoch, T., & Korte, E. (2006). [Invested time in private care: estimated by people in need of help and care and their private caregivers]. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(6), 413-417.
- Höpflinger, F., & Hugentobler, V. (2005). *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz*. Bern: Hans Huber.
- Imhof, L., Naef, R., & Mahrer-Imhof, R. (2008). Forschungsprioritäten der gerontologischen Pflege. *Pflege*, 21, 435-451.
- Imhof, L., Naef, R., Mahrer-Imhof, R., & Petry, H. (2011). SpitexPlus: Assessment und fortgeschrittene Pflegeinterventionen für zuhause lebende alte Menschen und ihre Familien. *Pflege*, 24(1), 43-56.
- Mohnen, S. M., Groenewegen, P. P., Volker, B., & Flap, H. (2011). Neighborhood social capital and individual health. *Social Science Medicine*, 72(5), 660-667.
- OECD. (2011). OECD health data 2011. Retrieved September 15th, 2011, from <http://stats.oecd.org/index.aspx>
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F., & Schnegg, B. (2010). *Wer pflegt und betreut ältere Menschen daheim? Die Situation der Angehörigen und ihre Ansprüche an die Spitex*. Bern.

- Schober, M. (2007). The global emergence of advanced practice nurses in providing home and community health care services. *Home Health Care Management & Practice*, 20(1), 34-40.
- Sorbye, L. W., Garms-Homolova, V., Henrard, J. C., Jonsson, P. V., Fialova, D., Topinkova, E., et al. (2009). Shaping home care in Europe: the contribution of the Aged in Home Care project. *Maturitas*, 62(3), 235-242.
- Stanley, M., Moyle, W., Ballantyne, A., Jaworski, K., Corlis, M., Oxlade, D., et al. (2010). 'Nowadays you don't even see your neighbours': loneliness in the everyday lives of older Australians. *Health & Social Care in the Community*, 18(4), 407-414.
- Statistisches Amt des Kantons Zürich. (2011). Wohnbevölkerung nach 5-Jahres-Altersklassen und Geschlecht. Retrieved 25. Mai 2011, from <http://www.statistik.zh.ch/internet>
- Tong, R. (2007). Gender-based disparities East/West: rethinking the burden of care in the United States and Taiwan. *Bioethics*, 21(9), 488-499.
- Wanner, P., Sauvain-Dugerdil, C., Guilley, E., & Hussy, C. (2005). *Alter und Generationen - Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Weaver, F., Jaccard Ruedin, H., Pellegrini, S., & Jeanrenaud, C. (2008). *Les coûts des soins de longue durée d'ici à 2030 en Suisse*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium OBSAN.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action* (Global report noncommunicable disease and mental health). Geneva: WHO.
- Wyman, J. F., Croghan, C. F., Nachreiner, N. M., Gross, C. R., Stock, H. H., Talley, K., et al. (2007). Effectiveness of education and individualized counseling in reducing environmental hazards in the homes of community-dwelling older women. *J Am Geriatr Soc*, 55(10), 1548-1556.
- Yen, I. H., Michael, Y. L., & Perdue, L. (2009). Neighborhood environment in studies of health of older adults: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 37(5), 455-463.

## 7 Glossar

### Statistische Begriffe

M	Mittelwert (klassischer Durchschnittswert)
Median	Punkt der die vorhandenen Wert so teilt, dass die gleiche Anzahl Werte höher oder tiefer liegen.
n	Anzahl Personen in einer Gruppe
p	Der p-Wert ist Teil eines statischen Signifikanztests
SD	Standardabweichung
t	Statistischer Wert eines t-Tests. Der t-test vergleicht den Mittelwert zweier Gruppen.
$\chi^2$	Statistischer Wert eines Chi-quadrat Tests. Der Chi-quadrat Test prüft, ob eine Variable von der anderen Variablen unabhängig ist. Wird zum Vergleich von Gruppen verwendet, wenn kategoriale oder dichotome Daten vorliegen.

### Andere Begriffe

ANP	Advanced Nursing Practice. Bezeichnet das Berufsfeld der erweiterten Pflegepraxis in einem Spezialgebiet.
APN	Advanced Practice Nurse. Bezeichnet die Person, welche in diesem Berufsfeld tätig ist. Der international gebräuchliche Begriff bezeichnet eine Pflegeexpertin, welche eine Spezialisierung in einer Population oder Bereich mittels einer Masterausbildung in Pflegewissenschaft (Mindestanforderung) und begleiteter klinischer Praxis erworben hat. Eine APN vereint direkte klinische Praxis mit Forschung, Leadership, Kollaboration und Beratung.