Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1991)

Heft: 35

Artikel: Blick über die Grenzen : ein effizientes Modell von Laieneinsatz im Spitexbereich

Autor: Challis, D. / Darton, R. / Johnson, L.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-790431

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 16.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Blick über die Grenzen

Ein effizientes Modell von Laieneinsatz im Spitexbereich

Challis D., Darton R., Johnson L., Stone M.L.,
Traske K. in Age and Ageing 1991, 20, 236-244,
übersetzt von V. Schneider, redigiert von
Dr.med. A. Wettstein
Stadtärztlicher Dienst Zürich

1. Das Pflegemodell

Zusammenfassung
Es wird gezeigt, dass in Grossbritannien mit einer neuen Art der Patientenbetreuung mittels Fall-Betreuung und Heimpflege viele Patienten, welche eigentlich in ein Krankenheim eintreten müssten, von einem geriatrischen Team zuhause gepflegt werden können. Es wird die zentrale Rolle der Fallbetreuerin beschrieben, welche die Dienste rund um den Patienten koordiniert. Die Heimpflegerinnen sind sowohl für das leiblich-seelische Wohl, für die Krankenpflege, als auch die hauswirtschaftlichen Aufgaben beim Patienten eingesetzt. - Die Kosten für das Programm belaufen sich auf zwei Drittel der Kosten für eine Pflegeheim-Unterbringung, abgesehen vom Menschlichen.

Einführung
Das Darlington-Projekt ist eines von 28 Pilotprojekten der britischen Regierung, welches Wege zur häuslichen Pflege von nicht mehr der Spitalpflege bedürftigen Langzeitpatienten aufzeigen sollte.

Hauptgrund für die Entwicklung dieses Projekts war die Unmöglichkeit alter und gebrechlicher Leute, über ihre Pflege zu bestimmen. Ihre mannigfachen Bedürfnisse riefen Verantwortliche sowohl aus dem Sozial- als auch dem Gesundheitswesen auf den Plan, und es kam oft zu einer schlechten Koordination der

Dienste. Wegen mangelnder Flexibilität konnte nicht auf die eigentlichen Bedürfnisse der Betroffenen eingegangen werden.

Deshalb mussten die Dienstleistungen verbessert werden (Art der Pflege) und anderseits ein eigentliches Patientenmanagement entwickelt werden zur wirksameren individuellen Pflegeplanung und -koordination.

Das Darlington-Projekt strebte zwei Dinge an: die Verbesserung der Dienstleistungen durch seine eigenen Heimpflegerinnen, welche ein breites Pflegegebiet abdecken, sowie die Verbesserung der Koordination mittels der Fallbetreuerinnen. Diese Fallbetreuerinnen ("case-managers") waren Angestellte des Sozialamtes, und zugleich Mitglieder des geriatrischen multidisziplinären Teams.

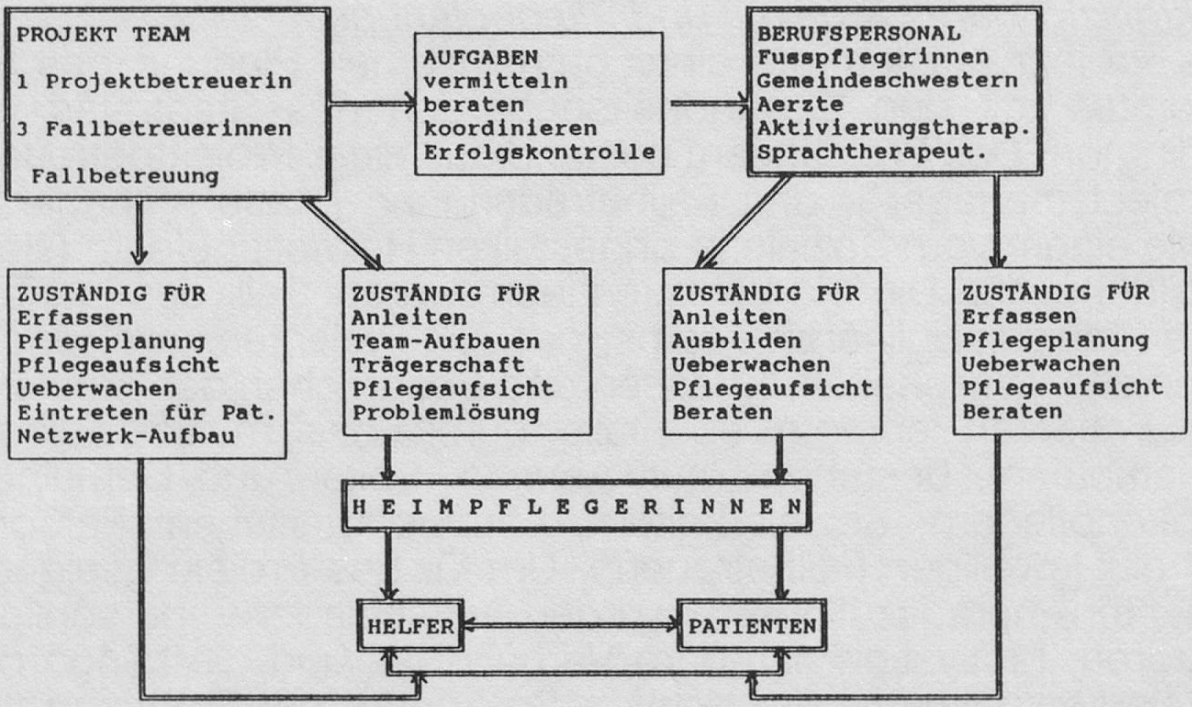
Multidisziplinäres Arbeiten und Pflegeplanung

Das Projekt entstammte einer gemeinsamen Planung des Sozialamtes mit den Gesundheitsbehörden des Stadtrates von Darlington. Das Projektteam bestand aus einer Projektbetreuerin ("project manager"), drei Fallbetreuerinnen ("case managers"), sowie einem vom Sozialamt angestellten Heimpflegeteam (siehe Abbildung 1). Die Fallbetreuerinnen waren Teil des geriatrischen multidisziplinären Teams, das alle Patientenzuweisungen sammelte. Weiterleiten, Erfassen und Besprechen der Probleme des Patienten erfolgte ebenfalls durch das multidisziplinäre Geriatrieteam, bestehend aus Aerzten, Spital- und Gemeindekrankenpflegern, Sozialarbeitern, paramedizinischem Personal und der jeweiligen Fallbetreuerin. Um für das Projekt geeignete Patienten herauszufinden, wurden verschiedene persönliche Faktoren, Motivation, familiäre Verhältnisse und die Länge des Spitalaufenthaltes berücksichtigt. So konnte der Einbezug von Patienten verhindert werden, welche ungeeignet waren wegen der Unfähigkeit der pflegenden Angehörigen, Hilfe bei der Pflege zu akzeptieren, wegen der Notwendigkeit, regelmässiger Pflegeverrichtungen während der Nacht, wegen schlechter Wohnverhältnisse, oder weil die Familie sich ausserstande sah, einen Todkranken zuhause zu pflegen.

Patienten, die für das Projekt in Frage kamen, wurden genauer erfasst: die Fallbetreuerin sammelte und koordinierte Detail-

informationen von den verschiedenen Dienststellen; sie besuchte die Familie des Patienten und diskutierte mit ihr die Spitalentlassung. - In etwa der Hälfte der Fälle wurde dieser Hausbesuch im Beisein des Patienten unternommen, damit Physiotherapeutin, Ergotherapeutin und Fallbetreuerin die Eignung der Umgebung des Patienten für die Zeit nach dessen Ent-lassung überprüfen konnten. Dieser Besuch fand zwischen der ersten Besprechung statt, welche die Tauglichkeit des Patienten für das Projekt abklärte und einer zweiten, zwei Wochen später, wo die Details besprochen wurden.

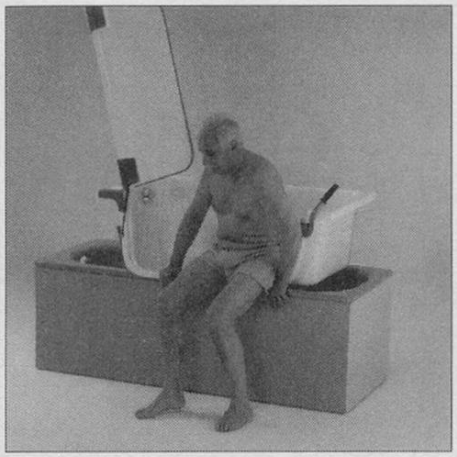
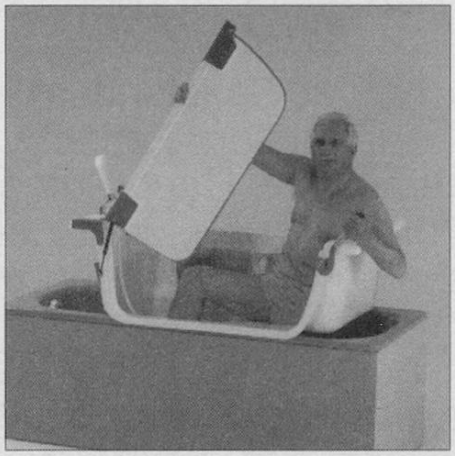
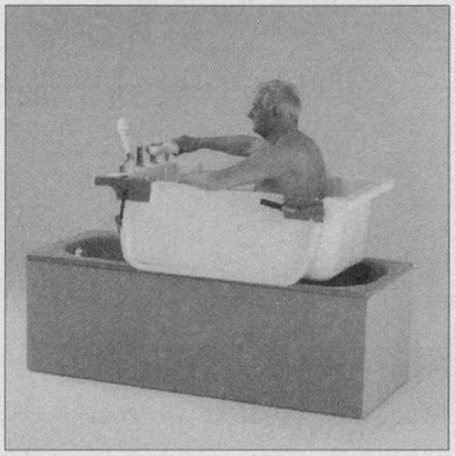
Abbildung 1



Mobil Bad AG
Schwimmbadweg 15
CH-4144 Arlesheim
Telefax: 061/701 45 12
Tel: 061/701 82 11

MOBIL BAD

Mobil Bad für die tägliche, selbständige Körperpflege.

Als Duschkabine oder als Sitzbad, damit ältere oder behinderte Menschen in bequemer Sitzstellung ein Vollbad nehmen können

Der stabile Wannenkörper aus Polyesterharz wird einfach auf die bestehende Wanne aufgesetzt und mit Schrauben gesichert. Durch die hochklappbare Türe wird die ganze Vorderseite geöffnet. Auf der angenehmen Höhe von 55 - 60 cm lässt, es sich bequem absitzen, man hebt die Beine in die Wanne, holt die Türe, die sich, dank einer Gasfeder leicht bewegen lässt herunter und schliesst die Wanne. Mit angewinkelten Beinen, bequem anlehnend, geniesst man ein Vollbad bis über die Hüften im Wasser.
Durch Mobil Bad wird das tägliche Hygienebedürfnis zum Vergnügen.

COUPON

Bitte senden Sie mir einen Prospekt von Mobil Bad, oder rufen Sie mich an.

Name _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Einzelfall-Betreuung
Die Schlüsselaufgaben der Fallbetreuerin bestehen im Finden der geeigneten Patienten (Selektion) und im Erfassen seiner Probleme (Assessment), der Pflegeplanung, Pflegebegleitung (Monitoring) und späteren Ueberprüfung des Effekts. - Während bei andern Projekten dieser Art die Fallbetreuerin auch für die Pflege und Betreuung selbst zuständig ist, wurden im Darlington-Projekt Hilfskräfte (Hauspflegerinnen) dafür eingeschaltet, die Fallbetreuerin war nur für die Kontrolle und die Koordination verantwortlich (siehe Abbildung 2).

Da das Projekt sich mit der Spitalentlassung befasste, war das Suchen nach dafür geeigneten Patienten Sache des ganzen multidisziplinären Teams. Die Hauptaufgabe der Fallbetreuerin bestand hier in der Vorabklärung, um sicher zu gehen, dass nur für das Projekt geeignete Patienten ausgewählt wurden.

In der spitalexternen Betreuung, in der es darum geht, Patienten, welche zuhause leben, den Eintritt ins Krankenheim zu ersparen, würde die Rolle der Fallbetreuerin aufgewertet. Sie würde, nach erfolgter Zuweisung, die Erhebungen durch die verschiedenen Spezialisten des geriatrischen multidisziplinären Teams koordinieren und wäre verantwortlich für das Einbeziehen der Familienmitglieder und des potentiellen sozialen Netzes.

Die Hauptfunktion der Fallbetreuerin bestand - nach Rücksprache mit dem multidisziplinären Team - darin, ein Betreuungspaket zu schnüren, das alle notwendigen Hilfsangebote enthielt, inbegriffen Gesundheits- und Fürsorgeleistungen, Hilfsorganisationen und inoffiziellen Hilfsdienste. Deshalb wurde von der Fallbetreuerin neben Organisationstalent auch die Fähigkeit verlangt, alten Leuten und deren Familien mit Empathie zu begegnen und sie zu beraten, Helfertätigkeit aller Art zu ergänzen, die Heimpflege zu unterstützen und Konflikte im Pflegenetz zu lösen.

Auf diese Weise hatte die Fallbetreuerin neben ihren Funktionen bei der Ersterfassung und bei der Pflegeplanung auch Begleitfunktionen beim Patienten. Abbildung 1 zeigt den "Weg des Pati-

Abbildung 2

Der Weg des Patienten

Multidisziplinäres Geriatrie-Team (MGT	Fallbetreuerin	Heimpflegerin
AUSLESEN, UEBERPRÜFEN UND UBERWEISEN DES PATIENTEN		
Erfassen des Patienten, seiner Behandlung und Betreuung. Aufzeigen von Wegen, Ueberweisung von geeigneten Patienten	Abklärung von gebrechlichen, geistig regen Alterspatienten, welche Langzeitpflege benötigen jedoch nach Hause zurückkehren möchten, mittels gezielter Kriterien durch ein Team von Geriatriefachleuten Annahme der Ueberweisung	
ERFASSEN DER PATIENTEN		
Nochmaliges Erfassen des überwiesenen Pat. und dessen soziales und häusliches Umfeld Hausbesuch durch ET- und AT	Ueberweisung mit Patienten diskutieren. Erläutern von Hilfsangeboten Ueberprüfen der GT-Ueberweisung Hausbesuch zur Erfassung, Information, Besprechung und Verhandlung mit dem Helfernetzwerk. werk, Einbezug der Gemeindekrankenpflege Diskussion der Ueberweisung mit der Heimpflegerin. Auswahl der Heimpflegerin	
PFLEGEPLANUNG UND ENTLASSUNG		
Instruktion der Heimpflegerin auf der Spitalabteilung betreffend die individuellen Bedürfnisse des Patienten	Weiterführen der Beziehung zwischen MGT und Uebernahme des Patienten, Erstellen des Pflegeplanes Koordination von informellem und formellen Netzwerke, Einbeziehen der Gemeindekrankenpflege Sicherstellen, dass alle am Netzwerk Beteiligten die Funktion des andern kennen. Bekanntmachen des Heimpflegerin mit dem Trägernetz, formell und informell Beratung von Familie und Patient über problemorientierte Hilfestellung. Information des Hausarztes	Patient auf der Abteilung besuchen, Instruktionen entgegennehmen. Beratung durch MGT-Mitglieder Treffen mit andern Helfern
HILFE ZU HAUSE, BEGLEITUNG UND UEBERPRÜFUNG		
Gewährleisten der Behandlung und weitere Erfassung der Bedürfnisse des Patienten Ueberprüfen der Tätigkeit der Heimpflegerin betreffend die vorgegebene Aufgabe Formelles Gespräch sechs Wochen nach Spitalentlassung, welches die Gemeindeschwester einschliesst	Pflegeplan verfolgen und anpassen. Unterstützen der Heimpflegerin, damit sie nicht überbelastet wird Gruppengespräche mit Heimpflegerinnen organisieren (gegenseitige Unterstützung) Anpassen des Hilfsnetzes unter Mitarbeit aller beteiligter Stellen Problem an MGT leiten. Verantwortung für Problemlösung zwischen zwischen Patient, Helfern und Professionellen Für den Patienten einstehen	Pflege des Patienten entsprechend den Anweisungen des MGT und den Wünschen des Pat. Bei Problemen das Team und die Fallbetreuerin um Rat fragen, Feedback Das informelle Helfernetz die Entwicklung auf dem laufenden halten Vermittlung anderer Hilfen f. den Patienten, z.B. Fürsorgeleistungen, Krankenkasse Teilnahme am Teamgespräch sechs Wochen nach der Spitalentlassung

enten", zugleich Aufgabenbereich der Fallbetreuung. Sie zeigt die respektiven Rollen der Mitglieder des multidisziplinären Teams, der Fallbetreuerin und der Heimpflege. Es wird ersichtlich, dass die Fallbetreuerinnen mit den Patienten, deren Fa-milien, den Heimpflegerinnenn und den weiteren Dienstleistungsstellen eng zusammen arbeiten mussten.

Jede Fallbetreuerin verfügte über ein Budget für ungefähr 20 Patienten; sie musste die erbrachten Dienstleistungen den Patienten weiterverrechnen; das Budget basierte - wie bei vorhergehenden Studien - auf einem Mittelwert von zwei Dritteln der Kosten, die bei der Unterbringung des Patienten in einem Langzeitpflegeheim entstanden wären. Ein Grossteil des Geldes wurde durch die Heimpflegesaläre beansprucht, es blieben jedoch noch Mittel übrig, um zusätzliche Hilfeleistungen durch die Nachbarschaftshilfe zu entschädigen und auch die Leistungen von Gesundheits- und Sozialdiensten wurden davon beglichen. - So wurde die Nachbarschaftshilfe oder Hilfe von freiwilligen Helferinnen in den Pflegeplan integriert. Bezahlte Helferinnen entlasteten die Pflegenden, leisteten Nachtdienst, halfen mit beim Ueberwachen des Patienten und bei den Freizeitaktivitäten. Leider war während der Dauer des Projekts die Integration dieser Hilfen nicht einfach, da die Heimpflege-Dienstleistungen unterbeansprucht wurden und deshalb die Beschäftigung der Heimpflegerinnen vorrangig war, bevor weitere Hilfen eingesetzt wurden.

Heimpflegerinnen

Die Integration der Rolle der Hilfspflegenden/Heimpflegerinnen ist nichts Neues. Jedoch möchte das Darlington-Projekt weitergehen, indem die Heimpflegerinnen von verschiedenen im Pflegebereich Tätigen angeleitet werden, um dann die erlernten Verrichtungen in der Hand der Heimpflegerin zu vereinigen. Auf diese Weise werden Tätigkeit einer Haushelferin, einer Hilfsschwester und einer Aktivierungstherapie-Hilfe durch eine einzige Person ausgeübt. Die Heimpflegerin sollte in alle Richtungen der Betagtenpflege tätig werden, gemäss den individuellen Bedürfnissen der Betreuten. Das Ziel war, die Dienstleistungen auszuweiten und gleichzeitig die Zahl der Ansprechpartner für den alten Patienten zu vermindern, da Aktivitäten wie Grundpflege, Physiotherapie oder die Zubereitung von Mahlzeiten, die norma-

lerweise von verschiedenen Berufspersonen ausgeübt wurden, nun zu Hause durch weniger Personal, das weniger spezialisiert war, ausgeübt werden konnte.

Rekrutierung und Training der Heimpflegerin:
Die Heimpflege wurde überwiegend von Frauen ausgeübt, vorwiegend im Alter 20 bis 50-, die meisten zwischen 30 und 40 Jahren. Während des dreijährigen Pilotprojekts wurden 83 Heimpflegerinnen beschäftigt; davon hatten 64 vorgängige Erfahrung als bezahlte Hilfen im Haushalts- oder Pflegebereich, 24 waren zuvor voll- oder teilzeitlich in Pflegeheimen angestellt, 17 arbeiteten zuvor als Haushilfen, 13 waren im Hausdienst von Spitälern oder Privaten tätig, 5 waren Hilfsschwestern und 5 gelernte Krankenpflegerinnen.

Nach der Anstellung besuchten alle Heimpflegerinnen ganztags einen zweiwöchigen Kurs, der eine Einführung in die Grundpflege und in die Alterspsychologie brachte. Berufsleute aus dem gesamten Pflegebereich beteiligten sich am Unterricht und wurden so von Anfang an in das Pflegemodell integriert. - Nach diesem Grundkurs wurden die Heimpflegerinnen bei Patienten eingesetzt und speziell für den Einsatz bei dem von ihnen betreuten Patienten angelernt.

Das ursprüngliche Einführungsprogramm wurde im Programmverlauf in Länge und Inhalt verändert, aber die Hauptelemente wiedergaben stets die dem Projekt zugrundeliegende Philo-so--phie und gingen auf die Bedürfnisse der Laienhelfer, auf Tod und Trauer und altersbedingte körperliche Krankheiten der alten Menschen ein.

Zusätzlich begleiteten Gemeindeschwestern und Inkon-ti-nenzberaterinnen die Heimpflegerinen gelegentlich auf ihren Be-suchen, zum praktischen Anlernen beim Heben und Trans-por-tieren von Körperbehinderten und beim Gebrauch von Hilfsmitteln.

Heimpflegerinnen und Patienten:
Die Fallbetreuerinnen versuchten, die Patienten und ihre Heimpflegerinnen aufeinander abzustimmen: es wurde auf geographische Nähe, Persönlichkeitsstruktur und die Haltung sowie Tragfähigkeit der Heimpflegerinnen geachtet.

Da die Patienten noch hospitalisiert waren, besuchten die Heimpflegerinnen sie zunächst auf der Spitalabteilung. Gewöhnlich waren zwei Besuche notwendig, um einander kennenzulernen und die Instruktionen des Pflege- und Therapiepersonals ent-gegenzunehmen. Diese Besuche dienten auch der besseren Eingewöhnung des Patienten zu Hause, da er dann die Heimpflegerin bereits vom Spital her kannte.

Wenn die Heimpflegerinnen sich bei ihrem Patienten eingerichtet hatten, wurden sie dazu ermuntert, ihre Rolle weiter zu stecken. Sie sollten den Patienten zu sozialen- und Freizeitaktivitäten ermuntern, um ihm eine höhere Lebensqualität zu sichern. Zwar blieben diese sozialen Funktionen der Heimpflegerinnen, weil die reine Pflege so lange dauerte, aus Zeitmangel beschränkt, aber es blieb der Heimpflegerin vorbehalten, im Wochen- und Tagesprogramm selber Prioritäten zu setzen.

Das Verhältnis von Fallbetreuerinnen und Heimpflegerinnen:
Im Projektverlauf ergab sich, dass jede der drei Fall-betreuerinnen die Verantwortung für ein lokal organisiertes Netz von Heimpflegerinnen übernahm. Da bereits bei der Organisation darauf geachtet wurde, dass die Heimpflegerinnen in der Nähe ihres Wohnortes eingesetzt wurden und deshalb Nachbarn der Patienten waren, brachte dies rasche Verfügbarkeit, kurze Arbeitswege und Erleichterung bei der Einsatzplanung mit sich, gelegentlich wurden die Mitarbeiterinnen sogar Teil des privaten Netzwerkes des Patienten, was von den Patienten positiv gesehen wurde; die Möglichkeit, auch einmal in einem Notfall die Heimpflegerin zu rufen oder sie bei familiärer Beanspruchung der Verwandten kurzfristig zu beanspruchen, brachten den Patienten Sicherheit. - Solche informellen Abmachungen wurden durch die Fallbetreuerinnen überwacht, um keine Missbräuche aufkommen zu lassen.

Eine Fallbetreuerin war während der Pilotphase des Projekts für 15 - 18 Patienten zuständig, obschon sich Betreuungmöglichkeit auf bis zu 20 Patienten erstreckte. Daneben war sie zuständig für ein Team von ca. 18 Heimpflegerinnen. Es wurden regelmässige monatliche Sitzungen jeder Heimpflegerin mit der Fallbetreuerin eingeführt, zusätzlich zu Kontakten nach Bedarf. Die formellen Treffen wurden zur Problemlösung eingesetzt, ferner

als Erfolgskontrolle und zur Hilfe bei Problemen mit einzelnen Patienten.

Pflegeaufgaben und Hilfe durch gelerntes Pflegepersonal:
Der Fachbereich, wo die Heimpflegerinnen Hilfe holen konnten, umfasste Gemeindeschwestern, Physio-, Ergo- und Sprechtherapeutinnen, Inkontinenz-, Stoma- und Diätberaterinnen. Es wur-den keine festen Regeln festgelegt für das Delegieren von Pflegetechniken an die Heimpflegerinnen, sondern es lag in der Kompetenz der Fachkräfte, die Pflegerinnen für ihre jeweilige Aufgabe optimal zu instruieren.

Die Arbeit der Heimpflegerinnen als Hilfe vieler verschiedener Fachkräfte bot Raum für Konflikte. Probleme mit Patienten und deren Familien waren relativ selten und bestanden meist wegen einer übertriebenen Anspruchshaltung oder in einem Konflikt zwischen den mithelfenden Familienmitgliedern und den Heimpflegerinnen.

Die Gemeindeschwestern hatten am meisten Mühe mit dieser neue Art von angelerntem Personal. Gelegentlich gab es Kontraversen über den Austritt von Patienten aus dem Spital. Aber langsam gewannen die Gemeindeschwestern Vertrauen in die Heimpflegerinnen, da sie diese ja anlernten, und allmählich wurden die Schwierigkeiten überwunden. Ein gemeinsamer Nenner war das Anerkennen des gesunden Menschenverstandes und der praktischen Fähigkeiten der Helferinnen.

Wie zu erwarten war, stiegen die Einsatzmöglichkeiten der Heimpflegerinnen mit ihrer Akzeptanz durch die Fachleute. Man anerkannte, dass sie Instruktionen befolgten und bei Unklarheiten um Rat fragten. Nach etwa zwei Jahren Projektzeit wurde über alle Tätigkeiten der Heimpflegerinnen im Zeitraum einer Woche eine Uebersicht erstellt (siehe Abbildung 3). Zu dieser Zeit pflegten 53 Teilzeiterinnen mit einem Arbeitsstundentotal von 238 Wochenstunden 45 Patienten, und alle nahmen an der Uebersicht teil: Die Werte zeigen den mengenmässigen Aufgabenanteil in der Uebersichtswoche, ohne Gewichtung der Zeit. Das Verteilen von Medikamenten, das am meisten praktiziert wurde, beanspruchte nicht mehr Zeit als das weniger oft praktizierte Baden des Patienten. Es ist interessant, dass von allen

Tätigkeiten im persönlichen Gebiet der Toilettenbereich, der Patiententransport, das Medikamenteverteilen, Ankleiden und Waschen an oberster Stelle standen, Putzen, Kochen und Waschen waren die Haupttätigkeiten auf dem hauswirtschaftlichen Sektor.

Das Darlington-Projekt bringt ein Pflegemodell mit Fallbetreuerinnen und einem fallbezogenen Budget, das auf ähnlichen Modellen basiert. Es bringt zwei Schlüsselfunktionen zusammen: Gesundheits- und Sozialdienste mittels der Fallbetreuerin als Teil eines geriatrischen multidisziplinären Teams. Es ermöglicht auch den Einsatz von Mehrzweck-Helfern. Ein solches Modell kann in einem breiteren Kontext gesehen werden, nicht nur als Hilfe bei der Entlastung von Spitälern durch das Ermöglichen von Entlassungen von Langzeitpatienten nach Hause. Es ist zeigt auch eine Möglichkeit, Langzeitpflege in der Gemeinde zu betreiben.

Kosten/Nutzenauswertung des Darlington-Projekts
Von 101 Projektteilnehmern konnten 29 Frauen und 9 Männer entlassen werden um allein zu leben, 63 gingen nach Hause, zu Verwandten oder zu andern Betreuern, 43 davon wurden durch Ehepartner betreut.

Die Hauptursache der Beeinträchtigung lag bei zwei Dritteln aller Patienten bei einem Hirnschlag. Die meisten Patienten hatten grosse Mühe mit dem Bewegungsapparat und bei der Körperpflege, zwei Drittel waren inkontinent. Unter kleinen psychischen Problemen wie leichte Depressionen oder Angstzuständen litt die Mehrzahl unter ihnen und nahezu ein Drittel war zeitweise verwirrt.

Kosten:
Die Kostenkomponenten des Darlington-Projektes, basierend auf dem Stand von 1986/87, beinhalteten nicht nur die Ausgaben für bestimmte Dienstleistungen, sondern auch den Zeitaufwand der Fallbetreuerin, des Projektleiters, sowie Reise- und administrativer Aufwand sowie allgemeine Unkosten.

Verglichen wurden die Kosten und die subjektive Lebens-zu-friedenheit, das Verhalten und Pflegequalität-Indikatoren von 101

Patienten des Projekts mit 113 Krankenheimpatienten aus dem Nachbardistrikt.

Aus der Analyse geht hervor, dass die höhere Qualität der Betreuung der Alterspatienten zu Hause sicher nicht mehr kostet als die Spitalbetreuung. Die Analyse lässt den Schluss zu, dass das Darlington-Projekt dem alten Menschen eine bessere Lebens- und Pflegequalität sichert, das heisst, bessere Qualität zu einem niedrigeren Preis. - Bemerkenswert ist ferner, dass eine Verfolgung der Fallbetreuung über vier Jahre hinweg eine bemerkenswert stabile Kostenstruktur während einer längeren Periode zeigte.