

Juni 09

Forschungsarbeit von

Stefan Borter
Soziale Arbeit 04

Begleitende Dozentin

Frau Susanne Lorenz
Dozentin & Wissenschaftliche Mitarbeiterin
an der Fachhochschule Westschweiz

Integrationsbereiche beim Heimaufenthalt

Welche Integrationsbereiche gibt es bei Bewohnerinnen und Bewohnern der sechs im Oberwalliser Talgrund liegenden Alters- und Pflegeheimen?

Zusammenfassung:

Die vorliegende Diplomarbeit befasst sich mit Integrationsbereichen für die Bewohnerinnen und Bewohner von Alters- und Pflegeheimen (APH). Das Untersuchungsfeld bezieht sich auf sechs APHs im Oberwalliser Talgrund. In der Untersuchung sind die Bewohnerinnen und Bewohner und Pflegedienstleitungen befragt worden.

Dabei sind Grundvoraussetzungen wie Alter, Geschlecht, Grund des Eintritts, Lebensform vor dem Eintritt, Aufenthaltsdauer und viele weitere Faktoren erfasst worden. Es wird ersichtlich, dass nach einiger Zeit alle Befragten den APH-Eintritt akzeptiert, sich in ihren Zimmern wohl gefühlt und aus Lust an den Freizeitaktivitäten mitgemacht haben. Die Erhebung zeigt, dass eine frühzeitige Auseinandersetzung mit der Thematik APH und eine Anmeldung in einem APH die spätere Integration unterstützen. Ebenfalls wird dargelegt, dass die Rolle der Bezugsperson verschiedene Facetten aufweist. Diese Rolle hat einen wichtigen, aber nicht immer einfachen Stellenwert für die Bewohnerinnen und Bewohner eines Alters- und Pflegeheimes. Die Schlussfolgerung dieser Arbeit enthält Praxisvorschläge für unterstützende Integrationsfaktoren wie z.B. bereichsübergreifende Fachberatungen und Zusammenarbeit mit dem APH, den Bewohnerinnen und Bewohnern, den Angehörigen sowie Professionellen (z.B. Pro Senectute).

Schlüsselwörter:

Alters- und Pflegeheim, Bewohnerinnen und Bewohner, Alter, Integration, Bezugsperson, Wohlbefinden

Hes·SO

Haute Ecole spécialisée
Suisse occidentale

Fachhochschule Westschweiz

Dank

Ein herzliches „Vergält's Gott“ gehört meiner Familie für die Geduld, das Vertrauen und die ständige Unterstützung während der ganzen Studiumszeit. Ihr ward der Fels in der Brandung!

Besonders möchte ich meinem Vater, Rahel und Christian danken für die Stunden, an welchen sie meine Texte gelesen und mich auf unklare Formulierungen aufmerksam gemacht haben.

Herzlich danke ich auch meinen Mitstudierenden Katrien, Norma und Ruffine für die vielen Aufmunterungen und die gemütlichen, gemeinsamen und motivierenden Stunden.

An dieser Stelle möchte ich auch ein Dankeschön an Frau Richard Sarah, wissenschaftliche Mitarbeiterin HEV SO aussprechen. Ohne ihre Hilfsbereitschaft und ihr Engagement wäre es mir kaum möglich gewesen, ein interessantes und vielseitiges Forschungsprogramm (Sphinx) kennen zu lernen und in dieser Forschungsarbeit anzuwenden.

Ein grosser Dank gehört den mitwirkenden APHs (APH Emserberg während der Testphase, APH St. Josef Susten, APH St. Anna Steg, Martinsheim Visp, APH St. Paul Visp, APH Englischgruss Brig und das APH Sancta Barbara und St. Michael Naters) sowie den Probanden für die weitaus interessantesten zwei Wochen der ganzen Diplomarbeit (Befragungen). Auf keinen Fall möchte ich diese Erfahrungen und Gespräche missen. Eine sehr beeindruckende und lehrreiche Zeit waren für mich diese Gespräche mit den Bewohnerinnen und Bewohnern. Viele Aussagen meiner Probanden beschäftigen mich bis heute und unterstützen mich in meiner Weltanschauung.

Und „last but not least“ geht ein riesen Dank an Frau Susanne Lorenz, begleitende Dozentin, welche mich mit ruhiger Hand, viel Engagement und unendlicher Geduld mit Rat und Tat zur Seite gestanden und mich so durch die Hoch- und Tiefflüge während des ganzen Forschungsprozesses geleitet hat.

Anmerkung

Die in dieser Arbeit aufgeführten Ansichten und Stellungnahmen verpflichten ausschliesslich den Autoren.

Um den Lesefluss nicht zu stören, werden in der vorliegenden Arbeit vorwiegend Maskulina verwendet. Es werden jedoch immer beide Geschlechter eingeschlossen.

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS	II
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	IV
TABELLENVERZEICHNIS	V
GRAFIKVERZEICHNIS	V
STUFEN	VIII
1. EINLEITUNG	1
1.1. Darstellung der Forschungsthematik	2
2. THEORIEN UND KONZEPTE	3
2.1. Konzept „ALTER“	3
2.1.1. Definition nach WHO	3
2.1.2. Wann ist ein Mensch alt?	3
2.1.3. Demografische Erklärungen zum Alter	4
2.1.4. Historische Entwicklung der Langlebigkeit	5
2.2. Informationen zur Walliser Gesundheitspolitik: Betreuung betagter Personen	6
2.3. Konzept „LEBEN IM APH“	8
2.3.1. Gründe für einen Heimeintritt	8
2.3.2. Mann und Frau im Heim	9
2.3.3. Fördernde Faktoren für die APH-Integration	10
2.4. Konzept „Integration“	11
2.4.1. Der Begriff „soziale Integration“	11
2.4.2. Soziale Kontakte und Integration	13
2.5. Konzept „Motivation“	14
2.5.1. Definition der Motivation aus der Lernpsychologie	14
3. METHODIK	16
3.1. Forschungsziele	16
3.2. Integrationsbereiche im APH	16
3.3. Hypothesen	17
3.4. Der Fragebogen als Forschungsinstrument	18
3.4.1. Vor- und Nachteile des Fragebogens	18
3.4.2. Entwicklung und Beschreibung des Fragebogens	19
3.5. Ermittlungsbereich und Stichprobe	21
3.6. Realisierung der Datenerhebung	22
3.6.1. Anzahl gültiger Befragungen anhand des Fragebogens	22
3.7. Ethische Aspekte	23
3.8. Risiken und Grenzen des Forschungsvorgehens	23
4. DATENANALYSE	24
4.1. Profil der Probanden (Fragebogen: Kapitel A)	24
4.1.1. Geschlechterverteilung der Probanden	25
4.1.2. Alter der Probanden	25
4.1.3. Aufenthaltsdauer der Probanden im APH	26
4.1.4. Zivilstand der Probanden	26
4.1.5. Wohnverhältnisse der Probanden vor dem APH-Eintritt	27

4.1.6.	Geographische Lage des APHs	27
4.1.7.	Pflege-BESA-Stufen der Probanden	28
4.1.8.	Das errechnete theoretische Stichprobenprofil im Vergleich mit dem Profil der Probanden	29
4.2.	Das Leben vor dem APH-Eintritt (Fragebogen: Kapitel B)	30
4.2.1.	Gesundheitszustand der Probanden vor dem Eintritt ins APH	30
4.2.2.	Gedankliche Auseinandersetzung mit der Thematik APH	31
4.3.	Eintritt ins APH (Fragebogen: Kapitel C)	32
4.3.1.	Grund für den APH-Eintritt und die dabei beteiligten Personen	32
4.3.2.	Beurteilung der Probanden betreffend den Entscheid für den APH-Eintritt	33
4.4.	Aktivitäten und Freizeitgestaltung im APH (Fragebogen: Kapitel D)	35
4.4.1.	Angebot und Bekanntheit der Aktivitäten bei den Probanden	35
4.4.2.	Teilnahme der Probanden an den Aktivitäten	36
4.4.3.	Mitspracherecht der Probanden bei der Freizeitgestaltung	38
4.5.	Zimmergestaltung (Fragebogen: Kapitel E)	40
4.6.	Soziale Kontakte (Fragebogen: Kapitel F)	42
4.6.1.	Kontakte zu Mitbewohnern	42
4.6.2.	Kontakte zum Pflegepersonal	42
4.6.3.	Kontakte zu anderen Personen	43
4.6.4.	Soziale Kontakte bei Probanden, die sich vor dem Eintritt alleine fühlten	44
4.7.	Bezugsperson (Fragebogen: Kapitel G)	45
5.	INTEGRATIONSBEREICHE UND INTEGRATIONSZUSTAND DER PORBANDEN ZUM ZEITPUNKT DER BEFRAGUNG	46
5.1.	Die beobachteten Integrationsbereiche	47
5.2.	Der Integrationszustand der Probanden zum Zeitpunkt der Befragung	48
6.	DISKUSSION DER HYPOTHESEN	50
6.1.	Beeinflusst die Bezugsperson die Probanden hinsichtlich der Integrationsbereiche? Diskussion der ersten Hypothese	50
6.1.1.	Fühlen sich Probanden, welche vom Einsatz ihrer Bezugsperson profitieren können, wohler als alle anderen Probanden im APH?	51
6.1.2.	Ist die Teilnahme an den Aktivitäten bei den Probanden, bei denen sich die Bezugsperson für ihre Anliegen einsetzt, höher als bei allen anderen Probanden?	52
6.1.3.	Fühlen sich Probanden mit einer Bezugsperson, welcher sich für deren Anliegen einsetzt, in ihrem Zimmer wohler als die anderen Probanden?	53
6.1.4.	Haben Probanden mit einer Bezugsperson, die sich um die Anliegen des Probanden bemüht, mehr soziale Kontakte als die anderen Probanden?	54
6.1.5.	Schlussfolgerungen für die erste Hypothese	55
6.2.	Zimmergestaltung und Wohlbefinden im Zimmer als Integrationsbereich? Diskussion der zweiten Hypothese	56
6.2.1.	Zeigt die Zimmergestaltung Auswirkungen auf das Wohlbefinden im Zimmer?	56
6.2.2.	Erhöht das Wohlbefinden im Zimmer die Teilnahme an den Aktivitäten?	57
6.2.3.	Haben Probanden mehr Kontakte zu anderen Menschen, wenn sie sich in ihrem Zimmer heimelig fühlen?	58
6.2.4.	Schlussfolgerungen für die zweite Hypothese	59
6.3.	Unterstützt die Einsicht für den APH-Eintritt die Probanden bei den Integrationsbereichen? Diskussion der dritten Hypothese	59
6.3.1.	Nehmen Probanden mit einer Einsicht für den APH-Eintritt mehr an den Aktivitäten teil als die anderen Probanden?	60

6.3.2.	Haben Probanden mit einer Einsicht für den APH-Eintritt mehr soziale Kontakte und fühlen sich wohler in ihrem Zimmer als die anderen Probanden?	61
6.3.3.	Zusammenhänge zwischen den Bezugspersonen und der Einsicht der Probanden für den damaligen APH-Eintritt	62
6.3.4.	Schlussfolgerung für die dritte Hypothese	62
7.	KONKLUSION	63
7.1.	Stellungnahme zur Forschungsfrage und Grenzen zum Forschungs-vorgehen	63
7.2.	Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse aus der Forschungsanalyse und die Schlussfolgerungen	64
7.3.	Perspektiven und Handlungsansätze für die Praxis	68
7.3.1.	Handlungsansätze für das APH	68
7.3.2.	Handlungsansätze für die Soziale Arbeit	69
7.4.	Technische Bilanz für diese Forschungsarbeit	70
7.5.	Persönliche Bilanz für diese Forschungsarbeit	70
8.	BIBLIOGRAPHIE	72
8.1.	Monographien	72
8.2.	Artikel und Studien	72
8.3.	Internetseiten und konsultierte Berichte im Internet	74
8.4.	Sonstiges	74
9.	ANHANG	75
9.1.	Anhänge zum Theorieteil	75
9.2.	Fragebogen	76
9.3.	Tabllen zum Fragebogen	87
9.4.	Ergänzende Tabellen zum Kapitel 4 Datenanalyse	104
9.4.1.	Profil der Probanden	104
9.4.2.	Eintritt ins APH	105
9.4.3.	Zimmergestaltung	106
9.4.4.	Bezugsperson	106
9.5.	Ergänzende Tabellen zum Kapitel 6 Diskussion der Hypothesen	107
9.5.1.	Tabellen zur ersten Hypothese	107
9.5.2.	Tabellen zur zweiten Hypothese	109
9.5.3.	Tabellen zur dritten Hypothese	112

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Hes so	Fachhochschule Westschweiz
APH	Alters- und Pflegeheim
TTM	Transtheoretisches Modell
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
IV	Invalidenversicherung
RAV	Regionale Arbeitsvermittlung
BESA	Pflegemesssystem BESA (Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem)
CORIF	Sozialmedizinische Koordinationsstelle für pflegebedürftige Patienten
SZO	Spitalzentrum Oberwallis

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1 Ermittlungsprofil für Probanden	21
Tabelle 2 Kantonale Durchschnittswerte der APH-Bewohner und den BESA-Stufen	28
Tabelle 3 Durchschnittliche biologische Lebensspanne	75
Tabelle 4 Oberwalliser APHs nach Bewohnern in den BESA-Stufen	75
Tabelle 5 Wohnverhältnisse der Probanden vor dem APH Eintritt	104
Tabelle 6 BESA-Stufen der Probanden	104
Tabelle 7a Errechnetes theoretisches Stichprobenprofil im Vergleich mit dem Profil der Probande	105
Tabelle 7b Übersicht über die Zufriedenheit, Unzufriedenheit und den Gesundheitszustand bei APH-Anmeldung und APH-Auseinandersetzung	105
Tabelle 8 Grund für den APH-Eintritt und Gesundheitszustand 3 Monate vor APH-Eintritt	105
Tabelle 9 Warum war der APH-Eintritt eine gute Lösung?	106
Tabelle 10 Wohlbefinden im Zimmer und aktuelles Wohlbefinden	106
Tabelle 11 Beteiligung der Bezugsperson am APH-Eintritt	106
Tabelle 12 Zufriedenheit mit der aktuellen Lebenssituation im Zusammenhang mit der Bezugsperson	107
Tabelle 13 Akzeptanz für den APH-Aufenthalt im Zusammenhang mit der Bezugsperson	107
Tabelle 14 Teilnahme an Aktivitäten im Zusammenhang mit der Bezugsperson	107
Tabelle 15 Wohlbefinden im Zimmer im Zusammenhang mit der Bezugsperson	108
Tabelle 16 Kontakte zu Mitbewohnern, Personal, Familie und anderen Personen im Zusammenhang mit der Bezugsperson	108
Tabelle 17 Aussagen bet. den sozialen Kontakten im Zusammenhang mit der Bezugsperson	108
Tabelle 18 Wohlbefinden der Probanden im Zimmer und Gegenstände, die von zu Hause mitgebracht wurden	109
Tabelle 19 Wohlbefinden der Probanden im Zimmer und aktuelles Wohlbefinden	109
Tabelle 20 Teilnahme an Aktivitäten im Zusammenhang mit Wohlbefinden im Zimmer	109
Tabelle 21 Teilnahme an Aktivitäten im Zusammenhang mit Wohlbefinden im Zimmer	111
Tabelle 22 Soziale Kontakte und Wohlbefinden im Zimmer „Proband fühlt sich gemütlich im Zimmer	111
Tabelle 23 Soziale Kontakte und Wohlbefinden im Zimmer „Proband fühlt sich heimelig im Zimmer	112
Tabelle 24 Teilnahme an den Aktivitäten im Vergleich der Probanden, welche den APH-Eintritt damals als gute oder als schlechte Lösung beurteilten.	112
Tabelle 25 Soziale Kontakte im Vergleich mit den Probanden, welche den APH-Eintritt damals als gute oder als schlechte Lösung beurteilten.	113
Tabelle 26 Das Wohlbefinden im Zimmer im Vergleich mit den Probanden, welche den APH-Eintritt damals als gute oder als schlechte Lösung beurteilten.	113
Tabelle 27 Bezugspersonen im Vergleich mit den Probanden, welche den APH-Eintritt damals als gute oder als schlechte Lösung beurteilten.	114

GRAFIKVERZEICHNIS

Grafik 1 Bevölkerungspyramide der Schweiz, in 1000 (1900 / 2005)	4
Grafik 2 Lebenserwartung bei Geburt nach Geschlecht in der Schweiz (1900 - 2006)	5
Grafik 3 Erreichung des ordentlichen Pensionsalters zwischen den Jahren 2000 & 2040 in der Schweiz	5

Grafik 4 Prozentualer Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen und Empfängerinnen und Empfänger von Spitex-Leistungen* im Alter von 80 Jahren und mehr, nach Kantonen	7
Grafik 5 Prozentualer Anteil der Personen, die in Kollektivhaushalten leben, nach Alter und Geschlecht, 1970 und 2000	9
Grafik 6 Geschlecht der Probanden (n = 43)	25
Grafik 7 Alter der Probanden (n = 42)	25
Grafik 8 Aufenthaltsdauer der Probanden im APH (n = 42)	26
Grafik 9 Zivilstand der Probanden (n = 43)	26
Grafik 10 Wohnverhältnisse der Probanden vor dem APH-Eintritt (n = 40)	27
Grafik 11 Geographische Lage des APHs (n = 42)	27
Grafik 12 BESA-Stufen der Probanden (n = 30)	28
Grafik 13 Gesundheitszustand der Probanden 3 Monate vor dem APH-Eintritt (n = 42)	30
Grafik 14 Pflegepersonen der Probanden vor dem APH-Eintritt (Mehrfachantworten möglich) (n = 26)	30
Grafik 15 Erste Schritte der Probanden vor dem APH-Eintritt (Mehrfachantworten möglich) (n = 24)	31
Grafik 16 Grund für den APH-Eintritt (Mehrfachantworten möglich) (n = 43)	32
Grafik 17 Grund für den APH-Eintritt und der Gesundheitszustand 3 Monate vor dem Eintritt (Mehrfachantworten möglich) (n = 43)	32
Grafik 18 Warum war der APH-Eintritt eine gute Lösung? (Mehrfachantworten möglich) (n = 43)	33
Grafik 19 Freizeitangebote im APH (Mehrfachantworten möglich) (n = 7 bis 43)	35
Grafik 20 Teilnahme an kulturellen Anlässen (Mehrfachantworten möglich) (Ausflüge n = 43, Lotto und Spielnachmittage n = 36 und Vorträge n = 14)	36
Grafik 21 Teilnahme an religiösen Anlässen (Mehrfachantworten möglich) (Gottesdienst t. und Rosenkranz t. n = 36, Andacht n = 14 und Gottesdienst wöchentlich n = 8)	36
Grafik 22 Teilnahme an physischen Aktivitäten (Mehrfachantworten möglich) (Spazieren und Altersturnen n = 43, Tanzen n = 14)	37
Grafik 23 Teilnahme an kreativen Anlässen (Mehrfachantworten möglich) (Basteln / Sticken / Schmücken n = 43, Singen / Musizieren n = 36 und Kochen / Backen / Hauswirtschaft n = 29)	37
Grafik 24 Gründe für die Nicht-Teilnahme an den Aktivitäten (Mehrfachantworten möglich) (n = 7-43)	38
Grafik 25 Konnten die Probanden bei Form und Inhalt der Aktivitäten mitentscheiden? (Mehrfachantworten möglich) (n = 1-32)	38
Grafik 26 Einzel- oder Doppelzimmer für die Probanden (n = 43)	40
Grafik 27 Was nahmen die Probanden von zu Hause mit? (Mehrfachantworten möglich) (n = 43)	40
Grafik 28 Aussagen der Probanden zum Wohlbefinden im Zimmer (Mehrfachantworten möglich) (n = 43)	41
Grafik 29 Wohlbefinden der Probanden im Zimmer und aktuelles Wohlbefinden (n = 42)	41
Grafik 30 Kontakte zu Mitbewohnern (Mehrere / Weniger Kontakte n = 43) (Gründe wieso die Probanden nicht mehr Kontakte haben) (Mehrfachantworten möglich) (n = 17)	42
Grafik 31 Kontakte zu Familienangehörigen (n = 43)	43
Grafik 32 Kontakte zu anderen Personen (n = 41)	43
Grafik 33 Soziale Kontakte bei Probanden die sich vor dem Eintritt alleine fühlten (n = 8)	44
Grafik 34 Art der Unterstützung durch die Bezugsperson (n = 37)	45
Grafik 35 Beteiligung der Bezugsperson am APH-Eintritt (n = 15)	45
Grafik 36 Zufriedenheit mit der aktuellen Lebenssituation im Zusammenhang mit der Bezugsperson (Bezugsperson: n = 29, Keine Unterstützung / Keine Bezugsperson : n = 13)	51
Grafik 37 Akzeptanz für den APH-Aufenthalt im Zusammenhang mit der Bezugsperson (Bezugsperson: n = 29, Keine Unterstützung / Keine Bezugsperson : n = 13)	51

Grafik 38 Teilnahme an Aktivitäten im Zusammenhang mit der Bezugsperson (Mehrfachantworten möglich) (Basteln..., Altersturnen, Spazieren und Ausflüge: Bezugsperson: n = 29, Keine Unterstützung / Keine Bezugsperson : n = 13)	52
Grafik 39 Wohlbefinden im Zimmer im Zusammenhang mit der Bezugsperson (Bezugsperson: n = 29, Keine Unterstützung / Keine Bezugsperson : n = 13)	53
Grafik 40 Bezugsperson entschied, dass der Proband ins APH eintreten musste (n = 10)	53
Grafik 41 Kontakte zu Mitbewohnern, Personal, Familie und anderen Personen im Zusammenhang mit der Bezugsperson (Mehrfachantworten möglich) (Bezugsperson: n = 29, Keine Unterstützung / Keine Bezugsperson : n = 13)	54
Grafik 42 Aussagen bet. den sozialen Kontakten im Zusammenhang mit der Bezugsperson (Mehrfachantworten möglich) (Bezugsperson: n = 29, Keine Unterstützung / Keine Bezugsperson : n = 13)	54
Grafik 43 Wohlbefinden der Probanden im Zimmer und Gegenstände, die von zu Hause mitgebracht wurden (Mehrfachantworten möglich) (n = 42, sehr wohl: n = 25, wohl: n = 15 und es geht so: n = 2)	57
Grafik 44 Wohlbefinden der Probanden im Zimmer und aktuelles Wohlbefinden (n = 41)	57
Grafik 45 Teilnahme an Aktivitäten im Zusammenhang mit Wohlbefinden im Zimmer „Proband fühlt sich heimelig im Zimmer“ (Mehrfachantworten möglich) (n = 43, heimelig: n = 35)	58
Grafik 46 Soziale Kontakte und Wohlbefinden im Zimmer „Proband fühlt sich heimelig im Zimmer“ (Mehrfachantworten möglich) (n = 43, heimelig: n = 35)	58
Grafik 47 Soziale Kontakte und Wohlbefinden im Zimmer „Proband fühlt sich gemütlich im Zimmer“ (Mehrfachantworten möglich) (n = 43, gemütlich: n = 40)	58
Grafik 48 Teilnahme an den Aktivitäten im Vergleich der Probanden, welche den APH-Eintritt damals als gute oder als schlechte Lösung beurteilten. (Mehrfachantworten möglich) (Singen & Musizieren, Rosenkranz täglich, Gottesdienst täglich, Spielnachmittage und Lotte: n = 36, Basteln..., Altersturnen, Spazieren und Ausflüge: n = 43)	60
Grafik 49 Soziale Kontakte im Vergleich mit den Probanden, welche den APH-Eintritt damals als gute oder als schlechte Lösung beurteilten. (Mehrfachantworten möglich) (n = 41)	61
Grafik 50 Bezugspersonen im Vergleich mit den Probanden, welche den APH-Eintritt damals als gute oder als schlechte Lösung beurteilten. (Mehrfachantworten möglich) (n = 36)	62

Stufen

Von Hermann Hesse²

Wie jede Blüte welkt
und jede Jugend dem Alter weicht,
blüht jede Lebensstufe,
blüht jede Weisheit auch und jede Tugend
zu ihrer Zeit und darf nicht ewig dauern.
Es muss das Herz bei jedem Lebensrufe
bereit zum Abschied sein und Neubeginne,
um sich in Tapferkeit und ohne Trauern
in andre, neue Bindungen zu geben.
Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne,
der uns beschützt und der uns hilft zu leben.

Wir sollen heiter Raum um Raum durchschreiten,
an keinem wie an einer Heimat hängen,
der Weltgeist will nicht fesseln uns und engen,
er will uns Stuf' um Stufe heben, weiten!
Kaum sind wir heimisch einem Lebenskreise
und traulich eingewohnt,
so droht Erschlaffen!
Nur wer bereit zu Aufbruch ist und Reise,
mag lähmender Gewohnheit sich entrafen.

Es wird vielleicht auch noch die Todesstunde
uns neuen Räumen jung entgegen senden:
des Lebens Ruf an uns wird niemals enden.
Wohlan denn, Herz, nimm Abschied und gesunde!

Tiefsinnige Gedanken, die auf Veränderungen im Leben eines jeden Menschen hinweisen.

„Wir sollen heiter Raum um Raum durchschreiten, an keinem wie an einer Heimat hängen.“

Diese Sichtweise vom gewöhnlich alternden Menschen zu erwarten, stellt eine spürbare Überforderung dar.

² Hermann Hesse (1877-1962), deutsch-schweizerischer Dichter und Schriftsteller
Integrationsbereiche beim Heimaufenthalt

1. EINLEITUNG

Unterschiedliche Phasen und Stufen prägen das Leben eines jeden Menschen. Sehr treffend hat dies Berthold Brecht zu Papier gebracht: „Wer sich nicht verändert, bleibt nicht der Gleiche.“³ Immer wieder müssen wir los lassen und den Schritt in eine neue ungewisse Zukunft wagen. Dabei wissen wir nicht was kommt, niemand kennt die kommenden Lebensstufen. Die Frage nach dem wie und was die Zukunft noch alles bringen wird ist stets präsent. Wir kennen unsere eigenen Hemmungen, unsere Scheu vor dem Neuen und vor dem Ungewissen. Diese Ungewissheit versetzt viele Menschen in Sorge und Zurückhaltung.

Zwingt uns das Alter und die Pflegebedürftigkeit unser Daheim zu verlassen, muss dies ein ausserordentlich schwieriger und bedeutsamer Schritt sein. Das Daheim verbinden viele Menschen mit sehr positiven Wertvorstellungen wie Geborgensein, Emotionen, Familie, Wurzeln, Vertrauen und vielem mehr. Die erwähnte heimisch vertraute Geborgenheit ist schwierig in einem Alters- und Pflegeheim (APH) zu erlangen. Dass der Schritt vom Daheim ins Heim (APH) Angst auslöst, ist leicht vorstellbar, aber im Voraus wohl kaum in seiner ganzen Dimension zu erfassen. Gesundheitliche Gründe machen den Entscheid, in ein APH zu ziehen, meist unumgänglich. Dabei bildet die Annäherung, besser die Akzeptanz des Heimeintritts die Grundlage für das Wohlfühlen im APH. Eine solche markante Veränderung muss, so denke ich, für den betagten Menschen eine umfassende Auseinandersetzung mit sich selbst darstellen.

Im Praktikum bei der Pro Senectute Wallis habe ich miterleben können, welche Ängste und Sorgen ein bevorstehender Heimeintritt für die betroffenen Menschen mit sich bringt. Diese Ängste und Sorgen erfassen oft nicht nur die älteren Menschen, sondern auch deren Angehörigen. Der Heimaufenthalt ist noch häufig mit negativen Bildern assoziiert. Dass ein bevorstehender Heimeintritt auch eine Verbesserung der Lebensqualität für die Betroffenen zur Folge haben könnte, ist in der Bevölkerung nur spärlich verbreitet. Zu oft noch wird der Heimeintritt mit „Abschieben“ gleichgesetzt. Hierzu hat Markus Schwery, APH-Leiter des Martinheims in Visp, in einem Zeitungsinterview zum Thema „Sterben im APH“ Stellung bezogen.⁴

*„Und dann öffnet man im Martinsheim die Terrassentüre, wie dazumal das „Seelu-Lusi“, damit die Seele entweichen kann.“ Dem Sterben wird eine auffallende Wichtigkeit attestiert, vielleicht auch auf Grund der Furcht des Menschen vor dem Ungewissen. Solange die Bevölkerung ein APH „nur“ mit dem Ableben in Verbindung bringt, kann so schnell kein Imagewechsel geschehen. Markus Schwery interveniert energisch auf die Behauptung, dass ein APH ein Ort zum Sterben sei. **„Falsch! Die Leute kommen zum Leben.“***

³ Bertolt Brecht (1898–1956), deutscher Schriftsteller

⁴ RZ, Regionalzeitung. Markus Schwery, Leiter des Visper Alters- und Pflegeheims Martinsheim, zum Thema Tod. Gibt es ein Leben vor dem Tod? Brig, 2. November 2006.

1.1. Darstellung der Forschungsthematik

Der Untersuchungsschwerpunkt dieser Forschungsarbeit liegt auf den verschiedenen Integrationsbereichen beim Heimaufenthalt. Ich bin davon ausgegangen, dass verschiedene Stärken und Bereiche der Integration für den Heimaufenthalt aufgezeigt werden können. Demzufolge stellt sich mir nachstehende Forschungsfrage: „*Welche Integrationsbereiche gibt es bei Bewohnerinnen und Bewohnern der sechs im Oberwalliser Talgrund liegenden Alters- und Pflegeheimen?*“

Mittels Umfragen in den sechs im Oberwalliser Talgrund liegenden APHs, habe ich die qualitative und persönliche Beurteilung der Probanden in Bezug auf ihre sozialen Kontakte, die Teilnahme an Aktivitäten und die Zimmereinrichtung erfasst. Ich bin mir bewusst, dass dieses allgemeine Verständnis von Integration und die Beurteilungen der Probanden vollumfänglich von ihrer persönlichen Wahrnehmung abhängen und daher als sehr subjektiv bewertet werden müssen.

Das Praxisziel dieser Forschungsarbeit besteht darin, mehr über die Grundvoraussetzungen für eine förderliche Integration in den Heimalltag zu erfahren. Aus den Resultaten der Untersuchung sollen Empfehlungen für förderliche Grundvoraussetzungen abgeleitet werden können. Dabei geht es um die Wirkung dieser Voraussetzungen, auf die informelle und formelle Integration der Bewohner ins APH hinzuweisen.⁵

Zu den Grundvoraussetzungen gehört auch folgende Tatsache: „*Die Menschen werden immer älter.*“⁶ In dieser Forschungsarbeit werden Gründe für dieses Phänomen beschrieben und weitere wichtige Punkte im Zusammenhang mit dem Alter und dessen Demografie erläutert. Auch in den sechs im Oberwalliser Talgrund liegenden APHs bringt die Alterung Konsequenzen mit sich. Ein APH-Eintritt geschieht heute später als noch vor einigen Jahren. Sehr viele Bewohner dieser APHs leiden unter einer hochgradigen Pflegebedürftigkeit, was eine Befragung nicht ermöglicht hat. Viele Bewohnerinnen und Bewohner sind kognitiv nicht mehr in der Lage auf meine Fragen zu antworten. Dementsprechend wird das Profil meiner Probanden unter anderem durch die Alterung und ihre Folgen beeinträchtigt. Es ist nicht möglich, die vorliegenden Forschungsergebnisse für eine grössere Einheit als repräsentativ zu betrachten; zumal nur 43 Probanden berücksichtigt worden sind.

Um die Forschungsfrage und meine Hypothesen zu beantworten, habe ich die Arbeit in vier Teile gegliedert. Im theoretischen Teil dieser Arbeit gehe ich auf die Aspekte der demografischen Alterung, der Integration und dem Leben im APH ein. Anhand verschiedener Quellen habe ich in diesem Kapitel versucht, einen theoretischen Überblick über die vorher genannten Themen zu ermöglichen. Im methodischen Teil führe ich die Hypothesen auf und beschreibe das Forschungsvorgehen ausführlich. Im dritten Teil werden schliesslich die Resultate der Datenanalyse erläutert. Und im letzten Teil, Synthese, werden diese Resultate mit der Theorie aus dem ersten Teil der Arbeit und meinen Hypothesen verknüpft, um die entsprechenden Schlussfolgerungen zu ziehen.

⁵ Informel: Mikroebene, zwischen Individuen – Bewohnern, Pfleger und anderen. Formel: Meso-Ebene, zwischen Individuen und Institutionen
⁶ HOEPFLINGER François. Hochaltrigkeit, Demographische, gesundheitliche und soziale Entwicklung. INAG, Institut für Alter und Generationen. Sitten. 2003

2. THEORIEN UND KONZEPTE

2.1. Konzept „ALTER“

Es ist schwierig eine sinnvolle Definition von „Alt-sein“ wiederzugeben, da „Altern“ ein sehr individueller Prozess ist und von unterschiedlichen persönlichen Wahrnehmungen und wandelbaren gesellschaftlichen Einflussfaktoren abhängt.

So hat der Begriff „Alter“ zum Beispiel unterschiedliche Bedeutungen: die ermittelte Zeitspanne seit der Entstehung eines Lebewesens, eines Gegenstandes oder einer Sache. Unter dem Begriff „Alter“ verstehen wir aber auch den letzten Lebensabschnitt eines Menschen und er bestimmt unterschiedliche Bereiche wie z.B. das Erwachsenenalter, das Mittelalter (Zeitepoche), ...⁷

2.1.1. Definition nach WHO

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat das menschliche Alter in ein "Mittleres Alter" von 35 bis 60 Jahren, in ein „Reifes Alter“ von 60 bis 75 Jahren, in ein „Fortgeschrittenes Alter, 75 bis 90 Jahren und in ein „Hohes Alter“ von über 90 Jahren festgelegt.⁸

„Dabei gilt es zu bedenken, dass das Alter als Lebensphase sich in verschiedenen Ländern unter verschiedenen Lebensbedingungen durchaus unterschiedlich darstellt. Während sich das Alter 60 in den entwickelten Ländern mit grösseren Fortschritten in der sozialen und medizinischen Versorgung als relativ jung darstellt, muss berücksichtigt werden, dass die Lebenserwartung im globalen Vergleich stark variiert. Die alleinige Orientierung an Altersgrenzen kann dazu führen, dass Diskriminierung entsteht. ...“⁹

2.1.2. Wann ist ein Mensch alt?

Früher ist die Wissenschaft von drei Lebensphasen ausgegangen: Kind / Jugendlicher (1.Lebensphase), Erwachsener und alter Mensch. Das ist heute anders. Es gibt keinen allgemein gültigen Zeitpunkt, ab dem ein Mensch "alt" ist. Je nach Zusammenhang und Bereich gelten unterschiedliche Kriterien, um das "Alter" eines Individuums zu bestimmen. Angesichts der Vielfältigkeit und Heterogenität individuellen Alterns ist eine rein chronologische Abgrenzung

⁷ Äter werden in Visp. HÄFLIGER IDA. Eine Bestandsaufnahme und Grundlage für ein Leitbild zur zukünftigen Alterspolitik. Diplomarbeit für den Erwerb des Fachhochschuldiploms in Soziokultureller Animation. HEV Hochschule Wallis, Bereich Gesundheit und Soziale Arbeit. Sitten. August 2006

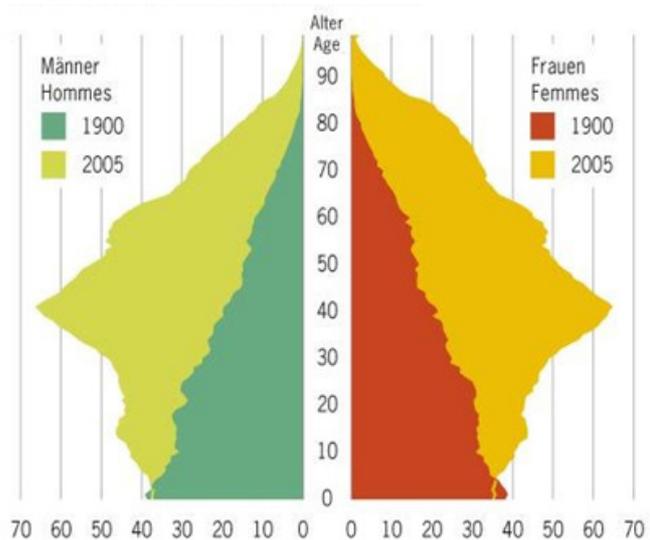
⁸ WHO, Weltgesundheitsorganisation. [En ligne] URL Adresse : http://www.euro.who.int/document/iHEA/Gesundes_Altern_G.pdf (Oktober 2007)

⁹ Ibid

fragwürdig. Es gibt viele verschiedene Formen des Alters.¹⁰ So gibt es beispielsweise das „Kalendarische Alter“. Das Alter in Lebensjahren hat vor allem juristische Konsequenzen wie Schulpflicht, Volljährigkeit, Rentenanspruch oder das „Biologische Alter“, welches auf der Grundlage von körperlichen Merkmalen und Veränderungen bestimmt wird, und welches vom kalendarischen Alter erheblich abweichen kann. Weiter gibt es das „Psychologische Alter“, welches vom eigenen Selbstbild abhängt: „man ist so alt wie man sich fühlt.“ „Soziologisches Alter“ als gesellschaftlicher Status, d.h. Verhaltensweisen, Rechte und Pflichten, die für ein bestimmtes kalendarisches Alter von der Gesellschaft als angemessen betrachtet werden. Und es bestehen noch andere Altersformen.

2.1.3. Demografische Erklärungen zum Alter

„Männer und Frauen werden immer älter – und bleiben länger jung. Das ist kein Widerspruch. In der Schweiz hat nicht allein die Lebenserwartung von Männern und Frauen zugenommen, sondern auch die Gesundheit alter Menschen. Bis zu 79 Jahren fühlen sich um die siebzig Prozent in guter bis sehr guter Gesundheit.“¹² Bei guter Lebensführung können ältere Menschen heute noch sehr lange von einer gesunden Zeit in Rente profitieren. Das hohe Alter mit Beschwerden oder gar Pflegebedürftigkeit beginnt häufig erst nach dem 80. Lebensjahr. Dies gilt speziell für Erkrankungen, welche stark altersabhängig sind wie etwa hirnorganische Störungen. Dennoch wird in den nächsten Jahrzehnten die Zahl der älteren und hochbetagten Menschen in der Schweiz stark ansteigen. „Der Höhepunkt dieser demografischen Alterung wird erreicht, wenn die geburtenstarken Jahrgänge, die „Baby-Boomer“ (Jahrgänge 1956 – 1966), ein hohes Alter erreichen.“¹³



Grafik 1 Bevölkerungspyramide der Schweiz, in 1000 (1900 / 2005)¹¹

10 HOCHALTRIGKEIT, Demographische, gesundheitliche und soziale Entwicklung. HOEPFLINGER François. Titularprofessor für Soziologie an der Universität Zürich, Forschungsdirektor des Universitären Instituts «Alter und Generationen» (INAG) in Sion. Sitten. 2003

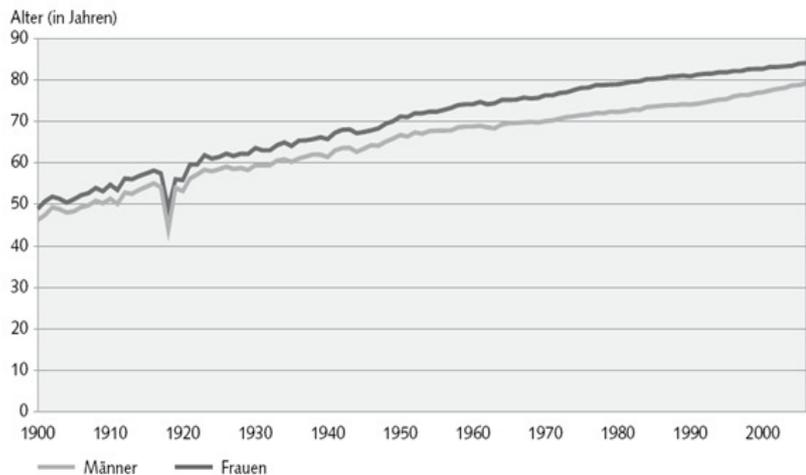
11 BFS. Bundesamt für Statistik. Panorama. [En ligne] URL Adresse <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/01/pan.html> Februar 2008

12 Schweizer Familie. Serie: Die neuen Alten. FRANZETTI Dante Andrea. Das hohe Alter beginnt oft erst mit 80. Interview mit François Höpflinger. Schweizer Familie Nr. 29. Zürich. 19. Juli 2007

13 OBSAN. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. François HOEPFLINGER, Valérie HUGENTOBLE. Pflegebedürftigkeit in der Schweiz - Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Zusammenfassung. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Verlag Hans Huber. Bern 2003. Seite 1

2.1.4. Historische Entwicklung der Langlebigkeit

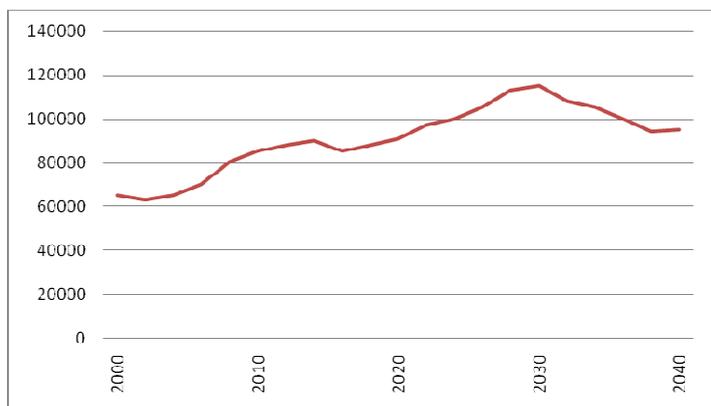
Mit oder ohne Leiden: Menschen werden immer älter. Die Lebenserwartung in der Schweiz ist eine der höchsten weltweit. Sie betrug im Jahr 2002 für Frauen 83 Jahre und für Männer 77 Jahre. Das war nicht immer so. Im Jahr 1907 waren Frauen und Männer bei ihrem 50. Geburtstag schon sehr alt. Dass an der Spanischen Grippe von 1918 bis 1920 in der Schweiz fast 10'000 Menschen starben, war auf medizinische Unwissenheit zurückzuführen. Seither haben im medizinischen Bereich unzählige Erfindungen wie Impfstoffe, Antibiotika, Herzschrittmacher, Organtransplantationen, Insulin und vieles mehr zur Steigerung der Lebenserwartung beigetragen.



Grafik 2 Lebenserwartung bei Geburt nach Geschlecht in der Schweiz (1900 - 2006)¹⁴

Gemäss Szenarien des Bundesamtes für Statistik dürfte sich die mittlere Lebenserwartung von Männern bis im Jahre 2060 auf 82 - 85 Jahre erhöhen. Bei den Frauen erscheint bis 2060 eine Erhöhung von heute 83 Jahren auf 87 - 90 Jahren denkbar.¹⁵

In der Schweiz wird sich die Zahl der Personen im Pensionsalter zwischen 2000 und 2030 beinahe verdoppeln. Die Grafik 3 zeigt, wie viele in der Schweiz wohnhafte Personen zwischen 2000 und 2040 ihren 65. Geburtstag feiern und damit das ordentliche Pensionsalter (für Männer) erreichen. Im Jahr 2007 waren es 79500 Personen – so viele wie noch nie. Gemäss den statistischen Prognosen steigt diese Zahl in den nächsten Jahren weiter an und wird



Grafik 3 Erreichung des ordentlichen Pensionsalters zwischen den Jahren 2000 und 2040 in der Schweiz¹⁶

sich zwischen 2011 und 2018 auf rund 88'000 Neuseniorinnen stabilisieren. Dann sorgt die Babyboom-Generation (Jahrgänge 1956 bis 1966) für ein starkes Wachstum. Der Höhepunkt

¹⁴ BFS. Bundesamt für Statistik. Sektion Demografie und Migration. SCHMID BOTKINE Céline, RAUSA-DE LUCA Fabienne. Demografische Alterung und soziale Sicherheit. BFS. Neuchâtel, 2008

¹⁵ OBSAN. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. François HOEPFLINGER, Valérie HUGENTOBLER. Pflegebedürftigkeit in der Schweiz - Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Zusammenfassung. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Verlag Hans Huber, Bern 2003. Seite 1

¹⁶ BFS. Bundesamt für Statistik. Sektion Demografie und Migration. KOHLI Raymond, BLÄUER HERRMANN Anouk, BABEL Jacques. Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2005 – 2050. Erreichung des ordentlichen Pensionsalters zwischen den Jahren 2000 und 2040. BFS. Neuchâtel, 2006

wird aber erst im Jahr 2029 erreicht, wenn laut Prognose 113'400 Personen 65-jährig werden und ab 2040, wieder laut Prognose, sollte sich die Zahl bei rund 95'000 Personen einpendeln.

In den letzten paar tausend Jahren hat sich die Langlebigkeit jedoch kaum bedeutsam verändert. Erst in den letzten 100 Jahren hat sie sich beinahe verdoppelt. „Heute liegen Schätzungen eher bei 93 - 94 Jahren und künftig sind genetisch bedingte Veränderungen der Lebensspanne nicht auszuschliessen“.¹⁷ In der Tabelle im Anhang sind die durchschnittlichen biologischen Lebensspannen dargestellt.¹⁸ Diese Lebensspannen sind jedoch nicht mit der durchschnittlichen Lebenserwartung zu vergleichen. Es ist ersichtlich, dass sich die „maximale“ biologische Lebensspanne evolutionsbedingt mit der Entwicklung des modernen Menschen erhöht.“ Die Studie gibt die biologischen Grenzen des Alt-Werdens mit ca. 93 - 95 Jahren an.

2.2. Informationen zur Walliser Gesundheitspolitik: Betreuung betagter Personen

Seit dem Jahr 2007 wird in jeder Region im Wallis der Bau von Wohnungen mit sozialmedizinischer Betreuung – DOMINO genannt – gefördert. Der Kanton Wallis setzt mehrheitlich auf die Förderung durch Betreuung zu Hause, damit die betagten Menschen in ihrem Quartier oder Dorf integriert bleiben können. Er subventioniert Spitexleistungen, Tagesheime, Kurzaufenthaltsbetten in APHs und weitere Pflegestrukturen, welche die Betreuung zu Hause ermöglichen. Diese Spitexleistungen erlauben es dem Wallis, sich in Bezug auf die Anzahl Heimbetten weit unterhalb des schweizerischen Durchschnitts zu positionieren. Im Wallis stehen pro 1000 Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren 53 APH-Betten zur Verfügung, verglichen mit dem schweizerischen Schnitt von 70 Betten.¹⁹

Ende 2007 gab es im Kanton Wallis 43 APHs, die als gemeinnützig anerkannt waren und kantonale Subventionen erhielten. Im Hinblick auf die demografische Entwicklung neigt der Staatsrat zur Schaffung von weiteren 390 Pflegebetten und einem Gesamtangebot von 2892 Plätzen bis zum Jahr 2013.²⁰ Zu dieser Bettenaufstockung gehören auch APHs im Oberwallis. Die Erweiterungs- und Anbauarbeiten der APHs Saas-Grund, Zermatt und Brig wurden 2008 abgeschlossen, während sich jene von St. Niklaus in der Abschlussphase und andere in der Planungsphase befinden.

17 Anthropology and Aging. CREWS Douglas E. Anthropological Issues in Biological Gerontology. Seite 11. Dordrecht: Kluwer Academic Publ. 1990

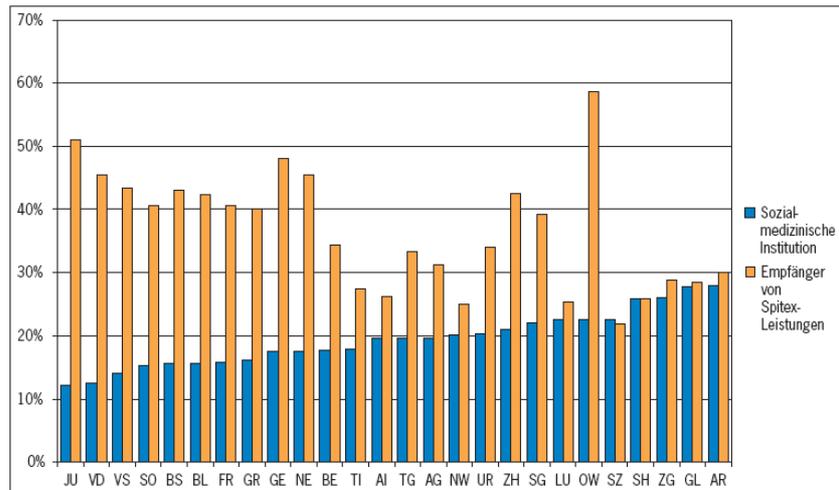
18

18 Die Tabelle « Durchschnittliche biologische Lebensspanne » ist im Anhang auf Seite 72 „Anhänge zum Theorieteil“ beigelegt.

19 Kanton Wallis. Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Eenergie. Medienmitteilung des Informationschefs des Staates Wallis: Betreuung betagter Personen. Walliser Gesundheitspolitik auf guten Wegen. Sitten. 6. Mai 2008

20 Kanton Wallis. Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Eenergie. Alters- und Pflegeheime für betagte Personen. Statistiken 1999-2007. Sitten. Oktober 2008

Vergleicht man die APH-Betten und die Spitex als Alternative zum APH-Eintritt oder zumindest als Verzögerung des APH-Eintritts mit einer gesamtschweizerischen Studie, ergeben sich folgende interessante Ergebnisse: In den Kantonen mit dem höchsten Anteil an Heimbewohnern ist das Heimeintrittsalter niedriger. Diese Kantone sind generell in der Zentral- und Ostschweiz (Appenzell Ausserrhoden, Glarus, Zug, Schwyz, Schaffhausen, Obwalden, Luzern, St. Gallen) zu finden. In den Kantonen der Westschweiz (Waadt, Wallis, Freiburg, Genf), im Norden der Schweiz (Jura, Solothurn, Basel-Stadt, Basel-Land) und in Graubünden ist der Heimbewohneranteil geringer, da die Hilfe und Pflege von älteren Personen zu Hause gefördert wird.²¹



Grafik 4 Prozentualer Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen und Empfängerinnen und Empfänger von Spitex-Leistungen* im Alter von 80 Jahren und mehr, nach Kantonen²²

Die BESA-Kategorien (Bewohnerinnen-Einstufungs- und Abrechnungssystem) ermöglichen eine Klassierung der Heimbewohner nach ihrem Pflegebedarf. Es gibt fünf Hauptkategorien.²³ Im Anhang zeigt die Tabelle „Oberwalliser APHs nach Bewohnern in den BESA-Stufen“²⁴ die genaue Anzahl Personen pro BESA-Stufen in den Oberwalliser APHs (Stand Dezember 2007).²⁵ Im APH in Naters wohnen 20 Personen mit BESA-Stufe 0. Dies ist aber im ganzen Kanton die grosse Ausnahme. Kantonal gibt es nur 1% APH-Bewohner mit dieser BESA-Stufe. Ca. ein Zehntel der APH-Bewohner wird in die BESA 1 eingeteilt und mit zunehmender BESA-Stufe nimmt auch die Anzahl Bewohner zu. (BESA 1: 11%, BESA 2: 23%, BESA 3: 26.5%, BESA 4: 38.5%)

²¹ Alter und Generation. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Volkszählung 2000. Bundesamt für Statistik. Neuchâtel. 2005. Seite 127

²² BFS. Bundesamt für Statistik. Eidgenössische Volkszählung 2000. WANNER Philippe, SAUVAIN-DUGERDIL Claudine. Alter und Generation – Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Statistik der Hilfe- und Pflegedienste zu Hause, 2002. BFS, Neuchâtel, Januar 2005

* Personen, die Leistungen von mehreren Diensten beziehen, wurden mehrmals gezählt.

²³ Kanton Wallis. Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Eenergie. Alters- und Pflegeheime für betagte Personen. Statistiken 1999-2007. Sitten. Oktober 2008

BESA 0: benötigt keine Pflege- und Behandlungsleistungen.

BESA 1: benötigt gelegentlich kleinere Pflege- und Behandlungsleistungen. Zeitaufwand pro 24 Stunden: ca. 10 - 40 Minuten.

BESA 2: benötigt regelmässig Pflege- und Behandlungsleistungen. Zeitaufwand pro 24 Stunden: ca. 60 - 90 Minuten.

BESA 3: benötigt ständige Pflege- und Behandlungsleistungen. Zeitaufwand pro 24 Stunden: ca. 110 - 160 Minuten.

BESA 4 (physisch): benötigt umfassende Pflege- und Behandlungsleistungen. Zeitaufwand pro 24 Stunden: mehr als 180 Minuten.

BESA 4 (psychogeriatrisch): analog zu BESA 4 (physisch) mit psychogeriatrischen Leistungen.

²⁴ Die Tabelle „Oberwalliser APHs nach Bewohnern in den BESA-Stufen“ ist im Anhang auf Seite 72 „Anhänge zum TheorieTeil“ beigelegt.

²⁵ VVAP Vereinigung Walliser Alters- und Pflegeheime. [En ligne] URL Adresse : http://www.avalems.ch/avalems/avalems.nsf/FO_OfferDE September 2008

2.3. Konzept „LEBEN IM APH“

2.3.1. Gründe für einen Heimeintritt

Frauen und Männer leben heute nicht nur länger, sondern bleiben auch länger behinderungsfrei als frühere Generationen. Im Alter und insbesondere im hohen Lebensalter ist Pflegebedürftigkeit allerdings oft nicht auf eine einzige Ursache zurückzuführen, sondern ergibt sich aus dem Zusammenwirken verschiedener alters- und krankheitsbedingter Faktoren: Multimorbidität.²⁶ Im Oberwallis kann der APH-Eintritt in den allermeisten Fällen immer auf die Pflegebedürftigkeit zurückgeführt werden. Das heisst, den betagten Personen ist es nicht mehr möglich, mit ihren Gebrechen zu Hause zu wohnen oder die Angehörigen sowie die Spitex können das nötige Mass an Betreuung nicht mehr garantieren.^{27 28} In der Tat leiden länger je mehr betagte Personen gleichzeitig an chronischen Krankheiten, an Behinderungen und an degenerativen Krankheiten. Zudem sind rund zwei Drittel der 80-Jährigen und älteren von verschiedenen Formen von Demenz betroffen.²⁹

Ledige Personen, geschiedene Personen und Witwer verbringen sehr oft ihren Lebensabend in einem APH. Nur 11% der APH-Bewohner einer im Jahr 2003 durchgeführten Umfrage waren verheiratet. Der Mangel an Familienunterstützung sowie Isolierung können wichtige Gründe für einen Umzug in ein APH darstellen.³⁰

Ein anderer Faktor kann das Einkommen darstellen. Je reicher die Menschen sind, desto länger können sie in ihrer vertrauten Wohnung oder ihrem Haus bleiben. Menschen mit kleinerem Vermögen können sich oft die notwendige Pflege zu Hause weniger lange sichern.³¹ Neben dem Einkommen kommt eine weitere regional bezogene Tatsache hinzu: Viele Oberwalliser Personen im AHV-Alter besitzen Wohneigentum, was den Trend verstärkt, bei Pflegebedürftigkeit möglichst lange zu Hause zu bleiben.^{32 33}

Ebenso beeinflusst die Schul- und Berufsausbildung den Übertritt in ein APH. Personen, die höchstens über eine elementare Schulbildung verfügen, sind in Kollektivhaushalten proportional stärker vertreten als gleichaltrige Absolventen der Sekundarstufe II oder der Tertiärstufe.³⁴ Von Männern mit einer akademischen Ausbildung im Alter von 80 Jahren oder älter leben weniger als 10% in einem Heim. Von den Männern im gleichen Alter und ohne berufliche Ausbildung leben über 20% in einem Heim. Ähnlich, jedoch weniger markant, sieht dies auch bei den Frauen aus. Somit leistet ein niedriger Bildungsstand dem Heimeintritt Vorschub.

26 OBSAN. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. François HOEPFLINGER, Valérie HUGENTOBLER. Pflegebedürftigkeit in der Schweiz - Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Zusammenfassung. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Verlag Hans Huber. Bern 2003. Seite 4

27 Expertengespräch mit Herrn Locher Leander. Herr Locher ist dipl. Sozialarbeiter HFS und arbeitet bei Pro Senectute Wallis. Herr Locher ist für die Sozialberatung von Personen im AHV-Alter in den Bezirken Leuk, Westlich Raron und Visp verantwortlich.

28 Expertengespräch mit Frau Dr. Anchisi Annick. Frau Anchisi ist in der Forschung und als Professorin an der Hes-so mit Schwerpunkt Altersforschung tätig.

29 Kanton Wallis. Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie. Alters- und Pflegeheime für betagte Personen. Statistiken 1999-2007. Sitten. Oktober 2008

30 Übersetzt und zusammengefasst aus dem Französischen: Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. HOEPFLINGER François, HUGENTOBLER Valérie. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Editions Medecine & Hygiene. Seiten 97 - 101

31 Übersetzt und zusammengefasst aus dem Französischen: Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. HOEPFLINGER François, HUGENTOBLER Valérie. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Editions Medecine & Hygiene. Seiten 97 - 101

32 Expertengespräch mit Herrn Locher Leander. Herr Locher ist dipl. Sozialarbeiter HFS und arbeitet bei Pro Senectute Wallis. Herr Locher ist für die Sozialberatung von Personen im AHV-Alter in den Bezirken Leuk, Westlich Raron und Visp verantwortlich.

33 OBSAN. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. François HOEPFLINGER INAG, Institut Universitaire Âge et Générations. Prognose von Krankheiten und Pflegebedarf älterer Menschen. Projektskizze. Sion Januar 2002. Seite 4

34 Alter und Generation. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Volkszählung 2000. Bundesamt für Statistik. Neuchâtel. 2005. Seite 127

Auch künftig wird ein Umzug in ein APH nicht nur von der Evolution und dem Gesundheitszustand der betagten Person abhängig sein, sondern wird weiterhin von verschiedenen sozialen Faktoren beeinflusst: Solidarität der familiären Umgebung, flexible Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten, Wohnmarktsituation, Einkommen, usw.

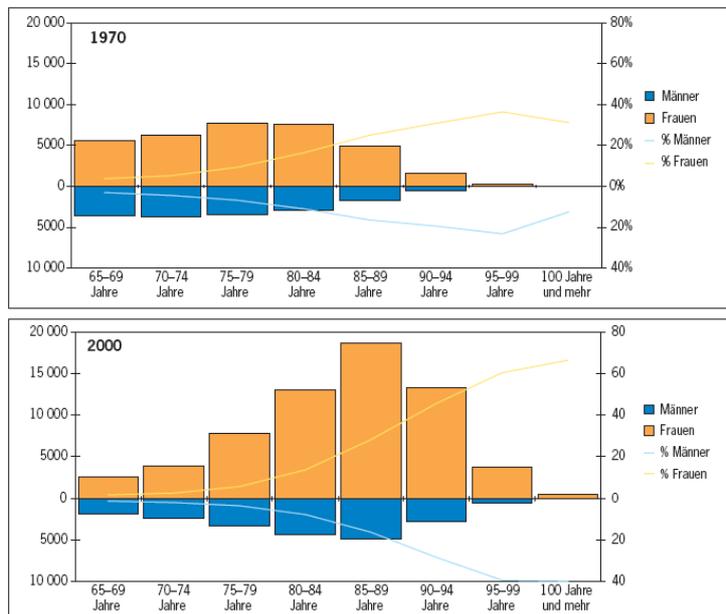
2.3.2. Mann und Frau im Heim

In allen Alterskategorien leben mehr Frauen als Männer in APHs. Die Feminisierung in den APHs ist noch stärker ausgeprägt als bei den über 65-Jährigen, die noch zu Hause wohnen.

Die unterschiedlichen Lebensformen zwischen den Geschlechtern im fortgeschrittenen Alter zeigen verschiedene Realitäten auf. Männer leben öfters in Partnerschaften als Frauen und infolgedessen profitieren Männer länger als Frauen von Hilfe und Betreuung ihrer Partnerin zu Hause.³⁵

Frauen hingegen leiden öfters an chronischen Schmerzen und an funktionellen Einschränkungen. Dies auch auf Grund der längeren Lebenserwartung als bei Männern. Frauen verbringen somit mehr Zeit als Männer in einem APH.³⁶ Während Männer im Jahr 2000 durchschnittlich ein Jahr in einem APH gelebt haben, ist es bei den Frauen innerhalb der letzten 30 Jahre zu einer Verdreifachung der Aufenthaltsdauer, welche im Jahr 2000 im Schnitt drei Jahre betrug.³⁷

Interessant ist auch der Vergleich der hier aufgeführten Grafiken, welche die prozentualen Anteile der in einem Schweizer APH lebenden Personen in den Jahren 1970 und 2000 aufzeigt. Zwischen 1970 und 2000 hatte sich das Alter der Mehrheit der APH-Bewohner fast um 10 Jahre verschoben. Ähnliches lässt sich bei der Anzahl APH-Bewohner beobachten. Die maximale Anzahl Bewohner hat sich von 1970 bis 2000 etwa verdreifacht. Diese vertikalen und horizontalen Verschiebungen symbolisieren die demografische Entwicklung der Schweizer Bevölkerung.³⁹ Sie kann aber auch auf



Grafik 5 Prozentualer Anteil der Personen, die in Kollektivhaushalten leben, nach Alter und Geschlecht, 1970 und 2000³⁸

³⁵ Übersetzt und zusammengefasst aus dem Französischen: Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. HOEPFLINGER François, HUGENTOBLE Valérie. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Editions Médecine & Hygiène. Seiten 89 - 99

³⁶ Ibid

³⁷ Alter und Generation. Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Volkszählung 2000. Bundesamt für Statistik. Neuchâtel. 2005. Seite 117

³⁸ Ibid

³⁹ BFS. Bundesamt für Statistik. Eidgenössische Volkszählung 2000. WANNER Philippe, SAUVAIN-DUGERDIL Claudine. Alter und Generation – Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Prozentualer Anteil der Personen, die in Kollektivhaushalten leben, nach Alter und Geschlecht, 1970 und 2000. BFS, Neuchâtel, Januar 2005

die Ausweitung der domizil-pflegenden Angebote wie z.B. Spitex zurückzuführen sein.

2.3.3. Fördernde Faktoren für die APH-Integration

Aus der Theorie ist bekannt, dass 99% der Eintritte auf gesundheitliche Probleme zurückzuführen sind. Das entscheidende Element beim Gesundheitszustand vor dem Eintritt ist zu wissen, ob die Person schon länger gesundheitlich angeschlagen war oder ob es ihr bis kurz vor dem Eintritt relativ gut ging. Im Zusammenhang mit einem guten oder schlechten Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung lassen sich Folgerungen für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an Aktivitäten des APHs vermuten.

Ebenfalls spielt die persönliche Auseinandersetzung der Befragten mit der Thematik APH vor dem effektiven Eintritt eine wichtige Rolle. Hat sich die Person schon früher mit einem eventuellen APH-Eintritt auseinandergesetzt? Hat sie sich vielleicht schon im APH angemeldet? Diese Auseinandersetzung erwirkt vielleicht eine Annäherung oder eine Ablehnung der Thematik APH im Allgemeinen.

Isabelle Mallon (2007)⁴⁰ hat die Vermutung aufgestellt, dass auch die Rolle der Kontaktperson einen bedeutenden Einfluss hat. Damit meint sie alle möglichen Personen, welche mit den Probanden den Heimeintritt vorbereiten und sie dabei begleiten. Diese Personen können der Hausarzt, ein Sozialarbeiter oder wie es bei den meisten der Fall ist, Familienangehörige oder die eigenen Kinder sein. Die Kontaktperson ist eine Vertrauensperson für die künftigen Heimbewohner. Dabei kann die Rolle dieser Bezugsperson über den APH-Eintritt bestehen bleiben. Es kann vermutet werden, dass wenn es der Vertrauensperson gelingt den bevorstehenden Heimeintritt zu begründen und der betroffenen Person die Vorteile eines Eintrittes zu vermitteln oder gar deren Einsicht zu fördern, dies positive Auswirkungen auf die Integration ins APH mit sich bringen könnte. Die Bezugsperson kann nach dem Eintritt als Bindeglied zwischen der Institution und dem Bewohner auftreten. Dieser Einfluss ist bis anhin noch nie wissenschaftlich untersucht, aber die Hypothese liegt nahe, dass der APH-Eintritt auf Empfehlung von Professionellen (Ärzten, Pflegenden, Sozialarbeitenden, ...) eine andere Bedeutung erhält als auf Anraten der eigenen Familie.

Ferner kann es von Bedeutung sein einige Grundvoraussetzungen über das Leben der Probanden vor dessen APH-Eintritt zu kennen: Beispielsweise, ob der Proband Familienangehörige, einen Partner, Kinder, Geschwister oder andere Vertrauenspersonen hat. Oder wie der Proband die letzten Jahre vor dem Eintritt lebt hat (Eigentumswohnung, Mietwohnung, bei Kindern,...). Auch die geographische Lage des APH könnte aufschlussreich sein. Liegt das APH in der Wohngemeinde des Probanden oder liegt das APH in einer ganz anderen Region? Obwohl viele Grundvoraussetzungen existieren, wurden im Zusammenhang mit dieser Forschungsarbeit nur einige genannt.

⁴⁰ MALLON Isabelle. Vieillir en institution. Des vieux en maison de retraite : savoir reconstruire un « chez-soi » Empan Nr. 52. Université Lumière Lyon II. 2007. S. 126

2.4. Konzept „Integration“

Integration ist ein wesentlicher Bestandteil in wirtschaftlichen, politischen, hierarchischen und vielen anderen Gebieten. Der Begriff kann auf verschiedene Arten interpretiert werden. Für das deutsche universale Wörterbuch DUDEN gilt folgende Definition:

Der Begriff Integration ist vom lateinischen „integratio“ abgeleitet und bedeutet in der Soziologie: Herstellung einer Einheit, Einbeziehung und Eingliederung in ein grösseres Ganzes.⁴¹

2.4.1. Der Begriff „soziale Integration“

Gemäss Eisner (2000) ist die soziale Integration zu einem zentralen Problem der schweizerischen Gesellschaft geworden. In den Medien wird am meisten über die Integration von Ausländern diskutiert, an zweiter Stelle steht die „Situation von Arbeitslosen und ihre Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt.“⁴² Von anderen Eingliederungen wie z.B. von Personen in soziale Netzwerke ist in der Allgemeinheit nur selten die Rede. Die Integration und Partizipation älterer Menschen konzentriert sich primär auf die kleinen familialen und sozialen Netzwerke. Indessen ist in den grösseren gesellschaftlichen Strukturen (Parteien, Parlamente, Medien) die ältere Generation eher ausgegrenzt und untervertreten.⁴³

Friedrichs und Jagodzinski (1999) bezeichnen den Begriff der sozialen Integration wie die meisten geisteswissenschaftlichen Grundbegriffe als vage und unbestimmt. Der Begriff hat fast immer einen Bezug zu einem System oder Kollektiv. Die beiden Autoren unterscheiden zwei Hauptverwendungen des Begriffs soziale Integration: Zum einen sprechen sie davon, dass ein Element, ein Subsystem oder ein Teil in ein System, ein Kollektiv oder ein grösseres Ganzes integriert ist. Es wird eine Relation zwischen dem Teil und dem Ganzen behauptet. Zum andern schreibt man einem System selbst eine mehr oder minder hohe Integration zu.⁴⁴

Für Gill und Bernhard (1999) ist die soziale Integration eine Kernaufgabe jeder Gesellschaft. Sie kann nie abschliessend definiert werden, denn sie besteht in einem permanenten Aushandlungsprozess zwischen dem Einzelnen und der Gemeinschaften und zwischen Minderheit und Mehrheit. Sie ist ein Wechselspiel zwischen mindestens zwei Partnern, dem Individuum mit seinen Wünschen einerseits und der Gesellschaft mit ihren kollektiven Erwartungen an das einzelne Mitglied andererseits. Sie wirkt präventiv und als Verhinderung von Ausgrenzung von Menschen und Gruppen.⁴⁵ Diese Definition von Gill und Bernhard (1999) ist die einzige Definition von Integration, welche durch dessen Gegenteil begründet wird.

Eisner (2000) versteht die soziale Integration als Prozess der Einbindung von Personen und Personengruppen in ein übergeordnetes soziales Gefüge. Die soziale Integration äussert sich in Form der Teilhabe oder Teilnahme an den zentralen Handlungsfeldern einer Gesellschaft. Dabei kann es z.B. um die Einbindung in das gemeinschaftliche Netzwerk eines Wohnquartiers, die

41 DUDEN. Deutsches Universal Wörterbuch A – Z. 2., völlig neu bearbeitete und stark erweiterte Auflage. Dudenredaktion Dudenverlag, Zürich. 1989

42 EISNER, M.: Sozialer Wandel und neue Integrationsprobleme seit den Siebzigerjahren. In: Suter, C. (Herausgeber): Sozialbericht 2000. Zürich, Seismo, 2000 S. 164

43 HÖPFLINGER François. Soziale Beziehungen im Alter - Entwicklungen und Problemfelder.

44 FRIEDRICHS, J und JAGODZINKI, W.: Theorien sozialer Integration. In: Friedrichs, J & Jagodzinski, W. (Herausgeber): Soziale Integration. Opladen und Wiesbaden, Westdeutscher Verlag, 1999. S. 11

45 GILL, S. & BERNHARD, A.: Soziale Integration im städtischen Umfeld. Zürich, Sozialdepartement der Stadt Zürich, 1999

Beteiligung an politischen Entscheidungen oder um die Erwerbstätigkeit im Rahmen geregelter Arbeitsverhältnisse gehen. Der Gegenpol der Integration besteht aus der Desintegration und der Marginalisierung: Personen oder Gruppen werden aus dem Gesellschaftsverband ausgegrenzt und sozial randständig, was zu fehlenden Kontakten und prekären wirtschaftlichen Verhältnissen führen kann.

Merz und Walser (1996) sehen die soziale Integration als Teilnahme und Teilhabe einer Person am sozialen Austausch im privaten, beruflichen und öffentlichen Leben. „Soziale Integration ist Zustand oder Prozess des Eingebunden-sein in informell und formell organisierten Tätigkeiten, Aktivitäten, Auseinandersetzungen und Gesprächen zwischen Menschen.“⁴⁶

Mit dieser Arbeit will ich versuchen, die Integration von einigen anderen Seiten her zu beleuchten, grundsätzliche Überlegungen anzustellen und dabei eigene Gedankengänge den Aussagen von wissenschaftlichen Personen gegenüberzustellen. Die Offenheit dieser Gedanken soll der Vielfalt der Integration gerecht werden und mit einigen Denkanstössen die Verschiedenartigkeit der Integration betonen und somit ein Schwarz-Weiss-Denken verhindern.

„Soziale Systeme bilden sich durch die Einbindung von Akteuren und Sinn.“⁴⁷ Integration heisst dann einerseits die Herausbildung einer sozialen Ordnungsstruktur, also „Integration des Systems“. Dies kann auf allen Ebenen vorkommen, z.B. die Entstehung von Freundschaften in einer Gruppe. Diese Ordnungsstruktur entsteht und reproduziert sich durch die Einbindung von Akteuren / Individuen in bestimmten Positionen und in bestimmten Interaktionsmustern. Das heisst, die Mitglieder dieser Gruppe besitzen unter anderem alle ihre spezifischen Rollen. Integration heisst daher andererseits „Integration in das System“.

„Unter Integration wird mehr verstanden als Anpassung eines Individuums an die bestehende Ordnung. Stattdessen ist Integration ein hoch komplexes Geschehen, das sich in zirkulären Prozessen zwischen sozialen Systemen und Akteuren auf der Basis von Selbstorganisation auf unterschiedlichen, aber eng zusammenhängenden Ebenen vollzieht, zu denen auch die psychische Ebene gehört.“⁴⁸ Wie in meinem Praxisziel erwähnt, möchte ich durch diese Arbeit vorteilhafte Grundkenntnisse verdeutlichen, um die Begünstigung der Integration von APH-Bewohnern (Akteure) in den von mir ausgewählten Integrationsbereichen in den Heimaltag (soziales System) zu fördern.

In Bezug auf das Alter sollte folgender Satz von Peter Sommerfeld (2006) nicht als Provokation aufgefasst werden: „Jede individuelle Lebenslage ist insofern der realisierte Grad an Integration in die Gesellschaft.“⁴⁹ Ich interpretiere diesen Satz wie folgt: Durch die erwähnten Kommunikationseinschränkungen betagter Menschen lässt sich oft ein Bild nachlässiger Integration erahnen. Meiner Meinung nach trifft dies jedoch auf übergeordneter, systemischer Ebene nicht zu. Durch die Lebensjahre und Lebenserfahrung älterer und betagter Menschen könnte doch der Aufenthalt in einem APH ein Symbol höchster Integration bedeuten. Jede Form

46 MERZ, A. & WALSER, F.: Soliwork – Beschäftigungsprogramm für ausgesteuerte Langzeitarbeitslose. Zürich, Sozialdepartement der Stadt Zürich, 1996. S. 48

47 INTEGRATION UND AUSSCHLUSS. Nationales Forschungsprogramm NFP 51 (2007). SOMMERFELD Peter. Die Dynamiken von Integration und Ausschluss – Studie zum Zusammenspiel von individuellen Aktivitäten und strukturellen Bedingungen (2006). [En ligne] URL Adresse: <http://www.nfp51.ch> 19. April 2008

48 Ibid

49 Ibid

von Altersvorsorge sowie Pflegedienstleistungen gegenüber kranken und behinderten Menschen zeugen von Integration auf der politischen Ebene (Makroebene). Wie die Integration auf der Mikroebene bei jedem Einzelnen im Konkreten aussieht, bleibt jedoch offen. Diese Aussagen sollen nicht darauf schliessen lassen, dass die Integration in ein APH nur Sache der Bewohner ist. Integration als zweiseitiges Konstrukt hebt klar den Bemühungsanspruch von APHs hervor, den Integrationsprozess ihrer Bewohner zu unterstützen und zu fördern, sei es nach innen (APH) oder auch ausserhalb des APHs.

Geht man vom „realisierten Grad an Integration in der Gesellschaft“ aus, ist der Ausschluss aus der umfassenden Makroebene der Gesellschaft kaum möglich. Hingegen findet Ausschluss aus einzelnen Teilsystemen (auch nicht definierte Teilsysteme) statt. Diese sind jedoch prinzipiell zeitlich befristet und beinhalten Integrationsoptionen bzw. lösen eine „stellvertretende Integration“ in den Hilfesystemen aus.⁵⁰ Die Erfolgseffizienz dieser „stellvertretenden Integration“ (z.B. Sozialamt, Regionale Arbeitsvermittlung, Justiz, Heime für Rehabilitationen oder eben auch APHs für ältere pflegebedürftige Menschen, ...) ist nicht garantiert.

„Absolute Integration existiert nicht.“, so Sommerfeld. (2006)⁵¹

2.4.2. Soziale Kontakte und Integration

„Der Übertritt ins APH ist ein kritisches Ereignis im Alter. Der Heimbewohner muss sich von vielen Gewohnheiten verabschieden und sich an viel Neues gewöhnen. Es braucht eine enorme Anpassungsleistung, welche wiederum viel Zeit benötigt. In den ersten Wochen ist es deshalb wichtig, dass eine intensive Betreuung und Begleitung durch Bezugspfleger gewährleistet ist.“⁵²

Diese Akzentuierung von Bezugspersonen ist ebenfalls in mehreren gerontologischen Studien nachgewiesen. Die Wichtigkeit guter sozialer Kontakte und Beziehungen gerade auch im Alter wird in diesen Studien betont. „Gute Sozialkontakte im Alter sind auch positiv verknüpft mit der Fähigkeit, Eigeninitiative zu entwickeln. Dabei zeigt sich durchgehend, dass weniger die Quantität als die Qualität von Kontakten für die Lebensqualität älterer Menschen entscheidend ist. Namentlich das Vorhandensein einer ‘Vertrauensperson’ erweist sich als zentral.“⁵³

Einsamkeit im Alter ist häufig biographisch verankert, etwa als Resultat sozialer Desintegration in früheren Lebensphasen oder langjähriger depressiver Symptome. Allerdings nimmt soziale Isolation im hohen Alter auch aufgrund von Todesfällen zu. Hundertjährige können sich auch deshalb einsam fühlen, weil kaum mehr Gleichaltrige leben. Zudem können bei betagten Menschen Seh- und Hörbehinderungen zu klaren Einschränkungen der sozialen Kommunikationsfähigkeit beitragen.⁵⁴

Unabhängig von Wohnort und Wohnformen (Eigentumswohnung, Mietwohnung, wohnen bei Angehörigen, wohnen im APH,...) illustrieren die gerontologischen Studien von François

50 INTEGRATION UND AUSSCHLUSS. Nationales Forschungsprogramm NFP 51 (2007). SOMMERFELD Peter. Die Dynamiken von Integration und Ausschluss – Studie zum Zusammenspiel von individuellen Aktivitäten und strukturellen Bedingungen (2006). [En ligne] URL Adresse : <http://www.nfp51.ch> 19. April 2008

51 Ibid

52 Expertengespräch mit Frau Kalbermatter Elisabeth, Psychologin / Psychotherapeutin FSP – Alterspsychiatrie SZO (Spitalzentrum Oberwallis) Brig und Dozierende an der Hes-so.

53 HÖPFLINGER François. Soziale Beziehungen im Alter - Entwicklungen und Problemfelder.

54 Ibid

Höpflinger⁵⁵, dass die überwiegende Mehrheit der älteren Bevölkerung und auch eine Mehrheit der betagten Menschen sozial integriert sind. Trotz veränderter familiärer Strukturen ist der Anteil älterer und betagter Menschen ohne Angehörige heute gering. *„Die meisten älteren Menschen haben Kinder und Enkelkinder sowie zumindest ein überlebendes Geschwister. Dank steigender gemeinsamer Lebenszeit von Generationen hat sich der Anteil älterer Menschen mit Angehörigen aus anderen Generationen (Kinder, Enkelkinder) erhöht. Die überwiegende Mehrzahl der Rentner kann zumindest auf ein überlebendes Kind zählen. In den meisten Fällen können ältere Menschen von heute auf ein diversifiziertes familiales Netzwerk zurückgreifen.“*⁵⁶

Die Definition des Begriffs ‘soziale Integration’, welche ich für diese Forschungsarbeit verwende, lehnt sich an diejenige von Merz und Walser (1996) an: Die soziale Integration ist die Teilhabe und Teilnahme einer Heimbewohnerin, eines Heimbewohners am sozialen Austausch im privaten und institutionellen Bereich. Die Person ist dabei einbezogen in informell und formell organisierte Aktivitäten und pflegt Kontakte mit Menschen im und ausserhalb des Heimes.

Die Integrationsform stellt die verschiedenen Forschungsbereiche (z.B. Aktivitäten im Heim, soziale Kontakte im Heim, usw.) und deren Intensität dar. Die Bereiche stellen die quantitativen Indikatoren und die Intensität deren Ausprägung dar. Die Intensität ist der Masstab für die Qualität des Integrationszustandes zum Zeitpunkt der Befragung. Bei wenig intensiven Kontakten oder einer niedrigen Selbstbestimmungsrate sinkt ebenfalls die Intensität. Im APH setzt sich die Integrationsform zwischen den Interaktionen, den Bewohnern und deren Status zusammen.

Integration kann als zweiseitiger Prozess beschrieben werden: Die Integration entspricht in erster Linie dem Zustand, wobei das Integrieren dem Prozess, welcher in der Integration endet entspricht. In dieser Forschungsarbeit lege ich den Schwerpunkt nicht auf den Prozess der Integration, sondern auf den Integrationszustand von Bewohnerinnen und Bewohnern im APH zum Zeitpunkt der Befragung.

2.5. Konzept „Motivation“

Menschen brauchen einen Antrieb, einen Antrieb weiter zu kommen, Entscheidungen zu fällen, Handlungen umzusetzen, nicht stehen zu bleiben ...

2.5.1. Definition der Motivation aus der Lernpsychologie

In der Lernpsychologie stellt die Motivation einen Zentralbegriff dar und unterscheidet sich in drei Arten von Motivation:

⁵⁵ HÖPFLINGER François. Soziale Beziehungen im Alter - Entwicklungen und Problemfelder.

⁵⁶ Ibid

- Die Verstärkung, das positive Reinforcement, ist ein angenehmer Reiz, der auf eine Verhaltensweise folgt und dadurch die Wiederholung einer vergleichbaren Aktivität hervorruft.
- Bei der Anreizmotivation (incentive motivation) liegt das bewegende Zentrum in der Aussenwelt des Individuums. Reize, die auf das Individuum treffen (und mit inneren Bedürfnissen harmonisieren), werden zum Anlass neuer Aktivität.
- Bei der Triebreduktion liegt das Zentrum der Motivation im Individuum selbst. Aktivitäten verringern einen vorhandenen inneren Triebdruck.

Diese Arten der Motivation könnten in verschiedenen Integrationsbereichen bei meinen Probanden auftreten. So kann die Verstärkung dazu beitragen, dass ein Bewohner dank den Vorteilen der 24-Stunden-Betreuung in einem APH günstigere Grundvoraussetzungen vorfindet, um seinen Heimaufenthalt zu akzeptieren und sich somit besser zu integrieren. Die Formen der Anreizmotivation und der Triebreduktion würden infolgedessen fortgeschrittenere Phasen der Verstärkung darstellen.

Motivation ist lebensnotwendig. Motivation entsteht durch Motive (Beweggründe und Anreize). Bevor eine Person etwas verändert, muss sie ein Interesse an dieser Veränderung haben und muss deren Sinn erkennen. Der Ursprung des Wortes Motivation stammt aus dem Lateinischen und heisst: „movere“ was für „bewegen“ steht. Motivation ist für mich die Gesamtheit von Motiven die einen Menschen zu einer Handlung bewegen. Motivation als Treibstoff, Motivation als Fortschritt. Mein Fazit: Motivation ist Antrieb.

Und wiederum zeigt die Aussage von Bertold Brecht *„Wer sich nicht verändert, bleibt nicht der Gleiche“*,⁵⁷ dass ohne Motivation der Geist und das Leben stehen bleibt. Somit setzt jede Form von Veränderung ein Minimum an Motivation voraus. Carl Rodgers hat dies sehr treffend umschrieben: *„Meine Erfahrung hat mich nach und nach zu der Schlussfolgerung gebracht, dass das Individuum in sich die latente, wenn nicht offene Fähigkeit und Neigung hat, sich vorwärts auf psychische Reife hin zu entwickeln... Diese Vorwärtsbewegung zeigt sich im Antrieb zur Reorganisation seiner Persönlichkeit und seines Verhältnisses zum Leben, auf Wegen, die als reifer angesehen werden. Ob man dies eine Tendenz zur Entfaltung, einen Drang zur Selbstaktualisierung oder eine sich vorwärts entwickelnde Gerichtetheit nennt, es handelt sich um die Hauptantriebsfeder des Lebens, die Motivation des Vorwärtsgehens...“*⁵⁸

Ich gehe davon aus, dass viele ältere betagte Menschen nicht gerne den Schritt ins APH tun. Dennoch gibt es im Oberwalliser APH St. Michael Naters eine Abteilung, wo Personen wohnen, welche noch nicht einer krankenkassenpflichtigen Betreuung (BESA 1-4) angehören. Hier residieren ca. 20 Bewohner (BESA 0) auf eigenen Wunsch in einem sogenannten Altersheim. Diese Mischform von Altersheim und Pflegeheim stellt eine klare Ausnahme in der Region Oberwallis oder gar im ganzen Kanton dar.⁵⁹

57 Bertolt Brecht (1898–1956), deutscher Schriftsteller

58 ROGERS Carl R. Entwicklung der Persönlichkeit. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Jacqueline Giere. Ernst Klett Verlag, Stuttgart. By Rodgers 1961. In Deutschland gedruckt 1973. Seiten 48 - 49

59 Expertengespräch mit Herrn Venetz Reinhard. Herr Venetz ist dipl. Betriebswirtschafter Hes-so, mit Nachdiplom in Qualitätsmanagement und MBA (Master of Business Administration). Bevor Herr Venetz die operative Leitung des APH St. Michael und Sancta Barbara in Naters übernahm, arbeitete er während 12 Jahren im SZO (Spitalzentrum

Die Integration für den Heimaufenthalt braucht seine Zeit. Auch Zeit der Motivierung. Motivation als Erkenntnis von Vorteilen stellt eine förderliche Basis für eine darauf folgende Akzeptanz des Heimaufenthaltes dar. Folglich kann die Motivation die Integration begründen und fördern. Denn erst nach der Phase der Motivierung kann die Phase der Selbstintegration beginnen. In meiner Umfrage werde ich den Schwerpunkt auf den Zustand der Integration und auf die Integrationsbereiche legen und nicht, wie es die Motivation und Integration gemeinsam haben, auf deren Prozess.

3. METHODIK

3.1. Forschungsziele

Mit dieser Forschungsarbeit habe ich von den Bewohnern ihr Verständnis für Integration im Heimaltag ermitteln wollen. Ich bin mir bewusst, dass das allgemeine Verständnis von Integration von den Bewohnern vollumfänglich von ihrer persönlichen Wahrnehmung abhängt und dadurch als sehr subjektiv bewertet werden muss. Anhand von Skalenbewertungen habe ich die persönlichen Beurteilungen der Probanden in drei Bereichen⁶⁰ zu erfassen versucht. Mit Hilfe der Befragungen habe ich Faktoren und Grundvoraussetzungen wie z.B. Gesundheitszustand der Bewohner, die Rolle der Vertrauenspersonen und weitere Grundvoraussetzungen, welche die Integration unterstützen oder hemmen, aufzeigen wollen.

3.2. Integrationsbereiche im APH

Aktivitäten

Vor den regulären Befragungen habe ich die Freizeitangebote der sechs APHs erfasst. Diese Abklärungen haben folgende Aktivitätengruppen ergeben: kulturelle, religiöse, kreative und spielerische Aktivitäten sowie Bewegung und Spazieren.

Gestaltung der Privaträume

Isabelle Mallon beschreibt in ihrem Text über die „Reconstruction d'un „chez-soi“ en maison de retrait“ das private Zimmer als eine Art „*Konzentration des früheren Daheims, eine Zusammenfassung der persönlichen und familiären Geschichte.*“⁶¹ Aus diesem Grund ist das Zimmer ebenfalls ein wichtiger Faktor in Bezug auf das Wohlfühlen der Probanden im APH. Das

Oberwallis) in Brig und Sitten.

60 Teilnahme an den Aktivitäten, soziale Kontakte und Zimmergestaltung

61 MALLON Isabelle. Vieillir en institution. Des vieux en maison de retraite : savoir reconstruire un « chez-soi » Empan Nr. 52. Université Lumière Lyon II. 2007. S 127 und folgende

Zimmer bietet, wie die Aktivitäten auch, eine weitere Gelegenheit sich im APH zu integrieren und wohl zu fühlen. Die Wiederherstellung oder Nachahmung der heimischen vertrauten Geborgenheit, welche viele Menschen bei ihnen zu Hause verspüren, fördert die Anpassung an das APH. *„Das Zimmer wird im APH zum Zentrum der Welt.“* Isabelle Mallon (2007). *„Wenn es möglich ist in einem APH eine stabile Welt aufzubauen, sei es durch eine Instrumentalisierung der Einrichtung, der Infrastruktur oder durch starke Investitionen in den Heimalltag, die grosse Mehrheit der älteren Menschen schaffen diese Anpassung an die Institutionalisierung nicht.“*⁶² Diese Aussage von Isabelle Mallon zeigt auf, dass nicht nur die ausgewählten Integrationsbereiche Einfluss auf die Integration nehmen können. Bis anhin ist diese Aussage weder genau definiert, noch umfassend erforscht worden.

Kontakte

Bei guten Sozialkontakten im Alter zeigt sich, dass weniger die Quantität als die Qualität der Kontakte für die Lebensqualität älterer Menschen entscheidend ist.⁶³ Somit stellt sich unter diesem Punkt die Frage nach den Kontakten im und ausserhalb des Heimes. Bestehen intensive Kontakte mit anderen Bewohnern oder haben sie noch regelmässigen Kontakt zu Menschen, die nicht im APH wohnen oder arbeiten? Haben sie eine Bezugsperson unter dem APH-Personal, mit welcher sie über ihre Wünsche und Bedürfnisse auch ausserhalb des Pflegebereichs sprechen können?

*„Der Heimeintritt macht den Lauf der Zeit sichtbar und zeigt den Bewohnern, dass sie keinen Einfluss auf den eigenen Alterungsprozess nehmen können. Viele Bewohnerinnen und Bewohner denen es nicht gelungen ist, sich im APH heimisch zu fühlen, waren unter Druck ihrer Kinder, Angehörigen ins APH eingetreten. Dieser Druck kam durch Krankheiten oder Behinderungen zustanden und setzte eine ständige Hilfe und Überwachung im täglichen Leben voraus.“*⁶⁴

3.3. Hypothesen

Für diese Forschung gehe ich von der Grundannahme aus, dass die Integrationsbereiche durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden:

1. Die Integrationsbereiche werden unter anderem von der Rolle der Bezugsperson beeinflusst. Besteht eine Beziehung zu einer Vermittlungsperson kann dies die Integration in ein APH beeinflussen. Je länger und je enger der Kontakt mit der Vermittlungsperson besteht, desto solider und vielfältiger werden die Integrationsbereiche.
2. Die Möglichkeit sein Zimmer selber zu gestalten, d.h. dem Zimmer durch die Einrichtung

62 MALLON Isabelle. Vieillir en institution. Des vieux en maison de retraite : savoir reconstruire un « chez-soi » Empan Nr. 52. Université Lumière Lyon II. 2007. S 127 und folgende

63 HÖPFLINGER François. Soziale Beziehungen im Alter - Entwicklungen und Problemfelder.

64 MALLON Isabelle. Vieillir en institution. Des vieux en maison de retraite : savoir reconstruire un « chez-soi » Empan Nr. 52. Université Lumière Lyon II. 2007.

eine heimisch vertraute Geborgenheit zu geben, fördert das eigene Wohlbefinden und die Integration im APH.

- 2.1 Fühlt sich der Heimbewohner im eigenen Zimmer wohl, erhöht dieses Wohlgefühl die Teilnahme an Aktivitäten.
- 2.2 Die sozialen Kontakte werden durch eine heimelige Atmosphäre im eigenen Zimmer unterstützt.
3. Die Teilnahme an Aktivitäten und die Beteiligung am sozialen Geschehen im APH wird durch die Einsicht des Heimbewohners für den APH-Eintritt gefördert.

3.4. Der Fragebogen als Forschungsinstrument

Die Hypothesen habe ich gemäss deduktiver Vorgehensweise von der Theorie abgeleitet. Als Datenerhebungsform wählte ich die halbstrukturierte Befragung, welche auf der Grundlage eines standardisierten Fragebogens mit geschlossenen Fragen und Antwortmöglichkeiten (Indikatoren) aufbaut. Mit diesem Instrumente sind die mündlichen Befragungen zur Erfassung der von Bewohnern subjektiv wahrgenommenen Integration in den verschiedenen Teilbereichen des Heimalltages durchgeführt worden. Die Probanden haben den Fragebogen nicht selber ausgefüllt, er diente mir als Leitfaden für diese Befragungen. Die Befragungen waren immer ähnlich aufgebaut, die Reihenfolge der Fragenstellung war immer gleich, aber die Auswahl der Wörter für die Fragestellung variierte und ab und zu habe ich bei manchen Probanden nachfragen müssen. Anhand der erhaltenen Antworten konnte ich im Fragebogen die kodierten Indikatoren ankreuzen. Mir ist bewusst, dass dieses Vorgehen ein erhöhtes Mass an Subjektivität aufweisen könnte. Die Übertragung der Antworten auf den schriftlichen Fragebogen kann durch subjektive Sichtweise, beziehungsweise persönliche Interpretation beeinflusst sein.

Der Fragebogen liegt dieser Arbeit im Anhang bei.⁶⁵

3.4.1. Vor- und Nachteile des Fragebogens

Vorteile dieses Instrumentes in Bezug auf meine Forschungsarbeit:

- Mit dem Fragebogen als Forschungsinstrument konnte eine erhöhte Anzahl Probanden befragt werden.
- Die Vorgabe bestimmter Indikatoren hat die Beantwortung der Fragen erleichtert.
- Durch das Gespräch hat die Möglichkeit bestanden bei Unklarheiten nachzufragen.
- Ich habe mir ein persönliches Bild der Probanden und deren Umgebung machen können. Folglich wurde das Resultat subjektiver, was aber je nach Betrachtungsweise sowohl ein Vor- als auch ein Nachteil darstellen kann. Persönlich erachte ich es eher als Vorteil, weil

⁶⁵ Fragebogen zur Forschungsarbeit ist im Anhang auf Seite 75 „Fragebogen“ beigelegt.

meine Anwesenheit die Beantwortung z.B. beim Thema der Zimmergestaltung und Zimmereinrichtung vereinfachte und vereinheitlichte, da ich mich klar ausdrücken und die Fragen genau erklären konnte.

- Der Fragebogen hat eine klare Struktur und präzise Antworten zur Folge.
- Zudem konnte durch den Fragebogen für alle eine minimale Standardisierung (für alle die gleichen Antwortmöglichkeiten), trotz der halbstrukturierten Befragungen, gewährleistet werden, wodurch Vergleiche im Nachhinein einfacher und deutlicher zu bewerkstelligen waren.

Nachteile dieses Instrumentes in Bezug auf meine Forschungsarbeit:

- Bei einem Fragebogen wurden die Indikatoren meistens vorgegeben, dadurch konnten neue Indikatoren nur schwer oder gar nicht ergänzt werden.
- Meine Anwesenheit bei den Befragungen wird die Probanden bei der Beantwortung der Fragen gewiss beeinflusst haben. Manche Probanden fühlten sich auf Grund der mündlichen Befragungen vielleicht unter Zeitdruck.
- Durch die halbstrukturierten Gespräche zwischen mir und den Probanden konnte es geschehen, dass wir ab und zu vom Thema abkamen. Dadurch wurden die Gespräche aber teilweise aufgewertet und es entstanden äusserst interessante und lehrreiche Diskussionen. Dieses Faktum als einen Nachteil aufzulisten trifft nur in Bezug auf die Methodik zu, ansonsten haben diese Gespräche meine Einschätzung bereichert.

3.4.2. Entwicklung und Beschreibung des Fragebogens

Von den Hypothesen und den Forschungszielen ableitend, konnte ich den Fragebogen erstellen. Hierfür legten die Theorien aus dem Projekt das Fundament.

Bei geschlossenen Fragen sind die Antworten vorgegeben und der Proband muss lediglich den passenden Indikator ankreuzen. Dies kann zur Folge haben, dass die gewünschte Antwort nicht aufgeführt ist. Hierfür habe ich bei jeder einzelnen Frage den Indikator „Anderes“ hinzugefügt. Bei der Erarbeitung des Fragebogens habe ich versucht mich auf die Indikatoren zu konzentrieren, welche eine Relevanz im Zusammenhang mit meiner Forschungsthematik darstellten.

Der Fragebogen ist in sieben Kapitel (A-G) aufgeteilt:

- Im Kapitel A „Personalien und aktuelles Wohlbefinden des Probanden“ liegt der Schwerpunkt der gestellten Fragen auf demografischen Daten, die dem sogenannten Profil des Probanden entsprechen. Diese Fragen wurden teils vom Pflegepersonal vor der Befragung der Probanden beantwortet.
- Das Kapitel B „Das Leben vor dem APH-Eintritt“ untersucht die gesundheitliche Situation des Probanden vor dem effektiven Eintritt ins APH. Ebenfalls wird in diesem Kapitel erforscht, ob sich die Probanden in der Zeit vor der Eintrittsphase schon mit einem eventuellen APH-Aufenthalt gedanklich auseinandersetzen.

- Das Kapitel C „Eintritt ins APH“ widmet sich ganz diesem wichtigen und schwerwiegenden Entscheid in ein APH einzuziehen. Hier wird der Grund für den APH-Eintritt und die am Entscheid beteiligten Personen eruiert.
- Im Kapitel D „Aktivitäten und Freizeitgestaltung im APH“ drehen sich alle Fragen um die angebotenen Aktivitäten, um die Teilnahme der APH-Bewohner an diesen Aktivitäten und um die Freizeitgestaltung im APH-Alltag.
- Im Kapitel E „Zimmereingestaltung“ liegt das Augenmerk auf der Zimmereinrichtung. Wichtige Fragen in diesem Teil des Fragebogens sind z.B.: Wurden die Möbel von zu Hause mitgebracht, hängen Fotos oder Bilder von Familienangehörigen an den Wänden...
- Beim Kapitel F „Soziale Kontakte“ beziehen sich die Fragen auf die Kontakte zu den anderen Mitbewohnern, dem Personal, Familienangehörigen sowie allen anderen Personen.
- Das Kapitel G „Bezugsperson“ untersucht Themenbereiche wie Administration und Kontaktperson. Unter der Bezugsperson wird eine Vertrauensperson für den Heimbewohner verstanden, welcher auch die Rolle des Mediators zwischen dem APH und dem Probanden einnehmen kann.

Abgeschlossen wird der Fragebogen mit zwei offenen Fragen. Die erste Frage „Was wünschen Sie sich für die Zukunft“ habe ich allen Probanden gestellt. Die zweite Frage „Gibt es noch etwas, was ich vergessen habe, was Sie mir noch sagen möchten?“ habe ich nur anfänglich gestellt. Die Resultate dieser beiden Fragen erschienen mir nicht relevant für die Auswertung der Hypothesen und wurden aus diesem Grund nicht in der Datenanalyse behandelt.

Mit dem Computerprogramm „Sphinx“⁶⁶ konnte ich einen multimedialen Fragebogen erstellen. Dank diesem Programm war es mir möglich, den Fragebogen mit seinem komplexen Aufbau auszudrucken und für die Befragungen in Papierform mitzunehmen. Nach den Erhebungen wurde jeder Fragebogen gescannt und die Daten wurden direkt von Sphinx gesammelt. Die umfassenden Datenergebnisse sind als Tabellen im Anhang einsehbar.⁶⁷ Durch den erhöhten Arbeitsaufwand bei der Erstellung des multimedialen Fragebogens kann im Nachhinein eine tiefere Fehlerquote bei der Auswertung und der Schaffung der Grafiken garantiert werden, was wiederum auf eine erhöhte Validität der Ergebnisse schliessen lässt.

Im Oberwalliser APH Emserberg habe ich meinen Fragebogen an verschiedenen Tagen mit zwei Bewohnerinnen auf die Verständlichkeit und den logischen Aufbau getestet. Diese Testdurchläufe haben kleinere Anpassungen ermöglicht und die mündlichen Befragungen verbessert. Die Veränderungen wurden ausschliesslich in den Kapitel A und B, welche das Leben der Probanden vor dem APH-Eintritt betreffen, vorgenommen. Viele Probanden sowie die beiden Testpersonen haben sich vor der Befragung gesorgt und gefürchtet, nicht alle Fragen beantworten zu können. Nach den Testdurchläufen ist mir klar geworden, dass es sinnvoll ist, die Fragen betreffend die BESA-Stufe und die Aufenthaltsdauer der Probanden durch das Pflegepersonal vor den Befragungen beantworten zu lassen. Durch diese Massnahme konnte

66 Sphinx. Logiciels d'enquêtes et de statistiques. [En ligne] URL Adresse : <http://www.lesphinx-developpement.fr>

67 Die gesamten Resultate des Fragebogens sind im Anhang auf Seite 84 und folgenden beigelegt.

verhindert werden, dass die Probanden schon bei den ersten Fragen in Zweifel geraten. Im Kapitel B habe ich bei der Frage 15 (von wem die Probanden vor dem APH-Eintritt gepflegt wurden) die Antwortmöglichkeit „Spital“ hinzugefügt. Wie sich herausstellen sollte, wurde dieser Indikator vermehrt ausgewählt.

3.5. Ermittlungsbereich und Stichprobe

Diese Forschungsarbeit beschränkt sich auf die Region Oberwallis. Dies erstens aus Gründen der Machbarkeit im vorgegebenen Zeitraum und zweitens anlässlich der Vergleichbarkeit der verschiedenen Daten (regionale Tendenzen, politische Grundlagen...).

In den sechs im Oberwalliser Talgrund liegenden APHs haben 469 Bewohnerinnen und Bewohner gewohnt (Das Total ist inklusive der BESA 0 Bewohner, Stand Dezember 2007).⁶⁸ Viele dieser Heimbewohner weisen aufgrund psychischer und physischer Behinderungen deutliche Kommunikationsprobleme auf. Laut Aussage von Frau Dr. Annick Anchisi⁶⁹ habe ich 60 % der 469 Bewohner aufgrund kognitiver Krankheiten und Einschränkungen wie Alzheimer und Demenz nicht befragen können. Dies wird auch von der französischen Altersforscherin Isabelle Mallon bestätigt.⁷⁰ Meine Stichprobe berechnete ich infolgedessen auf der Grundbevölkerung von 179 Heimbewohnern, d.h. allen betagten Heimbewohnern, die befragt werden konnten. (40% aller Heimbewohner der sechs teilnehmenden APHs und ohne die Bewohner in der BESA 0 Stufe). Hinsichtlich der Seltenheit und Eigenheit der Personen mit BESA-0-Stufe (nicht-pflegebedürftige APH-Bewohner) nahm ich diese Bewohner nicht in meine Forschungsarbeit auf. Bei schriftlichen Befragungen beträgt die Rücklaufquote 10% - 20%, in Idealfällen 30%. Da ich die Probanden selber befragt habe, lässt sich hier nicht von einer Rücklaufquote sprechen. Auf Grund dieser Tatsachen habe ich mich entschieden etwa 25% der Grundbevölkerung zu befragen. Dies entspricht 42 Probanden, je sieben Probanden pro mitwirkenden APH.

Das Profil meiner Probanden, welche von der Pflegedienstleitung ausgewählt wurden, sollte möglichst mit den Kriterien der „Tabelle 1 Ermittlungsprofil für Probanden“ übereinstimmen. Diese Tabelle ist anhand aller in den sechs

Bewohner der sechs, an dieser Forschungsarbeit teilnehmenden APHs	
Ledig, verwitwet, geschieden, getrennt	86%
Verheiratet oder in Partnerschaft	14%
Weiblicher Anteil	81%
Männlicher Anteil	19%
BESA 1	15%
BESA 2	21%
BESA 3	22%
BESA 4	42%
Durchschnittsalter	86
Durchschnittliches Eintrittsalter	85
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Jahren	4.5

Tabelle 1 Ermittlungsprofil für Probanden

68 VVAP Vereinigung Walliser Alters- und Pflegeheime. [En ligne] URL Adresse : http://www.avalems.ch/avalems/avalems.nsf/FO_OfferDE Januar 2008

69 Expertengespräch mit Frau Dr. Anchisi Annick. Frau Anchisi ist in der Forschung und als Professorin an der Hes-so mit Schwerpunkt Altersforschung tätig.

70 MALLON Isabelle. Vieillir en institution. Des vieux en maison de retraite : savoir reconstruire un « chez-soi » Empan Nr. 52. Université Lumière Lyon II. 2007. Seite 130

mitmachenden APHs wohnhaften Personen erstellt worden. Hierbei handelt es sich um die Durchschnittswerte. Die Tabelle umfasst bei dem durchschnittlichen Eintrittsalter und bei der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer Schätzwerte, da ich nicht die gesamten Angaben von allen sechs APHs zu diesen beiden Punkten erhalten habe. Diese Schätzwerte basieren auf den Durchschnittswerte der vorhandenen Daten.

3.6. Realisierung der Datenerhebung

Vor den eigentlichen Befragungen der Probanden hatte ich mit den Heimverantwortlichen oder den Pflegedienstleitungen Kontakt aufgenommen, um mein Forschungsanliegen zu erklären. Alle sechs Heimverantwortlichen begrüßten mein Engagement und erklärten sich sofort für eine Zusammenarbeit bereit. In dieser Vorbereitungsphase habe ich die Möglichkeit erhalten, die verschiedenen Aktivitäten der teilnehmenden APHs zu erfassen. Dieser Schritt war nötig, um bei den späteren Untersuchungen besser auf die Befragten eingehen zu können.

Die Probanden wurden von der Pflegedienstleitung anhand des Ermittlungsprofils ausgewählt, um ihr Einverständnis zur Teilnahme abzuklären und sie über Ziel und Dauer der Befragung zu informieren. Die Auswahl der Probanden durch die Pflegedienstleitung geschah nicht zufällig, da bei Personen mit kognitiven Krankheiten und Einschränkungen keine Befragungen möglich waren. Infolge dieser Einschränkung musste ich grossen Wert auf eine möglichst hohe Übereinstimmung der von der Pflegedienstleitung ausgewählten Probanden mit meinem errechneten Ermittlungsprofil, siehe Tabelle 1 Ermittlungsprofil für Probanden“, legen.

Ein wichtiger Grund, warum ich die Befragungen mündlich durchgeführt habe, ist auch das Faktum, dass bei schriftlichen Umfragen, vor allem bei älteren Menschen, das Risiko einer geringeren Rücklaufquote zu erwarten ist. Alle mündlichen Befragungen anhand des Fragebogens wurden von mir persönlich durchgeführt. Dies geschah nicht als Frage-Antwort-Gespräch, sondern als eine offene halbstrukturierte Diskussion mit dem Probanden. Den Fragebogen habe ich parallel zu diesen 30 bis 60 minütigen Besprechungen ausgefüllt.

Die Befragungen habe ich zwischen dem 14. und 25. Juli 2008 durchgeführt.

3.6.1. Anzahl gültiger Befragungen anhand des Fragebogens

Die Angaben, wie viele Personen ursprünglich von den Pflegedienstleitungen angegangen worden sind und abgelehnt haben, sind nicht erfasst worden. Sämtliche Probanden sind von den Pflegedienstleitungen angegangen worden.

Vom 14. bis 25. Juli 2008 habe ich in folgenden APHs 43 Personen mit dem erwähnten und beiliegenden Fragebogen befragt: St. Josef – Susten, St. Anna – Steg, Paulusheim – Visp, St. Martinsheim – Visp, Englischgruss – Brig sowie im St. Michael / Sancta Barbara – Naters. Von diesen 43 Befragungen sind 42 Befragungen ganz durchgeführt worden. Bei einer Probandin konnte auf Grund ihres Gesundheitszustandes die Befragung leider nicht beendet

werden. Bei den Fragen, welche die Probandin nicht mehr beantworten konnte, habe ich den Indikator „Keine Antwort“ angekreuzt.

3.7. Ethische Aspekte

Unter diesem Kapitel will ich vor allem den psychologischen Aspekten und ethischen Grundsätzen Rechnung tragen, d.h. die Probanden durch meine teils persönlichen Fragen nicht zu verunsichern und nicht zu verletzen. Ich bin mir bewusst, dass mit dieser Erhebungsform nur ein Teil der realen Verhältnisse erfasst wurde. Die Realität wird durch meine und der Probanden Wahrnehmung in der Darlegung der Thematik beeinträchtigt. Ebenso ist mir bewusst, dass seitens der Bewohner der Heimeintritt mit Ängsten und vielen Emotionen verbunden ist. Wie bereits erwähnt, stellt der Heimaufenthalt in vielen Oberwalliser Haushalten immer noch ein Tabuthema dar. Er wird durch die Wertvorstellungen jedes Menschen, durch persönliche Meinungen und Emotionen, vielleicht auch durch religiöse Ansichten individuell bestimmt.

Vor den Befragungen wurden die Probanden kontaktiert, um sie über das Ziel und die Dauer der Befragung zu informieren und ihr Einverständnis zur Teilnahme abzuklären. Im Falle einer Zustimmung wurde der Termin für die Befragung vereinbart. Die Personen wurden informiert, dass die Daten analysiert und in einer Forschungsarbeit aufgelistet werden. Dabei wurde zugesichert, dass die Daten vertraulich behandelt und anonymisiert werden.

Ich habe bei der Befragung darauf geachtet, den Probanden keine Zusicherungen zu machen, dass sich durch das Anbringen von Wünschen etwas für ihre persönliche Situation verändern könnte.

Alle teilnehmenden APHs wurden informiert, dass eine Zusammenfassung der Forschungsergebnisse nach Beendigung der Diplomarbeit angefordert werden kann.

3.8. Risiken und Grenzen des Forschungsvorgehens

Wie dies bereits bei den Nachteilen zum Forschungsinstrument erwähnt wurde, haben sich bei den mündlichen Befragungen einige Einschränkungen ergeben. Meiner Objektivität musste ich während der ganzen Datenerhebung und Datenanalyse eine spezielle Aufmerksamkeit widmen. Bei herkömmlichen Befragungen per Fragebogen ist die forschende Person meistens nicht anwesend und kann sich somit kein effektives Bild der Probanden machen. In diesem Fall aber konnte ich die Probanden kennen lernen. Diese Tatsache hat von mir ständige Sorgfalt beim Ankreuzen der Indikatoren gefordert. Es war mir bewusst, dass meine persönliche Meinung in die Forschungsergebnisse einfließen wird. Daher ist leider keine Garantie für die Richtigkeit der Übertragungen von den Antworten auf die Fragebögen möglich.

Durch die Anonymität, die ein Fragebogen normalerweise mit sich bringt, kann von einer relativ ehrlichen Beantwortung der Fragen ausgegangen werden. Für diese Forschungsarbeit kann ich

jedoch nicht versichern, dass die Probanden immer genügend Zeit zur Beantwortung der Fragen hatten, oder ob sie sich manchmal unter Zeitdruck fühlten und unter anderem nicht immer realitätsgetreu antworteten.

Der Ausspruch: „Objektiv sein heisst zu wissen, dass man subjektiv ist“ trifft in diesem Fall ziemlich sicher zu. Für mich wurde diese Aussage zu einem wichtigen Credo während des ganzen Forschungsprozesses.

4. DATENANALYSE

In diesem Kapitel werden sämtliche Daten, welche während der Feldforschung erhoben worden sind, dargelegt. Hierbei handelt es sich um eine deskriptive Analyse. Die Datenergebnisse wurden nicht mit statistischen Tests auf Unterschiede und Zufälle geprüft. Der Leser muss sich zu jeder Zeit bewusst sein, dass diese Ergebnisse durch den Blickwinkel der Probanden und des Verfassers beeinflusst wurden und somit subjektiv sind.

Der Aufbau dieses Kapitel ist nach den Kapiteln des Fragebogens gegliedert (1. Profil der Probanden, 2. Das Leben vor dem APH-Eintritt, 3. Eintritt ins APH, 4. Aktivitäten und Freizeitgestaltung im APH, 5. Zimmergestaltung, 6. Soziale Kontakte, 7. Bezugsperson). Im Kapitel 5 werden die Datenergebnisse zur Beurteilung der Hypothesen verwendet und nach den Hypothesen strukturiert.

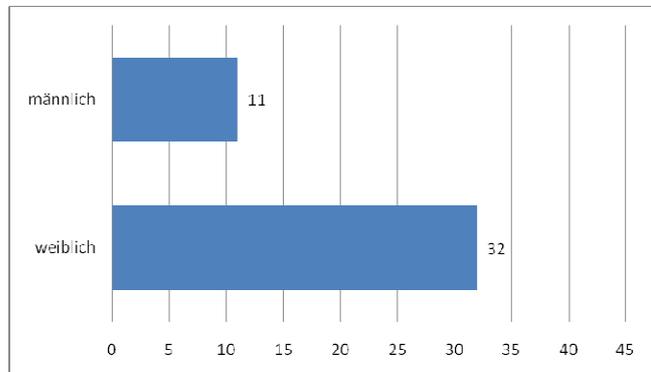
Alle in diesem Kapitel vorkommenden Grafiken sind nur für die Momentaufnahme zum Zeitpunkt der Befragung repräsentativ.

4.1. Profil der Probanden (Fragebogen: Kapitel A)

Im ersten Teil des Fragebogens wurden die demografisch-statistischen Daten erhoben. Diese Daten sind zur Überprüfung des Profils der Stichprobe und für den Vergleich mit nationalen und kantonalen Tendenzen wichtig. An der Befragung nahmen insgesamt 43 Personen teil; allerdings konnten nicht alle Probanden jede Frage beantworten.

4.1.1. Geschlechterverteilung der Probanden

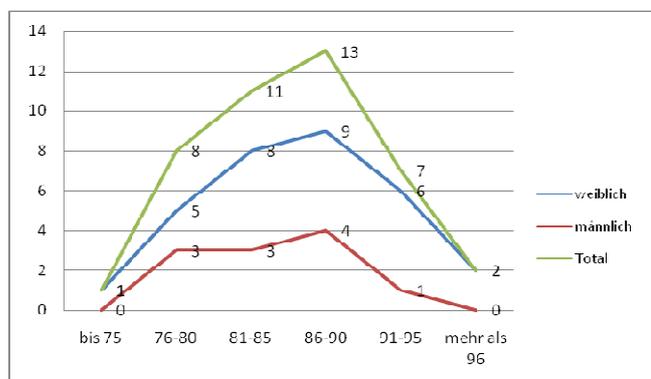
Die Stichprobe von $n = 43^{71}$ setzt sich aus drei Viertel Frauen ($n = 32$ von 43) und einem Viertel Männern ($n = 11$ von 43) zusammen. Laut der Volkszählung des Bundesamtes für Statistik aus dem Jahr 2000 entspricht diese Bilanz ziemlich genau dem schweizerischen Durchschnitt bei Personen in APHs. Die unterschiedlichen Lebenserwartungen von Frauen und Männern sind hierfür der Hauptgrund. Ein weiterer Grund für diesen Unterschied ist die in der Theorie beschriebene Tatsache, dass Männer öfters in Partnerschaften leben als Frauen, infolgedessen können Männer länger als Frauen von der Unterstützung und Betreuung zu Hause profitieren.⁷²



Grafik 6 Geschlecht der Probanden (n = 43)

4.1.2. Alter der Probanden

Das Alter der Probanden erstreckt sich von 74 bis 96 Jahren. Eine Person konnte auf Grund kognitiver Einschränkungen ihr Alter leider nicht mehr bestimmen. Der Vergleich zwischen den Altersgruppen und den Geschlechtern zur Zeit der Befragung zeigt, dass die männlichen Probanden in der jüngeren Altersgruppe verhältnismässig stärker vertreten sind als die weiblichen Probanden. Die Theorie widerspiegelt die gemachten Beobachtungen und sagt aus, dass im Verlauf der Lebensjahre der Anteil an APH-Bewohnerinnen gegenüber den APH-Bewohnern zunimmt. Diese Feststellung ist darauf zurückzuführen, dass die Frauen später ins APH ziehen und länger dort leben. Die Lebenserwartung für Frauen im Jahr 2002 betrug 83 Jahre und für Männer 77 Jahre.⁷³



Grafik 7 Alter der Probanden (n = 42)

Basierend auf den Daten des kantonalen Departements für Gesundheit liegt das Verhältnis zwischen Frauen und Männern in den Schweizer APHs weiter auseinander als das Verhältnis in

71 . „n“ gibt immer die Anzahl Probanden an, die eine Frage beantwortet haben, bei Fragen wo alle Probanden antworteten ist $n = 43$. ($n = 43$ setzt sich aus fünf APHs à sieben Probanden und einem APH à acht Probanden zusammen)

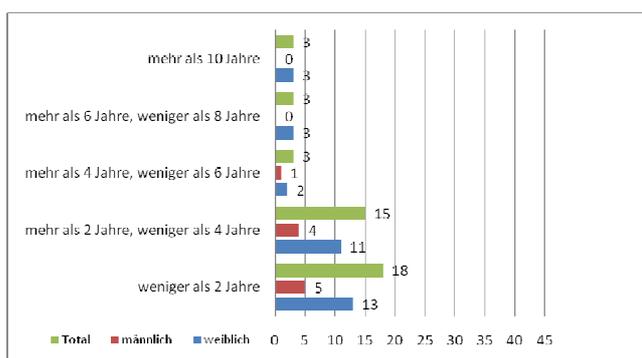
72 Übersetzt und zusammengefasst aus dem Französischen: Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. HOEPFLINGER François, HUGENTOBLER Valérie. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Editions Médecine & Hygiène. Seiten 89 - 99

73 BFS. Bundesamt für Statistik. Sektion Demografie und Migration. SCHMID BOTKINE Céline, RAUSA-DE LUCA Fabienne. Demografische Alterung und soziale Sicherheit. BFS. Neuchâtel, 2008

den Walliser APHs. Diese Feststellung ist sicher zum Teil auf die geographische Lage des Wallis als Bergkanton zurückzuführen. Nach den neusten Berechnungen liegt die Lebenserwartung bei Walliser Männern bei 76 Jahren, wobei diese im schweizerischen Schnitt bei über 77 Jahren liegt.⁷⁴ Somit kann dieser national-kantonale Unterschied als weiteres Anzeichen für den niedrigen Männeranteil der befragten Personen gedeutet werden.

4.1.3. Aufenthaltsdauer der Probanden im APH

Die Ergebnisse zur Frage der Aufenthaltsdauer zeigen, dass der Grossteil der Befragten (n = 33 von 42) bis zum Zeitpunkt der Umfrage nicht mehr als 4 Jahre in einem APH verbrachten. Dies entspricht in etwa dem schweizerischen Durchschnitt. Bei den Männern lag der Schnitt im Jahr 2000 bei einem Jahr, während der Schnitt bei den Frauen drei Jahre betrug.

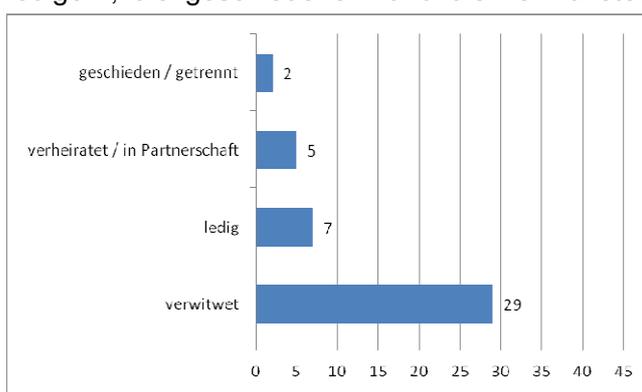


Grafik 8 Aufenthaltsdauer der Probanden im APH (n = 42)

Die Wahrscheinlichkeit ist gross, dass Personen, welche seit mehr als vier Jahren im Heim wohnen, aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit nicht befragt werden konnten.

4.1.4. Zivilstand der Probanden

Von 29 Probanden der befragten 43 Personen (n = 29 von 43) leben die Ehe- bzw. Lebenspartner nicht mehr. Nimmt man die ledigen-, die geschiedenen- und die verwitweten Personen zusammen entsteht eine Gruppe von 38 Personen (n = 38 von 43). Die Gruppe der verheirateten Probanden ist mit fünf Personen in der Minderheit. Zum Zeitpunkt der Befragung ist der Anteil von Partnerinnen, deren Partner (Probanden) im APH leben, höher. Dies lässt vermuten, dass Männer öfters in Partnerschaften leben als Frauen, weil die Lebenserwartung der Männer niedriger ist als die der Frauen.

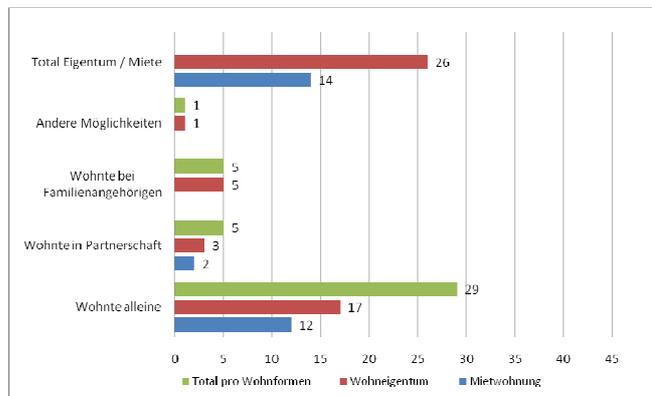


Grafik 9 Zivilstand der Probanden (n = 43)

74 Walliser Gesundheitsobservatorium. Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie. Die Gesundheit der Walliser Bevölkerung. 3. Bericht. Sitten. 2004, S. 18

4.1.5. Wohnverhältnisse der Probanden vor dem APH-Eintritt

Bei der Wohnsituation der Probanden präsentiert sich eine kantonale Tendenz. Im Verhältnis zur schweizerischen Bevölkerung leben die Menschen im Wallis vermehrt in Eigentumswohnungen oder in Eigentümshäusern. Durch diese kulturell bedingte Tatsache werden im Kanton die APH-Eintritte beeinflusst. Das Wohneigentum verstärkt den Trend, so spät als möglich in ein APH einzuziehen.^{76 77} Zwei Drittel der Probanden (n = 27 von 43) lebten vor dem APH-Eintritt in einer Eigentumswohnung oder einem Eigentümshaus. Nur ein Drittel der Probanden (n = 14 von 43) wohnten in einer Mietwohnung. Zwei Personen lebten in anderen Wohnformen (n = 2 von 43).

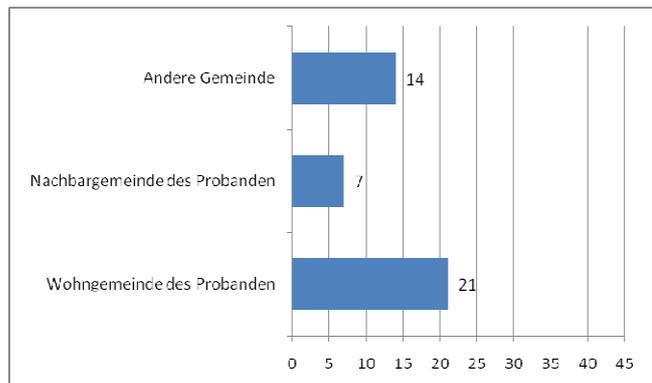


Grafik 10 Wohnverhältnisse der Probanden vor dem APH-Eintritt (n = 40)⁷⁵

Ein ähnliches Bild wie beim Zivilstand der Probanden zeigt sich auch bei den Lebensformen. Drei Viertel der Probanden (n = 30 von 42) lebten vor dem Eintritt alleine. Einzelne Probanden (n = 6 von 43) lebten bei Familienangehörigen und die übrigen Probanden (n = 5 von 43) lebten in einer Partnerschaft.

4.1.6. Geographische Lage des APHs

Im Jahr 2000 zählte der Kanton Wallis 272'399 Einwohner, davon lebten 76'625 Einwohner im Oberwallis.⁷⁸ Zum heutigen Zeitpunkt gibt es im Oberwallis 15 APHs mit 757 Pflegebetten⁷⁹ (Stand 2008). Wie bereits beschrieben liegt das Wallis mit 53 APH-Betten pro 1000 Einwohner im Alter von 65 und mehr Jahren unter dem nationalen Schnitt.⁸⁰ Zwei Drittel der Probanden (n = 28 von 43) wohnen in einem APH, welches in ihrer Wohngemeinde oder zumindest in einer



Grafik 11 Geographische Lage des APHs (n = 42)

⁷⁵ Datentabelle liegt im Anhang auf Seite 101 „Ergänzende Tabellen zum Kapitel 4 Datenanalyse / Profil der Probanden“ bei.

⁷⁶ Expertengespräch mit Herrn Locher Leander. Herr Locher ist dipl. Sozialarbeiter HFS und arbeitet bei Pro Senectute Wallis. Herr Locher ist für die Sozialberatung von Personen im AHV-Alter in den Bezirken Leuk, Westlich Raron und Visp verantwortlich.

⁷⁷ OBSAN. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. François HOEPFLINGER INAG, Institut Universitaire Âge et Générations. Prognose von Krankheiten und Pflegebedarf älterer Menschen. Projektskizze. Sion Januar 2002. Seite 4

⁷⁸ BFS, Bundesamt für Statistik. Eidgenössische Volkszählung 2000. Bevölkerungszahlen nach Kantonen und Bezirken. [En ligne] URL Adresse : <http://www.bfs.admin.ch> September 2008

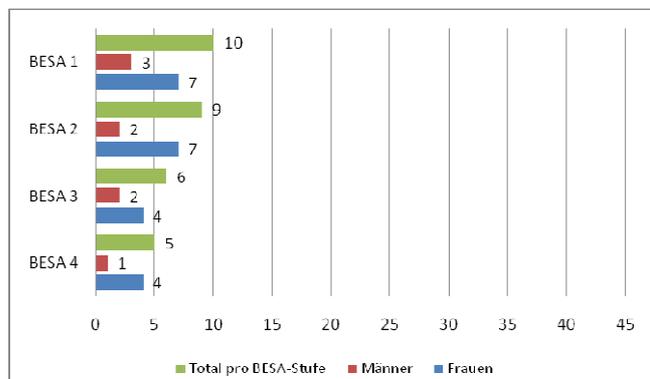
⁷⁹ VWAP Vereinigung Walliser Alters- und Pflegeheime. [En ligne] URL Adresse : http://www.avalems.ch/avalems/avalems.nsf/FO_OfferDE September 2008

⁸⁰ Kanton Wallis. Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Eenergie. Medienmitteilung des Informationschefs des Staates Wallis: *Betreuung betagter Personen. Walliser Gesundheitspolitik auf guten Wegen*. Sitten. 6. Mai 2008

Nachbargemeinde liegt. Zu diesem Resultat trägt die CORIF einen wichtigen Teil bei. Die CORIF ist eine sozialmedizinische Koordinationsstelle für pflegebedürftige Klienten. Das vorrangige Ziel der CORIF heisst: «Jeder Patient zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort.» Die CORIF arbeitet mit den Spitälern, den APHs, betreuten Alterswohnungen, den Sozialmedizinischen Zentren und weiteren Institutionen zusammen. Dieses Resultat kann aber auch die Folge davon sein, dass die sechs mitwirkenden APHs in den grösseren Gemeinden der jeweiligen Regionen liegen. Somit wird das Einzugsgebiet für das jeweilige APH grösser und das Verhältnis zu den Berggemeinden und kleineren Talgemeinden wird verfälscht.

4.1.7. Pflege-BESA-Stufen der Probanden

Leider konnte ich nicht von allen Probanden (n = 30 von 43) die Informationen betreffend BESA-Einteilung herausfinden. Bei zwei APHs konnte mir das Pflegepersonal keine Auskunft über diese Einteilung geben. Je ein Drittel der befragten Probanden wurden von den APHs in die BESA-Stufe 1 (n = 10 von 30) und BESA-Stufe 2 (n = 9 von 30) eingeteilt. Die BESA-Stufe 3 (n = 6 von 30) und 4 (n = 5 von 30) umfassen, entgegen der kantonalen Statistik, eine Minderheit der Befragten. Im Kanton Wallis wurde die Beobachtung gemacht, dass der Anteil der Bewohner mit BESA-Stufen 2 und 3 in den APHs stark zugenommen hat. Nur wenige Personen mit BESA-Stufe 1 wohnen in einem APH. Die BESA-Stufe 4 weist die höchste Anzahl pflegebedürftiger Personen auf. Dies trifft auch auf die sechs APHs zu, wobei die Grafik eine gegenteilige Aussage vermittelt. Bei der Stichprobe der Probanden konnten aus gesundheitlichen Gründen zu wenige Personen mit der BESA-4-Stufe befragt werden, damit diese Grafik repräsentativ wäre. Verbindungen dieser Resultate mit den Altersklassen oder Forschungsergebnissen sind auf Grund der niedrigen Antwortquote leider nicht aussagekräftig.



Grafik 12 BESA-Stufen der Probanden (n = 30)⁸¹

Bei der Stichprobe der Probanden konnten aus gesundheitlichen Gründen zu wenige Personen mit der BESA-4-Stufe befragt werden, damit diese Grafik repräsentativ wäre. Verbindungen dieser Resultate mit den Altersklassen oder Forschungsergebnissen sind auf Grund der niedrigen Antwortquote leider nicht aussagekräftig.

Kantonale Durchschnittswerte der APH-Bewohner und den BESA-Stufen									
BESA 0	in %	BESA 1	in %	BESA 2	in %	BESA 3	in %	BESA 4	in %
33	1%	275	11%	573	23%	669	26.50%	976	38.50%

Tabelle 2 Kantonale Durchschnittswerte der APH-Bewohner und den BESA-Stufen⁸²

⁸¹ Datentabelle liegt im Anhang auf Seite 101 „Ergänzende Tabellen zum Kapitel 4 Datenanalyse / Profil der Probanden“ bei.

⁸² Kanton Wallis. Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Eenergie. Medienmitteilung des Informationschefs des Staates Wallis: *Betreuung betagter Personen. Walliser Gesundheitspolitik auf guten Wegen*. Sitten. 6. Mai 2008

4.1.8. Das errechnete theoretische Stichprobenprofil im Vergleich mit dem Profil der Probanden

Die Daten für das errechnete theoretische Stichprobenprofil stammen aus dem kantonalen Bericht zu den APHs vom Oktober 2008⁸³ und den Angaben der mitwirkenden APHs⁸⁴. Bei Geschlecht und Zivilstand stimmen die Angaben der Probanden mit den kantonalen Angaben überein. Bei der Aufteilung der Probanden auf die vier BESA-Stufen ist zu erkennen, dass das effektive Profil sich gegenteilig dem theoretischen Stichprobenprofil verhält. Auf Grund der fehlenden BESA-Stufen-Angaben kann in diesem Teil der Tabelle weder von Repräsentativität noch von Übereinstimmung gesprochen werden. Diese Tatsache ist darauf zurückzuführen, dass die Personen in der BESA-4-Stufe aus kognitiven oder physischen Gründen weniger von den Pflegedienstleitungen angegangen werden konnten.

An dieser Stelle muss festgehalten werden, dass das Ziel, die Probanden nach der Stichprobe auszuwählen, nicht erfüllt werden konnte. Bereits bei der Erstellung des Stichprobenprofils fehlten Angaben zu allen sechs APHs (z.B. Eintrittsalter und Aufenthaltsdauer). Somit haben sich schon damals mehrere Werte auf Schätzungen bezogen, was den Vergleich mit dem effektiven Profil aufgrund der fehlenden BESA-Informationen zunehmend erschwert hat.

ZUSAMMENFASSUNG Profil der Befragten:

Die meisten Probanden sind im Alter zwischen 80 und 90 Lebensjahren und sind verwitwete Frauen.

Drei Viertel der Probanden leben erst seit weniger als vier Jahren in einem APH. Der kantonale Durchschnitt der Aufenthaltsdauer beträgt viereinhalb Jahre.

Die Wohnverhältnisse der Walliser Bevölkerung unterscheiden sich vom nationalen Vergleich. In dieser ländlichen Region leben mehr Menschen in Wohneigentum als in den Kantonen mit grossen Agglomerationen. Das Wohneigentum verstärkt den Trend, so spät als möglich in ein APH einzuziehen.^{85 86}

Die Hälfte aller Probanden lebt in einem APH in ihrer bisherigen Wohngemeinde.

Die BESA-Stufen-Angaben der Probanden sind für APH-Bewohner nicht repräsentativ. Dies auf Grund der fehlenden Angaben von 13 Probanden (n = 13 von 43) und der Tatsache, dass viele Probanden der höheren BESA-Stufen aus gesundheitlichen Gründen nicht angegangen werden konnten.

83 VWAP Vereinigung Walliser Alters- und Pflegeheime. [En ligne] URL Adresse : http://www.avalems.ch/avalems/avalems.nsf/FO_OffierDE September 2008

84 Datentabelle liegt im Anhang ab Seite 101 „Ergänzende Tabellen zum Kapitel 4 Datenanalyse / Profil der Probanden“ bei.“

85 Expertengespräch mit Herrn Locher Leander. Herr Locher ist dipl. Sozialarbeiter HFS und arbeitet bei Pro Senectute Wallis. Herr Locher ist für die Sozialberatung von Personen im AHV-Alter in den Bezirken Leuk, Westlich Raron und Visp verantwortlich.

86 OBSAN. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. François HOEPFLINGER INAG, Institut Universitaire Âge et Générations. Prognose von Krankheiten und Pflegebedarf älterer Menschen. Projektskizze. Sion Januar 2002. Seite 4

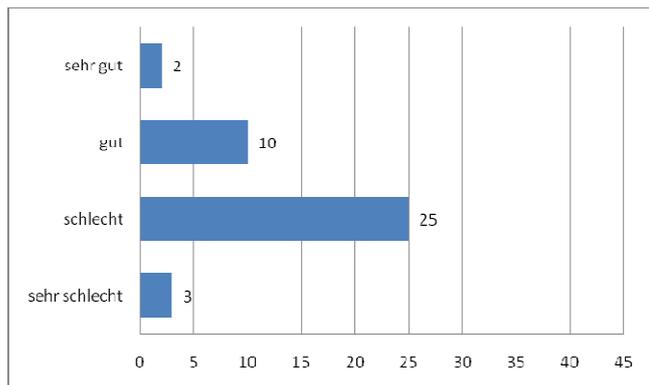
4.2. Das Leben vor dem APH-Eintritt (Fragebogen: Kapitel B)

In diesem Teil der Arbeit werden die Datenergebnisse der gesundheitlichen Situation der Probanden sowie eventuelle gedankliche Auseinandersetzungen der Probanden mit der Thematik APH vor dem effektiven Eintritt dargestellt.

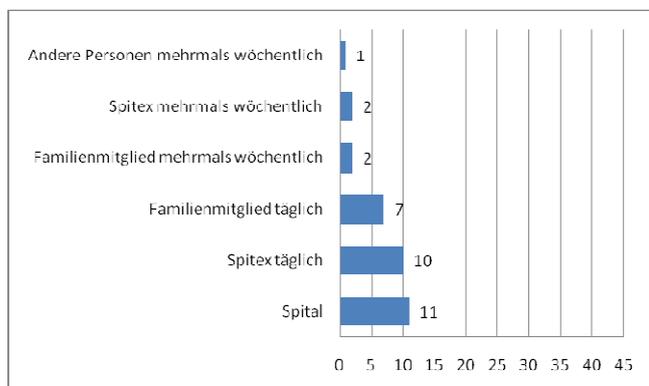
4.2.1. Gesundheitszustand der Probanden vor dem Eintritt ins APH

Es kann angenommen werden, dass für einige Probanden der Eintritt in ein APH überraschend und schnell erfolgt ist. Ebenso kann davon ausgegangen werden, dass sich bei über der Hälfte der Probanden der Eintritt in ein APH auf Grund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen abzeichnet hat. Die negativen Antworten, schlechter Gesundheitszustand, entsprechen exakt zwei Dritteln aller Antworten ($n = 28$ von 42) (Bei einer Person wurde auf diese Frage leider keine Antwort erfasst). 25 Probanden antworteten mit „Schlecht“ und weitere drei Personen mit „Sehr schlecht“. Von den 28 Personen, welche drei Monate vor dem APH-Eintritt gesundheitlich angeschlagen gewesen sind, haben fast alle ($n = 26$ von 42) angegeben, dass sie zu diesem Zeitpunkt pflegebedürftig waren. 12 Probanden ($n = 12$ von 42) waren nicht pflegebedürftig und zwei Personen ($n = 2$ von 42) konnten aus kognitiven Gründen auf diese Frage keine Auskunft mehr geben. Knapp ein Drittel ($n = 12$ von 42) konnten auf die Frage, nach ihrem Gesundheitszustand drei Monate vor dem APH-Eintritt, eine positive Antwort geben (guter Gesundheitszustand).

In dieser Grafik ist dargestellt, wer die pflegebedürftigen Probanden betreut hat. Von den 26 Personen, die angegeben haben vor dem APH-Eintritt gepflegt worden zu sein, mussten etwas weniger als die Hälfte ($n = 11$ von 26) während eines Spitalaufenthalts umsorgt werden. Die Hälfte dieser pflegebedürftigen Probanden ($n = 13$ von 26) wurde von Familienangehörigen und / oder der Spitex gepflegt und wiederum die Mehrheit dieser 13 Personen



Grafik 13 Gesundheitszustand der Probanden 3 Monate vor dem APH-Eintritt ($n = 42$)



Grafik 14 Pflegepersonen der Probanden vor dem APH-Eintritt (Mehrfachantworten möglich) ($n = 26$)

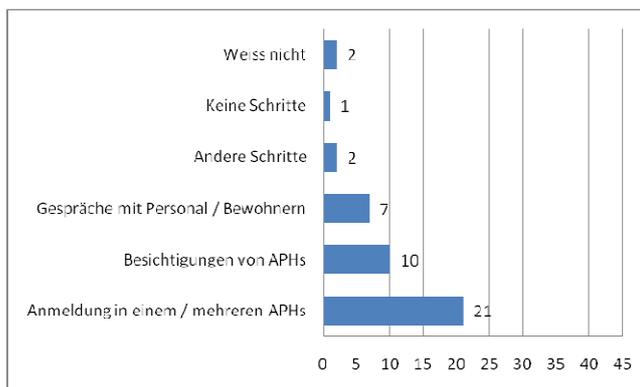
wurde sowohl von Familienangehörigen unterstützt, als auch von der Spitex betreut.

Ein Drittel von den 12 Personen (n = 4 von 12), die keine Pflege benötigen haben, haben sich selber versorgen können. Etwas mehr als ein Drittel (n = 5 von 12) benötigten keine tägliche Selbstpflege.

4.2.2. Gedankliche Auseinandersetzung mit der Thematik APH

Auf die Frage, ob die Probanden sich vor dem Eintritt in ein APH schon gedanklich damit auseinandergesetzt haben, wurden folgende Antworten gegeben: Weniger als die Hälfte der Probanden (n = 17 von 41) antworteten auf diese Frage mit „Nein“. Von diesen 17 Personen sind zwei Probanden (n = 2 von 17) mit der aktuellen Situation im APH nicht zufrieden. Die restlichen Probanden, welche sich schon früher mit dem APH auseinandersetzten, wurden gefragt, wieso sie sich Gedanken zu einem eventuellen APH-Eintritt gemacht hatten. Fast alle (n = 22 von 24) nannten die Vorsorge als Hauptgrund. Bei zwei Personen von den 43 Probanden wurde auf diese Frage leider keine Antwort erfasst.

Auf die gedankliche Auseinandersetzung folgten die ersten konkreten Schritte. Fast alle Probanden (n = 21 von 24), die sich mit dem Thema auseinandersetzten, meldeten sich vorgängig in einem APH an. Das heisst, knapp die Hälfte aller Probanden (n = 21 von 43) waren vor dem Eintritt effektiv in einem APH angemeldet. Interessant ist die Verbindung dieser Frage mit der Zufriedenheit der aktuellen Lebenssituation. Von den 21 Menschen, die sich vorzeitig in einem APH angemeldet hatten, waren zum Zeitpunkt der Befragung lediglich zwei Probanden mit der aktuellen Lebenssituation im APH nicht zufrieden.⁸⁷



Grafik 15 Erste Schritte der Probanden vor dem APH-Eintritt (Mehrfachantworten möglich) (n = 24)

ZUSAMMENFASSUNG Das Leben vor dem APH-Eintritt: Zwei Drittel aller befragten Personen betrachteten ihren Gesundheitszustand drei Monate vor dem APH-Eintritt als „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Für die Hälfte dieser kamen Familienangehörige und die Spitex für die Pflege und Versorgung auf. Die restlichen Personen waren zu diesem Zeitpunkt in Spitalaufenthalt.

Mehr als die Hälfte (n = 24 von 43) der Probanden haben sich schon vor dem Eintritt mit dem APH gedanklich auseinandergesetzt. Davon haben sich 21 Probanden in einem APH angemeldet. Sieben Probanden von den 21 Probanden waren zum Zeitpunkt der APH-Anmeldung ihrer Einschätzung nach in einer guten gesundheitlichen Verfassung. Zwei von den 21 Probanden waren zum Zeitpunkt der

⁸⁷ Datentabelle liegt im Anhang ab Seite 101 „Ergänzende Tabellen zum Kapitel 4 Datenanalyse / Profil der Probanden“ bei.

Befragung mit der aktuellen Situation im APH nicht zufrieden. Von den 17 Probanden, die sich nicht mit dem APH beschäftigt hatten, waren ebenfalls zwei Probanden mit der aktuellen Situation im APH unzufrieden.

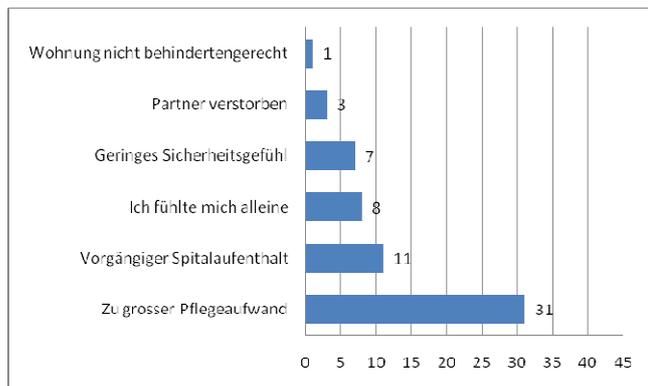
4.3. Eintritt ins APH (Fragebogen: Kapitel C)

Dieser Teil der Datenanalyse widmet sich dem wichtigen Entscheid in ein APH einzuziehen. Hier wird der Grund für den APH-Eintritt und die am Entscheid beteiligten Personen eruiert. Weiter habe ich bei den Probanden um die persönliche Einschätzung betreffend die Zufriedenheit in Bezug auf den APH-Eintritt nachgefragt.

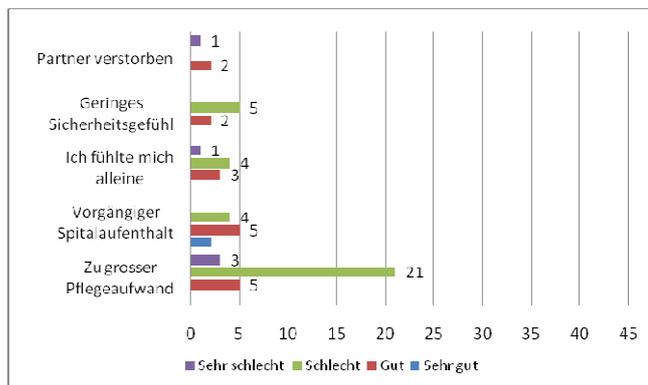
4.3.1. Grund für den APH-Eintritt und die dabei beteiligten Personen

Die Befragten nennen sehr vielseitige Gründe für den Eintritt in ein APH, obwohl in der Theorie darauf verwiesen wurde, dass die allermeisten Eintritte aufgrund der Pflegebedürftigkeit zustande kommen. Drei Viertel der Probanden (n = 31 von 43) gaben den Pflegeaufwand als den Hauptgrund an. Dass die Pflegebedürftigkeit bei drei Viertel der Antwortenden nicht einen höheren Stellenwert einnimmt, könnte damit zusammenhängen, dass zum Zeitpunkt der Befragung die ausgewählten Probanden gesundheitlich weniger stark eingeschränkt waren als der national oder kantonstatistisch erfasste Durchschnitt (Untervertretung der Probanden mit BESA 3 und 4). Nebst der Pflegebedürftigkeit war für 8 Personen (n = 8 von 43) die Einsamkeit ein ausschlaggebender Faktor und bei einem Viertel der Probanden (n = 11 von 43) war ein vorgängiger Spitalaufenthalt mitentscheidend für den Eintritt ins APH.

Die Mehrheit der Probanden gab an, dass



Grafik 16 Grund für den APH-Eintritt (Mehrfachantworten möglich) (n = 43)



Grafik 17 Grund für den APH-Eintritt und der Gesundheitszustand 3 Monate vor dem Eintritt (Mehrfachantworten möglich) (n = 43)⁸⁸

⁸⁸ Datentabelle liegt im Anhang auf Seite 102, Ergänzende Tabellen zum Kapitel 4 Datenanalyse / Eintritt ins APH bei.

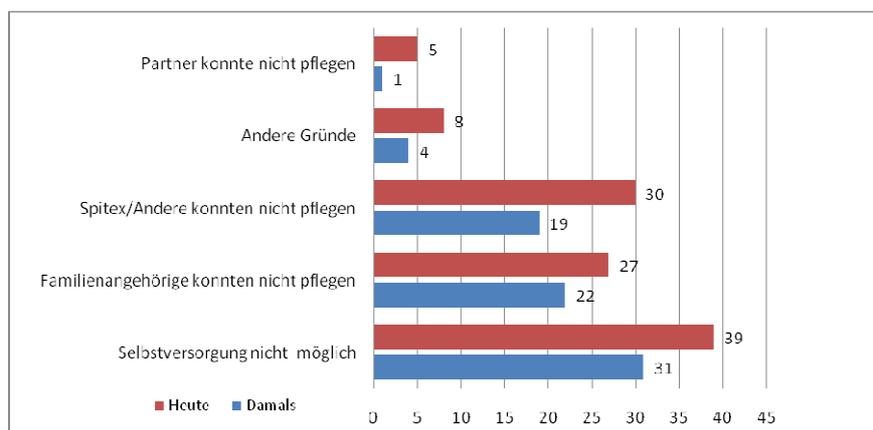
ihr Gesundheitszustand drei Monate vor dem Eintritt ins APH schlecht bis sehr schlecht war. (schlecht: n = 25 von 42) (sehr schlecht: n = 3 von 42) Diese Momentaufnahme hat sich sehr ähnlich auf den Grund für den APH-Eintritt übertragen, da 31 Probanden mitteilten, dass sie unter anderem auf Grund der Pflegebedürftigkeit ins APH eingetreten sind.

Drei Viertel der Probanden (n = 30 von 43) haben selber aktiv mitentschieden in ein APH zu ziehen und bei 18 Probanden (n = 18 von 43) waren Familienangehörige bei diesem Entscheid mitbeteiligt oder gar entscheidend. Fast ein Drittel der Befragten (n = 15 von 43) nannte auch den Arzt als einflussreiche Person.

4.3.2. Beurteilung der Probanden betreffend den Entscheid für den APH-Eintritt

Die Probanden wurden von mir danach gefragt, wie sie damals, als sie ins APH eingezogen sind, diesen Entscheid einschätzt haben. Zwei Personen von den 43 Probanden mussten diese Frage mit „weiss nicht“ beantworten. Die Mehrheit (n = 35 von 41) empfanden diesen Schritt damals als eine gute Lösung, lediglich sechs Probanden (n = 6 von 41) waren mit der Entscheidung zum Zeitpunkt des Eintritts nicht zufrieden. Diese sechs Personen gaben an, dass sie für sich selber hätten sorgen können oder dass die Spitex für die Pflege hätte aufkommen können. Eine Person gab an, dass sie zu Familienangehörigen hätte ziehen wollen. Zum Zeitpunkt der Befragung empfanden alle Probanden (n = 43 von 43) den Entscheid in ein AHP einzutreten inzwischen als eine gute Lösung. Beim Vergleich von damals und heute spielt die Pflegebedürftigkeit bei zunehmendem Alter und zunehmender Aufenthaltsdauer im APH eine wichtige Rolle in Bezug auf die Einschätzung des Entscheids in ein APH zu ziehen. Die Gründe wonach der Entscheid sowohl damals als auch zum Zeitpunkt der Befragung eine gute Lösung darstellte, ist in der Grafik 18 Warum war der APH-Eintritt eine gute Lösung? dargestellt. Ein Proband gab an, dass die Pflege durch den Partner zum Zeitpunkt des APH-Eintritts nicht mehr möglich war. Diese

Tatsache bestärkt die Aussage, dass allgemein nur eine Minderheit der APH-Bewohner noch in einer Partnerschaft leben. Wie bereits im Profil der Probanden erwähnt, lebten zum Zeitpunkt der Befragung noch von 5 Probanden (n = 5 von 43) die Partner. Aus den Erfahrungen und aus der Theorie kann angenommen werden,



Grafik 18 Warum war der APH-Eintritt eine gute Lösung? (Mehrfachantworten möglich) (n = 43)⁸⁹

⁸⁹ Datentabelle liegt im Anhang ab Seite 102 „Ergänzende Tabellen zum Kapitel 4 Datenanalyse / Eintritt ins APH“ bei.

dass wenn die Partnerschaft noch bestehen würde, evt. ein Partner die Pflege des anderen übernehmen könnte.

ZUSAMMENFASSUNG Eintritt ins APH: Bei den Probanden waren die Gründe für den Eintritt in ein APH vielseitig. Mehr als zwei Drittel gaben die Pflegebedürftigkeit an. Weitere Gründe waren z.B. Einsamkeit oder das sinkende Sicherheitsgefühl zu Hause.

Zwei Drittel der Probanden gaben an, unabhängig von Drittpersonen sich für den Eintritt ins APH entschieden zu haben. Fast ein Drittel gab an, dass diese Entscheidung von Familienmitgliedern, Arzt oder anderen Personen gefällt oder mitentschieden wurde.

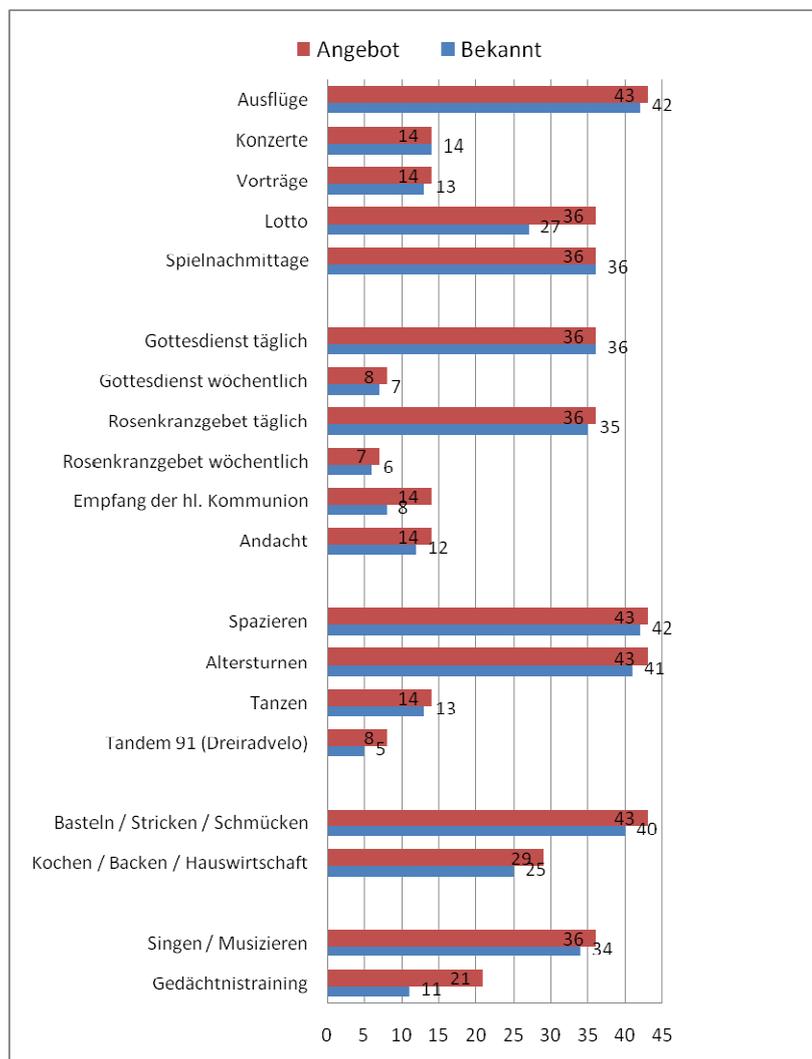
Zum Zeitpunkt der Befragung empfanden alle Probanden den Entscheid, damals in ein APH eingezogen zu sein, als die richtige Lösung.

4.4. Aktivitäten und Freizeitgestaltung im APH (Fragebogen: Kapitel D)

In diesem Kapitel liegt das Hauptinteresse vor allem auf den vom APH angebotenen Aktivitäten und an der Teilnahme der APH-Bewohner an diesen Aktivitäten.

4.4.1. Angebot und Bekanntheit der Aktivitäten bei den Probanden

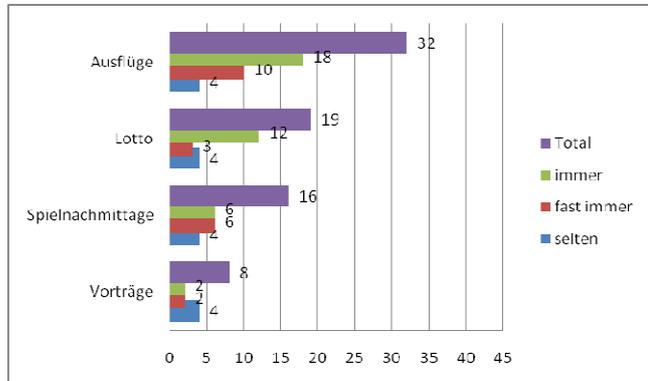
In der unten stehenden Grafik ist eine Auswahl der wichtigsten APH-Aktivitäten aufgelistet. Die Grafik zeigt das Angebot und die Bekanntheit der Aktivitäten. Das Angebot (rot dargestellt) umfasst alle Freizeitaktivitäten, welche mindestens in einem der sechs mitwirkenden APHs angeboten werden. In der Grafik (blau dargestellt) ist ersichtlich, wie viele Probanden wussten, dass diese Aktivitäten in ihrem APH angeboten werden. (5 APHs mit jeweils 7 Probanden und ein APH à 8 Probanden). Mit Ausnahme vom Gedächtnis-training (n = 11 von 21) sind alle angebotenen Aktivitäten der Mehrheit bekannt.



Grafik 19 Freizeitangebote im APH (Mehrfachantworten möglich)
(n = 7 bis 43)

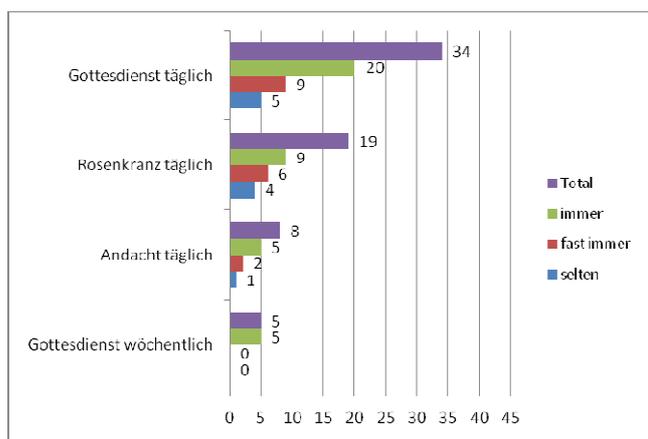
4.4.2. Teilnahme der Probanden an den Aktivitäten

Im Schnitt nimmt von den 43 Probanden jeder mindestens einmal und jeder Zweite mindestens zweimal an einer Aktivität im soziokulturellen Bereich teil.⁹⁰ Dieser soziokulturelle Bereich setzt sich aus folgenden Angeboten und Freizeitaktivitäten zusammen: Seniorennachmittage, Ausflüge, Besichtigungen, Konzerte, Spielnachmittage und Lotto. In allen sechs befragten APHs war die Beteiligung an den Ausflügen überdurchschnittlich hoch. In der Grafik ist ersichtlich, dass genau zwei Drittel der Probanden (n = 28 von 43) „fast immer“ bis „immer“ an den Ausflügen teilnahmen. Diese Ausflüge finden in keinem der beteiligten APHs mehr als einmal monatlich statt. Anders sieht das Ergebnis bei den Vorträgen aus. Diese wurden zum Zeitpunkt der Befragung nur in zwei APH angeboten, wobei die Beteiligung der Personen, welche „fast immer“ bis „immer“ teilnahmen unter einem Drittel lag (n = 4 von 14). Spielnachmittage und Lotto werden von fünf APHs angeboten. Das Mitmachen der Probanden liegt beim Lotto knapp unter der Hälfte („fast immer“ und „immer“ n = 15 von 36) und bei einem Drittel bei den Spielnachmittagen („fast immer“ und „immer“ n = 12 von 36). Im soziokulturellen Bereich liegt das Interesse vor allem bei den Ausflügen, beim Lotto und den Spielnachmittagen. Im Verhältnis von Angebot und Teilnahme nimmt an diesen Aktivitäten mehr als die Hälfte der Probanden teil.



Grafik 20 Teilnahme an kulturellen Anlässen (Mehrfachantworten möglich) (Ausflüge n = 43, Lotto und Spielnachmittage n = 36 und Vorträge n = 14)

Die Teilnahme der Probanden an den religiösen Aktivitäten (Gottesdienste, Rosenkrangebete, Andacht, Empfang der hl. Kommunion) liegt ähnlich wie bei den Aktivitäten im soziokulturellen Bereich. Mindestens einmal nimmt jeder Proband an einer der Aktivitäten teil; sowie jeder Zweite an mindestens zwei Aktivitäten mitmacht. In fünf der sechs angegangenen APHs wird täglich ein Gottesdienst gefeiert. Vier Fünftel der Befragten nehmen an diesen täglichen Gottesdiensten teil. In einem APH wird der Gottesdienst wöchentlich durchgeführt, auch hier nehmen mehr als die



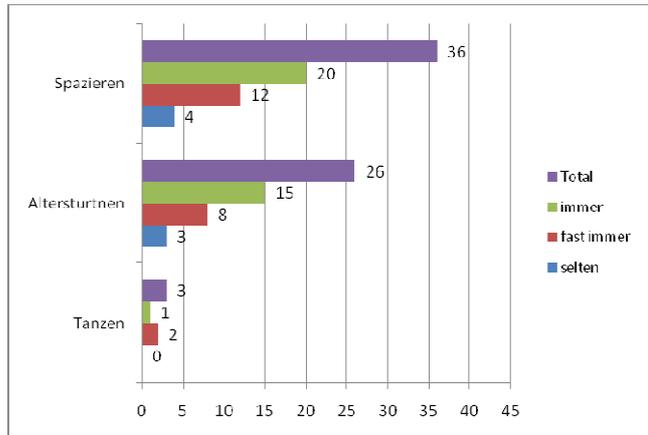
Grafik 21 Teilnahme an religiösen Anlässen (Mehrfachantworten möglich) (Gottesdienst t. und Rosenkranz t. n = 36, Andacht n = 14 und Gottesdienst wöchentlich n = 8)

⁹⁰ Ausser den Ausflügen finden die Aktivitäten im soziokulturellen Bereich monatlich oder gar wöchentlich statt

Hälfte der Probanden (n = 5 von 8) regelmässig teil. Die tägliche Andacht (n = 7 von 14) und der tägliche Rosenkranz (n = 15 von 36) werden von rund der Hälfte der Befragten regelmässig besucht.

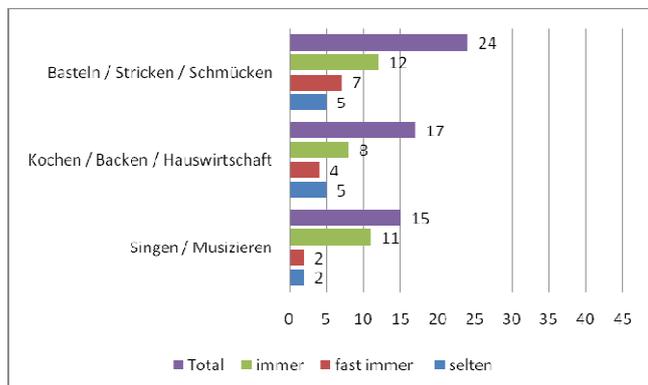
Das Spazieren ist die Aktivität mit der grössten Teilnahmequote überhaupt. Nur ein Bruchteil der Probanden (n = 4 von 42) geht nicht spazieren, dies ausschliesslich auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen (n = 4 von 4). Zudem gaben vier Probanden an, nur selten, aus gesundheitlichen Gründen, Spaziergänge zu unternehmen (n = 4 von 4). Betreffend

Altersturnen antworteten etwa die Hälfte der Probanden (n = 23 von 42) regelmässig (fast immer und immer) mitzumachen. Oft erwähnten die Probanden, dass sie gezielt bei den physischen Aktivitäten mitmachen, um ihren Körper und die Gesundheit zu fördern.⁹¹



Grafik 22 Teilnahme an physischen Aktivitäten (Mehrfachantworten möglich) (Spazieren und Altersturnen n = 43, Tanzen n = 14)

Die Aktivitäten im kreativen Bereich wurden nicht von jedem Probanden mindestens einmal besucht. Jedoch nahm eine Minderheit der Probanden zwei- und mehrmals an den Angeboten teil. Die Favoriten in diesem Bereich sind Basteln, Sticken und Schmücken („fast immer“ und „immer“: n = 19 von 43). Ähnlich sieht das Verhältnis in den hauswirtschaftlichen Tätigkeiten aus („fast immer“ und „immer“: n = 12 von 29). Fast ein Drittel der Befragten macht beim Singen und Musizieren mit (n = 13 von 36).



Grafik 23 Teilnahme an kreativen Anlässen (Mehrfachantworten möglich) (Basteln / Sticken / Schmücken n = 43, Singen / Musizieren n = 36 und Kochen / Backen / Hauswirtschaft n = 29)

⁹¹ Dies wurde jedoch während der Befragungen nicht statistisch festgehalten

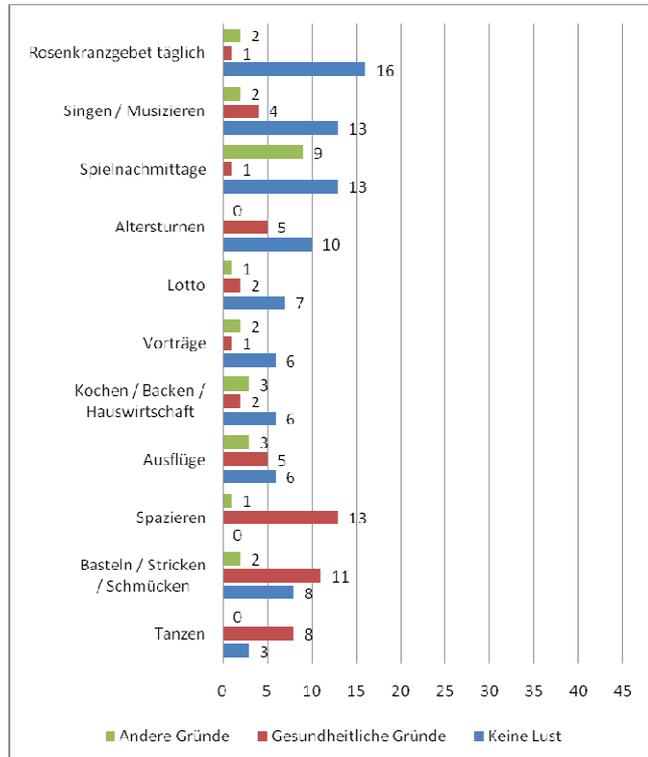
Auf die Frage, wieso sie als APH-Bewohner an den genannten Aktivitäten teilnehmen, wurde zu 90 % die Antwort „Lust“ genannt.⁹² Die restlichen Teilnahme-gründe betragen somit noch 10 % (n = 25 von 241).

Bei den Gründen für die Nicht-Teilnahme an den Aktivitäten wurde der Indikator „Keine Lust“ öfters angegeben als die Begründung „gesundheitliche Einschränkungen.“⁹³

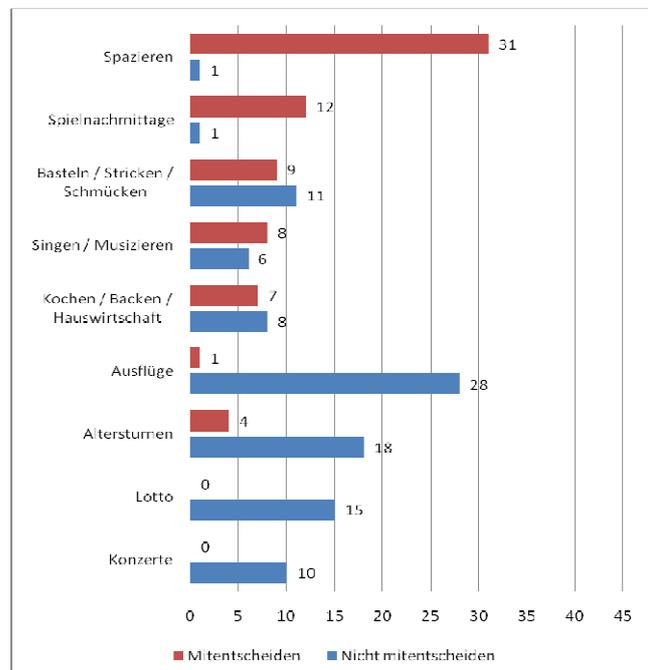
In der Grafik zeichnet sich die Tendenz ab, dass bei den physischen und feinmotorischen Aktivitäten mehrheitlich die gesundheitlichen Einschränkungen als Grund für die Nicht-Teilnahme genannt wurden (Spazieren: n = 13 von 14, Basteln, Stricken, Schmücken: n = 11 von 21, Tanzen: n = 8 von 11). Der Indikator „Keine Lust“ wurde in allen Bereichen (religiöse-, kreative-, physische- und kulturelle Aktivitäten) angegeben. Andere Gründe wurden oft bei den Spielnachmittagen erwähnt. Die Probanden berichteten, die Spiele oder die Regeln nicht zu kennen (n = 9 von 23).

4.4.3. Mitspracherecht der Probanden bei der Freizeitgestaltung

Im Zusammenhang mit den Aktivitäten, an denen die Probanden teilnehmen, wurde immer auch die Frage nach dem Mitspracherecht gestellt. Bei den meisten Freizeitangeboten (ca. 14 Angebote von Total 19 Aktivitäten) konnten die Bewohner nicht über den Inhalt und die Form der Aktivität mitentscheiden (Ausflüge: n = 28 von 32, Lotto: n = 15 von 19, Konzerte: n = 10 von 10). Diese Aktivitäten



Grafik 24 Gründe für die Nicht-Teilnahme an den Aktivitäten (Mehrfachantworten möglich) (n = 7-43)



Grafik 25 Konnten die Probanden bei Form und Inhalt der Aktivitäten mitentscheiden? (Mehrfachantworten möglich) (n = 1-32)

92 Von allen Probanden wurde 241 Mal eine regelmässige Teilnahme (fast immer / immer) an den Aktivitäten des gesamten Freizeitangebots genannt (n = 219 von 241)

93 Teilnahme selten / nie. „Keine Lust“: n = 98 von 198, gesundheitliche Einschränkungen: n = 62 von 198

wurden immer im gleichen Rahmen durchgeführt (sowohl religiöse Anlässe als auch kulturelle Aktivitäten). Bei den kreativen und physischen Freizeitaktivitäten, sofern diese vom APH angeboten wurden, bestand für die Probanden die Möglichkeit ihre Wünsche in das Angebot mit einzubringen (Spazieren: n = 31 von 38, Spielnachmittage: n = 12 von 16, ... Altersturnen: n = 4 von 26).

ZUSAMMENFASSUNG Aktivitäten und Freizeitgestaltung im APH:

Das Freizeitangebot ist den Probanden grösstenteils bekannt. Über 14 Freizeitangebote und Aktivitäten von insgesamt 19 finden in den meisten mitwirkenden APHs regelmässig (mindestens einmal wöchentlich) statt. Zehn dieser Angebote sind jeweils der Hälfte der Befragten (n = 25-42 von 29-43) bekannt.

Spitzenreiter bei den am meisten teilgenommenen Angeboten sind die Ausflüge, die religiösen Anlässe und im Bewegungsbereich das Altersturnen und die Spaziergänge. Alle Probanden, welchen es die körperlichen Einschränkungen zulassen, nehmen am Spazieren teil.

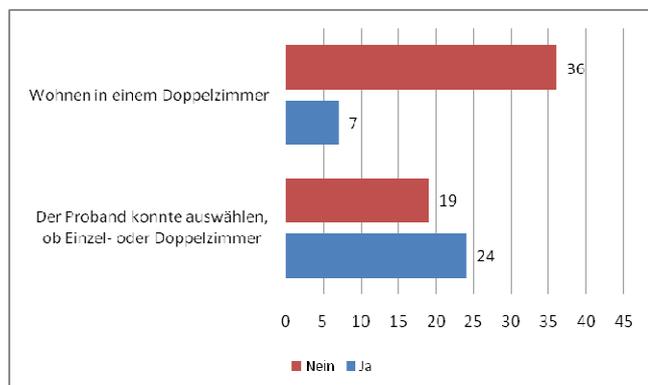
Die Teilnahme an den Aktivitäten begründeten die Bewohner meistens mit „Lust“. Niemand nimmt auf Anregung von Familienangehörigen oder Mitbewohnern an den Aktivitäten teil und nur wenige Probanden auf Anregung des Pflegepersonals. Bei den Gründen für die Nicht-Teilnahme an den Aktivitäten wurde die Antwortmöglichkeit „Keine Lust“ öfter genannt als die Begründung „gesundheitliche Einschränkungen“.

Das Mitspracherecht der Probanden bei den Freizeitangeboten kann oder wird in einzelnen Aktivitäten wie Singen, Spazieren und den Spielnachmittagen berücksichtigt.

4.5. Zimmergestaltung (Fragebogen: Kapitel E)

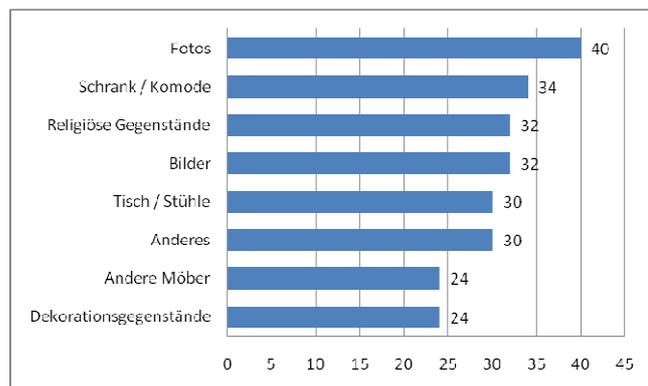
„Das Zimmer wird im APH zum Zentrum der Welt.“⁹⁴ Bei dieser Aussage von Isabelle Mallon erhält die Gestaltung des Zimmers ein hohes Gewicht bei der Integration des Probanden ins APH. Als Resümee persönlichen und familiären Lebens stellt das Zimmer einen wichtigen Faktor in Bezug auf das Wohlfühlen der Bewohner im APH dar. Bei der Befragung habe ich meine Aufmerksamkeit der Wiederherstellung heimisch vertrauter Geborgenheit gewidmet, d.h. ich versuchte anhand meiner Befragungen herauszufinden, ob es den Probanden gelungen ist, sich in ihrem Zimmer wie zu Hause oder annähernd wie zu Hause „wohl“ zu fühlen.

Der Hauptteil der Probanden (n = 36 von 43) leben in einem Einzelzimmer, nur wenige (n = 7 von 43) wohnen in einem Doppelzimmer. Knapp die Hälfte der Probanden (n = 19 von 43), einschliesslich den sieben Probanden mit Doppelzimmern, konnte nicht selber entscheiden, ob sie in einem Doppel- oder Einzelzimmer wohnen wollten. Aus diesen beiden Beobachtungen und aus den Aussagen der Heimverantwortlichen lässt sich schliessen, dass in mehreren APHs vorwiegend Einzelzimmer zur Verfügung stehen.



Grafik 26 Einzel- oder Doppelzimmer für die Probanden (n = 43)

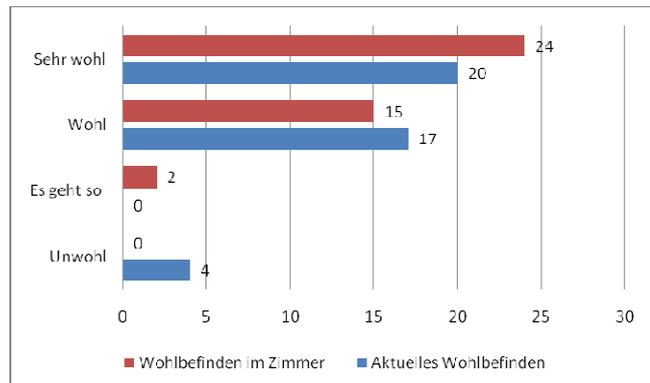
Betreffend der Gestaltung des Zimmers entschieden zwei Drittel der Probanden (n = 33 von 43) selber, wie sie ihr Zimmer einrichten wollten. Bei sechs Personen (n = 6 von 43) entschied die Partner oder Familienangehörige über die Zimmereinrichtung. Die restlichen Befragten gaben auf diese Frage keine Antwort oder wussten nicht mehr genau, wer damals entschieden hatte. Über zwei Drittel der Probanden brachten von zu Hause kleinere Gegenstände und Besitztümer mit, die helfen sollte das Zimmer persönlicher zu gestalten. Wie in der Grafik ersichtlich ist, nahmen fast alle Probanden Fotos (n = 40 von 43) und ca. zwei Drittel einen Schrank / Kommode (n = 34 von 43), Bilder und religiöse Gegenstände (n = 32 von 43) mit.



Grafik 27 Was nahmen die Probanden von zu Hause mit? (Mehrfachantworten möglich) (n = 43)

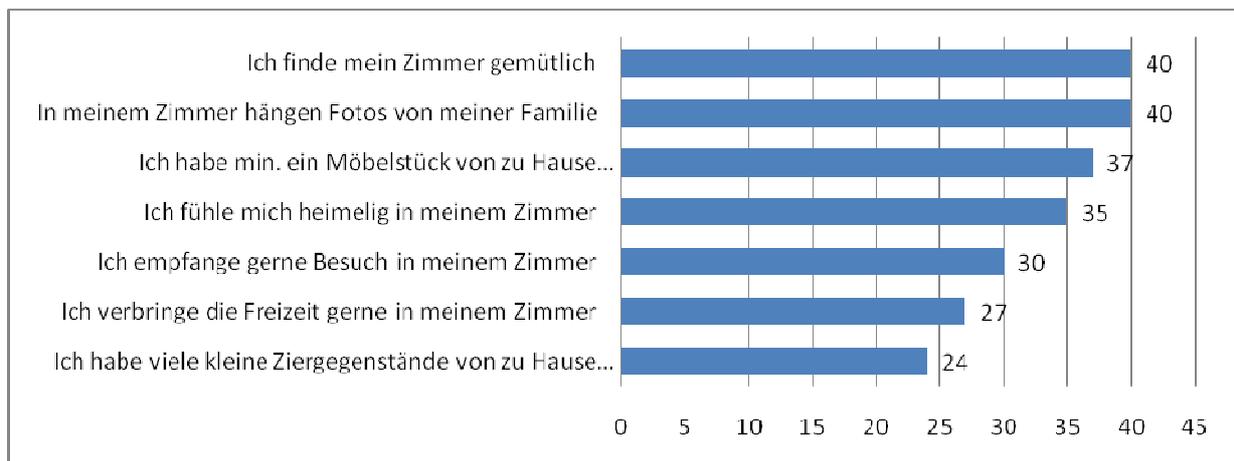
94 MALLON Isabelle. Vieillir en institution. Des vieux en maison de retraite : savoir reconstruire un « chez-soi » Empan Nr. 52. Université Lumière Lyon II. 2007. S 127

Ungefähr die Hälfte der befragten Personen fühlen sich im APH und in ihrem Zimmer „sehr wohl“ (n = 20/24 von 42). Ein Drittel fühlt sich im APH und im Zimmer „wohl“ (n = 15/17 von 42) und zwei Personen haben die Frage auf das Wohlbefinden im Zimmer mit „es geht so“ beantwortet. Niemand der Befragten fühlte sich in seinem Zimmer „unwohl“.



Grafik 29 Wohlbefinden der Probanden im Zimmer und aktuelles Wohlbefinden (n = 42)⁹⁵

Ebenfalls ein eindeutiges Bild zeigt diese Grafik. Die Mehrheit der Befragten (n = 35 von 43) fühlt sich heimelig in ihrem Zimmer und fast alle (n = 40 von 43) finden ihr Zimmer gemütlich.



Grafik 28 Aussagen der Probanden zum Wohlbefinden im Zimmer (Mehrfachantworten möglich) (n = 43)

ZUSAMMENFASSUNG Zimmergestaltung:

Der Hauptteil der Probanden lebt in einem Einzelzimmer und mehr als die Hälfte der Probanden (n = 24 von 43) konnte ihrer Ansicht nach selber entscheiden, ob sie in ein Einzel- oder Doppelzimmer einziehen wollten.

Drei Viertel der Probanden haben ihrer Meinung nach selber entschieden, wie sie ihr Zimmer einrichten wollten. Ebenso viele haben religiöse Gegenstände, Kommoden und Fotos von zu Hause mitgebracht.

Fast alle befragten APH-Bewohner fühlten sich in ihren Zimmern „wohl“ und finden ihr Zimmer gemütlich.

⁹⁵ Datentabelle liegt im Anhang ab Seite 103 „Ergänzende Tabellen zum Kapitel 4 Datenanalyse / Zimmergestaltung“ bei.

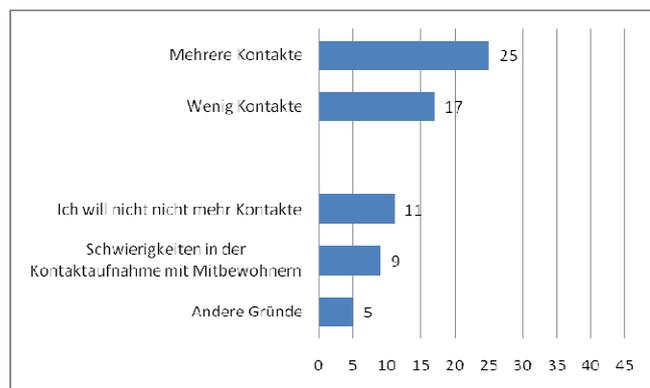
4.6. Soziale Kontakte (Fragebogen: Kapitel F)

In diesem Kapitel liegt das Interesse auf den Beziehungen der Probanden. Da es während einer ungefähr einstündigen Befragung schwierig ist die zwischenmenschlichen Beziehungen näher zu untersuchen, habe ich mich vor allem auf quantitative Informationen konzentriert.

4.6.1. Kontakte zu Mitbewohnern

Über die Hälfte der Probanden (n = 25 von 43) hat mehrere Kontakte⁹⁶ zu anderen APH-Bewohnern, alle anderen (n = 17 von 43) haben wenig Kontakte zu anderen APH-Bewohnern, aber niemand hat keine Kontakte zu den Mitbewohnern. Die Grafik zeigt die Gründe, wieso 17 Probanden nur wenig Kontakte haben. Besonders auffallend ist, dass die Mehrheit der 17 Personen (n = 11 von 17) nicht mehr Kontakte wünschen. Neun Personen (n = 9 von 17) haben geantwortet, dass es schwierig ist mit anderen Personen im APH aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen in Kontakt zu treten. Von diesen neun Probanden war der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung bei einer Person „schlecht“ und bei acht Personen „gut“ bis „sehr gut“. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Probanden unter anderem den Gesundheitszustand der Mitbewohner als hinderlich empfanden und weniger den eigenen.

Von den Probanden mit mehreren Kontakten zu anderen APH-Bewohnern, haben fast alle zwei Gründe genannt: Sie wollen Kontakte zu anderen Mitbewohnern pflegen (n = 23 von 25) und verbringen ihre Zeit gerne in Gesellschaft und mit den anderen Bewohnern (n = 24 von 25).



Grafik 30 Kontakte zu Mitbewohnern (Mehrere / Weniger Kontakte n = 43) (Gründe wieso die Probanden nicht mehr Kontakte haben) (Mehrfachantworten möglich) (n = 17)

4.6.2. Kontakte zum Pflegepersonal

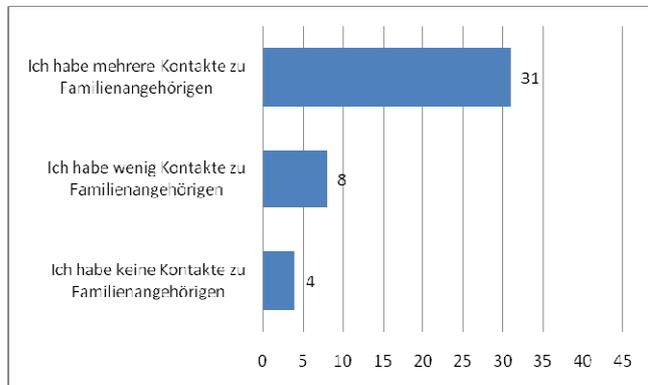
Bei den Fragen zu den Kontakten zum Pflegepersonal habe ich unterschieden zwischen den nötigen Pflegekontakten, welche bei allen APH-Bewohnern stattfinden, und den zusätzlichen Gesprächen und Begegnungen. Fast jeder Proband (n = 39 von 43) pflegt mehrere Kontakte

⁹⁶ „Mehrere Kontakte“ wurde nicht mit einer Anzahl Kontakten definiert. Die Probanden hatten immer die Auswahl zwischen keine-, wenige- und mehrere Kontakte. Jeder musste individuell einschätzen, welche Antwortmöglichkeit zutrifft. Somit stimmt für jeden Probanden seine Antwort.

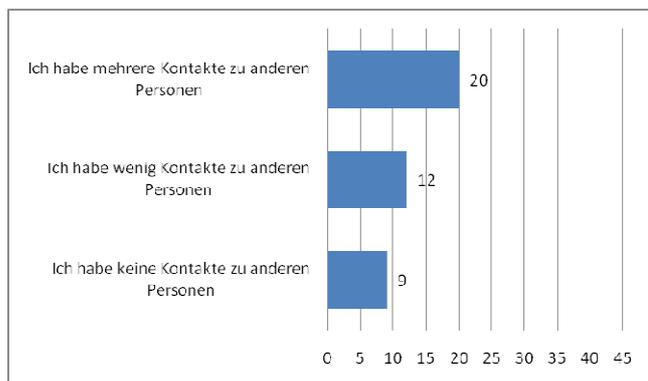
zum Personal. Von diesen 39 Probanden teilten 37 mit, dass sie den Kontakt pflegen (n = 37 von 39) und 34 Mal wurde geantwortet, dass sie das Pflegepersonal schätzen (n = 34 von 39). Die Probanden, welche angaben nur wenig Kontakt zum Pflegepersonal zu unterhalten (n = 4 von 43), gaben hierfür folgende Begründungen an: Eine Person (n = 1 von 4) nannte den Zeitdruck des Personals; eine weitere Person ging davon aus, dass das Pflegepersonal sie nicht mag und drei Mal (n = 3 von 4) wurden andere Gründe erwähnt, auf welche die Probanden nicht weiter eingehen wollten. Somit ist bewiesen, dass die Probanden den Kontakt zum Pflegepersonal, abgesehen von den nötigen Pflegekontakten, suchen und schätzen.

4.6.3. Kontakte zu anderen Personen

Bei den Kontakten zu Familienangehörigen und anderen Personen weisen die Auswertungsergebnisse im Vergleich mit den Mitbewohnern und dem Personal auf ein differenzierteres Bild hin. Die Mehrheit der Probanden (n = 31 von 43) hat mehrere Kontakte zu Familienangehörigen. Es gibt aber auch 4 Personen (n = 4 von 43), welche gar keine Kontakte zu Familienangehörigen pflegen. Im Gegensatz zu den Kontakten mit den Mitbewohnern und dem Personal habe ich an dieser Stelle den Probanden keine weiteren Fragen gestellt, um ihre Privatsphäre zu respektieren. Ähnlich verhält es sich auch bei den Kontakten zu anderen Personen. Fast ein Viertel der Probanden (n = 9 von 43) hat gar keine Kontakte zu externen Personen und nahezu die Hälfte der Probanden (n = 20 von 43) pflegt diese Kontakte regelmässig.



Grafik 31 Kontakte zu Familienangehörigen (n = 43)

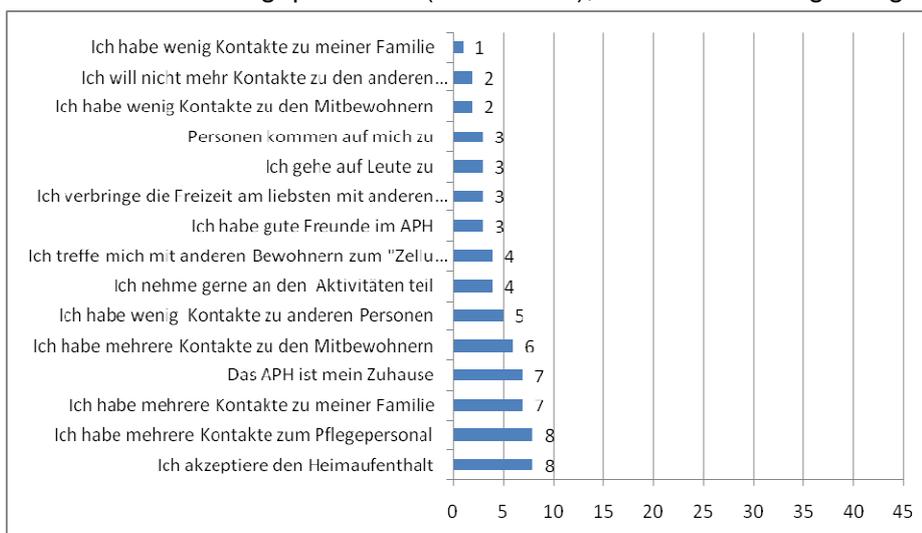


Grafik 32 Kontakte zu anderen Personen (n = 41)

4.6.4. Soziale Kontakte bei Probanden, die sich vor dem Eintritt alleine fühlten

Um herauszufinden, ob die Probanden, welcheangaben aus Einsamkeit ins APH eingetreten zu sein (n = 8 von 43), nun im APH Kontakte pflegen, werden in folgender Grafik diese acht Probanden in Bezug auf die Sozialkontakte im APH aufgezeigt. Praktisch alle Probanden, welche sich alleine fühlten, akzeptierten zum Zeitpunkt der Befragung den Heimaufenthalt (n = 8 von 8) und nannten das APH als ihr neues Zuhause (n = 7 von 8). Diese acht Probanden pflegen mehrheitlich Kontakte zum Pflegepersonal (n = 8 von 8), zu Familienangehörigen (n = 7 von 8) und zu den Mitbewohnern (n = 6 von 8). Drei Probanden (n = 3 von 8) haben im APH gute Freunde gefunden, im Vergleich mit der gesamten Anzahl Probanden gaben zehn Personen (n = 10 von 43) an, im APH gute

Freunde gefunden zu haben.



Grafik 33 Soziale Kontakte bei Probanden die sich vor dem Eintritt alleine fühlten (n = 8)

ZUSAMMENFASSUNG Soziale Kontakte: Weniger als die Hälfte der Probanden gaben an wenig Kontakte zu anderen Mitbewohnern zu unterhalten. Die Hauptgründe hierfür sind die Zurückhaltung, sie wollen nicht mehr Kontakte oder es ist schwierig, aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen untereinander zu kommunizieren. Mehr als die Hälfte der Probanden hat mehrere Kontakte zu anderen Mitbewohnern.

Die meisten Probanden pflegen, nebst dem nötigen Pflegekontakt zusätzliche Kontakte zum Pflegepersonal und mögen das Pflegepersonal oder den Austausch untereinander.

Fast ein Zehntel der Probanden hat keinen Kontakt zu Familienangehörigen und ein Viertel der Probanden hat keinen Kontakt zu anderen externen Personen.

Auf die Frage, ob sie im APH richtige Freunde gefunden haben, antwortete ca. ein Viertel der Personen (n = 10 von 43) mit „Ja“.

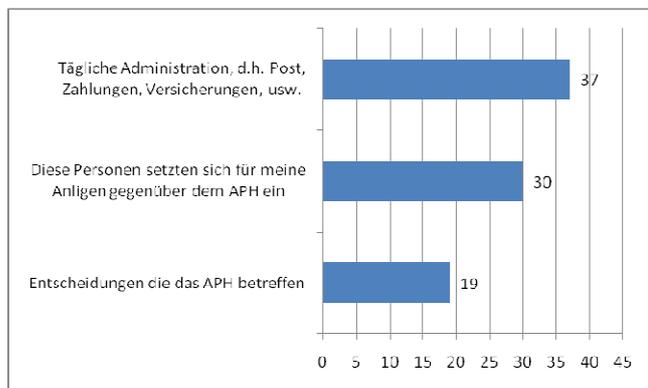
23 Probanden verbringen die Freizeit am liebsten alleine.

4.7. Bezugsperson (Fragebogen: Kapitel G)

Die Mehrheit der Probanden (n = 37 von 43) hat eine externe Person, welche für sie als Vertrauensperson amtiert und verschiedene Aufgaben wie Erledigung der Administration sowie als Vermittler zwischen dem APH und ihnen als Bewohner beisteht. Sechs Probanden (n = 6 von 43) haben keine Kontaktperson. Die sechs Personen haben dies damit begründet, dass sie ihre Administration selber erledigen. Eine Person hat explizit betont, dass sie alle zu treffenden Entscheide selber beschliesse.

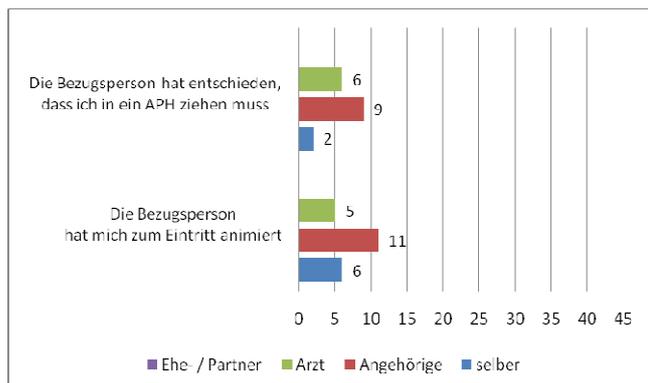
Von den Probanden mit einer Kontaktperson kommt wiederum die Mehrheit der Bezugspersonen (n = 33 von 37) aus dem familiären Umfeld. Bei 3 Probanden ist dies ein Bekannter (n = 3 von 37) und bei einer Person ist es eine andere Person (n = 1 von 37). 34 Probanden (n = 34 von 36) haben einen guten sozialen Bezug zu dieser Person; ein Proband antwortete auf diese Frage mit „es geht so“ und für eine Person ist der Kontakt „schlecht“. (n = 1 von 36) Eine weitere Person hat auf diese Frage nicht geantwortet.

Die Bezugspersonen erledigen bei allen Probanden die täglich anfallende Administration (n = 37 von 37). Eine Mehrheit der Probanden (n = 30 von 37) gab an, dass sich die Kontaktperson für ihre Anliegen gegenüber dem APH einsetzen würde und bei knapp der Hälfte (n = 19 von 37) übernehmen die Bezugspersonen für die APH-Bewohnern die Entscheidungen in Zusammenhang mit dem APH.



Grafik 34 Art der Unterstützung durch die Bezugsperson (n = 37)

Auf die Frage, ob die Kontaktperson beim Entscheid, in ein APH einzuziehen mitbeteiligt war, antworteten etwas mehr als die Hälfte der Probanden (n = 21 von 36) mit „Nein“ und die anderen Probanden (n = 15 von 36) mit „Ja“. Von diesen 15 Probanden gab die Mehrheit (n = 12 von 15) an, dass sie von der Kontaktperson zu einem Eintritt angeregt wurden und bei zwei Drittel dieser Personen (n = 10 von 15) entschied die Kontaktperson, dass der Proband in ein APH ziehen muss. In der Grafik wurde die Beteiligung der Bezugsperson am APH-Eintritt mit der Person, welche damals für den APH-Eintritt des Probanden entschieden hat,



Grafik 35 Beteiligung der Bezugsperson am APH-Eintritt (n = 15)⁹⁷

97 Datentabelle liegt im Anhang auf Seite 103 „Ergänzende Tabellen zum Kapitel 4 Datenanalyse / Bezugsperson“ bei.

gekreuzt. Wie bereits erwähnt, zeigt diese Grafik ebenso, dass die meisten Bezugspersonen Familienangehörige sind.

ZUSAMMENFASSUNG Bezugsperson: 37 von 43 Probanden haben eine Bezugsperson im APH

Bei drei Viertel aller Probanden kommt die Kontaktperson aus dem familiären Umfeld und ebenfalls drei Viertel der Probanden pflegen eine gute Beziehung zu ihrer Bezugsperson.

Bei fast allen Probanden erledigen die Bezugspersonen die tägliche Administration und setzen sich für die Anliegen der Probanden gegenüber dem APH ein.

Fast die Hälfte der Bezugspersonen entschied für die Probanden die Angelegenheiten betreffend APH. Bei 10 Probanden hat die Kontaktperson entschieden, dass der Proband in ein APH ziehen muss.

5. INTEGRATIONSBEREICHE UND INTEGRATIONSZUSTAND DER PORBANDEN ZUM ZEITPUNKT DER BEFRAGUNG

Zur Erinnerung möchte ich an dieser Stelle die für diese Arbeit gültige Definition von „Sozialer Integration“ wiedergeben: „Die soziale Integration ist die Teilhabe und Teilnahme einer Heimbewohnerin, eines Heimbewohners am sozialen Austausch im privaten und institutionellen Bereich. Die Person ist dabei einbezogen in informell und formell organisierte Aktivitäten und unterhält Kontakte mit Menschen im und ausserhalb des APHs.“ Diese Definition lehnt sich stark an diejenige von Merz und Walser an.⁹⁸

Die Integrationsbereiche zeigen die Verbindung der verschiedenen Bereiche (Aktivitäten im APH, soziale Kontakte, Zimmergestaltung.) und deren Intensität auf. Die Bereiche stellen die quantitativen Indikatoren dar und die Intensität deren Ausprägung (Ausprägung seitens des APHs und seitens der Bewohner). Im APH setzen sich die Integrationsbereiche zwischen den Interaktionen der Heimbewohner, deren Status und den Bereichen zusammen.

98 MERZ, A. & WALSER, F.: Soliwork – Beschäftigungsprogramm für ausgesteuerte Langzeitarbeitslose. Zürich, Sozialdepartement der Stadt Zürich, 1996. S. 48

5.1. Die beobachteten Integrationsbereiche

Meine Aufmerksamkeit lag während des Forschungsprozesses auf den drei folgenden Bereichen: Aktivitäten und Freizeitgestaltung, Zimmergestaltung sowie den sozialen Kontakten im und ausserhalb des APHs.

Der Bereich Aktivitäten und Freizeitgestaltung wird von allen sechs mitmachenden APHs bewusst gefördert. Vor der Feldforschung konnte ich mit allen APHs Gespräche führen und teils die Angebote selber besichtigen. In allen sechs APHs wurden Personen speziell für die Organisation und Durchführung von Freizeitaktivitäten eingesetzt. Bereits werden hierfür auch schon professionell ausgebildete Soziokulturelle Animatoren engagiert. Die Angebotspalette ist bei allen im Oberwaliser Rhonetalgrund liegenden APHs (siehe Grafik Seite 35) breit und vielseitig gefächert. Die vorgängigen Gespräche und Besichtigungen und die effektive Feldforschung ergaben fünf Arten von Aktivitäten: kulturelle, religiöse, kreative, physische und spielerische Aktivitäten. Die APHs haben erkannt, dass bei der Freizeitgestaltung die Bewohner gefördert und bei der Integration unterstützt werden können.

Wie das Freizeitangebot in anderen Oberwalliser APHs aussieht, lässt sich aus dieser Studie nicht ableiten. Es ist wichtig, sich bewusst zu sein, dass APHs im Talgrund hinsichtlich ihrer Grösse und anderen Faktoren nicht mit den Heimen in Berggemeinden vergleichbar sind. Abschliessend lässt sich mit Bestimmtheit sagen, dass alle sechs APHs die Freizeitgestaltung fördern und in eine ähnliche Richtung gehen, wie dies an den Hochschulen der sozialen Arbeit (Soziokulturelle Animation) gelehrt wird.

Seitens der Zimmereinrichtung wurden von den APHs Bedingungen an die Bewohner gestellt. Alle sechs APHs bestanden darauf, dass die Bewohner aus pflegerischen Gründen in Pflegebetten der APH schlafen. Einige Heime stellten auch Nachttischchen und ähnliche Möbelstücke zur Verfügung und in manchen Zimmern waren Einbauschränke vorhanden. Ansonsten gaben die APH-Verantwortlichen immer an, offen für die Mitnahme von persönlichen Gegenständen und Möbelstücken zu sein. Einschränkungen bei der Zimmergestaltung sind von der Grösse und der räumlichen Aufteilung (Bad, Waschbecken, Fenster, ...) der Zimmer abhängig. Mehrmals wurde seitens der APHs erwähnt, dass sie froh sind, wenn eine angehörige Person dem Bewohner bei der Einrichtung behilflich sei. Inwiefern die APHs die Bewohner bei der Zimmereinrichtung unterstützten wurde nicht abgeklärt.

Der dritte Bereich umfasst die sozialen Kontakte. Diese wurden vor allem bei den APH-Bewohnern untersucht. Möglichkeiten für das Heim die Kontakte zu fördern, ergeben sich in den alltäglichen Gelegenheiten wie z.B. beim Essen, Spazieren usw. Hier kann das APH-Personal die Kontakte bewusst steuern und ermöglichen. Offiziell wurden seitens der APH-Verantwortlichen keine Äusserungen betreffend die sozialen Kontakten der Bewohner erwähnt.

5.2. Der Integrationszustand der Probanden zum Zeitpunkt der Befragung

Bereits erwähnte ich im theoretischen Teil, dass das Integrieren einen Prozess darstellt, welcher in der Integration endet. Diese Integration kann aber in der Praxis nicht abschliessend definiert werden und ist somit immer mehr oder weniger aktiv. In diesem Kapitel versuche ich anhand der aus der Datenerfassung gewonnenen Erkenntnissen eine Momentaufnahme des Integrationszustands der Probanden zum Zeitpunkt der Befragung zu eruieren.

Der Integrationszustand der befragten Probanden kann zum Zeitpunkt der Befragung mit mehrheitlich „gut“ bewertet werden. Zu diesem Entschluss gelangte ich aus folgenden Gründen:

Die Mehrzahl der befragten Personen waren verwitwete Frauen zwischen dem 80. und dem 90. Lebensjahr. Um bei diesen Personen eine Förderung für die Akzeptanz für den Heimaufenthalt anzustreben, waren viele Faktoren schon vor dem effektiven Eintritt wichtig. Das Mitentscheiden der Probanden bei allem, was ihre Zukunft und den Eintritt in ein APH betrifft, ist sicher ein wesentlicher Teil. Zwei Drittel der Probanden gaben an, sich selber für den Eintritt ins APH entschieden zu haben. Meistens nannten sie Pflegebedürftigkeit oder auch Einsamkeit und geringes Sicherheitsgefühl zu Hause als Begründung für den Eintritt. Die Pflegebedürftigkeit und gar der Spitalaufenthalt vieler Probanden liessen oft schon den Verlauf in Richtung APH-Eintritt erkennen. Ein weiterer wichtiger, oft genannter Grund, welcher nicht in dieser Forschung erfasst wurde, ist die Tatsache, dass mehrere Probanden Wert darauf legten, ihre Zukunft im Voraus, bevor sie an einem hohen Mass an Pflegebedürftigkeit leiden, selber mitbestimmen zu können. Dies kann in den Forschungsergebnissen mit der gedanklichen Auseinandersetzung der Probanden mit der Thematik APH und der darauffolgenden frühzeitigen Anmeldung von fast der Hälfte aller Probanden bestätigt werden.

Es ist davon auszugehen, dass die Probanden, die vor dem APH-Eintritt in Wohneigentum gewohnt haben, mehr Mühe bei der APH-Integration bekunden. Allerdings hat die Hälfte aller Probanden in einem APH in ihrer bisherigen Wohngemeinde gelebt, was der Integration förderlich sein kann.

Zum Zeitpunkt der Befragung empfanden alle Probanden den Entscheid damals in ein APH eingezogen zu sein, als die richtige Lösung (n = 43 von 43)

Die Angebotspalette der Freizeitaktivitäten ist bei den Probanden mehrheitlich gut bekannt und wird entsprechend genutzt. An den täglichen Aktivitäten wie z.B. Gottesdienst und Spaziergängen nimmt in etwa drei Viertel und an den wöchentlichen Aktivitäten wie z.B. Basteln und Altersturnen ungefähr die Hälfte aller Probanden teil. Als Hauptgrund für die Teilnahme wird meistens die Lust genannt. Für die Nicht-Teilnahme werden, nebst der Unlust, oft körperliche und gesundheitliche Gründe verantwortlich gemacht. In den Gesprächen mit den Probanden wurde betont, dass die Teilnahme an den Aktivitäten für sie positive Auswirkungen hat und nicht ein Müssen ist. Hier stellt sich mir die Frage, ob eine möglichst hohe Teilnahme an den

Aktivitäten wirklich das Ziel ist. Im Verhältnis zu den erhaltenen Antworten wird die Möglichkeit „Keine Lust“ regelmässig genannt. Gill und Bernhard⁹⁹ (1999) nennen in ihrer Definition zur sozialen Integration auch die kollektiven Erwartungen an die einzelnen Individuen als einen Faktor. Meine erwartete Grundhaltung entsprach der Meinung, dass eine regelmässige Teilnahme an den Aktivitäten die Integration unterstützt. Anhand der Ergebnisse stelle ich jedoch fest, dass die Bewohner teils aus Unlust nicht an den Aktivitäten teilnehmen wollen. Diese Feststellung stellt den Integrationsbereich „Aktivitäten und Freizeitgestaltung“ in Frage. Inwiefern wollen sich die Probanden überhaupt engagieren? Vielleicht ist die Integration nicht ihr primäres Ziel?

Die eigene Gestaltung des Zimmers wurde von den Probanden ebenfalls genutzt. Viele Probanden legten Wert auf die Einrichtung. Ich gehe davon aus, dass mehrere Probanden bei der Einrichtung auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen waren, aber ihre Wünsche trotzdem anbringen konnten. Ca. drei Viertel der Probanden haben religiöse Gegenstände, Kommoden und Fotos von zu Hause mitgebracht und empfangen gerne Besuch im eigenen Zimmer. Alle befragten APH-Bewohner fühlten sich in ihren Zimmern wohl, 40 von 43 Befragten finden ihr Zimmer gemütlich. Dieses hohe Mass an Wohlbefinden und Zufriedenheit im Zimmer ist die wichtige und ideale Voraussetzung für die Integration und das allgemeine Wohlbefinden im APH.

Bei den Sozialkontakten zeigte sich, dass die Probanden der Beziehungsqualität mehr Bedeutung als der Quantität an Beziehungen zuweisen. Die meisten Probanden schätzen den Kontakt zum Pflegepersonal und mögen das Personal. Die Intensität der Beziehungen konnte während der Forschung nicht gemessen werden. Diese Aussagen beziehen sich zum Teil auf Äusserungen von Probanden. Fast alle Probanden gaben zu erkennen, dass sie nicht wünschen den ganzen Tag von anderen Leuten umgeben zu sein. Oft wurde angemerkt, dass dies ermüdend sei. Einige Probanden schätzen die Ruhe und bleiben bewusst ab und zu alleine.

Die Auswirkungen einer Bezugsperson auf den Integrationszustand des Probanden sind sehr schwer zu messen. Ich habe mich eher auf die effektiven Einsätze dieser Bezugspersonen beschränkt. So haben fast alle Probanden eine Bezugsperson, welche wiederum bei fast allen Probanden z.B. die tägliche Administration erledigt oder die Probanden in deren Anliegen unterstützt.

Für einen erhöhten Integrationszustand sind viele Faktoren massgebend: die Aktivitäten, die sozialen Kontakte, die Zimmereinrichtung oder die Bezugspersonen. Einige wegweisende Gegebenheiten entscheiden sich aber auch schon vor dem APH-Eintritt. Interaktionen in verschiedensten Bereichen im Heimalltag sind für alle notwendig, aber es ist, so glaube ich, wichtig anzuerkennen, dass die Probanden selber wählen und entscheiden sollten. Der Entscheidungsprozess ist ein wichtiges Element in der Förderung der Integration.¹⁰⁰ Integration kann nicht nur mit dem Mitmachen, dem Mitentscheiden und Mitreden der APH-Bewohner unterstützt werden, denn ebenso wichtig kann auch das Abgrenzen sein. Ich gehe davon aus,

99 GILL, S. & BERNHARD, A.: Soziale Integration im städtischen Umfeld. Zürich, Sozialdepartement der Stadt Zürich, 1999

100 ROGERS Carl R. Entwicklung der Persönlichkeit. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Jacqueline Giere. Ernst Klett Verlag, Stuttgart. By Rodgers 1961. In Deutschland gedruckt 1973. Seiten 48 - 49

dass dieses Abgrenzen z.B. bei den Aktivitäten für die Probanden wichtig sein und so ihr Entscheidungsprozess ebenfalls Einfluss auf die Integration nehmen kann.

Eine totale Integration und ein ganzheitliches Wohlbefinden existieren nicht, sei dies in einem APH oder sonst irgendwo. Dies hab ich von Sommerfeld abgeleitet, welcher die Behauptung aufstellte: „*Absolute Integration existiert nicht.*“ Sommerfeld. (2006)¹⁰¹

6. DISKUSSION DER HYPOTHESEN

Dieses Kapitel ist nach den Hypothesen strukturiert. Jede Hypothese wird anhand der Forschungsergebnisse in Kombination mit der beschriebenen Theorie bestätigt oder widerlegt. Um auf die Hypothesen besser eingehen zu können, habe ich mit dem Analyseprogramm „Sphinx“¹⁰² verschiedene Datenergebnisse miteinander verbunden. Dies ermöglichte verschiedene Datenbereiche zu verbinden, z.B. das Wohlbefinden der Probanden mit den Kontakten zu anderen Mitbewohnern. Alle Grafiken und Tabellen dieses Kapitels, auch die Kreuzungen verschiedener Fragen, liegen dieser Arbeit im Anhang bei.¹⁰³

6.1. Beeinflusst die Bezugsperson die Probanden hinsichtlich der Integrationsbereiche? Diskussion der ersten Hypothese

HYPOTHESE 1: Die Integrationsbereiche werden unter anderem von der Rolle der Bezugsperson beeinflusst. Besteht eine Beziehung zu einer Vermittlungsperson kann dies die Integration in ein APH beeinflussen. Je länger und je enger der Kontakt mit der Vermittlungsperson besteht, desto solider und vielfältiger werden die Integrationsbereiche.

Wie bereits beschrieben, bin ich am Anfang dieser Diplomarbeit davon ausgegangen, dass die Integrationsbereiche durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden. Daraus entstand die erste Hypothese. Um diese Hypothese bestätigen oder widerlegen zu können, habe ich die drei Integrationsbereiche (Teilnahme an Aktivitäten, das Wohlbefinden im Zimmer und die Probandenbeziehungen mit ihrem Umfeld) unter dem Aspekt der Bezugsperson geprüft. D.h. ich habe die Auswirkungen der Antworten aus dem Kapitel G Bezugspersonen auf die Integrationsbereiche untersucht.

Anhand meines Forschungsvorgehens war es aber nicht möglich, den direkten Einfluss von Bezugspersonen auf die Integrationsbereiche zu quantifizieren. Ich wollte herausfinden, ob es

101 INTEGRATION UND AUSSCHLUSS. Nationales Forschungsprogramm NFP 51 (2007). SOMMERFELD Peter. Die Dynamiken von Integration und Ausschluss – Studie zum Zusammenspiel von individuellen Aktivitäten und strukturellen Bedingungen (2006). [En ligne] URL Adresse : <http://www.nfp51.ch> 19. April 2008

102 Sphinx. Logiciels d'enquêtes et de statistiques. [En ligne] URL Adresse : <http://www.lesphinx-developpement.fr>

103 Ergänzende Tabellen zum Kapitel 6 Diskussions der Hypothesen liegen im Anhang ab Seite 104 und folgenden bei.

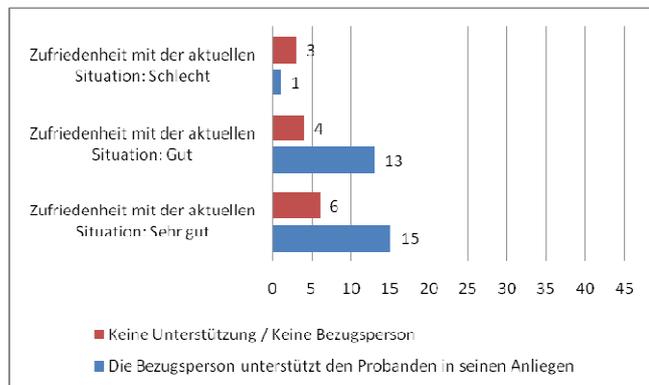
einen Zusammenhang zwischen dem Einsatz der Bezugsperson und dem Wohlbefinden der Probanden sowie den drei Bereichen gibt.

6.1.1. Fühlen sich Probanden, welche vom Einsatz ihrer Bezugsperson profitieren können, wohler als alle anderen Probanden im APH?

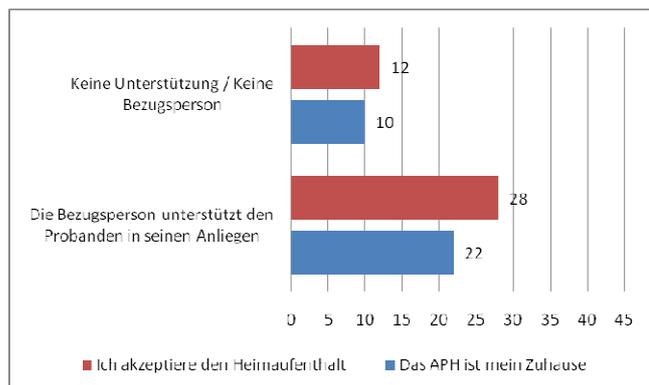
Von den 43 Probanden hat die Mehrheit eine Bezugsperson (n = 37 von 43). Von den genannten 37 Heimbewohnern erwähnten 30 Personen, dass sich die Bezugsperson für ihre Anliegen einsetzt. Die Minderheit der Probanden (n = 7 von 37) schildert, dass die Bezugsperson keine wesentliche Unterstützung für ihre Anliegen leistete. Dieses Kapitel vergleicht die Probanden, die eine unterstützende Bezugsperson angegeben haben (n = 30 von 43), mit denjenigen Probanden, die entweder keine Bezugsperson hatten (n = 6 von 43) oder eine Bezugsperson genannt haben, die sie allerdings nicht in ihren Anliegen unterstützt hat (n = 7 von 43).

Die Zufriedenheit der Probanden mit der aktuellen Lebenssituation im APH zeigt klare Unterschiede im Verhältnis zwischen den Probanden, die vom Einsatz ihrer Bezugsperson profitieren können und den anderen Probanden. Es scheint, dass die Probanden mit Unterstützung verhältnismässig weniger oft mit der aktuellen Lebenssituation im APH unzufrieden sind (Zufriedenheit schlecht: Probanden mit Bezugsperson: n = 1 von 29). Bei den Probanden ohne Unterstützung gab fast ein Viertel der Probanden an mit der Situation im APH nicht zufrieden zu sein (ohne Unterstützung oder ohne Bezugsperson: n = 3 von 13). Von diesen vier Probanden, wurde zum Zeitpunkt der Befragung von einem Probanden das aktuelle Wohlbefinden als „schlecht“ bezeichnet (n = 1 von 4).

Weniger differenziert präsentieren sich die Resultate in der neben stehenden Grafik. In Bezug auf die Akzeptanz des Heimaufenthalts wird der Akzeptanz von einer grossen Mehrheit der Probanden



Grafik 36 Zufriedenheit mit der aktuellen Lebenssituation im Zusammenhang mit der Bezugsperson (Bezugsperson: n = 29, Keine Unterstützung / Keine Bezugsperson : n = 13)¹⁰⁴



Grafik 37 Akzeptanz für den APH-Aufenthalt im Zusammenhang mit der Bezugsperson (Bezugsperson: n = 29, Keine Unterstützung / Keine Bezugsperson : n = 13)¹⁰⁵

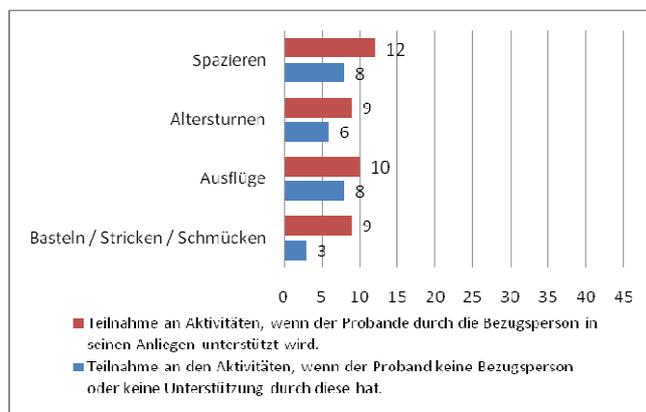
¹⁰⁴ Datentabelle liegt im Anhang ab Seite 104 „Ergänzende Tabellen zum Kapitel 6 Diskussion der Hypothesen/ Tabellen zur ersten Hypothese“ bei.

¹⁰⁵ Ibid

zugestimmt (Probanden mit Bezugsperson: n = 28 von 29, ohne Unterstützung oder ohne Bezugsperson: n = 12 von 13) Auch das Verhältnis bei der Frage, ob sich die Probanden im APH zu Hause fühlen, ist zwischen den verglichenen Gruppen sehr ähnlich (Probanden mit Bezugsperson: n = 22 von 29, ohne Unterstützung oder ohne Bezugsperson: n = 10 von 13).

6.1.2. Ist die Teilnahme an den Aktivitäten bei den Probanden, bei denen sich die Bezugsperson für ihre Anliegen einsetzt, höher als bei allen anderen Probanden?

Diese Grafik zeigt die Aktivitäten, welche in allen sechs APH angeboten werden. Untersucht man die Teilnahme der Probanden an diesen Aktivitäten im Zusammenhang mit den Bezugspersonen, welche sich für die Anliegen der Probanden einsetzen und allen anderen Probanden, wird ersichtlich, dass die Probanden ohne Unterstützung verhältnismässig öfter an diesen Aktivitäten teilnehmen (Ausnahme: Basteln / Stricken / Schmücken).



Grafik 38 Teilnahme an Aktivitäten im Zusammenhang mit der Bezugsperson (Mehrfachantworten möglich) (Basteln..., Altersturnen, Spazieren und Ausflüge: Bezugsperson: n = 29, Keine Unterstützung / Keine Bezugsperson : n = 13)¹⁰⁶

Es scheint, dass die Rolle der Bezugsperson nicht in allen Bereichen die gleiche Bedeutung aufweist. Die Bedeutung für die Teilnahme an den Aktivitäten darzulegen ist sehr schwierig.

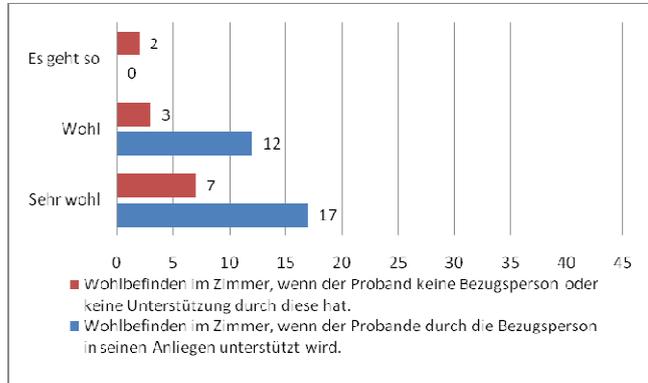
Es ist mir anhand meines Fragebogens nicht möglich die Teilnahme an Aktivitäten auf die Bezugsperson zurückzuführen. Ebenso wenig kann die Nicht-Teilnahme auf die Bezugspersonen zurückgeführt werden. Wie bereits erläutert, wird die Nicht-Teilnahme meistens mit der Unlust und den gesundheitlichen Einschränkungen begründet.

Kreuzungen der Forschungsergebnisse betreffend die Teilnahme an den Aktivitäten und der Beziehungsqualität zwischen den Probanden und den Bezugspersonen sind aufgrund der Verteilung der Ergebnisse nicht sinnvoll und nicht aussagekräftig. Bei einem Probanden ist die Beziehung zur Bezugsperson schlecht, diese Person nannte auch keine spezielle Unterstützung der Bezugsperson. Ein weiterer Proband antwortete auf die Beziehungsfrage mit „es geht so“ (n = 1 von 29). Ansonsten wurde die Beziehungsqualität von allen anderen Probanden, welche von der Unterstützung ihrer Bezugsperson profitieren können (n = 28 von 29) als „gut“ bis „sehr gut“ beurteilt.

¹⁰⁶ Datentabelle liegt im Anhang ab Seite 104 „Ergänzende Tabellen zum Kapitel 6 Diskussion der Hypothesen/ Tabellen zur ersten Hypothese“ bei.

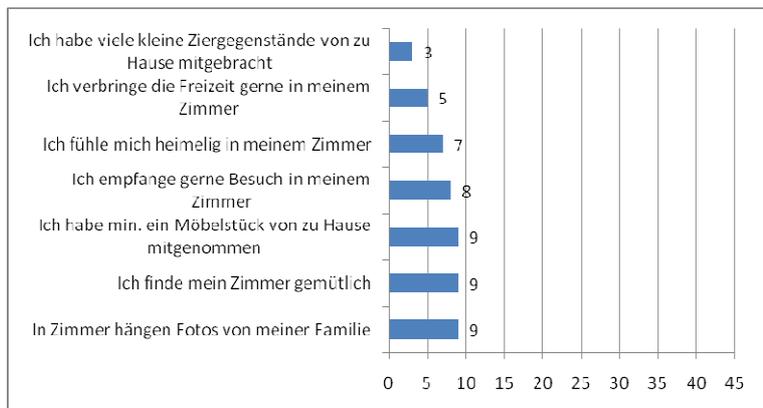
6.1.3. Fühlen sich Probanden mit einer Bezugsperson, welcher sich für deren Anliegen einsetzt, in ihrem Zimmer wohler als die anderen Probanden?

Die neben stehende Grafik vermittelt ein klares Bild: Fast alle Probanden (n = 40 von 42) fühlen sich wohl oder sehr wohl in ihrem Zimmer. Vergleicht man die Probanden mit Unterstützung der Bezugsperson mit den anderen Probanden, kann man erkennen, dass sich die Probanden mit Unterstützung im Zimmer wohler fühlen als die Probanden ohne Unterstützung. Alle Probanden mit Unterstützung durch ihre Bezugsperson fühlen sich in ihrem Zimmer „wohl“ oder „sehr wohl“ (n = 29 von 29). Von den beiden Probanden, welche das Wohlbefinden mit „es geht so“ angegeben haben, hat einer keine Bezugsperson. Der andere gab an eine Bezugsperson zu haben, aber diese würde ihn nicht in seinen Anliegen unterstützen.



Grafik 39 Wohlbefinden im Zimmer im Zusammenhang mit der Bezugsperson (Bezugsperson: n = 29, Keine Unterstützung / Keine Bezugsperson : n = 13)¹⁰⁷

Weiter möchte ich untersuchen, ob evt. Auswirkungen festzustellen sind, wenn der Entscheid des APH-Eintritts von der Bezugsperson gefällt wurde. In der Grafik sind die Probanden (n = 10 von 29) aufgeführt, bei welchen sich die Bezugsperson für den APH-Eintritt entschied, aber trotzdem vom Probanden als unterstützend eingeschätzt wurde. Trotz dieser Beeinflussung durch die Bezugsperson beim Heimeintritt haben fast immer alle Probanden den Aussagen - gemäss Grafik - zugestimmt. Somit konnten auch diese Probanden sich in ihren Zimmern wohl fühlen.



Grafik 40 Bezugsperson entschied, dass der Proband ins APH eintreten musste (n = 10)

Alle Probanden, die laut Angabe von einer Bezugsperson zum APH-Eintritt animiert worden sind (n = 12 von 12), fühlen sich „wohl“ bis „sehr wohl“ in ihren Zimmern. Auch die Probanden, bei welchen die Bezugsperson für den APH-Eintritt entschieden hat (n = 10 von 10), ist die Auswertung der Forschungsergebnisse gleich zutreffend.

Die Probanden fühlen sich wohl in ihren Zimmern; dies ist unbestritten ein Vorteil für das

¹⁰⁷ Datentabelle liegt im Anhang ab Seite 104 „Ergänzende Tabellen zum Kapitel 6 Diskussion der Hypothesen/ Tabellen zur ersten Hypothese“ bei.

allgemeine Wohlbefinden im Heim. Aus den Forschungsergebnissen ist jedoch kein Beweis zu erbringen, dass dieses Wohlbefinden speziell durch die Anwesenheit der Bezugspersonen gefördert wurde.

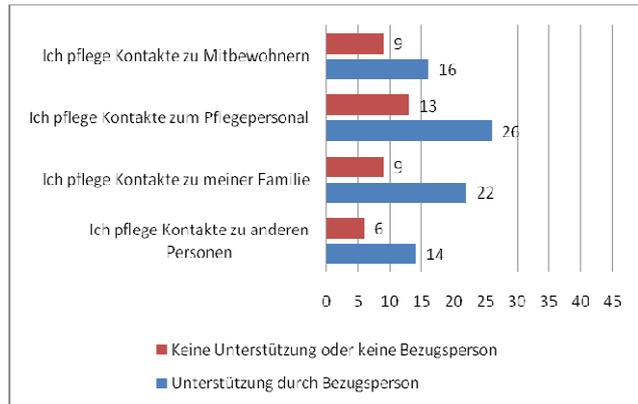
6.1.4. Haben Probanden mit einer Bezugsperson, die sich um die Anliegen des Probanden bemüht, mehr soziale Kontakte als die anderen Probanden?

Die Probanden ohne Bezugsperson oder ohne dessen Unterstützung sind im Verhältnis zu denen mit einer Bezugsperson bei den Kontakten zu den anderen Mitbewohnern und zum Pflegepersonal stärker vertreten.¹⁰⁸ Bei den Kontakten zu Familienangehörigen und zu anderen Personen sind beide Gruppen verhältnismässig gleich vertreten.

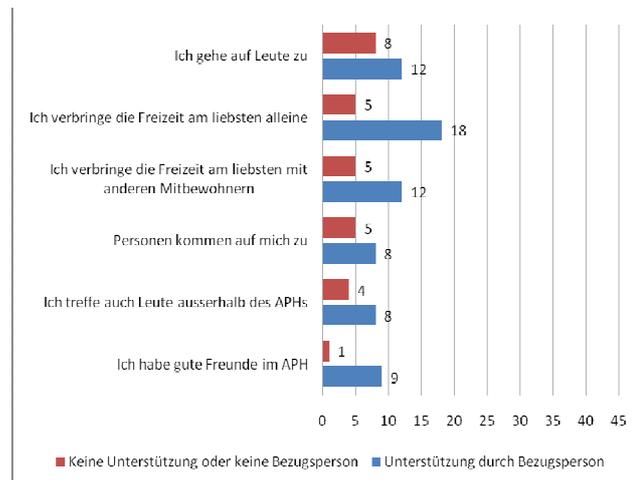
Werden die Kontakte aus dem Blickwinkel der Beziehungsqualitäten zwischen Probanden und Bezugspersonen betrachtet, geben die beiden Probanden mit einer mittleren (es geht so) und einer schlechten Beziehung zur Bezugsperson immer an, wenig Kontakte zu Mitbewohnern und Familienangehörigen zu pflegen.

Betrachtet man die Aussagen der Grafik 42, erkennt man, dass die Probanden ohne Bezugsperson im Verhältnis zu den Probanden mit einer Bezugsperson stärker vertreten sind (mit Ausnahme der letzten Aussage).

Den Aussagen „Ich akzeptiere den Heimaufenthalt“ / „Das APH ist mein Zuhause“ (Aussagen nicht in der Grafik) wurde von allen sechs Probanden ohne Bezugsperson (n = 6 von 6) zugestimmt, derweil die Probanden mit einer unterstützenden Kontaktperson diese Aussagen nicht gleich bestätigen



Grafik 41 Kontakte zu Mitbewohnern, Personal, Familie und anderen Personen im Zusammenhang mit der Bezugsperson (Mehrfachantworten möglich) (Bezugsperson: n = 29, Keine Unterstützung / Keine Bezugsperson : n = 13)¹⁰⁹



Grafik 42 Aussagen bet. den sozialen Kontakten im Zusammenhang mit der Bezugsperson (Mehrfachantworten möglich) (Bezugsperson: n = 29, Keine Unterstützung / Keine Bezugsperson : n = 13)¹¹⁰

¹⁰⁸ Mietbewohner: ohne Bezugsperson oder ohne dessen Unterstützung: n = 9 von 13, mit Bezugsperson: n = 16 von 29, Pflegepersonal: ohne Bezugsperson oder ohne dessen Unterstützung: n = 13 von 13, mit Bezugsperson: n = 26 von 29

¹⁰⁹ Datentabelle liegt im Anhang ab Seite 104 „Ergänzende Tabellen zum Kapitel 6 Diskussion der Hypothesen/ Tabellen zur ersten Hypothese“ bei.

¹¹⁰ Ibid

(Akzeptanz: n = 28 von 29, Zuhause: n = 22 von 29).

Die Definition sozialer Integration von Eisner (2000),¹¹¹ Friedrichs & Jagodzinski (1999),¹¹² Gill & Bernhard (1999)¹¹³ und Merz & Walser (1996)¹¹⁴ basieren alle auf dem Prinzip, dass Kontakte und Beziehungen zwischen den Individuen nötig sind, um einen Integrationsprozess überhaupt zu ermöglichen. Somit ist unbestritten, dass Kontakte zwischen den Probanden und ihrem Umfeld für die Integration ins APH von Bedeutung sind. Meine Forschungsergebnisse zeigen hingegen keinen eindeutigen Grund, dass die Bezugspersonen förderlich für die sozialen Kontakte der Probanden sind. Die Forschungsergebnisse lassen erahnen, dass die Probanden ohne Bezugspersonen oft engagiertere Kontakte zu anderen Mitbewohnern pflegen; dies lässt sich aber nicht auf alle APH-Bewohner übertragen.

6.1.5. Schlussfolgerungen für die erste Hypothese

Bei der Teilnahme an Aktivitäten und sozialen Kontakten trifft meine erste Hypothese nicht zu. Die Probanden ohne Bezugsperson oder ohne Unterstützung durch die Bezugsperson nehmen im Verhältnis zu den Probanden, welcheangaben durch die Bezugsperson unterstützt zu werden, etwas häufiger an den Aktivitäten teil. Ebenso pflegen diese Probanden mehr Kontakte zu den anderen APH-Bewohnern und zum Pflegepersonal.

Bei den Aussagen zur Akzeptanz für den APH-Eintritt und ob sie sich im APH zu Hause fühlen, ist keine klare Tendenz erkennbar. Beide Gruppierungen antworteten verhältnismässig ähnlich. Mehrheitlich wurde von einer Akzeptanz für den APH-Eintritt gesprochen und auch die Mehrzahl der Probanden fühlte sich im APH zu Hause.

Hingegen kann bei der Zufriedenheit der Probanden mit der aktuellen Lebenssituation und dem Wohlbefinden im Zimmer die erste Hypothese bestätigt werden. Probanden ohne Bezugsperson oder ohne deren Unterstützung waren öfters mit der Lebenssituation unzufrieden, als die Probanden mit Unterstützung durch ihre Bezugsperson. Bei den zwei Probanden, welche das Wohlbefinden im Zimmer schlechter bewerteten als alle andern Probanden, hat einer keine Bezugsperson und der andere gab an eine Bezugsperson zu haben, aber diese würde ihn nicht in seinen Anliegen unterstützen.

In Hinsicht auf die Beziehungsqualität zwischen den Bezugspersonen und den Probanden konnte aufgrund zu niedriger Datenmenge kein repräsentatives Ergebnis erarbeitet werden (nur ein Proband pflegte eine schlechte Beziehung zu seiner Kontaktperson).

Wie aus der Theorie und den Studien hervorgeht, ist die Präsenz einer

111 EISNER, M.: Sozialer Wandel und neue Integrationsprobleme seit den Siebzigerjahren. In: Suter, C. (Herausgeber): Sozialbericht 2000. Zürich, Seismo, 2000 S. 164

112 FRIEDRICHS, J und JAGODZINKI, W.: Theorien sozialer Integration. In: Friedrichs, J & Jagodzinski, W. (Herausgeber): Soziale Integration. Opladen und Wiesbaden, Westdeutscher Verlag, 1999. S. 11

113 GILL, S. & BERNHARD, A.: Soziale Integration im städtischen Umfeld. Zürich, Sozialdepartement der Stadt Zürich, 1999

114 MERZ, A. & WALSER, F.: Soliwork – Beschäftigungsprogramm für ausgesteuerte Langzeitarbeitslose. Zürich, Sozialdepartement der Stadt Zürich, 1996. S. 48

Bezugsperson meistens von Vorteil. Die Bezugsperson kennt den APH-Bewohner, kann seine Meinung einschätzen und kann als Vermittler zwischen Heim und Bewohner auftreten. Obwohl auch immer wieder verschiedene Gefahren auftreten könnten: z.B. Gefahren der Subjektivität seitens der Bezugsperson, die Bezugsperson könnte die Angelegenheiten nach ihrem Willen lenken, usw.

Aus den erwähnten Resultaten lässt sich also keine eindeutige Widerlegung oder Bestätigung der ersten Hypothese ableiten. Jedoch konnten neue Forschungsfragen gestellt werden: Zeigen sich Auswirkungen zwischen den Probanden mit und ohne Bezugsperson betreffend die Teilnahme an den Aktivitäten und den Kontakten zu anderen Mitbewohnern? Oder: Mindert die Präsenz einer Bezugsperson das Engagement der Probanden bei organisatorischen Angelegenheiten betreffend APH? Als Hypothesen könnte dies wie folgt bezeichnet werden: Die Anwesenheit und solide, gute Bindung zu einer Bezugsperson dämpft beim Probanden eine vielseitige Kontaktaufnahme zu anderen APH-Mitbewohnern. Oder: Die Anwesenheit und solide, gute Bindung zu einer Bezugsperson dämpft beim Probanden die aktive Teilnahme an den angebotenen Aktivitäten.

6.2. Zimmergestaltung und Wohlbefinden im Zimmer als Integrationsbereich? Diskussion der zweiten Hypothese

HYPOTHESE 2: Die Möglichkeit sein Zimmer selber zu gestalten, d.h. dem Zimmer durch die Einrichtung eine heimisch vertraute Geborgenheit zu geben, fördert das eigene Wohlbefinden und die Integration im APH.

Unterhypothese 2A: Fühlt sich der Heimbewohner im eigenen Zimmer wohl, erhöht dieses Wohlfühl die Teilnahme an den Aktivitäten.

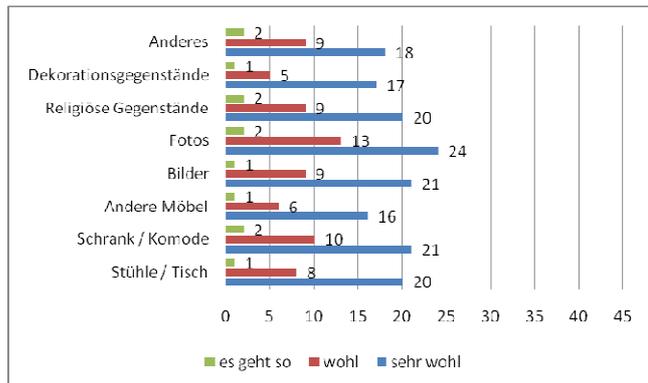
Unterhypothese 2B: Die sozialen Kontakte werden durch eine heimelige Atmosphäre im eigenen Zimmer unterstützt.

6.2.1. Zeigt die Zimmergestaltung Auswirkungen auf das Wohlbefinden im Zimmer?

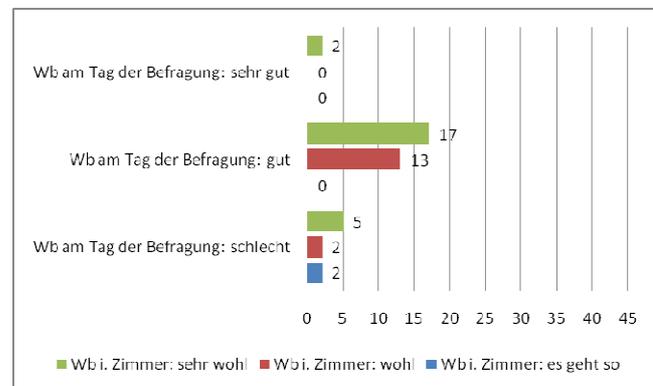
Wie bereits im Kapitel Zimmergestaltung mehrfach aufgezeigt wurde, beteiligte sich über die Hälfte der Probanden bewusst an der Zimmergestaltung. Die Mehrheit (n = 30 und mehr Probanden von 43) brachten Fotos, Bilder, Tische / Stühle, Kommoden, religiöse Gegenstände und andere Möbel von zu Hause mit oder kauften diese Einrichtungsgegenstände. Die beiden Probanden, welche das Wohlbefinden im Zimmer mit „es geht so“ bewertet haben und zum Zeitpunkt der Befragung in einem Doppelzimmer wohnten, brachten ebenfalls Möbel und andere

Gegenstände von zu Hause mit.¹¹⁵ Anhand dieser Resultate lässt sich kein direkter Zusammenhang zwischen dem Wohlbefinden im Zimmer und der aktiven Zimmergestaltung¹¹⁶ feststellen.

Betrachtet man das Wohlbefinden im Zimmer im Kontext mit dem Wohlbefinden zum Zeitpunkt der Befragung, wird ersichtlich, dass die Probanden, welche sich am wenigsten wohl in ihrem Zimmer fühlen, auch das Wohlbefinden am Tag der Befragung mit „schlecht“ bewertet haben (n = 2 von 2). Aber auch hier ist ein direkter Zusammenhang mit der Zimmergestaltung nicht bestätigt.



Grafik 43 Wohlbefinden der Probanden im Zimmer und Gegenstände, die von zu Hause mitgebracht wurden (Mehrfachantworten möglich) (n = 42, sehr wohl: n = 25, wohl: n = 15 und es geht so: n = 2)¹¹⁷



Grafik 44 Wohlbefinden der Probanden im Zimmer und aktuelles Wohlbefinden (n = 41)¹¹⁸

6.2.2. Erhöht das Wohlbefinden im Zimmer die Teilnahme an den Aktivitäten?

Unterhypothese 2A: Fühlt sich der Heimbewohner im eigenen Zimmer wohl, erhöht dieses Wohlfühl die Teilnahme an den Aktivitäten.

Vergleicht man die Teilnahme an den Aktivitäten zwischen den Probanden, die sich in ihrem Zimmer „wohl“ und „sehr wohl“ fühlen (n = 40 von 42) mit der Teilnahme¹¹⁹ derer, die sich im Zimmer weniger wohl fühlten (n = 2 von 42), werden selten und sehr geringe Unterschiede ersichtlich. Die Unterschiede betreffen die Probanden, welche das Wohlbefinden im Zimmer mit „es geht so“ beschrieben. Von diesen zwei Probanden war der Gesundheitszustand zum

¹¹⁵ Fotos: n = 2 von 2, religiöse Gegenstände: n = 2 von 2, Komode: n = 2 von 2, anderes: n = 2 von 2, Stühle / Tisch: n = 1 von 2, Bilder: n = 1 von 2, Dekorationsgegenstände: n = 1 von 2, andere Möbel: n = 1 von 2

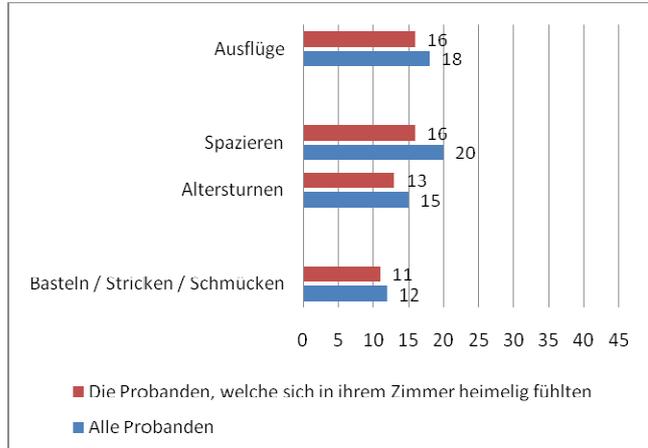
¹¹⁶ Aktive Zimmergestaltung: Der Proband bringt oder kauft Möbel und andere Gestaltungsgegenstände selbst. Falls dies aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist amtiert der Proband als Auftraggeber und überwacht die Zimmergestaltung.

¹¹⁷ Datentabelle liegt im Anhang ab Seite 106 „Ergänzende Tabellen zum Kapitel 6 Diskussion der Hypothesen/ Tabellen zur zweiten Hypothese“ bei.

¹¹⁸ Ibid

¹¹⁹ Teilnahme: immer, fast immer, selten und nie

Zeitpunkt der Befragung schlecht. Somit ist für diese Unterhypothese anhand dieser spezifischen Forschungsergebnisse keine Tendenz erkennbar. Werden allerdings die Aktivitäten, welche in allen sechs APH angeboten werden, mit dem Indikator „Ich fühle mich heimelig in meinem Zimmer“ verglichen, so ist zu erkennen, dass die Probanden, welche sich im Zimmer heimelig fühlen, verhältnismässig mehr an den Aktivitäten teilnehmen. Diese Tendenz bestätigt sich auch, wenn alle Aktivitäten mit dem Indikator „Ich fühle mich gemütlich in meinem Zimmer“ verglichen werden.

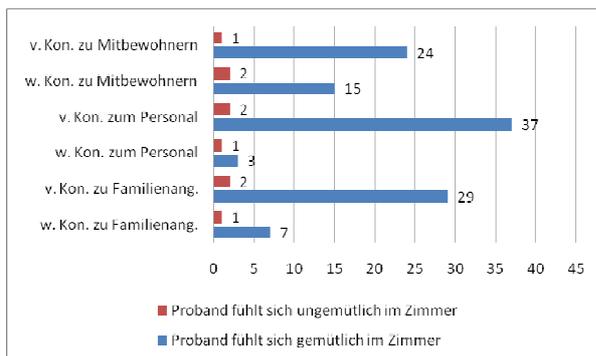


Grafik 45 Teilnahme an Aktivitäten im Zusammenhang mit Wohlbefinden im Zimmer „Proband fühlt sich heimelig im Zimmer“ (Mehrfachantworten möglich) (n = 43, heimelig: n = 35)¹²⁰

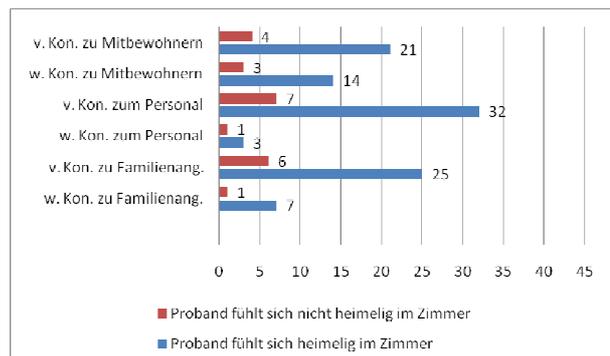
6.2.3. Haben Probanden mehr Kontakte zu anderen Menschen, wenn sie sich in ihrem Zimmer heimelig fühlen?

Unterhypothese 2B: Die sozialen Kontakte werden durch eine heimelige Atmosphäre im eigenen Zimmer unterstützt.

Die Mehrheit der Befragten (n = 35 von 43) fühlen sich heimelig in ihren Zimmern und fast alle (n = 40 von 43) finden ihr Zimmer gemütlich. Von allen Probanden gaben über die Hälfte an,



Grafik 47 Soziale Kontakte und Wohlbefinden im Zimmer „Proband fühlt sich gemütlich im Zimmer“ (Mehrfachantworten möglich) (n = 43, gemütlich: n = 40)¹²²



Grafik 46 Soziale Kontakte und Wohlbefinden im Zimmer „Proband fühlt sich heimelig im Zimmer“ (Mehrfachantworten möglich) (n = 43, heimelig: n = 35)¹²¹

¹²⁰ Datentabelle liegt im Anhang ab Seite 106 „Ergänzende Tabellen zum Kapitel 6 Diskussion der Hypothesen/ Tabellen zur zweiten Hypothese“ bei.

¹²¹ Ibid

¹²² Ibid

mehrere Kontakte zu Mitbewohnern, Pflegepersonal und Familienangehörigen zu pflegen.¹²³

In beiden Grafiken ist erkennbar, dass Probanden, die sich in ihrem Zimmer heimelig oder gemütlich fühlen, verhältnismässig mehr Kontakte zu Mitbewohnern und Pflegepersonal angeben. Dieses Resultat ist bei den Kontakten zu den Familienangehörigen nur beim Schwerpunkt „gemütlich“ identisch.

6.2.4. Schlussfolgerungen für die zweite Hypothese

Die Datenanalysen zu den beiden Unterhypothesen 2A und 2B deuten auf die Bestätigung der zweiten Hypothese hin.

Probanden, die sich in ihrem Zimmer heimelig fühlen, nehmen einerseits vermehrt an den Aktivitäten teil und geben andererseits mehr soziale Kontakte an.

Somit wird durch diese Resultate auch die Aussage von Isabelle Mallon bekräftigt. Sie stellt in ihrem Text über die „Reconstruction d’un „chez-soi“ en maison de retrait“ das private Zimmer im APH als eine Art „Konzentration des früheren Daheims und eine Zusammenfassung der persönlichen und familiären Geschichte dar.“¹²⁴ Sie bezeichnet damit das Zimmer als wichtigen Faktor in Bezug auf das Wohlfühlen der Probanden im APH. Die Wiederherstellung oder Nachahmung der heimisch vertrauten Geborgenheit behält ihre Gültigkeit.

Fast alle Probanden fühlen sich „sehr wohl“ und „wohl“ in ihrem Zimmer (n = 40 von 42). Infolgedessen ist der Unterschied zwischen den Probanden, die sich wohl fühlen und den anderen zu gering, um daraus Schlüsse von der Zimmergestaltung auf das Wohlbefinden im Zimmer zu ziehen.

Die zweite Hypothese kann anhand dieser Forschungsergebnisse bestätigt werden.

6.3. Unterstützt die Einsicht für den APH-Eintritt die Probanden bei den Integrationsbereichen? Diskussion der dritten Hypothese

HYPOTHESE 3: Die Teilnahme an Aktivitäten und die Beteiligung am sozialen Geschehen im APH wird durch die Einsicht des Heimbewohners für den APH-Eintritt gefördert.

Wie bereits in der Theorie erwähnt wurde, braucht jede erfolgreiche Veränderung ein Minimum

¹²³ Mehrere Kontakte : Mitbewohnern n = 25 von 43, Pflegepersonal n = 39 von 43 und Familienangehörigen n = 31 von 43. Wenig Kontakte: Mitbewohnern n = 17 von 43, Pflegepersonal n = 4 von 43 und Familienangehörigen n = 8 von 43

¹²⁴ MALLON Isabelle. Vieillir en institution. Des vieux en maison de retraite : savoir reconstruire un « chez-soi » Empan Nr. 52. Université Lumière Lyon II. 2007. S 127

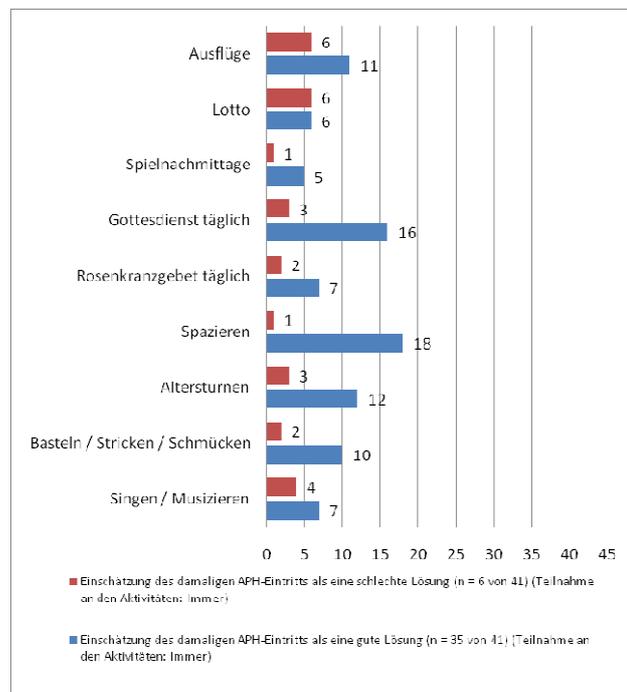
an Motivation. Positive Erlebnisse erleichtern den APH-Bewohnern, Vorteile an einem APH-Aufenthalt zu erkennen. So kann ein Bewohner z.B. dank den Vorteilen der 24-Stunden-Betreuung in einem APH günstigere Grundvoraussetzungen vorfinden, um seinen Heimaufenthalt zu akzeptieren. Die Integration lässt sich demzufolge leichter verwirklichen. Auch Carl Rodgers sieht die Motivation als eigentlichen Antrieb vorwärts zu gehen.¹²⁵ Dieses Phänomen konnte ich während meiner Forschungsarbeit deutlich beobachten. Zum Zeitpunkt des APH-Eintritts sahen einige Probanden (n = 6 von 41) den Eintritt nicht als gute Lösung an. Zum Zeitpunkt der Befragung waren jedoch sämtliche Probanden (n = 43 von 43) von der Lösung, in ein APH eingezogen zu sein, überzeugt. Somit haben alle Probanden Vorteile am Leben im APH entdeckt.

6.3.1. Nehmen Probanden mit einer Einsicht für den APH-Eintritt mehr an den Aktivitäten teil als die anderen Probanden?

In der neben stehenden Grafik werden alle Aktivitäten aufgeführt, die in mindestens fünf der mitwirkenden APHs angeboten werden. Die Probanden, welche den Eintritt ins APH damals als eine schlechte Lösung einschätzten, nehmen im Verhältnis zu den Probanden, welche den APH-Eintritt als eine gute Lösung einschätzten, öfters an den Aktivitäten teil.

Die markanteste Teilnahme der Probanden, die den APH-Eintritt damals als eine schlechte Lösung bezeichneten, wurde beim Lotto gemessen. Die einzige Ausnahme sind die Spaziergänge: hier nahmen die Heimbewohner, welche damals mit dem Eintritt zufrieden waren, verhältnismässig häufig teil.¹²⁷ Ein Grund für diese Unregelmässigkeit könnte der Gesundheitszustand der Probanden sein. Drei von sechs Probanden, die den APH-Eintritt damals negativ beurteilten, gaben an, gesundheitlich in einer schlechten Verfassung zu sein.

In der Grafik werden nur die Personen mit



Grafik 48 Teilnahme an den Aktivitäten im Vergleich der Probanden, welche den APH-Eintritt damals als gute oder als schlechte Lösung beurteilten. (Mehrfachantworten möglich) (Singen & Musizieren, Rosenkranz täglich, Gottesdienst täglich, Spielnachmittage und Lotte: n = 36, Basteln..., Altersturnen, Spazieren und Ausflüge: n = 43)¹²⁶

¹²⁵ ROGERS Carl R. Entwicklung der Persönlichkeit. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Jacqueline Giere. Ernst Klett Verlag, Stuttgart. By Rodgers 1961. In Deutschland gedruckt 1973. Seiten 48 - 49

¹²⁶ Datentabelle liegt im Anhang ab Seite 109 „Ergänzende Tabellen zum Kapitel 6 Diskussion der Hypothesen/ Tabellen zur dritten Hypothese“ bei.

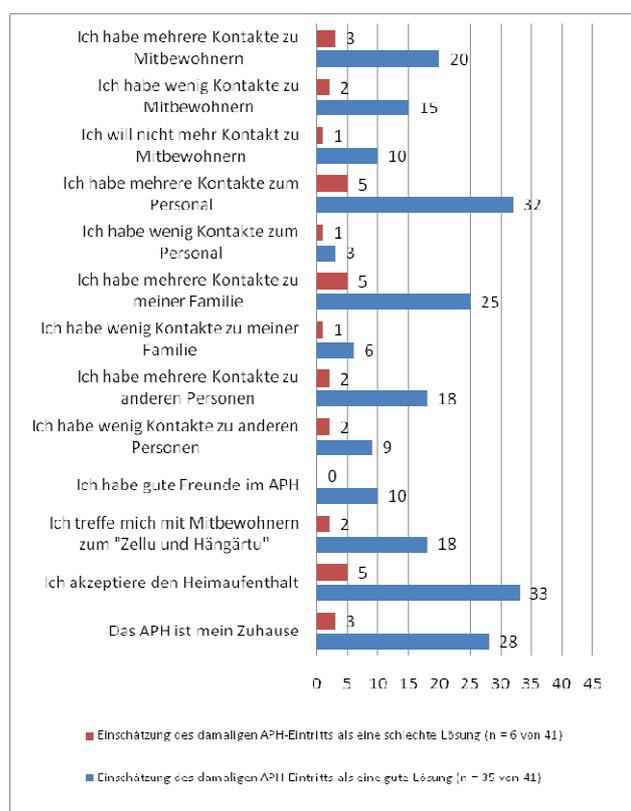
¹²⁷ Teilnahme Lotto: gute Lösung: n = 6 von 35, schlechte Lösung: n = 6 von 6. Teilnahme Spaziergänge: gute Lösung: n = 18 von 35, schlechte Lösung n = 1 von 6.

einer regelmässigen Teilnahme an den Aktivitäten aufgeführt.¹²⁸ Die Verhältnisse bei den Teilnahme bleiben aber in den Kategorien „fast immer“ und „selten“ ähnlich. Hinsichtlich dieser Resultate wird die dritte Hypothese in Bezug auf die Aktivitäten widerlegt.¹²⁹

6.3.2. Haben Probanden mit einer Einsicht für den APH-Eintritt mehr soziale Kontakte und fühlen sich wohler in ihrem Zimmer als die anderen Probanden?

Ein ganz anderes Ergebnis als bei den Aktivitäten zeigen die Resultate zu den Befragungen in Hinblick auf die Kontakte zu den Mitbewohnern und anderen Personen. Grundsätzlich gaben die Probanden, welche die Lösung damals als positiv einschätzten (gute Lösung: n = 35 von 42), im Verhältnis zu den anderen Probanden (schlechte Lösung: n = 6 von 42), mehr Kontakte an.¹³¹

Ein ähnlicher Befund konnte auch beim Wohlbefinden im Zimmer aufgezeigt werden. Verhältnismässig fühlten sich Probanden, welche die Lösung damals als gut einschätzen, wohler in ihrem Zimmer als die anderen Probanden.¹³² Auf Grund dieser Resultate kann die dritte Hypothese in Bezug auf die sozialen Kontakte und das Wohlbefinden im Zimmer bestätigt werden.



Grafik 49 Soziale Kontakte im Vergleich mit den Probanden, welche den APH-Eintritt damals als gute oder als schlechte Lösung beurteilten. (Mehrfachantworten möglich) (n = 41)¹³⁰

¹²⁸ „Regelmässige Teilnahme“ wurde nicht mit einer Anzahl Teilnahmen definiert. Die Probanden hatten immer die Auswahl zwischen immer, fast immer, selten und nie. Jeder musste individuell einschätzen, welche Antwortmöglichkeit zutrifft. Somit stimmt für jeden Probanden seine Antwort.

¹²⁹ Zusätzliche Information: Niemand von den Probanden, welche die Lösung als schlecht betrachteten, hatte sich vor dem Eintritt mit dem Thema APH gedanklich auseinandergesetzt (n = 6 von 6) und von zwei dieser sechs Probanden war der Gesundheitszustand zum Zeitpunkt der Befragung schlecht.

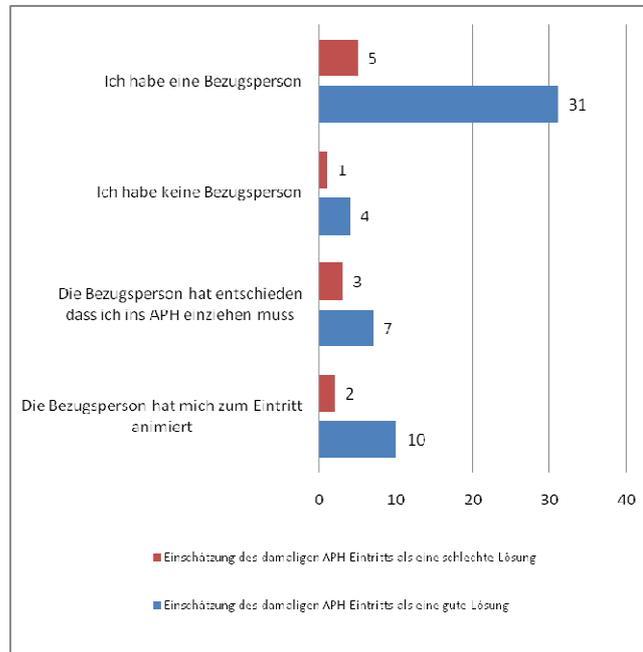
¹³⁰ Datentabelle liegt im Anhang ab Seite 109 „Ergänzende Tabellen zum Kapitel 6 Diskussion der Hypothesen/ Tabellen zur dritten Hypothese“ bei.

¹³¹ Mehrere Kontakte zu Familienangehörigen: Damalige Lösung positiv: n = 25 von 35, damalige Lösung negativ: n = 5 von 6. Mehrere Kontakte zu anderen Personen: Damalige Lösung positiv: n = 9 von 35, damalige Lösung negativ: n = 2 von 6

¹³² Datentabelle liegt im Anhang ab Seite 109 „Ergänzende Tabellen zum Kapitel 6 Diskussion der Hypothesen/ Tabellen zur dritten Hypothese“ bei.

6.3.3. Zusammenhänge zwischen den Bezugspersonen und der Einsicht der Probanden für den damaligen APH-Eintritt

Die Kreuzung der Forschungsergebnisse betreffend die Bezugspersonen und die Einschätzungen der damaligen Eintrittslösung ergab folgende Resultate: Die Mehrheit aller Probanden haben eine Bezugsperson (gute Lösung: n = 31 von 35, schlechte Lösung: n = 5 von 6). Bei den Probanden, welche die Lösung damals als schlecht beurteilten, entschied mehrheitlich die Bezugsperson (n = 3 von 5), dass der Proband ins APH einziehen muss. Die beiden anderen Probanden (n = 2 von 5) gaben an, dass die Bezugsperson sie zum Eintritt animierten. In Anlehnung an die Hypothese könnten diese Ergebnisse ein Hinweis sein, wieso die Probanden den Eintritt damals ablehnten.



Grafik 50 Bezugspersonen im Vergleich mit den Probanden, welche den APH-Eintritt damals als gute oder als schlechte Lösung beurteilten. (Mehrfachantworten möglich) (n = 36)¹³³

6.3.4. Schlussfolgerung für die dritte Hypothese

Von anfänglich ca. einem Achtel der Probanden, die den APH-Eintritt als eine schlechte Lösung beurteilten, sahen zum Zeitpunkt der Befragung sämtliche Probanden den damaligen Eintritt als gut und richtig an.

Die Resultate zu den sozialen Kontakten zeigen auf, dass die Probanden, welche die damalige Lösung ablehnten, verhältnismässig weniger soziale Kontakte angaben als die Probanden, welche die Lösung als „gut“ einschätzten. Die Verhältnisse sind bei den Antworten in Bezug auf das Wohlbefinden im Zimmer sehr ähnlich und bestätigen daher die dritte Hypothese.

Auch zeigen die Resultate betreffend die Bezugspersonen in die Richtung einer Bestätigung der dritten Hypothese. Beim Hauptteil der Probanden, welche mit der damaligen Lösung nicht einverstanden waren, wurde mehrheitlich oder einzig von der Bezugsperson entschieden, dass die Probanden ins APH ziehen müssen. Dies deutet auch die Aussage von Isabelle Mallon hin, dass die Bewohner, denen es

¹³³ Datentabelle liegt im Anhang ab Seite 109 „Ergänzende Tabellen zum Kapitel 6 Diskussion der Hypothesen/ Tabellen zur dritten Hypothese“ bei.

nicht gelungen ist, sich im APH heimisch zu fühlen, unter Druck ihrer Kinder oder Angehörigen ins APH eintraten.¹³⁴

Die Probanden, welche die damalige Lösung nicht gut empfanden, nahmen im Verhältnis deutlich mehr an den Aktivitäten teil als die Probanden, welche die Lösung als gut einschätzten. Dies wiederum widerlegt die Hypothese. An dieser Stelle wird eine neue Hypothese in Betracht gezogen: Probanden, welche den Heimeintritt zum Zeitpunkt des Eintritts als eine schlechte Lösung empfanden, nehmen während des APH-Aufenthalts, sofern es der gesundheitliche Zustand zulässt, mehr an den Freizeitaktivitäten teil als die Probanden, welche den Eintritt positiv empfanden.

Somit ist die dritte Hypothese teilweise widerlegt, aber grundsätzlich bestätigt.

7. KONKLUSION

7.1. Stellungnahme zur Forschungsfrage und Grenzen zum Forschungsvorgehen

Die Forschungsfrage zu dieser Diplomarbeit lautet: „Welche Integrationsbereiche gibt es bei Bewohnerinnen und Bewohnern der sechs im Oberwalliser Talgrund liegenden Alters- und Pflegeheimen?“ Es fällt auf, dass meine Forschungsfrage nicht kohärent zu der effektiven Forschungsarbeit und den Resultaten ist. Ursprünglich bin ich davon ausgegangen, dass im Rahmen dieser Forschung verschiedene Integrationsbereiche erforscht werden. Als die Forschungsfrage damals erstellt worden ist, habe ich grossen Wert auf die Einschränkung und Realisierbarkeit dieser gelegt. Erst durch die Erarbeitung des Theorieteiles, aber vor allem der Methodik, haben sich Schwierigkeiten für die Machbarkeit der Feldforschung anhand der Forschungsfrage abgezeichnet. Der Begriff „Integrationsbereiche“ deckt eine immense Praxis ab und hat mir keine gezielte Feldforschung erlaubt. Daher habe ich mich entschieden drei Integrationsbereiche¹³⁵ zu definieren und anhand dieser Bereiche Erkenntnisse für eine begünstigte Integration zu erforschen. Die neue, passende Forschungsfrage würde wie folgt lauten/lautet wie folgt: „Welche Begünstigungen der Integration bestehen für die Bewohnerinnen und Bewohner der sechs im Oberwalliser Talgrund liegenden Alters- und Pflegeheimen anhand der drei definierten Integrationsbereiche?“

Nebst der Anpassung meiner Forschungsfrage habe ich noch weitere Grenzen für diese Arbeit erkennen müssen. Die Repräsentativität der Forschungsergebnisse wirft Fragen auf und gilt nur für

¹³⁴ MALLON Isabelle. Vieillir en institution. Des vieux en maison de retraite : savoir reconstruire un « chez-soi » Empan Nr. 52. Université Lumière Lyon II. 2007.

¹³⁵ Aktivitäten, Zimmergestaltung und die sozialen Kontakte

die befragten Probanden. Wie können diese Ergebnisse stellvertretend für die Oberwalliser APH-Bewohner sein, wenn die Probanden immer von der Pflegedienstleitung ausgewählt worden sind? Eine allgemeine Repräsentativität ist daher nicht möglich. Weder die Pflegedienstleitungen noch ich als Autor können die Abdeckung der Stichprobe (Probanden) stellvertretend für alle Bewohner der sechs APHs garantieren. Dies zeigt sich deutlich im Profil meiner Probanden, wo es nicht möglich war, verhältnismässig gleich viele Probanden der BESA-4-Stufe zu befragen, wie effektiv Bewohner in diesen sechs APHs in diese BESA-Stufen eingeteilt worden sind.

Ebenso wenig lässt sich garantieren, dass nicht immer die zufriedensten Bewohner als Probanden ausgewählt wurden. In dieser Hinsicht stellt sich mir auch die Frage, ob die Probanden hin und wieder unter Zeitdruck oder gar auf Grund der fehlenden Anonymität bei der Beantwortung der Fragen vielleicht nicht immer realitätsgetreu geantwortet haben? Auf Grund meines persönlichen Umfelds stelle ich die Vermutung auf, dass viele Probanden ihre Zufriedenheit positiver ausdrücken, als sie diese zuweilen wahrnehmen.

Eine zu beachtende Einschränkung dieser Forschung stellt auch die Subjektivität dar. Seitens der Probanden, aber auch meinerseits: durch das Interpretieren der Indikatoren, durch das Ankreuzen und durch das Auswerten der Resultate und vielem mehr. „Objektiv sein heisst, zu wissen, dass man subjektiv ist“. Dieser Ausspruch gilt für mich noch immer und muss trotzdem als Einschränkung erachtet werden.

7.2. Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse aus der Forschungsanalyse und die Schlussfolgerungen

Die Mehrheit der Probanden sind verwitwete Frauen im Alter zwischen 80 und 90 Lebensjahren. Drei Viertel aller Probanden leben seit einem bis drei Jahren im APH, welches bei der Hälfte der Probanden in ihrer früheren Wohngemeinde liegt. Der APH-Eintritt geschieht im Kanton Wallis und bei meinen Probanden später als im nationalen Schnitt: dies lässt sich unter anderem auf den vermehrten Besitz von Eigentumswohnungen und Häusern zurückführen. Das Wohneigentum verstärkt den Trend, so spät als möglich in ein APH einzuziehen.^{136 137} Erst nach stark zunehmender Pflegebedürftigkeit treten die Menschen ins APH ein. Dies war bei über zwei Dritteln der Probanden der Fall. Ebenfalls über zwei Drittel aller Probanden wurden von einer Bezugsperson in ihren Anliegen unterstützt. Aus den oben erwähnten Gründen stimmen bei meinen Probanden die Verhältnisse bei den BESA-Stufen zu den kantonalen und nationalen Angaben nicht überein.

Die Ergebnisse der Datenanalyse haben gezeigt, dass die Probanden, welche sich vorgängig mit der Thematik APH auseinandergesetzt haben,¹³⁸ die Lebenssituation zum Zeitpunkt der

136 Expertengespräch mit Herrn Locher Leander. Herr Locher ist dipl. Sozialarbeiter HFS und arbeitet bei Pro Senectute Wallis. Herr Locher ist für die Sozialberatung von Personen im AHV-Alter in den Bezirken Leuk, Westlich Raron und Visp verantwortlich.

137 OBSAN. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. François HOEPFLINGER INAG, Institut Universitaire Âge et Générations. Prognose von Krankheiten und Pflegebedarf älterer Menschen. Projektskizze. Sion Januar 2002. Seite 4

138 Über die Hälfte der Probanden hatte sich mit der Thematik auseinandergesetzt und 21 Probanden hatten sich vor dem Eintritt in einem APH angemeldet

Befragung positiver beurteilt haben. Von anfänglich etwa einem Achtel der Probanden, die den APH-Eintritt als eine schlechte Lösung beurteilt haben, betrachten zum Zeitpunkt der Befragung sämtliche Probanden die damalige Entscheidung heute als eine gute Lösung. Wichtig ist auch aufzuzeigen, dass Ihre Meinung im Laufe des APH-Aufenthaltes ändern kann. Dies kann als Hinweis dafür erachtet werden, dass die Probanden im Laufe der Zeit Vorteile am APH-Aufenthalt entdecken.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden Integrationsbereiche analysiert. Aus dem breiten Spektrum von Integrationsbereichen, habe ich mich auf drei Bereiche beschränkt: die Beteiligung an den im APH angebotenen Aktivitäten, die sozialen Kontakte sowie die Einrichtung des Zimmers. Die Datenanalyse hat folgende Ergebnisse ergeben:

- Die am meisten besuchten Anlässe sind religiöse Anlässe und neben den Ausflügen wird auch von einer Mehrzahl der Probanden an den Spaziergängen und dem Altersturnen teilgenommen. Als Hauptgrund für die Teilnahme ist „Lust“ genannt worden und für die Nicht-Teilnahme „Unlust“. Fast nie haben die Probanden erwähnt, dass sie auf Anregung von Drittpersonen an den Aktivitäten teilgenommen haben oder gar dazu überredet worden sind. Es scheint mir sehr wichtig, dass die Probanden selber über eine Teilnahme oder Nicht-Teilnahme entscheiden können, besonders im Hinblick, dass es für die Probanden nur sehr selten möglich ist, bei der Gestaltung der Aktivitäten mitzuentcheiden. Grundsätzlich stellt sich mir die Frage, inwiefern die Probanden sich überhaupt bei den Aktivitäten engagieren wollen. Kann es nicht sein, dass die APH-Bewohner lieber ungestört und ruhig ihre freie Zeit verbgingen möchten? Muss denn eine möglichst hohe Teilnahme an Aktivitäten ein primäres Ziel für eine unterstützende Integration sein? Aus diesen Fragen stelle ich eine weiterführende Hypothese auf: Der freie Entscheid über das Mitmachen oder Nicht-Mitmachen an Aktivitäten unterstützt die Integration ins APH stärker als eine hohe oder niedrige Anzahl an Teilnahmen an den Aktivitäten.

Eine zusätzliche Überlegung stellt die Genderthematik dar. Kann die Integration von Frauen und Männern mit den angebotenen Freizeitaktivitäten gleich gefördert werden? Müssten geschlechterspezifische Angebote aufgebaut werden? Müsste sogar entsprechend geschlechterspezifische Betreuung angeboten werden? Die Frage kann sogar dahin gehen, dass geschlechterspezifische Abteilungen gebaut werden. Im Kanton Wallis, wo die Rollenteilung bei den älteren Generationen noch strikt dem klassisch-traditionellen Modell folgt, ist eine identische Betreuung und Unterstützung beim Aufenthalt, sowie identische Freizeitangebote für beide Geschlechter fragwürdig. Es erscheint logisch, dass beim Integrationsbereich Freizeitangebote, die Aktivitäten für Männer und Frauen unterschiedlich sein sollten. Wie weit diese geschlechtergetrennte Integration aber gefördert werden kann, ist mir nicht klar. Einzig bin ich überzeugt, dass jedes Individuum beim Eintritt in ein APH individuell betreut werden und von Fall zu Fall der Eintritt und der Aufenthalt geplant werden muss.

- Eine Mehrheit der Probanden hat regelmässige Kontakte zu Mitbewohnern, Pflegepersonal und Familienmitgliedern angegeben. Ähnlich wie bei den Aktivitäten stellt sich mir auch bei den Kontakten eine weiterführende Frage. Können sich APH-Bewohner

ohne regelmässigen Kontakt zu Mitbewohnern verhältnismässig gleich gut integrieren?

- Zum Wohlbefinden im Zimmer haben praktisch alle Probanden eine positive Antwort gegeben, unabhängig davon, wie sehr sie sich um die Zimmergestaltung gekümmert haben. Auch konnte die zweite Hypothese bestätigt werden. Die Probanden, welche sich in ihrem Zimmer heimelig fühlen, nehmen einerseits vermehrt an den Aktivitäten teil und geben andererseits mehr soziale Kontakte an.

Trotz der durchwegs positiven Beantwortung auf die Fragen im Zusammenhang mit der zweiten Hypothese, stellen sich mir mehrere Fragen bezüglich der Raumgestaltung und der Integration. Fast allen Probanden war es möglich ihre Zimmer nach ihren Wünschen einzurichten, dennoch sind bei allen APH-Zimmern genaue Vorgaben und Einschränkungen gegeben. Jedes Zimmer muss rollstuhlgängig sein und über eine geräumige Nasszelle verfügen. In jedem Zimmer steht ein Pflegebett. Kann somit ein von zu Hause mitgebrachter Schrank das Wohlbefinden im Zimmer genügend fördern? Genügt das Zimmer als Konzentration des bisherigen Lebens, der bisherigen Erfahrungen und der gemachten Erinnerungen? Genügt dieser minimale Raum als Wiederherstellung oder Nachahmung der heimischen vertrauten Geborgenheit?¹³⁹

Die Architektur von Gebäuden beeinflusst immer deren Bewohner. Die gebauten APH im Oberwallis ähneln sich in ihrer räumlichen Struktur, die auf die Effizienz beim Pflegeaufwand optimiert ist. Das Ziel, durch wenig Pflegepersonal eine grosse Anzahl von Bewohnern betreuen zu können, konnte mit den APH-Bauten der letzten Jahre stetig gesteigert werden. Es scheint, als stünden bei der Planung dieser Institutionen finanzielle- und logistische Argumente im Vordergrund. Der Aufbau dieser APHs entspricht der Struktur von Spitälern. Beim Alterswohnen, welches auf der Grundlage der Wohnung aufbaut, wird die Wohnlichkeit und Selbstständigkeit gefördert und der Pflegeaufwand wird mit externen Dienstleistern abgedeckt. Würden somit kleinere Pflegegruppen das Wohlbefinden des APH-Bewohners fördern?

Auf Grund des späten Heimeintritts sind die APH-Bewohner auf intensive Pflege und dadurch spitalähnliche Infrastruktur angewiesen. Die Vorstufe eines AHP-Aufenthalts kann das heute geförderte Alterswohnmodell, mit der Wohnung als Grundlage, gesehen werden. Die Walliser Alterspolitik mit der Förderung der Betreuung zu Hause, dem Domino-Wohnmodell und dem nötigen Ausbau von Pflegeheimen zielt, so denke ich, auf eine Balance zwischen Wohnlichkeit und Institution. Es stellt sich abschliessend die Frage, ob die finanzielle Optimierung bei der Gestaltung von Pflegegruppen zu Gunsten eines seelischen Wohlbefindens überdacht werden kann?

Im Hinblick auf die Hypothesen sollte man sich bewusst sein, dass die Resultate der Integrationsbereiche ständig durch die Grundvoraussetzungen beeinflusst werden. Die Analyse der ersten Hypothese hat ergeben, dass Probanden, die nicht durch ihre Bezugsperson in ihren Anliegen unterstützt werden, mehr an den Aktivitäten teilnehmen und mehr Kontakte zu Mitmenschen pflegen als die anderen Probanden. An dieser Stelle wiederhole ich die bereits beschriebenen weiterführenden Forschungsfragen und Hypothesen: Zeigen sich Auswirkungen zwischen den Probanden mit und ohne Bezugsperson betreffend die Teilnahme an den

▪ 139 MALLON Isabelle. Vieillir en institution. Des vieux en maison de retraite : savoir reconstruire un « chez-soi ». Empan Nr. 52. Université Lumière Lyon II. 2007.

Aktivitäten und den Kontakten zu anderen Mitbewohnern? Oder: Mindert die Präsenz einer Bezugsperson das Engagement der Probanden bei organisatorischen Angelegenheiten betreffend APH? Als Hypothesen könnte dies wie folgt formuliert werden: Die Anwesenheit und solide, gute Bindung zu einer Bezugsperson dämpft beim Probanden eine vielseitige Kontaktaufnahme zu anderen APH-Mitbewohnern. Oder: Die Anwesenheit und solide, gute Bindung zu einer Bezugsperson dämpft beim Probanden die aktive Teilnahme an den angebotenen Aktivitäten.

Die dritte Hypothese zeigt auf, dass die Probanden vermehrt an den Aktivitäten teilgenommen haben, auch wenn sie die Eintrittslösung damals als schlecht empfanden. Dies widerspricht der dritten Hypothese. Nicht so die Tatsache, dass die Probanden mit der damaligen schlechten Einschätzung im Verhältnis weniger soziale Kontakte angegeben und sich weniger wohl in ihren Zimmern gefühlt haben. Markant ist folgendes Ergebnis: Bei den Probanden, welche mit der Eintrittslösung damals nicht einverstanden gewesen sind, ist der APH-Eintritt mehrheitlich oder einzig von der Bezugsperson entschieden worden. Diese Probanden sind zum Zeitpunkt der Befragung auch mit der aktuellen Lebenssituation nicht zufrieden gewesen. Eine weiterführende Hypothese könnte folgendermassen lauten: Die Verbesserung des APH-Bildes in der Bevölkerung würde auch die Akzeptanz für den Heimeintritt erleichtern und dadurch die Lebensqualität im APH steigern. Oder: Probanden, welche den Heimeintritt zum Zeitpunkt des Eintritts als schlechte Lösung empfunden haben, nehmen während des APH-Aufenthalts, sofern es der gesundheitliche Zustand zulässt, vermehrt an den Freizeitaktivitäten teil als die Probanden, welche den Eintritt positiv empfunden haben.

Das Erkennen von Vorteilen fördert somit das Wohlbefinden der Probanden. Nicht nur das körperliche Wohlbefinden durch die Betreuung und Pflege, sondern auch das seelische, psychische Wohlbefinden. Die Erkenntnis von Vorteilen erleichtert die Akzeptanz dieser einschneidenden Entscheidung in ein APH zu ziehen. Somit sind das psychische Wohlbefinden und die Zufriedenheit mit der aktuellen Lebenssituation wichtige Elemente im Integrationsprozess von APH-Bewohnern. Ich erachte dieses seelische Befinden als zentrales Element, damit die in dieser Arbeit genannten Punkte zur Förderung der Integration überhaupt ihre Geltung erhalten. Die Stabilisierung und Begünstigung der seelischen und psychischen Zufriedenheit könnte der Schwerpunkt einer weiterführenden Forschungsarbeit sein.

Wie die vielen weiterführenden Hypothesen und Forschungsfragen zeigen, ist diese Forschungsarbeit sehr breit und allgemein angelegt. Somit ebnet sie den Weg für zahlreiche weitere Forschungsarbeiten. Für mich ist allerdings nach diesem Forschungsprozess klar, dass der Entscheidungsprozess ein wichtiges Element in der Förderung der Integration darstellt.¹⁴⁰ Integration kann nicht nur durch Mitmachen, Mitentscheiden und Mitreden gefördert werden, ebenso wichtig kann auch das Sich-Abgrenzen sein. Ich gehe davon aus, dass dieses Abgrenzen z.B. bei den Aktivitäten wichtig für die Probanden sein kann und so ihr Entscheidungsprozess ebenfalls Einfluss auf die Integration nehmen kann.

Eine totale Integration¹⁴¹ und ein ganzheitliches Wohlbefinden¹⁴² werden die Probanden im APH

140 ROGERS Carl R. Entwicklung der Persönlichkeit. Aus dem Amerikanischen übersetzt von Jacqueline Giere. Ernst Klett Verlag, Stuttgart. By Rodgers 1961. In Deutschland gedruckt 1973. Seiten 48 - 49

141 INTEGRATION UND AUSSCHLUSS. Nationales Forschungsprogramm NFP 51 (2007). SOMMERFELD Peter. Die Dynamiken von Integration und Ausschluss – Studie zum

wahrscheinlich nie erreichen. Muss dies überhaupt das Ziel sein? Am Anfang dieser Arbeit habe ich die Aussage von Markus Schwery, Heimleiter APH St. Martin in Visp, erwähnt, dass die Menschen zum Leben ins APH kommen. Nun, ob sie zum Leben oder zum Sterben kommen, muss jeder für sich entscheiden. Klar ist einzig, was kommen mag und dass der Alterungsprozess nicht gedreht werden kann. Also versuchen wir alle, ob Bewohner, Angehöriger oder Professioneller diesen, mit Sicherheit letzten Lebensabschnitt, lebenswert zu gestalten.

7.3. Perspektiven und Handlungsansätze für die Praxis

Während der Forschungsarbeit habe ich festgestellt, dass sich sämtliche mitwirkenden APHs um das Wohlergehen ihrer Bewohner kümmern und dass die APH-Bewohner stetig im Mittelpunkt der Bemühungen stehen. Im Zusammenhang mit dieser Diplomarbeit und meinen Hypothesen haben sich dennoch einige Handlungsansätze herauskristallisiert. Diese Handlungsvorschläge habe ich in die Bereiche APH und Soziale Arbeit aufzugliedern versucht.

7.3.1. Handlungsansätze für das APH

Die APHs könnten für die Bezugspersonen Weiterbildungen organisieren. Themen-vorschläge wären: Kommunikationstraining, Non-Verbale-Kommunikation, Umgang mit Sozialversicherungen und Ämtern, Finanzierung der APH-Aufenthaltes, usw.

Ein weiterer Vorschlag könnte die Gründung von Angehörigengruppen sein. Diese Gruppen könnten den Angehörigen und Bezugspersonen als Austausch- und Informationsplattform dienen. Diskussionen mit anderen Angehörigen könnten helfen die eigenen Sorgen besser zu verstehen und zu verarbeiten. Die Erfahrung, dass andere Angehörige die gleichen Probleme haben, könnte mehr Verständnis für die ganze Situation schaffen und es könnte für die Angehörigen erleichternd wirken. Weiter könnten Tipps ausgetauscht und Synergien genutzt werden. Die Leitung der Angehörigengruppen sollten von Professionellen übernommen werden z.B. von Psychologen, Supervisoren, Sozialarbeitern, Ärzten oder Anderen. Durch den Austausch der Angehörigen und deren Angewöhnung an die Situation könnte die Beziehung zum APH-Bewohner entspannter und natürlicher werden. Diese Auflockerung im Umgang zwischen Bewohnern und Angehörigen wird auch einen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden der Betroffenen haben und somit der Integration förderlich sein. Ebenso könnten durch das Kennenlernen von Angehörigen untereinander die Kontakte zwischen den APH-Bewohner ebenfalls gesteigert gefördert werden.

In meiner Diplomarbeit habe ich häufig erwähnt, dass die Entscheidung in ein APH einzuziehen, für den betagten Menschen einen Prozess darstellt. Im Hinblick auf die vorgegebenen

Handlungsansätze für die Praxis könnte eine Pflege- oder Betreuungsperson die betagte Person im privaten Umfeld besuchen, um erste Informationen betreffend APH abzugeben und ihr den Heimalltag zu schildern.

Eine weitere Möglichkeit könnte darin bestehen, sogenannte Schnuppertage im Beisein von Familienangehörigen oder anderen Bezugspersonen zu gestalten, um die Vorteile des APH-Alltags zu erleben. Ebenso könnte die betagte Person am Animationsprogramm vom APH vor ihrem Eintritt teilnehmen, um so eine vertraute und bekannte Tätigkeit beim APH-Eintritt vorzufinden.

7.3.2. Handlungsansätze für die Soziale Arbeit

Vorgängig wurde bereits erwähnt, dass die Integration nicht nur die Beteiligung an Aktivitäten und die Anzahl sozialer Kontakte ausmacht. Integration formt sich auch aus den Möglichkeiten zu entscheiden, ob man an etwas nicht teilnehmen will, ob man am sozialen Austausch nicht teilnimmt und auch sich abzugrenzen zu können. Ich denke, dass dies auch für die Sozialarbeiter bedeutend ist und sie diese Integration differenziert wahrnehmen sollten.

Den Sozialarbeiter sehe ich in der Rolle des Organisators der oben erwähnten Vorschläge. Ebenfalls könnte er als Gruppenleiter oder Referent auftreten.

Ein weiterer Vorschlag wäre die Schaffung von regelmässigen, regionalen und öffentlichen Informationsveranstaltungen im Zusammenhang mit der Entscheidungsphase des APH-Eintritts für Betagte und Angehörige.

Die Pro Senectute Oberwallis bietet zum Teil schon heute für Angehörige Informationssitzungen zu bestimmten Themenbereichen an. Aber auf Grund der strukturellen Umstände wird die Arbeit von Sozialarbeitern der Pro Senectute in den APHs finanziell von Bund und Staat nicht unterstützt. Dies kann für Angehörige und Betagte, die schon im APH wohnen, zu Wissenslücken und Dienstleistungsverhinderung führen. (Die Zusammenarbeit und Auftragsverteilung zwischen den APHs und den Sozialarbeitern, Pro Senectute, müsste überdacht werden.)

Grundsätzlich zeigen die Forschungsergebnisse auf, dass sich mehrheitlich alle Probanden in ihren Zimmern wohl fühlen. In Anbetracht dieser Feststellung finde ich, dass die in dieser Forschungsarbeit aufgezeigten Ergebnisse in Bezug auf die Zimmergestaltung keiner zusätzlichen Vorschläge oder Anregungen bedürfen.

Durch diese Handlungsansätze für die APHs und die Sozialarbeiter könnte sich mit der Zeit die Dynamik des APH-Bildes in der Öffentlichkeit verändern. Eine breite Thematisierung und konsequente Öffentlichkeitsarbeit könnte dazu beitragen, dass die Wahrnehmung der APHs in der Gesellschaft verbessert wird.

7.4. Technische Bilanz für diese Forschungsarbeit

Seit Beginn meiner beruflichen Ausbildung habe ich viele Inhalte und Berufswünsche neu überdacht, überarbeitet und verändert. In einer Zeit, in der ich mich mit und für die Jugend engagiert habe, ist in mir allmählich ein neues Bewusstsein für Veränderung und Vergänglichkeit entstanden. Die Lebensweise oder die Lebenseinstellung der Jugendlichen und jungen Menschen ist mir voll und ganz präsent. Aus diesen Erfahrungen entstand in mir der Wunsch, mich vermehrt mit dem Lebensabschnitt älterer und betagter Menschen zu beschäftigen. Das halbjährige Abschlusspraktikum meiner beruflichen Ausbildung zum Sozialarbeiter konnte ich bei der Pro Senectute Wallis absolvieren.

Zu Beginn meines letzten Praktikums entstand das erste Vorprojekt für diese Forschungsarbeit. Etliche Gespräche und Überlegungen mit meiner Begleitdozentin Frau Lorenz führten dazu, dass der Inhalt des Vorprojektes überarbeitet wurde. Mehr als ein Jahr und weiter zwei Vorprojekte später (Anfang 2008) begann ich mit dem Projekt zur heutigen Forschungsarbeit.

Nach der Annahme des Projektes widmete ich mich dem weiteren Vorgehen für meine Diplomarbeit. Ich habe mich entschieden, für die Datenerhebung einen Fragebogen zu erarbeiten, welcher schlussendlich die Grundstruktur dieser Forschungsarbeit bilden sollte. Den Fragebogen zu erstellen war das eine und die Auswertung der Resultate das andere. Bei jedem Kapitel, das ich zu schreiben begann, kam ich mir unbeholfen und überfordert vor. Als Hilfe und Unterstützung konnte ich Einblicke in die Diplomarbeiten früherer Diplomanden nehmen und Frau Lorenz ist mir in diesen Situationen immer hilfreich zur Seite gestanden. Eine Forschungsarbeit ist mit enormem Arbeitsaufwand verbunden. Alles, was im Voraus geplant werden kann, erleichtert die Ausführung der Forschungsarbeit. Der anfänglich von mir vorgegebene Zeitplan musste immer wieder neu festgelegt werden.

7.5. Persönliche Bilanz für diese Forschungsarbeit

Viel Wissen gewonnen - des Themas nicht müde - Alter beschäftigt uns alle.

Der Gedankenaustausch mit alten Menschen stimmt mich noch heute nachdenklich. Mein Blickwinkel hat sich nach dieser Diplomarbeit erweitert. Die Arbeit mit älteren Menschen war, so denke ich, eine sehr persönliche, teils intime, vor allem aber eine sehr bereichernde Arbeit. Mir war es wichtig, einen gegenseitigen Gedankenaustausch zu ermöglichen und die Lebenslage und Erfahrung der älteren Menschen mit Respekt zu behandeln. Die Diskussionen, Erfahrungen und Geschichten von und mit älteren Personen beeindruckten mich und stärkten in mir das Bedürfnis die Dinge aus anderen Perspektiven zu betrachten und anzugehen.

Die Diplomarbeit zu schreiben und all meine Gedanken und Erfahrungen geordnet auf Papier zu bringen war eine strenge aber gleichwohl lehrreiche Zeit. Meine anfänglichen Vorstellungen, dass diese Diplomarbeit nebst der beruflichen Anstellung als Sozialarbeiter und meinen gewohnten Freizeitaktivitäten verfasst werden konnte, musste ich einige Male revidieren. Der Arbeitsprozess und -Aufwand zu dieser Forschungsarbeit unterschätzte ich anfänglich gänzlich.

Nun macht sich in mir ein seltsames Gefühl bemerkbar, nach über zwei Jahren die letzten Zeilen dieser Arbeit zu schreiben. Es ist einfach schön, sie jetzt abschliessen zu können. Ich hoffe mit dieser Arbeit nicht nur mein Diplom zu erlangen, sondern auch Studierende und Dozenten zu unterstützen und der Altersbetreuung hilfreich zu sein.

8. BIBLIOGRAPHIE

8.1. Monographien

- CREWS Douglas E. Anthropology and Aging. Anthropological Issues in Biological Gerontology. Dordrecht: Kluwer Academic Publ. 1990. Seite 11
- DUDEN. Deutsches Universal Wörterbuch A – Z. 2., völlig neu bearbeitete und stark erweiterte Auflage. Dudenredaktion Dudenverlag, Zürich. 1989
- FRIEDRICHS J. und JAGODZINKI W. Theorien sozialer Integration. Soziale Integration. Opladen und Wiesbaden, Westdeutscher Verlag, 1999. Seite 11
- HOEPFLINGER François, HUGENTOBLER Valérie. Pflegebedürftigkeit in der Schweiz - Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. Zusammenfassung. Buchreihe des OBSAN, Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums. Verlag Hans Huber, Bern 2003. Seite 4
- HOEPFLINGER François, HUGENTOBLER Valérie. Soins familiaux, ambulatoires et stationnaires des personnes âgées en Suisse. OBSAN, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Editions Medecine & Hygiene. Seiten 89 und folgende
- ROGERS Carl R. Entwicklung der Persönlichkeit. Aus dem Amerikanischen übersetzt von GIÈRE Jacqueline. Ernst Klett Verlag, Stuttgart. By Rodgers 1961. In Deutschland gedruckt 1973. Seiten 48 – 49
- Zitat von Bertolt Brecht (1898–1956), deutscher Schriftsteller
- Zitat von Hermann Hesse (1877-1962), deutsch-schweizerischer Dichter und Schriftsteller

8.2. Artikel und Studien

- EISNER M. Sozialer Wandel und neue Integrationsprobleme seit den Siebzigerjahren. Sozialbericht Zürich 2000. Zürich, Seismo, 2000 S. 164
- FRANZETTI Dante Andrea. Die neuen Alten. Das hohe Alter beginnt oft erst mit 80. Schweizer Familie Nr. 29. Zürich. 19. Juli 2007
- GILL S. und BERNHARD A. Soziale Integration im städtischen Umfeld. Zürich, Sozialdepartement der Stadt Zürich, 1999
- HÄFLIGER Ida. Älter werden in Visp. Eine Bestandsaufnahme und Grundlage für ein Leitbild zur zukünftigen Alterspolitik. Diplomarbeit für den Erwerb des

Fachhochschuldiploms in Soziokultureller Animation. HEV Hochschule Wallis, Bereich Gesundheit und Soziale Arbeit. Sitten. August 2006

- HOEPFLINGER François. Hochaltrigkeit, Demografische, gesundheitliche und soziale Entwicklung. INAG, Institut für Alter und Generationen. Sitten. 2003
- HOEPFLINGER François. Prognose von Krankheiten und Pflegebedarf älterer Menschen. Projektskizze. OBSAN, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium und INAG, Institut für Alter und Generationen. Sitten 2002. Seite 4
- HÖPFLINGER François. Soziale Beziehungen im Alter - Entwicklungen und Problemfelder. INAG, Institut für Alter und Generationen. Sitten. 2006
- Kanton Wallis. Alters- und Pflegeheime für betagte Personen. Statistiken 1999-2007. Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie. Sitten. Oktober 2008
- Kanton Wallis. Medienmitteilung des Informationschefs des Staates Wallis: Betreuung betagter Personen. Walliser Gesundheitspolitik auf guten Wegen. Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie. Sitten. 6. Mai 2008
- Walliser Gesundheitsobservatorium. Die Gesundheit der Walliser Bevölkerung. Departement für Gesundheit, Sozialwesen und Energie. 3. Bericht. Sitten. 2004, Seite 18
- KOHLI Raymond, BLÄUER HERRMANN Anouk, BABEL Jacques. Erreichung des ordentlichen Pensionsalters zwischen den Jahren 2000 und 2040. BFS. Bundesamt für Statistik. Sektion Demografie und Migration. Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2005 – 2050. BFS. Neuchâtel, 2006
- MALLON Isabelle. Vieillir en institution. Des vieux en maison de retraite : savoir reconstruire un « chez-soi ». Empan Nr. 52. Université Lumière Lyon II. 2007. S. 126 und folgende
- MERZ A. und WALSER F. Soliwork – Beschäftigungsprogramm für ausgesteuerte Langzeitarbeitslose. Zürich, Sozialdepartement der Stadt Zürich, 1996. S. 48
- SCHMID BOTKINE Céline, RAUSA-DE LUCA Fabienne. Demografische Alterung und soziale Sicherheit. BFS. Bundesamt für Statistik. Sektion Demografie und Migration. BFS. Neuchâtel, 2008
- WANNER Philippe, SAUVAIN-DUGERDIL Claudine. Alter und Generation – Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Prozentualer Anteil der Personen, die in Kollektivhaushalten leben, nach Alter und Geschlecht, 1970 und 2000. BFS. Bundesamt für Statistik. Eidgenössische Volkszählung 2000. BFS, Neuchâtel, Januar 2005
- WANNER Philippe, SAUVAIN-DUGERDIL Claudine. Alter und Generation – Das Leben in der Schweiz ab 50 Jahren. Statistik der Hilfe- und Pflegedienste zu Hause, 2002. BFS. Bundesamt für Statistik. Eidgenössische Volkszählung 2000. BFS, Neuchâtel, 2005. Seite 117 und folgende

8.3. Internetseiten und konsultierte Berichte im Internet

- BFS. Bundesamt für Statistik. Eidgenössische Volkszählung 2000. *Bevölkerungszahlen nach Kantonen und Bezirken*. [En ligne] URL Adresse: <http://www.bfs.admin.ch> (Konsultiert September 2008)
- BFS. Bundesamt für Statistik. [En ligne] URL Adresse <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/01/pan.html> (Konsultiert Februar 2008)
- SOMMERFELD Peter. Integration und Ausschluss. Die Dynamiken von Integration und Ausschluss – Studie zum Zusammenspiel von individuellen Aktivitäten und strukturellen Bedingungen (2006) Nationales Forschungsprogramm NFP 51 2007. [En ligne] URL Adresse: <http://www.nfp51.ch> 19. April 2008 (Konsultiert Juni 2008)
- VWAP. Vereinigung Walliser Alters- und Pflegeheime. [En ligne] URL Adresse: http://www.avalems.ch/avalems/avalems.nsf/FO_OfferDE (Konsultiert Januar und September 2008)
- WHO, Weltgesundheitsorganisation. [En ligne] URL Adresse: http://www.euro.who.int/Document/IHEA/Gesundes_Altern_G.pdf (Konsultiert Oktober 2007)

8.4. Sonstiges

- Bildnachweis Titelbild: Bildlupe / Fotoarchiv von Zeitlupe und Pro Senectute. Fotograf: Tres Camenzind [En ligne] URL Adresse: <http://www.bildlupe.ch> (Bestellt am 27. März 2009)
- RZ, Regionalzeitung. Markus Schwery, Leiter des Visper Alters- und Pflegeheims Martinsheim, zum Thema Tod. Gibt es ein Leben vor dem Tod? Regionalzeitung Brig, 2. November 2006.
- SPHINX. Logiciels d'enquêtes et de statistiques. [En ligne] URL Adresse: <http://www.lesphinx-developpement.fr> (Konsultiert August 2008)

9. ANHANG

9.1. Anhänge zum Theorieteil

Protohominids (4-5 Mio. v. Ch.)	30-40 Jahre
Ramapithecus (4 Mio. v. Ch.)	42 Jahre
Australopithecus (3 Mio. v. Ch.)	51 Jahre
Neolithischer Homo erectus	71 Jahre
Moderner Mensch	93-95 Jahre

Tabelle 3 Durchschnittliche biologische Lebensspanne ¹⁴³

Name und Ort des APH			BESA 0		BESA 1		BESA 2		BESA 3		BESA 4		Total
1	St. Theodul	Fiesch	0	0.00%	3	4.10%	16	21.90%	15	20.50%	39	53.40%	73
2	Sancta Maria	Naters	20	13.50%	27	18.20%	37	25.00%	17	11.50%	47	31.80%	148
3	Santa Rita	Ried-Brig	0	0.00%	6	16.20%	12	32.40%	11	29.70%	8	21.60%	37
4	Englischgruss	Brig-Glis	1	1.90%	15	28.80%	13	25.00%	8	15.40%	15	28.80%	52
5	Martinsheim	Visp	0	0.00%	4	5.10%	12	15.20%	18	22.80%	45	57.00%	79
6	St. Paul	Visp	0	0.00%	4	7.30%	11	20.00%	13	23.60%	27	49.10%	55
7	St. Mauritius	Zermatt	0	0.00%	6	11.80%	14	27.50%	8	15.70%	23	45.10%	51
8	St. Nikolaus	St. Niklaus	0	0.00%	4	10.80%	10	27.00%	4	10.80%	19	51.40%	37
9	St. Antonius	Saas-Grund	0	0.00%	2	6.10%	9	27.30%	15	45.50%	7	21.20%	33
10	Emserberg	Unterems	1	4.50%	0	0.00%	6	27.30%	2	9.10%	13	59.10%	22
11	St. Anna	Steg	1	1.90%	6	11.10%	16	29.60%	13	24.10%	18	33.30%	54
12	St. Barbara	Kippel	0	0.00%	0	0.00%	11	45.80%	11	45.80%	2	8.30%	24
13	St. Josef	Susten	0	0.00%	12	20.30%	10	16.90%	20	33.90%	17	28.80%	59
14	Ringacker	Leuk-Stadt	0	0.00%	4	18.20%	5	22.70%	4	18.20%	9	40.90%	22
15	Sunnuschii	Guttet	0	0.00%	3	27.30%	2	18.20%	3	27.30%	3	27.30%	11
TOTAL APH-Bewohnerinnen und Bewohner im Oberwallis													757
TOTAL APH-Bewohnerinnen und Bewohner im Kanton Wallis													2526

Tabelle 4 Oberwalliser APHs nach Bewohnern in den BESA-Stufen ¹⁴⁴

143 HOEPFLINGER François. Hochaltrigkeit, Demographische, gesundheitliche und soziale Entwicklung. INAG, Institut für Alter und Generationen. Sitten, 2003

144 VWAP Vereinigung Walliser Alters- und Pflegeheime. [En ligne] URL Adresse : http://www.avalems.ch/avalems/avalems.nsf/FO_OfferDE September 2008

10. Lebten Sie vor dem APH-Eintritt mit jemandem zusammen?

- Wohnte alleine Wohnte in Partnerschaft Wohnte bei Familienangehörigen
 Wohnte bei anderen Personen Andere Möglichkeiten Weiss nicht
 Keine Antwort

11. Wie fühlen Sie sich heute?

- Sehr gut Gut Schlecht Sehr schlecht Weiss nicht Keine Antwort

12. Wie schätzen Sie Ihre Zufriedenheit mit Ihrer aktuellen Lebenssituation ein?

- Sehr gut Gut Schlecht Sehr schlecht Weiss nicht Keine Antwort

B) DAS LEBEN VOR DEM APH-EINTRITT

13. Wie schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand 3 Monate vor dem APH-Eintritt ein?

- Sehr gut Gut Schlecht Sehr schlecht Weiss nicht Keine Antwort

14. Wurden Sie vor Ihrem APH-Eintritt auf Grund Krankheit oder Unfall zu Hause gepflegt?

- Ja Nein Anderes Weiss nicht Keine Antwort

15. Wenn ja, von wem wurden Sie gepflegt

- Mein Partner hat mich gepflegt Ein Familienmitglied ist täglich für die Pflege vorbeigekommen
 Ein Familienmitglied ist mehrmals wöchentlich vorbeigekommen Die Spitex ist täglich vorbeigekommen
 Die Spitex ist mehrmals wöchentlich vorbeigekommen Andere Personen sind täglich vorbeigekommen
 Andere Personen sind mehrmals wöchentlich vorbeigekommen Spital
 Anderes Weiss nicht

16. Wenn nein, warum wurden Sie nicht von jemandem gepflegt?

- Ich habe mich selber gepflegt Pflege war nicht nötig Anderes
 Weiss nicht Keine Antwort

17. Haben Sie sich vor dem effektiven Eintritt in ein APH schon mit dem Gedanken daran auseinandergesetzt?

- Ja Nein Anderes Weiss nicht Keine Antwort

18. Wenn Ja

- Aus gesundheitlichen Gründen Aus Einsamkeit
 Zur Vorsorge Um Familienangehörigen / Partner nicht zur Last zu fallen
 Auf Empfehlung Andere Gründe
 Weiss nicht Keine Antwort

19. Wer hatte den APH-Eintritt angesprochen oder empfohlen?

- Selber Partner Arzt Andere Personen Keine Antwort
 Familienangehörige Spitex Sozialdienst Weiss nicht

20. Wurden darauf hin Schritte unternommen?

- Besuche und Besichtigungen von APHs Gespräche mit Personal und / oder Bewohnern
 Anmeldung in einem / oder mehreren APHs Eine APH-Anmeldung schien nicht nötig
 Niemand hat mir eine Anmeldung empfohlen Ich war von dieser Lösung nicht überzeugt
 Ich hatte Angst mich bei einem APH anzumelden Andere Schritte
 Keine Schritte Weiss nicht
 Keine Antwort

C) EINTRITT INS APH

21. Aus welchem Grund haben Sie sich für einen Eintritt ins APH entschieden?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ehe- / Partner verstorben | <input type="checkbox"/> Der nötige Pflegeaufwand konnte zu Hause nicht mehr ausgeführt werden |
| <input type="checkbox"/> Die Wohnung war nicht behindertengerecht gebaut | <input type="checkbox"/> Ich fühlte mich alleine |
| <input type="checkbox"/> Ich hatte zu Hause nur noch ein geringes Sicherheitsgefühl | <input type="checkbox"/> Andere Gründe |
| <input type="checkbox"/> Weiss nicht | <input type="checkbox"/> Keine Antwort |

22. Wer hat entscheiden, dass Sie in ein APH eintreten?

- | | | | |
|--------------------------------------|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Selber | <input type="checkbox"/> Ehe-/ Partner | <input type="checkbox"/> Angehörige | <input type="checkbox"/> Arzt |
| <input type="checkbox"/> Spitex | <input type="checkbox"/> Corif | <input type="checkbox"/> Sozialarbeiter | <input type="checkbox"/> Andere |
| <input type="checkbox"/> Weiss nicht | <input type="checkbox"/> Keine Antwort | | |

23. Wie schätzten Sie diesen Entscheid damals ein?

- Gute Lösung Schlechte Lösung Anderes Weiss nicht Keine Antwort

24. Wenn der Entscheid als gute Lösung eingeschätzt wurde, weshalb fanden Sie dies eine gute Lösung?

- Ich hätte nicht mehr für mich selber sorgen können
- Mein Partner konnte mich nicht mehr pflegen
- Familienangehörige konnten mich nicht mehr pflegen
- Die Spitex und / oder andere ambulante Dienste konnten den nötigen Pflegeaufwand nicht mehr abdecken
- Anderer Grund
- Weiss nicht
- Keine Antwort

25. Bei einer negativen Einschätzung, welche Lösung hätten Sie damals bevorzugt?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich hätte für mich selber sorgen können | <input type="checkbox"/> Mein Partner hätte mich pflegen können |
| <input type="checkbox"/> Die Spitex und / oder andere ambulante Dienste hätten mich pflegen können | <input type="checkbox"/> Ich hätte zu Familienangehörigen ziehen können |
| <input type="checkbox"/> Andere Lösung | <input type="checkbox"/> Weiss nicht |
| <input type="checkbox"/> Keine Antwort | |

26. Wie schätzen Sie heute diese Lösung ein?

- Gute Lösung Schlechte Lösung Andere Lösung Weiss nicht Keine Antwort

27. Wenn der Entscheid heute als eine gute Lösung eingeschätzt wird, weshalb finden Sie dies eine gute Lösung?

- Ich könnte nicht mehr für mich selber sorgen
- Mein Partner könnte mich nicht mehr pflegen
- Familienangehörige könnten mich nicht pflegen
- Die Spitex und / oder andere ambulante Dienste könnten den nötigen Pflegeaufwand nicht erbringen
- Andere Gründe
- Weiss nicht
- Keine Antwort

28. Bei einer negativen Einschätzung, welche Lösung würden Sie heute bevorzugen?

- Ich würde für mich selber sorgen
- Mein Partner könnte mich pflegen
- Familienangehörige könnten mich pflegen
- Die Dienste der Spitex und / oder anderer ambulanter Dienste würden ausreichen
- Ich könnte zu Familienangehörigen ziehen
- Andere Lösungen
- Weiss nicht
- Keine Antwort

D) AKTIVITÄTEN UND FREIZEITGESTALTUNG IM APH

29. Welche Freizeitangebote bestehen in Ihrem APH? (Wird vom Pflegepersonal beantwortet)

- Seniorennachmittage / Vorträgen
- Kaffee und Kuchenpausen
- Ausflüge / Besichtigungen
- Feste (Weihnachten, Fasnacht...)
- Konzerte

- Spielnachmittage. Jassen, ...
- Lotto
- Gottesdienst täglich
- Gottesdienst wöchentlich
- Rosenkranzgebet täglich
- Rosenkranzgebet wöchentlich
- Andacht
- Empfang der hl. Kommunion t.
- Empfang der hl. Kommunion w.
- Altersturnen

- Hippotherapie (v.a. bei Demenz)
- Tanzen
- Spazieren
- Tandem 91 (Dreiradvelo)
- Ballspielen

- Kochen / Backen / Hauswirtschaft
- Basteln / Stricken / Schmücken
- Gärtnern
- Singen / Musizieren
- Gedächtnistrainig

- Andere Aktivitäten
- Weiss nicht
- Keine Antwort

30. Welche Freizeitangebote von Ihrem APH kennen Sie?

- Seniorennachmittage / Vorträgen
- Kaffee und Kuchenpausen
- Ausflüge / Besichtigungen
- Feste (Weihnachten, Fasnacht...)
- Konzerte

- Spielnachmittage. Jassen, ...
- Lotto
- Gottesdienst täglich
- Gottesdienst wöchentlich
- Rosenkranzgebet täglich
- Rosenkranzgebet wöchentlich
- Andacht
- Empfang der hl. Kommunion t.
- Empfang der hl. Kommunion w.
- Altersturnen

- Hippotherapie (v.a. bei Demenz)
- Tanzen
- Spazieren
- Tandem 91 (Dreiradvelo)
- Ballspielen

- Kochen / Backen / Hauswirtschaft
- Basteln / Stricken / Schmücken
- Gärtnern
- Singen / Musizieren
- Gedächtnistrainig

- Andere Aktivitäten
- Weiss nicht
- Keine Antwort

Nehmen Sie an folgenden Aktivitäten teil?				
	nie	selten	fast immer	immer
31. Seniorennachmittage / Vorträgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Kaffee und Kuchenpausen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ausflüge / Besichtigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Feste (Weihnachten, Fasnacht...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Konzerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Spielnachmittage. Jassen, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Lotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Gottesdienst täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Gottesdienst wöchentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Rosenkranzgebet täglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Rosenkranzgebet wöchentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Andacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Empfang der hl. Kommunion t.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Empfang der hl. Kommunion w.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Altersturnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Hippotherapie (v.a. bei Demenz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Tanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Spazieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Tandem 91 (Dreiradvelo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Ballspielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Kochen / Backen / Hauswirtschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Basteln / Stricken / Schmücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Gärtnern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Singen / Musizieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Gedächtnistrainig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Andere Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

128

Seite 5 / 11

Weshalb nehmen Sie an folgenden Aktivitäten teil?

	Lust	Auf Anregung Personals	Auf Anregung Angehöriger	Auf Anregung Mitbewohner	Andere Gründe	weiss nicht	keine Antwort
57. Seniorennachmittag / Vorträgen	<input type="checkbox"/>						
58. Kaffee und Kuchenpausen	<input type="checkbox"/>						
59. Ausflüge / Besichtigungen	<input type="checkbox"/>						
60. Feste (Weihnachten, Fasnacht...)	<input type="checkbox"/>						
61. Konzerte	<input type="checkbox"/>						
62. Spielnachmittage. Jassen, ...	<input type="checkbox"/>						
63. Lotto	<input type="checkbox"/>						
64. Gottesdienst täglich	<input type="checkbox"/>						
65. Gottesdienst wöchentlich	<input type="checkbox"/>						
66. Rosenkranzgebet täglich	<input type="checkbox"/>						
67. Rosenkranzgebet wöchentlich	<input type="checkbox"/>						
68. Andacht	<input type="checkbox"/>						
69. Empfang der hl. Kommunion t.	<input type="checkbox"/>						
70. Empfang der hl. Kommunion w.	<input type="checkbox"/>						
71. Altersturnen	<input type="checkbox"/>						
72. Hippotherapie (v.a. bei Demenz)	<input type="checkbox"/>						
73. Tanzen	<input type="checkbox"/>						
74. Spazieren	<input type="checkbox"/>						
75. Tandem 91 (Dreiradvelo)	<input type="checkbox"/>						
76. Ballspielen	<input type="checkbox"/>						
77. Kochen / Backen / Hauswirtschaft	<input type="checkbox"/>						
78. Basteln / Stricken / Schmücken	<input type="checkbox"/>						
79. Gärtnern	<input type="checkbox"/>						
80. Singen / Musizieren	<input type="checkbox"/>						
81. Gedächtnistrainig	<input type="checkbox"/>						
82. Andere Aktivitäten	<input type="checkbox"/>						

Warum nehmen Sie nicht oder nur selten an folgenden Aktivitäten teil?

	Keine Lust	Gesundheitliche Gründe	Auf Abraten Personals	Auf Abraten Angehöriger	Auf Abraten Mitbewohner	Andere Gründe	weiss nicht	keine Antwort
83. Seniorennachmittage / Vorträgen	<input type="checkbox"/>							
84. Kaffee und Kuchenpausen	<input type="checkbox"/>							
85. Ausflüge / Besichtigungen	<input type="checkbox"/>							
86. Feste (Weihnachten, Fasnacht...)	<input type="checkbox"/>							
87. Konzerte	<input type="checkbox"/>							
88. Spielnachmittage. Jassen, ...	<input type="checkbox"/>							
89. Lotto	<input type="checkbox"/>							
90. Gottesdienst täglich	<input type="checkbox"/>							
91. Gottesdienst wöchentlich	<input type="checkbox"/>							
92. Rosenkranzgebet täglich	<input type="checkbox"/>							
93. Rosenkranzgebet wöchentlich	<input type="checkbox"/>							
94. Andacht	<input type="checkbox"/>							
95. Empfang der hl. Kommunion t.	<input type="checkbox"/>							
96. Empfang der hl. Kommunion w.	<input type="checkbox"/>							
97. Altersturnen	<input type="checkbox"/>							
98. Hippotherapie (v.a. bei Demenz)	<input type="checkbox"/>							
99. Tanzen	<input type="checkbox"/>							
100. Spazieren	<input type="checkbox"/>							
101. Tandem 91 (Dreiradvelo)	<input type="checkbox"/>							
102. Ballspielen	<input type="checkbox"/>							
103. Kochen / Backen / Hauswirtschaft	<input type="checkbox"/>							
104. Basteln / Stricken / Schmücken	<input type="checkbox"/>							
105. Gärtnern	<input type="checkbox"/>							
106. Singen / Musizieren	<input type="checkbox"/>							
107. Gedächtnistrainig	<input type="checkbox"/>							
108. Andere Aktivitäten	<input type="checkbox"/>							

E) ZIMMERGESTALTUNG	
137. Wohnen Sie in einem Einzelzimmer oder einem Doppelzimmer?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort
138. Konnten Sie selber entscheiden ob Sie in einem Doppel- oder Einzelzimmer wohnen möchten?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort
139. Wer hat die Gestaltung Ihres Zimmers organisiert? (Pflegebett und Nachttischchen nicht miteinbezogen)	
<input type="checkbox"/> SIEBER	<input type="checkbox"/> Ehe- / Partner <input type="checkbox"/> Familienangehörige <input type="checkbox"/> APH <input type="checkbox"/> Andere Personen
<input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Keine Antwort
140. Was haben Sie von zu Hause mitgenommen?	
<input type="checkbox"/> Stühle / Tisch	<input type="checkbox"/> Schrank / Komode <input type="checkbox"/> Andere Möbel <input type="checkbox"/> Bilder
<input type="checkbox"/> Fotos	<input type="checkbox"/> Religiöse Gegenstände <input type="checkbox"/> Dekorationsgegenstände <input type="checkbox"/> Anderes
<input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Keine Antwort
141. Wer hat entschieden was Sie von zu Hause mitnehmen können?	
<input type="checkbox"/> Selber	<input type="checkbox"/> Ehe- / Partner <input type="checkbox"/> Familienangehörige <input type="checkbox"/> APH <input type="checkbox"/> Andere Personen
<input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Keine Antwort
142. Wie fühlen Sie sich in Ihrem Zimmer?	
<input type="checkbox"/> Sehr wohl	<input type="checkbox"/> Wohl <input type="checkbox"/> Es geht so <input type="checkbox"/> Nicht wohl <input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort
143. Falls Sie sich nicht wohl fühlen, was möchten Sie ändern?	
<input type="checkbox"/> Möbelierung	<input type="checkbox"/> Raumaufteilung <input type="checkbox"/> Farbe der Wände <input type="checkbox"/> Dekoration
<input type="checkbox"/> Anderes	<input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort
144. Zur erweiterten Ermittlung des Wohlbefindens im Zimmer bitte ich Sie Zutreffendes ankreuzen	
<input type="checkbox"/> In meinem Zimmer hängen Fotos von meiner Familie	<input type="checkbox"/> Ich habe viele kleine Ziergegenstände von zu Hause mitgebracht
<input type="checkbox"/> Ich habe min. ein Möbelstück von zu Hause mitgenommen	<input type="checkbox"/> Ich finde mein Zimmer gemütlich
<input type="checkbox"/> Ich fühle mich heimelig in meinem Zimmer	<input type="checkbox"/> Ich verbringe die Freizeit gerne in meinem Zimmer
<input type="checkbox"/> Ich empfangе gerne Besuch in meinem Zimmer	<input type="checkbox"/> Anderes
<input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Keine Antwort
F) SOZIALE KONTAKTE	
145. Wie schätzen Sie Ihre Kontakte zu den Mitbewohnern ein?	
<input type="checkbox"/> Ich habe mehrere Kontakte	<input type="checkbox"/> Ich habe wenig Kontakte <input type="checkbox"/> Ich habe keine Kontakte
<input type="checkbox"/> Anderes	<input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort
146. Bei wenig Kontakten, was denken Sie warum Sie nicht mehr Kontakte haben:	
<input type="checkbox"/> Es leben nicht mehr viele Personen in meinem Alter	<input type="checkbox"/> Mit den meisten Mitbewohnern ist es schwierig Gespräche zu führen
<input type="checkbox"/> Ich mag die anderen Mitbewohner nicht	<input type="checkbox"/> Die anderen mögen mich nicht
<input type="checkbox"/> Ich will nicht mehr Kontakte	<input type="checkbox"/> Andere Gründe
<input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Keine Antwort
147. Bei viel Kontakten, wieso haben Sie viele Kontakte zu anderen Personen?	
<input type="checkbox"/> Ich pflege Kontakte zu Mitbewohnern	<input type="checkbox"/> Ich bin gerne in Kontakt mit anderen Bewohnern
<input type="checkbox"/> Andere Gründe	<input type="checkbox"/> Weiss nicht
<input type="checkbox"/> Keine Antwort	
148. Wie schätzen Sie Ihre Kontakte zum Pflegepersonal ein?	
<input type="checkbox"/> Ich habe mehrere Kontakte	<input type="checkbox"/> Ich habe wenig Kontakte <input type="checkbox"/> Andere Gründe <input type="checkbox"/> Weiss nicht
<input type="checkbox"/> Keine Antwort	

149. Bei wenig Kontakten, was denken Sie warum Sie nicht mehr Kontakte zum Pflegepersonal haben	
<input type="checkbox"/> Das Pflegepersonal hat keine Zeit. Zu viel Arbeit	<input type="checkbox"/> Das Pflegepersonal mag mich nicht
<input type="checkbox"/> Ich mag das Pflegepersonal nicht	<input type="checkbox"/> Andere Gründe
<input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Keine Antwort
150. Bei vielen Kontakten, warum haben Sie viele Kontakte zum Pflegepersonal?	
<input type="checkbox"/> Ich pflege Kontakte zum Pflegepersonal	<input type="checkbox"/> Ich mag das Pflegepersonal
<input type="checkbox"/> Das Pflegepersonal mag mich	<input type="checkbox"/> Andere Gründe
<input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Keine Antwort
151. Wie schätzen Sie Ihre Kontakte zu Familienangehörigen ein?	
<input type="checkbox"/> Ich habe mehrere Kontakte zu meiner Familie	<input type="checkbox"/> Ich habe wenig Kontakte zu meiner Familie
<input type="checkbox"/> Ich habe keine Kontakte zu meiner Familie	<input type="checkbox"/> Anderes
<input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Keine Antwort
152. Wie schätzen Sie Ihre Kontakte zu anderen Personen (Freunde, Bekannte, ...) ein?	
<input type="checkbox"/> Ich habe mehrere Kontakte zu anderen Personen	<input type="checkbox"/> Ich habe wenig Kontakte zu anderen Personen
<input type="checkbox"/> Ich habe keine Kontakte zu anderen Personen	<input type="checkbox"/> Anderes
<input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Keine Antwort
153. Bitte kreuzen Sie bei den untenstehenden Situationen zutreffende Beispiele an:	
<input type="checkbox"/> Ich gehe auf Leute zu	
<input type="checkbox"/> Personen kommen auf mich zu	
<input type="checkbox"/> Das APH ist mein Zuhause	
<input type="checkbox"/> Ich treffe auch Leute ausserhalb des APHs	
<input type="checkbox"/> Ich habe gute Freunde im APH	
<input type="checkbox"/> Ich akzeptiere den Heimaufenthalt	
<input type="checkbox"/> Ich verbringe die Freizeit am liebsten mit anderen Mitbewohnern	
<input type="checkbox"/> Ich verbringe die Freizeit am liebsten alleine	
<input type="checkbox"/> Ich nehme gerne an den Aktivitäten teil	
<input type="checkbox"/> Ich treffe mich mit anderen Bewohnern zum "Zellu und Hängärtu"	
<input type="checkbox"/> Ich treffe mich mit anderen Bewohnern zum "Zellu und Hängärtu" und evt zum Jassen	
<input type="checkbox"/> Weiss nicht	
<input type="checkbox"/> Keine Antwort	
G) BEZUGSPERSON	
154. Haben Sie eine externe Bezugsperson fürs APH?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Anderes <input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort	
155. Wer ist diese externe Bezugsperson?	
<input type="checkbox"/> Ein Familienmitglied <input type="checkbox"/> Ein Bekannter <input type="checkbox"/> Ein Sozialarbeiter <input type="checkbox"/> Jemand anders <input type="checkbox"/> Weiss nicht	
<input type="checkbox"/> Keine Antwort	
156. Wobei unterstützt Sie diese Person?	
<input type="checkbox"/> Tägliche Administration, d.h. Post, Zahlungen, Versicherungen, usw.	
<input type="checkbox"/> Entscheidungen die das APH betreffen	
<input type="checkbox"/> Diese Person setzt sich für meine Anliegen gegenüber dem APH ein	
<input type="checkbox"/> Anderes	
<input type="checkbox"/> Weiss nicht	
<input type="checkbox"/> Keine Antwort	
157. Wie schätzen Sie die Beziehung zu der Bezugsperson ein?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Es geht so <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Anderes <input type="checkbox"/> Weiss nicht <input type="checkbox"/> Keine Antwort	

158. Wenn sie keine externe Bezugsperson haben, wissen Sie wieso dies so ist?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ich erledige die Administration selber | <input type="checkbox"/> Jemand vom APH erledigt für mich die Administration |
| <input type="checkbox"/> Ich entscheide alles in Bezug aufs APH selber | <input type="checkbox"/> Ich habe niemanden, der das für mich machen könnte |
| <input type="checkbox"/> Andere Gründe | <input type="checkbox"/> Weiss nicht |
| <input type="checkbox"/> Keine Antwort | |

159. War diese Bezugsperson am Entscheid, dass Sie in ein APH ziehen mitbeteiligt

- Ja Nein Anderes Weiss nicht Keine Antwort

160. Wenn ja, wodurch war diese Person beim Entscheid, dass Sie in ein APH ziehen mitbeteiligt?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sie hat mich zum Eintritt animiert | <input type="checkbox"/> Sie hat entschieden, dass ich in ein APH ziehen muss |
| <input type="checkbox"/> Andere Beteiligung | <input type="checkbox"/> Weiss nicht |
| <input type="checkbox"/> Keine Antwort | |

161. Wenn nein, warum war diese Person am Entscheid, dass Sie in ein APH ziehen nicht mitbeteiligt?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ich kannte diese Person damals gar nicht | <input type="checkbox"/> Sie war bei dieser Entscheidung einfach nicht mitbeteiligt |
| <input type="checkbox"/> Andere Gründe | <input type="checkbox"/> Weiss nicht |
| <input type="checkbox"/> Keine Antwort | |

162. Was wünschen Sie sich für die Zukunft

163. Gibt es noch etwas, was ich vergessen habe, was Sie mir noch sagen möchten?



9.3. Tabellen zum Fragebogen

Gliederung nach den Fragen des Fragebogens

43 observations

1

1. Nr-Fragebogens			2. Name APH		
	Anz	% Nenn.		Anz	% Nenn.
1	1	2,3%			
2	1	2,3%	Sancta Maria / St. Michael NATERS	7	16,3%
3	1	2,3%	Englischgruss BRIG	7	16,3%
4	1	2,3%	St. Martin VISP	7	16,3%
5	1	2,3%	Paulusheim VISP	7	16,3%
6	1	2,3%	St. Anna STEG	7	16,3%
7	1	2,3%	St. Josef SUSTEN / RINGACHER	8	18,6%
8	1	2,3%	Summe	43	100,0%
9	1	2,3%			
10	1	2,3%			
11	0	0,0%			
12	2	4,7%			
13	1	2,3%			
14	1	2,3%			
15	1	2,3%			
16	1	2,3%			
17	1	2,3%			
18	1	2,3%			
19	1	2,3%			
20	1	2,3%			
21	1	2,3%			
22	1	2,3%			
23	1	2,3%			
24	1	2,3%			
25	1	2,3%			
26	1	2,3%			
27	1	2,3%			
28	1	2,3%			
29	1	2,3%			
30	1	2,3%			
31	1	2,3%			
32	1	2,3%			
33	1	2,3%			
34	1	2,3%			
35	1	2,3%			
36	1	2,3%			
37	1	2,3%			
38	1	2,3%			
39	1	2,3%			
40	1	2,3%			
41	1	2,3%			
42	2	4,7%			
43	0	0,0%			
Summe	43	100,0%			

A) PERSONALIEN UND AKTUELLES WOHLBEFINDEN DES PROBANDEN

3. Geschlecht		
	Anz	% Nenn.
Männlich	11	25,6%
Weiblich	32	74,4%
Summe	43	100,0%

4. Alter		
	Anz	% Nenn.
65	0	0,0%
66	0	0,0%
67	0	0,0%
68	0	0,0%
69	0	0,0%
70	0	0,0%
71	0	0,0%
72	0	0,0%
73	0	0,0%
74	1	2,3%
75	0	0,0%
76	1	2,3%
77	2	4,7%
78	2	4,7%
79	1	2,3%
80	2	4,7%
81	2	4,7%
82	5	11,6%
83	2	4,7%
84	1	2,3%
85	1	2,3%
86	5	11,6%
87	1	2,3%
88	2	4,7%
89	4	9,3%
90	1	2,3%
91	2	4,7%
92	2	4,7%
93	1	2,3%
94	1	2,3%
95	1	2,3%
96	3	7,0%
97	0	0,0%
98	0	0,0%
99	0	0,0%
>99	0	0,0%
weiss nicht	0	0,0%
keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	100,0%

5. Aufenthaltsdauer		
	Anz	% Nenn.
Weniger als 6 Monate	6	14,0%
Weniger als 1 Jahr	3	7,0%
Weniger als 2 Jahre	9	20,9%
Weniger als 3 Jahre	11	25,6%
Weniger als 4 Jahre	4	9,3%
Weniger als 5 Jahre	2	4,7%
Weniger als 6 Jahre	1	2,3%
Weniger als 7 Jahre	1	2,3%
Weniger als 8 Jahre	2	4,7%
Weniger als 9 Jahre	0	0,0%
Weniger als 10 Jahre	0	0,0%
Weniger als 11 Jahre	3	7,0%
Weniger als 12 Jahre	0	0,0%
Weniger als 13 Jahre	0	0,0%
Weniger als 14 Jahre	0	0,0%
Weniger als 15 Jahre	0	0,0%
Weniger als 16 Jahre	0	0,0%
Weniger als 17 Jahre	0	0,0%
Weniger als 18 Jahre	0	0,0%
Weniger als 19 Jahre	0	0,0%
Weniger als 20 Jahre	0	0,0%
Mehr als 20 Jahre	0	0,0%
Anderes	0	0,0%
Weiss nicht	1	2,3%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	100,0%

43 observations

3

6. Zivilstand		
	Anz	% Nenn.
Ledig	7	16,3%
Verheiratet / in Partnerschaft	5	11,6%
Verw itw et	29	67,4%
Geschieden / getrennt	2	4,7%
Anderes	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antw ort	0	0,0%
Summe	43	100,0%

7. Geo-Lage des APHs		
	Anz	% Nenn.
Das APH liegt in der früheren Wohngemeinde des Probanden	21	50,0%
Das APH liegt in einer Nachbargemeinde der früheren Wohngemeinde des Probanden	7	16,7%
Das APH liegt in einer anderen Gemeinde	14	33,3%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antw ort	0	0,0%
Summe	42	100,0%

8. BESA		
	Anz	% Nenn.
BESA 1	10	33,3%
BESA 2	9	30,0%
BESA 3	6	20,0%
BESA 4	5	16,7%
Summe	30	100,0%

9. Wohnsituation vor APH-Eintritt		
	Anz	% Nenn.
Eigenes Haus / Eigentumswohnung	27	62,8%
Mietwohnung	14	32,6%
Anderes	0	0,0%
Weiss nicht	2	4,7%
Keine Antw ort	0	0,0%
Summe	43	100,0%

10. Zusammenleben vor dem APH-Eintritt		
	Anz	% Nenn.
Wohnte alleine	30	71,4%
Wohnte in Partnerschaft	6	14,3%
Wohnte bei Familienangehörigen	5	11,9%
Wohnte bei anderen Personen	0	0,0%
Andere Möglichkeiten	1	2,4%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antw ort	0	0,0%
Summe	42	100,0%

11. Wohlbefinden heute		
	Anz	% Nenn.
Sehr gut	2	4,8%
Gut	31	73,8%
Schlecht	9	21,4%
Sehr schlecht	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antw ort	0	0,0%
Summe	42	100,0%

12. Zufriedenheit mit Situation		
	Anz	% Nenn.
Sehr gut	21	50,0%
Gut	17	40,5%
Schlecht	4	9,5%
Sehr schlecht	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antw ort	0	0,0%
Summe	42	100,0%

B) DAS LEBEN VOR DEM APH-EINTRITT

13. Gesundheitszustand vor APH		
	Anz	% Nenn.
Sehr gut	2	4,8%
Gut	10	23,8%
Schlecht	25	59,5%
Sehr schlecht	3	7,1%
Weiss nicht	2	4,8%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	42	100,0%

14. Pflegebedürftigkeit vor APH		
	Anz	% Nenn.
Ja	26	65,0%
Nein	12	30,0%
Anderes	0	0,0%
Weiss nicht	2	5,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	40	100,0%

15. Pflegeperson vor AHP		
	Anz	% Beob.
Mein Partner hat mich gepflegt	0	0,0%
Ein Familienmitglied ist täglich für die Pflege vorbeigekommen	7	16,3%
Ein Familienmitglied ist mehrmals wöchentlich vorbeigekommen	2	4,7%
Die Spitex ist täglich vorbeigekommen	10	23,3%
Die Spitex ist mehrmals wöchentlich vorbeigekommen	2	4,7%
Anderere Personen sind täglich vorbeigekommen	0	0,0%
Anderere Personen sind mehrmals wöchentlich vorbeigekommen	1	2,3%
Spital	11	25,6%
Anderes	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	

16. Keine Pflege		
	Anz	% Nenn.
Ich habe mich selber gepflegt	4	33,3%
Pflege war nicht nötig	5	41,7%
Anderes	3	25,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	12	100,0%

17. Gedanken an APH vor Eintritt		
	Anz	% Nenn.
Ja	24	58,5%
Nein	17	41,5%
Anderes	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	41	100,0%

18. Gedanken an APH vor Eintritt1		
	Anz	% Beob.
Aus gesundheitlichen Gründen	6	14,0%
Aus Einsamkeit	4	9,3%
Zur Vorsorge	22	51,2%
Um Familienangehörigen / Partner nicht zur Last zu fallen	3	7,0%
Auf Empfehlung	3	7,0%
Anderere Gründe	1	2,3%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	

43 observations

5

19. Gedanken an APH vor Eintritt2		
	Anz	% Beob.
Selber	19	44,2%
Familienangehörige	4	9,3%
Partner	5	11,6%
Spitex	0	0,0%
Arzt	6	14,0%
Sozialdienst	0	0,0%
Andere Personen	1	2,3%
Weiss nicht	1	2,3%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	

20. Weitere Schritte		
	Anz	% Beob.
Besuche und Besichtigungen von APHs	10	23,3%
Gespräche mit Personal und / oder Bew ohnern	7	16,3%
Anmeldung in einem / oder mehreren APHs	21	48,8%
Eine APH-Anmeldung schien nicht nötig	0	0,0%
Niemand hat mir eine Anmeldung empfohlen	0	0,0%
Ich war von dieser Lösung nicht überzeugt	0	0,0%
Ich hatte Angst mich bei einem APH anzumelden	0	0,0%
Andere Schritte	2	4,7%
Keine Schritte	1	2,3%
Weiss nicht	2	4,7%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	100,0%

C) EINTRITT INS APH

21. Weshalb Entscheidung APH		
	Anz	% Beob.
Ehe- / Partner verstorben	3	7,0%
Der nötige Pflegeaufw and konnte zu Hause nicht mehr ausgeführt w erden	31	72,1%
Die Wohnung w ar nicht behindertengerecht gebaut	1	2,3%
Ich fühlte mich alleine	8	18,6%
Ich hatte zu Hause nur noch ein geringes Sicherheitsgefühl	7	16,3%
Andere Gründe	11	25,6%
Weiss nicht	2	4,7%
Keine Antw ort	1	2,3%
Summe	43	

22. Wer entscheidet für Eintritt		
	Anz	% Beob.
Selber	30	69,8%
Ehe-/ Partner	0	0,0%
Angehörige	18	41,9%
Arzt	15	34,9%
Spitex	0	0,0%
Corif	0	0,0%
Sozialarbeiter	0	0,0%
Andere	0	0,0%
Weiss nicht	1	2,3%
Keine Antw ort	0	0,0%
Summe	43	

23. Einschätzung damals		
	Anz	% Nenn.
Gute Lösung	35	81,4%
Schlechte Lösung	6	14,0%
Anderes	0	0,0%
Weiss nicht	1	2,3%
Keine Antw ort	1	2,3%
Summe	43	100,0%

43 observations

6

24. Weshalb war es eine gute Lösung		
	Anz	% Beob.
Ich hätte nicht mehr für mich selber sorgen können	31	72,1%
Mein Partner konnte mich nicht mehr pflegen	1	2,3%
Familienangehörige konnten mich nicht mehr pflegen	22	51,2%
Die Spitex und / oder andere ambulante Dienste konnten den nötigen Pflegeaufwand nicht mehr abdecken	19	44,2%
Anderer Grund	4	9,3%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	

25. Damalige bevorzugte Lösung		
	Anz	% Beob.
Ich hätte für mich selber sorgen können	3	7,0%
Mein Partner hätte mich pflegen können	0	0,0%
Die Spitex und / oder andere ambulante Dienste hätten mich pflegen können	3	7,0%
Ich hätte zu Familienangehörigen ziehen können	1	2,3%
Andere Lösung	4	9,3%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	

26. Einschätzung heute		
	Anz	% Nenn.
Gute Lösung	43	100,0%
Schlechte Lösung	0	0,0%
Andere Lösung	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	100,0%

27. Warum gute Lösung		
	Anz	% Beob.
Ich könnte nicht mehr für mich selber sorgen	39	90,7%
Mein Partner könnte mich nicht mehr pflegen	5	11,6%
Familienangehörige könnten mich nicht pflegen	27	62,8%
Die Spitex und / oder andere ambulante Dienste könnten den nötigen Pflegeaufwand nicht erbringen	30	69,8%
Andere Gründe	8	18,6%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	

43 observations

7

28. Welche Lösung heute bevorzugen		
	Anz	% Beob.
Ich würde für mich selber sorgen	0	0,0%
Mein Partner könnte mich pflegen	0	0,0%
Familienangehörige könnten mich pflegen	0	0,0%
Die Dienste der Spitex und / oder anderer ambulanter Dienste würden ausreichen	0	0,0%
Ich könnte zu Familienangehörigen ziehen	0	0,0%
Andere Lösungen	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	

43 observations

8

D) AKTIVITÄTEN UND FREIZEITGESTALTUNG IM APH

29. Aktivitaeten			30. kennen_Angebot		
	Anz	% Beob.		Anz	% Beob.
Seniorenachmittage / Vorträgen	14	32,6%	Seniorenachmittage / Vorträgen	13	30,2%
Kaffee und Kuchenpausen	0	0,0%	Kaffee und Kuchenpausen	0	0,0%
Ausflüge / Besichtigungen	43	100,0%	Ausflüge / Besichtigungen	42	97,7%
Feste (Weihnachten, Fasnacht...)	0	0,0%	Feste (Weihnachten, Fasnacht...)	0	0,0%
Konzerte	13	30,2%	Konzerte	14	32,6%
Spielnachmittage. Jassen, ...	37	86,0%	Spielnachmittage. Jassen, ...	37	86,0%
Lotto	30	69,8%	Lotto	27	62,8%
Gottesdienst täglich	36	83,7%	Gottesdienst täglich	36	83,7%
Gottesdienst w öchentlich	8	18,6%	Gottesdienst w öchentlich	7	16,3%
Rosenkranzgebet täglich	36	83,7%	Rosenkranzgebet täglich	35	81,4%
Rosenkranzgebet w öchentlich	7	16,3%	Rosenkranzgebet w öchentlich	6	14,0%
Andacht	14	32,6%	Andacht	12	27,9%
Empfang der hl. Kommunion t.	0	0,0%	Empfang der hl. Kommunion t.	0	0,0%
Empfang der hl. Kommunion w .	14	32,6%	Empfang der hl. Kommunion w .	8	18,6%
Altersturnen	42	97,7%	Altersturnen	41	95,3%
Hippotherapie (v.a. bei Demenz)	0	0,0%	Hippotherapie (v.a. bei Demenz)	0	0,0%
Tanzen	14	32,6%	Tanzen	13	30,2%
Spazieren	43	100,0%	Spazieren	42	97,7%
Tandem 91 (Dreiradvelo)	8	18,6%	Tandem 91 (Dreiradvelo)	5	11,6%
Ballspielen	4	9,3%	Ballspielen	1	2,3%
Kochen / Backen / Hauswirtschaft	29	67,4%	Kochen / Backen / Hauswirtschaft	25	58,1%
Basteln / Stricken / Schmücken	43	100,0%	Basteln / Stricken / Schmücken	40	93,0%
Gärtnern	1	2,3%	Gärtnern	0	0,0%
Singen / Musizieren	36	83,7%	Singen / Musizieren	34	79,1%
Gedächtnistrainig	21	48,8%	Gedächtnistrainig	11	25,6%
Andere Aktivitäten	0	0,0%	Andere Aktivitäten	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%	Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%	Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43		Summe	43	

43 observations

9

teilnehmen					
	nie	selten	fast immer	immer	Sum
Seniorenachmittage_Vorträgen	5	4	2	2	13
Kaffee und Kuchenpausen	0	0	0	0	0
Ausflüge_Besichtigungen	9	4	10	18	41
Konzerte	4	1	2	7	14
Spielnachmittage. Jassen, ...	19	4	6	6	35
Lotto	7	4	3	12	26
Gottesdienst täglich	0	5	9	20	34
Gottesdienst w öchentlich	3	0	0	5	8
Rosenkranzgebet täglich	15	4	6	9	34
Rosenkranzgebet w öchentlich	5	0	1	1	7
Andacht	4	1	2	5	12
Empfang der hl. Kommunion t.	0	0	0	0	0
Empfang der hl. Kommunion w .	3	0	1	4	8
Altersturnen	14	3	8	15	40
Hippotherapie (v.a. bei Demenz)	0	0	0	0	0
Tanzen	10	0	2	1	13
Spazieren	4	6	12	20	42
Tandem91 (Dreiradvelo)	2	1	1	1	5
Ballspielen	0	0	0	0	0
Kochen_Backen_Hauswirtschaft	7	5	4	8	24
Basteln_Stricken_Schmücken	15	5	7	12	39
Gärtnern	0	0	0	0	0
Singen_Musizieren	18	2	2	11	33
Gedächtnstraining	3	2	0	6	11
Andere Aktivitäten	0	0	0	0	0
Summe	147	51	78	163	439

43 observations

10

GRUPPE Nr.2								
	Lust	Auf Anre- gung Perso- nals	Auf Anre- gung Angehö- riger	Auf Anre- gung Mitbew- ohner	Andere Gründe	w eiss nicht	keine Antw ort	Sum
Seniorenachmittage_Vorträgen1	4	0	0	0	0	0	0	4
Kaffee und Kuchenpausen1	0	0	0	0	0	0	0	0
Ausflüge_Besichtigungen1	25	2	0	0	2	0	0	29
Konzerte1	11	0	0	0	0	0	0	11
Spielnachmittage. Jassen, ...1	12	0	0	0	0	0	0	12
Lotto1	15	1	0	0	0	0	0	16
Gottesdienst täglich1	29	0	0	0	1	0	0	30
Gottesdienst w öchentlich1	4	0	0	0	0	0	0	4
Rosenkranzgebet täglich1	14	0	0	0	1	0	0	15
Rosenkranzgebet w öchentlich1	1	0	0	0	0	0	0	1
Andacht1	7	0	0	0	0	0	0	7
Empfang der hl. Kommunion t.1	0	0	0	0	0	0	0	0
Empfang der hl. Kommunion w .1	5	0	0	0	0	0	0	5
Altersturnen1	18	8	0	0	1	0	0	27
Hippotherapie (v.a. bei Demenz)1	0	0	0	0	0	0	0	0
Tanzen1	2	0	0	0	0	0	0	2
Spazieren1	24	5	0	0	1	0	0	30
Tandem 91 (Dreiradvelo)1	3	0	0	0	0	0	0	3
Ballspielen1	0	0	0	0	0	0	0	0
Kochen_Backen_Hausw irtschaft1	12	2	0	0	0	0	0	14
Basteln_Stricken_Schmücken1	17	2	0	0	1	0	0	20
Gärtnern1	0	1	0	0	0	0	0	1
Singen_Musizieren1	12	1	0	0	2	0	0	15
Gedächtnistrainig1	4	3	0	0	0	0	0	7
Andere Aktivitäten1	0	0	0	0	0	0	0	0
Summe	219	25	0	0	9	0	0	253

43 observations

11

GRUPPE Nr.3									
	Keine Lust	Gesundheitliche Gründe	Auf Abraten Personals	Auf Abraten Angehöriger	Auf Abraten Mitbewohner	Andere Gründe	weiss nicht	keine Antwort	Sum
Seniorenachmittage_Vorträgen2	6	1	0	0	0	2	0	0	9
Kaffee und Kuchenpausen2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ausflüge_Besichtigungen2	6	5	0	0	0	3	0	0	14
Konzerte2	2	2	0	0	0	1	0	0	5
Spielnachmittage. Jassen, ...2	13	1	0	0	0	9	0	0	23
Lotto2	7	2	0	0	0	1	0	0	10
Gottesdienst täglich2	2	2	0	0	0	1	0	0	5
Gottesdienst w öchentlich2	0	1	0	0	0	2	0	0	3
Rosenkranzgebet täglich2	16	1	0	0	0	2	0	0	19
Rosenkranzgebet w öchentlich2	1	1	0	0	0	2	0	0	4
Andacht2	1	1	0	0	0	3	0	0	5
Empfang der hl. Kommunion t.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Empfang der hl. Kommunion w .2	1	0	0	0	0	2	0	0	3
Altersturnen2	10	5	0	0	0	0	0	0	15
Hippotherapie (v.a. bei Demenz)2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tanzen2	3	8	0	0	0	0	0	0	11
Spazieren2	0	13	0	0	0	1	0	0	14
Tandem 91 (Dreiradvelo)2	0	1	0	0	0	1	0	0	2
Ballspielen2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kochen_Backen_Hauswirtschaft2	6	2	0	0	0	3	0	0	11
Basteln_Stricken_Schmücken2	8	11	0	0	0	2	0	0	21
Gärtnern2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Singen_Musizieren2	13	4	0	0	0	2	0	0	19
Gedächtnisraing2	3	1	0	0	0	0	0	0	4
Andere Aktivitäten2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Summe	98	62	0	0	0	37	0	0	197

43 observations

12

GRUPPE Nr.4						
	Ich kann nicht mitentscheiden was gemacht wird	Ich kann mitentscheiden was gemacht wird	Anderes	w eiss nicht	keine Antwort	Sum
Seniorenachmittag_Vorträgen3	4	0	0	0	0	4
Kaffee und Kuchenpausen3	0	0	0	0	0	0
Ausflüge_Besichtigungen3	28	1	0	0	0	29
Konzerte3	10	0	0	0	0	10
Spielnachmittage. Jassen, ...3	1	12	0	1	0	14
Lotto3	15	0	0	1	0	16
Gottesdienst täglich3	30	0	0	0	0	30
Gottesdienst w öchentlich3	3	0	0	0	0	3
Rosenkranzgebet täglich3	16	0	0	0	0	16
Rosenkranzgebet w öchentlich3	1	0	0	0	0	1
Andacht3	8	0	0	0	0	8
Empfang der hl. Kommunion t.3	0	0	0	0	0	0
Empfang der hl. Kommunion w .3	2	0	0	0	0	2
Altersturnen3	18	4	0	0	0	22
Hippotherapie (v.a. bei Demenz)3	0	0	0	0	0	0
Tanzen3	3	1	0	0	0	4
Spazieren3	1	31	0	0	0	32
Tandem 91 (Dreiradvelo)3	1	0	0	0	0	1
Ballspielen3	0	0	0	0	0	0
Kochen_Backen_Hauswirtschaft3	8	7	0	0	0	15
Basteln_Stricken_Schmücken3	11	9	0	0	0	20
Gärtnern3	0	0	0	0	0	0
Singen_Musizieren3	6	8	0	1	0	15
Gedächtnistrainig3	5	2	0	0	0	7
Andere Aktivitäten3	0	0	0	0	0	0
Summe	171	75	0	3	0	249

135. Anderes Freizeitprogramm		
	Anz	% Nenn.
Ja	0	
Nein	0	
Weiss nicht	0	
Keine Antwort	0	
Summe	0	0,0%

E) ZIMMERGESTALTUNG

137. Doppelzimmer		
	Anz	% Nenn.
Ja	36	83,7%
Nein	7	16,3%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	100,0%

138. Entscheidung Doppelzimmer		
	Anz	% Nenn.
Ja	24	55,8%
Nein	19	44,2%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	100,0%

139. Gestaltung Zimmer		
	Anz	% Beob.
Selber	33	76,7%
Ehe- / Partner	2	4,7%
Familienangehörige	4	9,3%
APH	0	0,0%
Andere Personen	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	2	4,7%
Summe	43	

140. von zu Hause mitgenommen		
	Anz	% Beob.
Stühle / Tisch	30	69,8%
Schrank / Komode	34	79,1%
Andere Möbel	24	55,8%
Bilder	32	74,4%
Fotos	40	93,0%
Religiöse Gegenstände	32	74,4%
Dekorationsgegenstände	24	55,8%
Anderes	30	69,8%
Weiss nicht	2	4,7%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	

141. Wer entscheidet was mitgenommen wird		
	Anz	% Beob.
Selber	39	90,7%
Ehe- / Partner	1	2,3%
Familienangehörige	5	11,6%
APH	0	0,0%
Andere Personen	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	2	4,7%
Summe	43	

142. Wohlbefinden im Zimmer		
	Anz	% Nenn.
Sehr wohl	25	59,5%
Wohl	15	35,7%
Es geht so	2	4,8%
Nicht wohl	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	42	100,0%

143. was im Zimmer verändern		
	Anz	% Beob.
Möbelierung	0	0,0%
Raumaufteilung	0	0,0%
Farbe der Wände	0	0,0%
Dekoration	0	0,0%
Anderes	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	

144. Wohlbefinde im Zimmer		
	Anz	% Beob.
In meinem Zimmer hängen Fotos von meiner Familie	40	93,0%
Ich habe viele kleine Ziergegenstände von zu Hause mitgebracht	24	55,8%
Ich habe min. ein Möbelstück von zu Hause mitgenommen	37	86,0%
Ich finde mein Zimmer gemütlich	40	93,0%
Ich fühle mich heimelig in meinem Zimmer	35	81,4%
Ich verbringe die Freizeit gerne in meinem Zimmer	27	62,8%
Ich empfangen gerne Besuch in meinem Zimmer	30	69,8%
Anderes	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	

F) SOZIALE KONTAKTE

145. Kontakte Mitbewohner		
	Anz	% Nenn.
Ich habe mehrere Kontakte	25	58,1%
Ich habe wenig Kontakte	17	39,5%
Ich habe keine Kontakte	0	0,0%
Anderes	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	1	2,3%
Summe	43	100,0%

146. warum wenig Kontakte		
	Anz	% Beob.
Es leben nicht mehr viele Personen in meinem Alter	0	0,0%
Mit den meisten Mitbewohnern ist es schwierig Gespräche zu führen	9	20,9%
Ich mag die anderen Mitbewohner nicht	0	0,0%
Die anderen mögen mich nicht	0	0,0%
Ich will nicht mehr Kontakte	11	25,6%
Anderere Gründe	5	11,6%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	1	2,3%
Summe	43	

147. Warum viele Kontakte		
	Anz	% Beob.
Ich pflege Kontakte zu Mitbewohnern	23	53,5%
Ich bin gerne in Kontakt mit anderen Bewohnern	24	55,8%
Anderere Gründe	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	

148. Kontakte zu Pflegepersonal		
	Anz	% Nenn.
Ich habe mehrere Kontakte	39	90,7%
Ich habe wenig Kontakte	4	9,3%
Anderere Gründe	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	100,0%

149. Kontakte Pflegepersonal		
	Anz	% Beob.
Das Pflegepersonal hat keine Zeit. Zu viel Arbeit	1	2,3%
Das Pflegepersonal mag mich nicht	1	2,3%
Ich mag das Pflegepersonal nicht	0	0,0%
Anderere Gründe	3	7,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	

150. viele Kontakte zum Pflegepersonal		
	Anz	% Beob.
Ich pflege Kontakte zum Pflegepersonal	37	86,0%
Ich mag das Pflegepersonal	34	79,1%
Das Pflegepersonal mag mich	4	9,3%
Anderere Gründe	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	

43 observations

15

151. Kontakte zur Familie		
	Anz	% Nenn.
Ich habe mehrere Kontakte zu meiner Familie	31	72,1%
Ich habe wenig Kontakte zu meiner Familie	8	18,6%
Ich habe keine Kontakte zu meiner Familie	0	0,0%
Anderes	4	9,3%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	100,0%

152. Kontakt zu anderen Personen		
	Anz	% Nenn.
Ich habe mehrere Kontakte zu anderen Personen	20	46,5%
Ich habe wenig Kontakte zu anderen Personen	12	27,9%
Ich habe keine Kontakte zu anderen Personen	0	0,0%
Anderes	9	20,9%
Weiss nicht	1	2,3%
Keine Antwort	1	2,3%
Summe	43	100,0%

153. Ermittlung der soz- Kontakte		
	Anz	% Beob.
Ich gehe auf Leute zu	20	46,5%
Personen kommen auf mich zu	13	30,2%
Das APH ist mein Zuhause	32	74,4%
Ich treffe auch Leute ausserhalb des APHs	12	27,9%
Ich habe gute Freunde im APH	10	23,3%
Ich akzeptiere den Heimaufenthalt	40	93,0%
Ich verbringe die Freizeit am liebsten mit anderen Bewohnern	17	39,5%
Ich verbringe die Freizeit am liebsten alleine	23	53,5%
Ich nehme gerne an den Aktivitäten teil	23	53,5%
Ich treffe mich mit anderen Bewohnern zum "Zellu und Hängärtu"	20	46,5%
Ich treffe mich mit anderen Bewohnern zum "Zellu und Hängärtu" und evt zum Jassen	4	9,3%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	1	2,3%
Summe	43	

43 observations

16

G) BEZUGSPERSON

154. externe Bezugsperson		
	Anz	% Nenn.
Ja	37	86,0%
Nein	6	14,0%
Anderes	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	100,0%

155. wer ist diese externe Bezugsperson		
	Anz	% Beob.
Ein Familienmitglied	33	76,7%
Ein Bekannter	3	7,0%
Ein Sozialarbeiter	0	0,0%
Jemand anders	1	2,3%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	

156. Art der Unterstützung		
	Anz	% Beob.
Tägliche Administration, d.h. Post, Zahlungen, Versicherungen, usw.	37	86,0%
Entscheidungen die das APH betreffen	19	44,2%
Diese Person setzt sich für meine Anliegen gegenüber dem APH ein	30	69,8%
Anderes	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	

157. Bezug zur externen Bezugsperson		
	Anz	% Nenn.
Ja	34	94,4%
Es geht so	1	2,8%
Nein	1	2,8%
Anderes	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	36	100,0%

158. Grund warum keine externe Bezugsperson		
	Anz	% Beob.
Ich erledige die Administration selber	6	14,0%
Jemand vom APH erledigt für mich die Administration	0	0,0%
Ich entscheide alles in Bezug aufs APH selber	1	2,3%
Ich habe niemanden, der das für mich machen könnte	0	0,0%
Anderer Gründe	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	

159. Mitbeteiligung der Bezugsperson am Eint		
	Anz	% Nenn.
Ja	15	41,7%
Nein	21	58,3%
Anderes	0	0,0%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	36	100,0%

43 observations

17

160. Bezugsperson beim Eintritt mitbeteilig		
	Anz	% Beob.
Sie hat mich zum Eintritt animiert	12	27,9%
Sie hat entschieden, dass ich in ein APH ziehen muss	10	23,3%
Andere Beteiligung	1	2,3%
Weiss nicht	0	0,0%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	

161. Wieso keine Beteiligung am Entscheid		
	Anz	% Beob.
Ich kannte diese Person damals gar nicht	0	0,0%
Sie war bei dieser Entscheidung einfach nicht mitbeteiligt	19	44,2%
Andere Gründe	0	0,0%
Weiss nicht	1	2,3%
Keine Antwort	0	0,0%
Summe	43	

9.4. Ergänzende Tabellen zum Kapitel 4 Datenanalyse

9.4.1. Profil der Probanden

Wohnverhältnisse der Probanden vor dem APH-Eintritt			
	Mietwohnung	Wohneigentum	Total pro Wohnformen
Wohnte alleine	12	17	29
Wohnte in Partnerschaft	2	3	5
Wohnte bei Familienangehörigen		5	5
Andere Möglichkeiten		1	1
Total Eigentum / Miete	14	26	

Tabelle 5 Wohnverhältnisse der Probanden vor dem APH Eintritt

BESA-Stufen der Probanden			
	Frauen	Männer	Total pro BESA-Stufe
BESA 4	4	1	5
BESA 3	4	2	6
BESA 2	7	2	9
BESA 1	7	3	10

Tabelle 6 BESA-Stufen der Probanden

Das errechnete theoretische Stichprobenprofil im Vergleich mit dem Profil der Probanden		
	Theoretisches Stichprobenprofil	Effektives Profil
Ledig, verwitwet, geschieden, getrennt	86%	38 Probanden = ca. 88%
Verheiratet oder in Partnerschaft	14%	5 Probanden = ca. 12%
Weiblicher Anteil	81%	31 Probanden = ca. 76%
Männlicher Anteil	19%	10 Probanden = ca. 23%
BESA 1	15%	10 Probanden = ca. 35%
BESA 2	21%	7 Probanden = ca. 25%

BESA 3	22%	6 Probanden = ca. 22%
BESA 4	42%	5 Probanden = ca. 18%
Durchschnittsalter	86	85.6 Jahre
Durchschnittliches Eintrittsalter	85	Keine Angaben
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Jahren	4.5	Keine Angaben

Tabelle 7 Errechnetes theoretisches Stichprobenprofil im Vergleich mit dem Profil der Probanden

	Mit Auseinandersetzung	Ohne Auseinandersetzung
Zufrieden	22 von 24	15 von 17
Unzufrieden	2 von 24	2 von 17
	Mit Anmeldung	Ohne Anmeldung
Zufrieden	19 von 21	15 von 17
Unzufrieden	2 von 21	2 von 17
Gesundheitszustand gut	7 von 21	4 von 17
Gesundheitszustand schlecht	14 von 21	12 von 17

Tabelle 7 Übersicht über die Zufriedenheit, Unzufriedenheit und den Gesundheitszustand bei APH-Anmeldung und APH-Auseinandersetzung

9.4.2. Eintritt ins APH

Grund für den APH-Eintritt und Gesundheitszustand 3 Monate vor APH-Eintritt (Mehrfachantworten)				
Grund für APH-Eintritt	Gesundheitszustand 3 Monate vor APH-Eintritt			
	Sehr gut	Gut	Schlecht	Sehr schlecht
Zu grosser Pflegeaufwand		5	21	3
Vorgängiger Spitalaufenthalt	2	5	4	
Ich fühlte mich alleine		3	4	1
Geringes Sicherheitsgefühl		2	5	
Partner verstorben		2		1

Tabelle 8 Grund für den APH-Eintritt und Gesundheitszustand 3 Monate vor APH-Eintritt

Warum war der APH-Eintritt eine gute Lösung (Mehrfachantworten)		
	Damals	Heute
Selbstversorgung nicht möglich	31	39
Familienangehörige konnten nicht pflegen	22	27
Spitex/Andere konnten nicht pflegen	19	30
Andere Gründe	4	8
Partner konnte nicht pflegen	1	5

Tabelle 9 Warum war der APH-Eintritt eine gute Lösung?

9.4.3. Zimmergestaltung

Wohlbefinden im Zimmer und aktuelles Wohlbefinden		
	Aktuelles Wohlbefinden	Wohlbefinden im Zimmer
Unwohl	4	0
Es geht so	0	2
Wohl	17	15
Sehr wohl	20	24

Tabelle 10 Wohlbefinden im Zimmer und aktuelles Wohlbefinden

9.4.4. Bezugsperson

Beteiligung der Bezugsperson am APH-Eintritt				
	selber	Angehörige	Arzt	Ehe- / Partner
Die Bezugsperson hat mich zum Eintritt animiert	6	11	5	
Die Bezugsperson hat entschieden, dass ich in ein APH ziehen muss	2	9	6	

Tabelle 11 Beteiligung der Bezugsperson am APH-Eintritt

9.5. Ergänzende Tabellen zum Kapitel 6 Diskussion der Hypothesen

9.5.1. Tabellen zur ersten Hypothese

Zufriedenheit mit der aktuellen Lebenssituation im Zusammenhang mit der Bezugsperson		
	Die Bezugsperson unterstützt den Probanden in seinen Anliegen	Keine Unterstützung / Keine Bezugsperson
Zufriedenheit mit der aktuellen Situation: Sehr gut	15	6
Zufriedenheit mit der aktuellen Situation: Gut	13	4
Zufriedenheit mit der aktuellen Situation: Schlecht	1	3

Tabelle 12 Zufriedenheit mit der aktuellen Lebenssituation im Zusammenhang mit der Bezugsperson

Akzeptanz für den APH-Aufenthalt im Zusammenhang mit der Bezugsperson		
	Die Bezugsperson unterstützt den Probanden in seinen Anliegen	Keine Unterstützung / Keine Bezugsperson
Das APH ist mein Zuhause	22	10
Ich akzeptiere den Heimaufenthalt	28	12

Tabelle 13 Akzeptanz für den APH-Aufenthalt im Zusammenhang mit der Bezugsperson

Teilnahme an Aktivitäten im Zusammenhang mit der Bezugsperson		
	Teilnahme an den Aktivitäten, wenn der Proband keine Bezugsperson oder keine Unterstützung durch diese hat.	Teilnahme an Aktivitäten, wenn der Probande durch die Bezugsperson in seinen Anliegen unterstützt wird.
Basteln / Stricken / Schmücken	3	9
Ausflüge	8	10
Altersturnen	6	9
Spazieren	8	12

Tabelle 14 Teilnahme an Aktivitäten im Zusammenhang mit der Bezugsperson

Wohlbefinden im Zimmer im Zusammenhang mit der Bezugsperson		
	Wohlbefinden im Zimmer, wenn der Probande durch die Bezugsperson in seinen Anliegen unterstützt wird.	Wohlbefinden im Zimmer, wenn der Proband keine Bezugsperson oder keine Unterstützung durch diese hat.
Sehr wohl	17	7
Wohl	12	3
Es geht so	0	2

Tabelle 15 Wohlbefinden im Zimmer im Zusammenhang mit der Bezugsperson

Kontakte zu Mitbewohnern, Personal, Familie und anderen Personen im Zusammenhang mit der Bezugsperson		
	Unterstützung durch Bezugsperson	Keine Unterstützung oder keine Bezugsperson
Ich pflege Kontakte zu anderen Personen	14	6
Ich pflege Kontakte zu meiner Familie	22	9
Ich pflege Kontakte zum Pflegepersonal	26	13
Ich pflege Kontakte zu Mitbewohnern	16	9

Tabelle 16 Kontakte zu Mitbewohnern, Personal, Familie und anderen Personen im Zusammenhang mit der Bezugsperson

Aussagen bet. den sozialen Kontakten im Zusammenhang mit der Bezugsperson		
	Unterstützung durch Bezugsperson	Keine Unterstützung oder keine Bezugsperson
Ich habe gute Freunde im APH	9	1
Ich treffe auch Leute ausserhalb des APHs	8	4
Personen kommen auf mich zu	8	5
Ich verbringe die Freizeit am liebsten mit anderen Mitbewohnern	12	5
Ich verbringe die Freizeit am liebsten alleine	18	5
Ich gehe auf Leute zu	12	8

Tabelle 17 Aussagen bet. den sozialen Kontakten im Zusammenhang mit der Bezugsperson

9.5.2. Tabellen zur zweiten Hypothese

Wohlbefinden der Probanden im Zimmer und Gegenstände, die von zu Hause mitgebracht wurden			
	sehr wohl	wohl	es geht so
Stühle / Tisch	20	8	1
Schrank / Komode	21	10	2
Anderes Möbel	16	6	1
Bilder	21	9	1
Fotos	24	13	2
Religiöse Gegenstände	20	9	2
Dekorationsgegenstände	17	5	1
Anderes	18	9	2

Tabelle 18 Wohlbefinden der Probanden im Zimmer und Gegenstände, die von zu Hause mitgebracht wurden

Wohlbefinden der Probanden im Zimmer und aktuelles Wohlbefinden			
	Wb i. Zimmer: es geht so	Wb i. Zimmer: wohl	Wb i. Zimmer: sehr wohl
Wb am Tag der Befragung: schlecht	2	2	5
Wb am Tag der Befragung: gut	0	13	17
Wb am Tag der Befragung: sehr gut	0	0	2

Tabelle 19 Wohlbefinden der Probanden im Zimmer und aktuelles Wohlbefinden

Teilnahme an Aktivitäten im Zusammenhang mit Wohlbefinden im Zimmer „Proband fühlt sich heimelig im Zimmer“		
	Alle Probanden	Die Probanden, welche sich in ihrem Zimmer heimelig fühlten
Basteln / Stricken / Schmücken	12	11
Altersturnen	15	13
Spazieren	20	16
Ausflüge	18	16

Tabelle 20 Teilnahme an Aktivitäten im Zusammenhang mit Wohlbefinden im Zimmer

Teilnahme an Aktivitäten im Zusammenhang mit Wohlbefinden im Zimmer				
Gesamtübersicht				
	immer		fast immer	
	Alle Probanden	Die Probanden, welche sich in ihrem Zimmer heimelig fühlten	Alle Probanden	Die Probanden, welche sich in ihrem Zimmer heimelig fühlten
Gedächtnistraining	6	5	0	0
Singen / Musizieren	11	9	2	2
Kochen / Backen / Hauswirtschaft	8	7	4	4
Basteln / Stricken / Schmücken	12	11	7	5
Tandem 91 (Dreiradvelo)	1	1	1	1
Tanzen	1	1	2	2
Altersturnen	15	13	8	6
Spazieren	20	16	12	9
Andacht	5	4	2	2
Empfang der hl. Kommunion	4	4	1	1
Rosenkranzgebet wöchentlich	1	1	1	1
Rosenkranzgebet täglich	9	8	6	6
Gottesdienst wöchentlich	5	5	0	0
Gottesdienst täglich	20	15	9	7
Spielnachmittage	6	5	6	5
Lotto	12	10	3	3
Vorträge	2	2	2	0
Konzerte	7	7	2	2
Ausflüge	18	16	10	7
	selten		nie	
	Alle Probanden	Die Probanden, welche sich in ihrem Zimmer heimelig fühlten	Alle Probanden	Die Probanden, welche sich in ihrem Zimmer heimelig fühlten
Gedächtnistraining	2	1	3	3
Singen / Musizieren	2	1	18	14
Kochen / Backen / Hauswirtschaft	5	3	7	5
Basteln / Stricken / Schmücken	5	3	15	13
Tandem 91	1	1	2	2

(Dreiradvelo)				
Tanzen	0	0	10	5
Altersturnen	3	3	14	11
Spazieren	6	6	4	4
Andacht	1	1	4	4
Empfang der hl. Kommunion	0	0	3	3
Rosenkranzgebet wöchentlich	0	0	5	5
Rosenkranzgebet täglich	4	3	15	10
Gottesdienst wöchentlich	0	0	3	3
Gottesdienst täglich	5	5	0	0
Spielnachmittage	4	1	19	17
Lotto	4	3	7	7
Vorträge	4	3	5	4
Konzerte	1	1	4	4
Ausflüge	4	3	9	8

Tabelle 21 Teilnahme an Aktivitäten im Zusammenhang mit Wohlbefinden im Zimmer (Gesamtübersicht)

Soziale Kontakte und Wohlbefinden im Zimmer „Proband fühlt sich gemütlich im Zimmer“		
	Proband fühlt sich gemütlich im Zimmer	Proband fühlt sich ungemütlich im Zimmer
w. Kon. zu Familienang.	7	1
v. Kon. zu Familienang.	29	2
w. Kon. zum Personal	3	1
v. Kon. zum Personal	37	2
w. Kon. zu Mitbewohnern	15	2
v. Kon. zu Mitbewohnern	24	1

Tabelle 22 Soziale Kontakte und Wohlbefinden im Zimmer „Proband fühlt sich gemütlich im Zimmer

Soziale Kontakte und Wohlbefinden im Zimmer „Proband fühlt sich heime- lig im Zimmer“		
	Proband fühlt sich heimelig im Zimmer	Proband fühlt sich nicht heimelig im Zimmer
w. Kon. zu Familienang.	7	1
v. Kon. zu Familienang.	25	6
w. Kon. zum Personal	3	1
v. Kon. zum Personal	32	7

w. Kon. zu Mitbewohnern	14	3
v. Kon. zu Mitbewohnern	21	4

Tabelle 23 Soziale Kontakte und Wohlbefinden im Zimmer „Proband fühlt sich heimelig im Zimmer

9.5.3. Tabellen zur dritten Hypothese

Teilnahme an den Aktivitäten im Vergleich der Probanden, welche den APH-Eintritt damals als gute oder als schlechte Lösung beurteilten.		
	Einschätzung des damaligen APH-Eintritts als eine gute Lösung (n = 35 von 41) (Teilnahme an den Aktivitäten: Immer)	Einschätzung des damaligen APH-Eintritts als eine schlechte Lösung (n = 6 von 41) (Teilnahme an den Aktivitäten: Immer)
Singen / Musizieren	7	4
Basteln / Stricken / Schmücken	10	2
Altersturnen	12	3
Spazieren	18	1
Rosenkranzgebet täglich	7	2
Gottesdienst täglich	16	3
Spielnachmittage	5	1
Lotto	6	6
Ausflüge	11	6

Tabelle 24 Teilnahme an den Aktivitäten im Vergleich der Probanden, welche den APH-Eintritt damals als gute oder als schlechte Lösung beurteilten.

Soziale Kontakte im Vergleich mit den Probanden, welche den APH-Eintritt damals als gute oder als schlechte Lösung beurteilten.		
	Einschätzung des damaligen APH-Eintritts als eine gute Lösung (n = 35 von 41)	Einschätzung des damaligen APH-Eintritts als eine schlechte Lösung (n = 6 von 41)
Das APH ist mein Zuhause	28	3
Ich akzeptiere den Heimaufenthalt	33	5
Ich treffe mich mit Mitbewohnern zum "Zellu und Hängärtu"	18	2
Ich habe gute Freunde im APH	10	0

Ich habe wenig Kontakte zu anderen Personen	9	2
Ich habe mehrere Kontakte zu anderen Personen	18	2
Ich habe wenig Kontakte zu meiner Familie	6	1
Ich habe mehrere Kontakte zu meiner Familie	25	5
Ich habe wenig Kontakte zum Personal	3	1
Ich habe mehrere Kontakte zum Personal	32	5
Ich will nicht mehr Kontakt zu Mitbewohnern	10	1
Ich habe wenig Kontakte zu Mitbewohnern	15	2
Ich habe mehrere Kontakte zu Mitbewohnern	20	3

Tabelle 25 Soziale Kontakte im Vergleich mit den Probanden, welche den APH-Eintritt damals als gute oder als schlechte Lösung beurteilten.

Das Wohlbefinden im Zimmer im Vergleich mit den Probanden, welche den APH-Eintritt damals als gute oder als schlechte Lösung beurteilten.		
	Einschätzung des damaligen APH-Eintritts als eine gute Lösung	Einschätzung des damaligen APH-Eintritts als eine schlechte Lösung
Ich finde mein Zimmer gemütlich	33	6
Ich empfangen gerne Besuch in meinem Zimmer	25	5
Ich fühle mich heimelig in meinem Zimmer	30	5
In meinem Zimmer hängen Fotos von meiner Familie	34	4
Ich habe viele kleine Ziergegenstände von zu Hause mitgebracht	22	2
Ich habe min. ein Möbelstück von zu Hause mitgenommen	31	5
Ich verbringe die Freizeit gerne in meinem Zimmer	23	3

Tabelle 26 Das Wohlbefinden im Zimmer im Vergleich mit den Probanden, welche den APH-Eintritt damals als gute oder als schlechte Lösung beurteilten.

Bezugspersonen im Vergleich mit den Probanden, welche den APH-Eintritt damals als gute oder als schlechte Lösung beurteilten.		
	Einschätzung des damaligen APH-Eintritts als eine gute Lösung	Einschätzung des damaligen APH-Eintritts als eine schlechte Lösung
Die Bezugsperson hat mich zum Eintritt animiert	10	2
Die Bezugsperson hat entschieden dass ich ins APH einziehen muss	7	3
Ich habe keine Bezugsperson	4	1
Ich habe eine Bezugsperson	31	5

Tabelle 27 Bezugspersonen im Vergleich mit den Probanden, welche den APH-Eintritt damals als gute oder als schlechte Lösung beurteilten.