



POSITIONSPAPIER

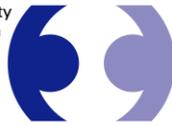
«PSYCHISCHE GESUNDHEIT IN ALTERS- UND PFLEGEHEIMEN»

Die meisten Menschen möchten so lange wie möglich unabhängig im eigenen Haushalt leben. Deshalb – aber auch aus ökonomischen Beweggründen – wurden in den letzten Jahren die ambulanten und aufsuchenden Angebote ausgebaut, so dass heute viele ältere Menschen allein oder mit Unterstützung der Angehörigen zu Hause leben können. Die Folge ist, dass jene Menschen, die heute in ein Alters- und Pflegeheim (APH)* eintreten, in der Regel älter und kränker sind als früher. Hinzu kommt, dass die Einrichtungen für die Langzeitpflege, also für chronisch Kranke in den psychiatrischen Kliniken, in den letzten Jahren verkleinert oder ganz geschlossen wurden. Dies führt zu einer Zunahme der Zahl von Menschen mit psychischen Krankheiten in den APH. Die meisten APH sind hierfür nicht ausreichend gerüstet.

Mit dem vorliegenden Positionspapier fordert Public Health Schweiz ein starkes Engagement für die psychische Gesundheit in Alters- und Pflegeheimen.

Eine gute psychische Gesundheit ist für das Wohlbefinden und die Lebensqualität ebenso bedeutsam wie eine gute körperliche Gesundheit. Ein verstärkter Fokus auf die psychische Gesundheit in APH hilft nicht nur den Bewohnerinnen und Bewohnern, sondern auch den Mitarbeitenden der Pflege, Hauswirtschaft und Gastronomie. Auch kann das Berufsbild der Pflegefachpersonen in APH durch eine ausgewiesene Kompetenz im Umgang mit komplexen psychischen Krankheiten gestärkt und dadurch attraktiver werden.

* Wir sprechen hier von Alters- und Pflegeheimen, damit meinen wir auch Langzeitpflegeinstitutionen, sofern diese ältere Menschen betreuen.



Wir stützen uns auf die Definitionen der WHO zur psychischen Gesundheit und zum gesunden Altern [1,2]:

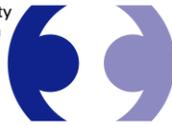
Gesundes Altern wird als ein Prozess der Entwicklung und Erhaltung der für das Wohlbefinden in dieser Lebensphase nötigen Funktionsfähigkeit gesehen. Funktionsfähigkeit bedeutet, die Fähigkeiten zu haben, die es allen Menschen ermöglicht, zu leben und das zu tun, was sie schätzen. Dazu gehört auch die Fähigkeit einer Person, ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen, zu lernen, zu wachsen, Entscheidungen zu treffen, mobil zu sein, Beziehungen aufzubauen und zu pflegen und einen Beitrag zur Gesellschaft zu leisten. Die Funktionsfähigkeit setzt sich aus der intrinsischen Kapazität der Einzelnen, relevanten Umweltmerkmalen und der Wechselwirkung zwischen den beiden zusammen. Die intrinsische Kapazität umfasst dabei alle geistigen und körperlichen Fähigkeiten, auf die eine Person zurückgreifen kann, und schliesst ihre Fähigkeit zu gehen, denken, sehen, hören und erinnern ein. Die Höhe der intrinsischen Kapazität wird durch eine Reihe von Faktoren, wie z.B. dem Vorhandensein von Krankheiten, Verletzungen und altersbedingten Veränderungen beeinflusst.

Auf dieser Grundlage fordern wir, den Fokus vermehrt auf die psychische Gesundheit zu legen. Insbesondere bei Themen, die das Alter betreffen, sind eine Sichtweise und ein Vorgehen zu fordern, die von einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff ausgehen, der biologische, psychosoziale und spirituelle Aspekte berücksichtigt.

Wir sind uns bewusst, dass seit einiger Zeit viel dafür getan wird, die Situation älterer Menschen zu verbessern. Eine (unvollständige) Liste von Programmen, Aktivitäten usw. der Schweiz findet sich im Anhang. Die Vielfalt der Aktivitäten erschwert den Überblick und vor allem das Setzen von Prioritäten. So wurden etwa für die Umsetzung der nationalen Demenzstrategie 2014–2019 keine Finanzen hinterlegt. Zusätzlich zeigt sich die Stigmatisierung psychischer Krankheiten darin, dass psychische und körperliche Erkrankungen getrennt behandelt werden oder konkreter, dass die psychische Gesundheit erst nachträglich eingefügt wird, z.B. bei der Palliative-Care-Strategie oder der Nationalen Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten.

AUSGANGSLAGE

Im folgenden Abschnitt werden diverse Gegebenheiten in Schweizer APH beschrieben. Grundsätzlich ist die Situation in den Institutionen sehr unterschiedlich (Grösse, Lage usw.). Insgesamt wurden in diesen Institutionen im Jahr 2015 33,2 Mio. Pflagetage geleistet. Das sind 1,3 Mio. Pflagetage mehr als 2010 [3,4]. Gleichzeitig nahm die Inanspruchnahme von Pflege in den APH in den Jahren 2006 bis 2013 von 6,4% auf 5,8% ab [5]. Hinzu kommen durch das KVG bedingte Finanzierungslücken bei den Pflege- und vor allem bei den Betreuungsleistungen, wie die Pflege von Sterbenden, die Betreuung von Menschen mit Demenz, mit psychischen Krankheiten oder aktuell die Vergütung von Pflegematerialien.



DIE SITUATION DER BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER

Im Jahr 2015 lebten 126'636 ältere Menschen in einem Schweizer APH. Dies entspricht einem Anteil von 1,6% der Bevölkerung oder 8,5% aller Personen über 65 Jahre [4]. Die Bewohnerinnen und Bewohner sind zu zwei Dritteln Frauen, im Schnitt 85,2 Jahre alt, während die Männer im Durchschnitt 81,1 Jahre alt sind [4,5]. Ein Grossteil der Bewohnerinnen und Bewohner bleibt dort bis zum Lebensende, nur knapp 2% treten wieder aus [3]. Das Eintrittsalter in ein APH hat sich in den letzten Jahren leicht erhöht. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 2,7 Jahre [4,6]. Diese Zeitspanne liegt in dem Bereich, der in der Nationalen Strategie Palliative Care definiert wird [7]. Somit ist Palliative Care eines der wichtigsten Themen in diesen Institutionen. Rund ein Drittel der Bewohnerinnen und Bewohner tritt nach einem Spitalaufenthalt direkt in ein Pflegeheim ein.

Das Zusammentreffen mehrerer chronischer Erkrankungen (Multimorbidität) betrifft 86% der Bewohnerinnen und Bewohner von APH [6]. 54% sind gleichzeitig von mindestens einer somatischen sowie von mindestens einer psychischen Krankheit betroffen. 16% der Bewohnerinnen und Bewohner von APH weisen einen sehr hohen Pflegebedarf auf, d.h. sie sind in fünf von sechs Alltagsaktivitäten eingeschränkt und z.B. nicht in der Lage, sich selber zu waschen [6]. «Die Fälle werden komplexer und erfordern neue Kompetenzen des Pflegepersonals» [5, S. 8].

Bei den psychischen Krankheiten stehen Hirnleistungsstörungen und daraus folgende Verhaltensstörungen im Vordergrund. 53% der Personen leiden an einer neuropsychiatrischen Erkrankung (Demenz, Parkinson-Krankheit, Hirnschlag usw.), Depressionen betreffen 26% der Bewohnerinnen und Bewohner. Andere psychische Erkrankungen wie Psychosen oder Suchterkrankungen machen 12% aus. Personen mit einer Suchterkrankung oder einer Psychose sind durchschnittlich jünger, in ihren Alltagsaktivitäten weniger eingeschränkt und leben länger im APH [4,6]. Gemäss einer Untersuchung an 7592 Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern der Westschweiz erhalten 78,1% mindestens ein Psychopharmakon [8]. Die Angaben in der Schweiz ähneln denen in anderen europäischen Ländern [9,10].

Inzwischen erhält die Situation der grossen Gruppe von Bewohnern mit Hirnleistungsstörungen, insbesondere Demenzen, zwar eine höhere Aufmerksamkeit von Verantwortlichen aus Politik und Forschung. Gleichwohl führt dies bis jetzt nicht zu einer verbesserten finanziellen Abgeltung. Leider gilt dies auch für die Situation der an einer Depression, Psychose oder Sucht erkrankten Menschen.



ZAHLEN UND FAKTEN ZU DEN SCHWEIZER ALTERS- UND PFLEGEHEIMEN

Pflege und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner sind die Kernaufgaben eines APH. Sie beeinflussen den Arbeitsaufwand und die Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden am stärksten, nicht nur in der Pflege, sondern auch aller anderen Berufsgruppen wie Hauswirtschaft, Gastronomie usw. Die gezielte Förderung der finanziellen, emotionalen und sozialen Anerkennung sowie der Fachentwicklung ist die grösste Herausforderung dieser Institutionen, damit sie die psychische Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner verbessern können.

«Aufgrund des erhöhten Pflegebedarfs wird der Personalbedarf in den kommenden Jahren erheblich steigen. Prognosen legen nahe, dass allein bis im Jahr 2020 rund 17'000 Vollzeitstellen neu geschaffen werden müssen. Dazu kommen rund 60'000 Gesundheitsfachleute, die wegen Pensionierung ersetzt werden müssen. Der grösste Bedarf an zusätzlichen Fachkräften ist in den Alters- und Pflegeheimen zu erwarten» [11, S. 4].

Dank der Einführung von Ausbildungsverpflichtungen und grosser Anstrengungen der Betriebe aller Versorgungsbereiche konnte die Zahl der Ausbildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung zwischen 2010 und 2014 um circa 32% gesteigert werden. Allerdings schmälert die tiefe Verweildauer im Beruf den Zuwachs [12,13]. Und es fehlen oft Pflegeexpertinnen mit einer Ausbildung in gerontologischer und gerontopsychiatrischer Pflege, die Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und Personal in diesen komplexen Situationen anleiten und beraten können.

DIE SITUATION DER MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER

Rund ein Drittel des Betreuungs- und Pflegepersonals der Schweiz arbeitet in APH [14]. Zusätzlich arbeiten dort Personen aus der Gastronomie, der Betreuung, der Hauswirtschaft und weiteren Berufsgruppen. 2010 gab es insgesamt 78'853 Vollzeitstellen, was 2,5% aller Erwerbstätigen der Schweiz entspricht. Die direkte Wertschöpfung dieser Branche war mit 5,3 Mrd. CHF im Jahr 2010 erheblich [3].

Ausbildung: Die Mehrheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der stationären Langzeitpflege sind Frauen (84%) [14]. Ein grosser Teil der in der direkten Pflege Tätigen sind Pflegeassistentenpersonen (29,2%). Sie haben häufig keine oder eine sehr kurze Ausbildung [15]. Auf der sekundären Stufe ausgebildet (zweijährige Lehre mit Berufsattest) sind 22,1% und 18,4% verfügen über einen Fähigkeitsausweis nach dreijähriger Ausbildung [15]. Eine tertiäre Ausbildung absolviert haben 30,4% des Pflegepersonals [15]. Etwa 10% des Personals sind in Ausbildung bzw. machen ein Praktikum. Ein grosser Teil der Mitarbeitenden in APH verfügt über einen Ausbildungsabschluss aus einem anderen Land [14]. Dies alles zeigt, dass die Einführung neuer Mitarbeitender, die Begleitung der Lernenden, Studierenden, Praktikantinnen und Praktikanten neben der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner zusätzliche Zeit benötigt.



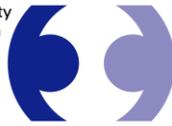
Im Beruf: 80% arbeiten seit über 5 Jahren im Beruf und 48,7% sind über 5 Jahre im gleichen Betrieb tätig. Doch jede achte Mitarbeitende denkt daran, die Arbeit im APH aufzugeben, und jede dritte Person wird in den nächsten 15 Jahren pensioniert [14]. 92% der Betriebe berichten von Rekrutierungsschwierigkeiten [14].

Arbeitszufriedenheit und Belastungen: 75% der Berufspersonen geben an, dass sie ihre Vorstellung von Pflegequalität umsetzen können [14]. Doch trotz der hohen Arbeitszufriedenheit zeigt die SHURP-Studie auf, dass die Tätigkeit von Pflegenden in APH mit diversen psychischen wie physischen Belastungen verbunden ist [14]. Gesundheitsbeschwerden in Form von Schmerzen (v.a. Rücken-, Schulter- und Nackenschmerzen) beklagen 71% der Befragten, allgemeine Schwäche, Müdigkeit sowie Energielosigkeit 66%, Schlafstörungen 48% und Kopfschmerzen 45%. Dabei sehen 63% der Befragten einen Zusammenhang zwischen den genannten Beschwerden und ihrer Arbeitstätigkeit in der Pflege. Auf eine erhöhte Belastung verweist der Befund, dass sich 23% der Befragten mindestens einmal pro Woche ausgelaugt und erschöpft fühlen [14]. Der Vergleich mit anderen Berufsgruppen ist nicht einfach, wohl ein Viertel aller Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer fühlt sich gestresst, erschöpft und hat somit ungenügende Ressourcen für die Arbeit [16].

Betreuung und Pflege psychisch Kranker: Im Vergleich erleben mehr Pflegende die Betreuung psychisch kranker Menschen als belastend als die Pflege Sterbender. Die Zunahme von psychischen Erkrankungen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern von APH macht das Ausmass der Belastungen deutlich [14]. Dazu erleben die SHURP-Studienteilnehmenden häufig einen Konflikt zwischen dem Arbeitsanfall und den zur Verfügung stehenden Ressourcen. Bei hohem Arbeitsanfall fokussieren Pflegende ihre Tätigkeit auf die Befriedigung der Grundbedürfnisse. Die psychosoziale Betreuung und Gespräche kommen zu kurz oder entfallen ganz. Dies erleben sie als einen Verlust an Pflegequalität.

Beeinflussbarkeit und Wertschätzung: Hinzu kommt die Vorstellung, kaum Einfluss auf den Arbeitsstress zu haben und die eigenen Fähigkeiten zu wenig anwenden zu können. Ausserdem ist die Anerkennung für die in den APH geleistete Arbeit gering, was sich auch im Lohn widerspiegelt. Die grundsätzliche Arbeitsverteilung und die Rationalisierung des Pflegepersonals verschärfen die Situation [14].

All dies führt sowohl zu häufigen Krankheitsausfällen des Personals als auch zu Problemen in der Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Der Mangel an institutionellen Ressourcen und der teilweise Mangel an persönlichen und/oder professionellen Kompetenzen verstärken neben den anderen Risikofaktoren den auch international thematisierten «Elder Abuse». Zu diesem gehören Gewalt und als extreme Ausprägung Tötungen, über die dann öffentlich berichtet wird [17]. Doch auch verbale Misshandlungen (respektloses Sprechen, Schimpfen, Drohen usw.) oder psychische Formen der Misshandlung wie Vernachlässigung oder Nichtbeachtung der Bewohnerinnen und Bewohner können auftreten [14].

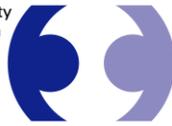


HERAUSFORDERUNGEN DER SCHWEIZER APH AUS SICHT VON FACHPERSONEN

Im Folgenden werden die Herausforderungen für APH zusammengestellt. Diese Aspekte wurden zum einen in zwei interdisziplinären Round-Table-Diskussionen gewonnen, zum anderen in Vernehmlassungen zum Entwurf des vorliegenden Positionspapiers.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren Personen, die APH leiten oder andere Verantwortlichkeiten in APH wahrnehmen, sowie Vertreterinnen und Vertreter der relevanten Verbände.

- Das Älterwerden der Bewohnerinnen und Bewohner, verbunden mit der entsprechend komplexer werdenden psychischen und physischen Multimorbidität.
- Die verkürzte Aufenthaltsdauer, weil die Heimeintritte erst in höherem Alter und bei fragiler Gesundheit erfolgen.
- Ein steigender und komplexerer Pflegebedarf mit Folgen für die Anpassung des Personalschlüssels, der Pflegeleistungen sowie der Pflegefinanzierung.
- Ungenügende Abklärungen im Akutbereich der Spitäler und Verlegung in instabilem Zustand in ein APH (Schnittstellenproblem, verstärkt seit Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen (DRG) 2012).
- Die Reduzierung des Angebots an Langzeitplätzen in der stationären Psychiatrie und der häufigere Eintritt von psychisch Langzeitkranken in APH, was einen höheren Anteil an Bewohnerinnen und Bewohnern mit Suchtproblemen und psychischen Krankheiten bedeutet.
- Das Fehlen von Angeboten für alt gewordene und pflegebedürftige Menschen mit Behinderungen und daraus folgend die Platzierung in APH. Auch diese Menschen leiden oft an psychischen Krankheiten und dies meist bereits in jüngerem Alter.
- Fehlende Ausbildungen in spezialisierten Bereichen wie der Akut- und Übergangspflege, der Pflege von Menschen mit Behinderungen oder der psychiatrischen Pflege.
- Einsatz von Assessmentsystemen (RAI, BESA, PLAISIR) zur Qualitätssicherung und zur Kostensteuerung, die der psychischen Problematik nicht ausreichend Rechnung tragen und durch Controllings der zuständigen Organe Aufwand generieren.
- Anstrengungen für die Verbesserung der Pflege von Menschen mit einer Demenzerkrankung bei gleichzeitig weiterer «Vernachlässigung» bzw. Stigmatisierung von Menschen mit Depressionen, Abhängigkeitserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen.
- Zunehmend multikulturelle Herkunft der Bewohnerinnen und Bewohner und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in APH, was weitere Kompetenzen erfordert (Sprache, transkulturelle Kompetenz).
- Kurzfristige Änderung in der Finanzierung, z.B. die Verrechnung von Pflegematerialien.
- Andere Ansprüche bei den älter werdenden Menschen: Auf die «Verzichtsgeneration» folgt nun die «Anspruchsgeneration».



FORDERUNGEN

Die WHO-Richtlinien «10 Prioritäten für eine Dekade mit Aktionen für ein gesundes Altern» bilden eine Grundlage für die folgenden Punkte [18].

GESUNDHEITSPOLITISCHE STEUERUNG

- a) Die psychische Gesundheit wird als Querschnittsthema in allen Projekten und Programmen des Bundes und der Kantone von Beginn an integriert.
- b) Die Gesundheitsversorgung älterer Menschen wird auf den Bedarf und ihre Bedürfnisse abgestimmt. Es werden neue, innovative Langzeitversorgungsmodelle entwickelt und in allen Kantonen implementiert.
- c) Die Unterschiede in der Pflegeheimversorgung, z.B. zwischen der Romandie und der Deutschschweiz, werden analysiert, definiert und die Ergebnisse für die ganze Schweiz nutzbar gemacht.
- d) Bund und Kantone engagieren sich, ausreichend qualifizierte Fachpersonen auszubilden und die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass die Fachpersonen längerfristig im Beruf verbleiben.
- e) Was gemessen, beforscht und zu Strategien entwickelt wird, soll durch die Verantwortlichen auch umgesetzt werden.

PROFESSIONALISIERUNG UND QUALITÄTSSICHERUNG IM BEREICH DER APH

- a) Die fachliche Begleitung durch für die psychiatrische Langzeitpflege spezialisierte Pflegeexpertinnen und -experten wird zum Standard.
- b) Die Betreuung von APH durch Psychiaterinnen und Psychiater sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Spezialisierung im Altersbereich wird gewährleistet.
- c) Leitungspersonen in Heimen verfügen über ausgeprägte Kompetenzen in Bezug auf die psychosozialen Anforderungen bei Bewohnern und Mitarbeitenden in APH.
- d) Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von APH erhalten eine anerkannte Schulung zur Pflege und Betreuung von Menschen mit psychischen Krankheiten.
- e) APH verfügen über ein Demenzkonzept und über Modelle zur spezialisierten Demenzversorgung.
- f) APH fördern einen sensiblen Umgang mit der Migrationsthematik und erwerben transkulturelle Kompetenzen.
- g) Die Zusammenarbeit zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen und Fachpersonen wird von allen Beteiligten gegenseitig gestärkt und koordiniert. Insbesondere ist die psychiatrische Versorgung, z.B. ein Liaisondienst, Bestandteil der Zusammenarbeit.



FORSCHUNG

- a) Eine grosse Forschungsinitiative «APH» nimmt die Herausforderungen der Heime als Schwerpunkt auf, zeigt neue Versorgungswege auf und gewichtet die psychische und physische Gesundheit gleich (Schweizerischer Nationalfonds SNF, Stiftungen).
- b) Die Forschung ist auf die Bedürfnisse der älteren Menschen ausgerichtet und liefert präzise Angaben und Verlaufsdaten zu psychosozialen Problemstellungen.
- c) Die fachliche Absicherung insbesondere der Diagnosen in allen Forschungsprojekten zur psychischen Gesundheit/Krankheit wird durch den Einbezug psychiatrischer und psychologischer Fachexpertise gewährleistet.
- d) Die Pflegeforschung ist zu stärken, z.B. zur Implementierung von «Best Practice»-Modellen, zur Entwicklung von Erfassungsinstrumenten mit genügender Gewichtung der psychosozialen Faktoren und zur Förderung von Teamarbeit und Lernen.

Veröffentlicht am 8. November 2019



ANHANG

LITERATURANGABEN

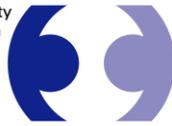
- [1] WHO: What is Healthy Ageing? <http://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/> (gesehen am 02.07.2018)
- [2] WHO: Mental health: a state of well-being: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ (gesehen am 02.07.2018)
- [3] Curaviva: Widmer R: Statistik Alters- und Pflegeinstitutionen (Ausgabe 2013): www.curaviva.ch (gesehen am 28.04.2017)
- [4] BFS (2017). Statistik der sozialmedizinischen Institutionen 2015 – Standardtabellen. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen.assetdetail.2121183.html> BFS (2015) (gesehen am 07.04.2017):. Indikatoren der Pflegeheime. https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alter_spflegeheime.assetdetail.350293.html (gesehen am 07.04.2017)
- [5] Füglistler-Dousse S, Dutoit L, Pellegrini S: Soins de longue durée aux personnes âgées en Suisse, Evolutions 2006–2013. OBSAN Bericht 67; Neuchâtel 2015
- [6] Kaeser M (2012). Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik (BFS)
- [7] Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012: www.bag.admin.ch/palliativecare (gesehen am 03.02.2018)
- [8] Gobert M, D'hoore W: Prevalence of psychotropic drug use in nursing homes for the aged in Quebec and in french speaking areas of Switzerland. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 712-721
- [9] Alanen HM, Finne-Soveri H, Noro A, Leinonen E: Use of antipsychotic medications among elderly residents in long-term institutional care: a three-year follow-up. *Int J Geriatr Psychiatry* 20016; 21: 288-295
- [10] Karlsson S, Rahm Hallberg S, Midlöv P, Fagerström C: Trends in the treatment with antipsychotic medication in relation to national directives, in people with dementia – a review in the swedish context. *BMC Psychiatry* 2017; 17: 251 ff.
- [11] Bundesratsbericht 2016: Bestandsaufnahme und Perspektiven im Bereich der Langzeitpflege: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/service/publikationen/bundesratsberichte.html#accordion_828265051519405785013 (gesehen am 25.02.2018)
- [12] Merçay C, Burla L, Widmer M: Gesundheitspersonal in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Prognosen bis 2030. OBSAN Bericht 71; Neuchâtel 2016



- [13] Lobsiger M, Kägi W, Burla L: Berufsaustritte von Gesundheitspersonal. OBSAN Bulletin 7. Neuchâtel 2016
- [14] SHURP (Swiss Nursing Home Human Resources Project): Zúñiga F, Ausserhofer D, Serdaly C, Bassal C, De Geest S, Schwendimann R: Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz. Universität Basel 2013. <http://nursing.unibas.ch/shurp>
- [15] Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté): Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2016. Nachwuchsbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene. https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/gesundheitsberufe/nichtun._gesundheitsberufe/versorgungsbericht/versorgungsbericht_2016-de-v2.2-web.pdf (gesehen am 30.04.2018)
- [16] Job-Stress-Index 2014–2016, Gesundheitsförderung Schweiz. <https://gesundheitsfoerderung.ch/betriebliches-gesundheitsmanagement/studienwirkung-bgm/job-stress-index.html> (gesehen am 15.06.2018)
- [17] World Health Organization 2016: Elder Abuse. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/en/> (gesehen am 02.07.2018)
- [18] WHO: Ageing and life-course: 10 Priorities for a decade of Action on Healthy Ageing. <http://www.who.int/ageing/10-priorities/en/> (gesehen am 02.07.2018)

WEITERE QUELLEN

- Public Health Schweiz: Grundlagenpapier zur psychischen Gesundheit (2009), Positionspapier zur Suizidprävention im Alter (2011), Schweizer Manifest für Public Mental Health (2014). <https://public-health.ch/de>
- Empfehlungen für die allgemeine Palliative Care zum Beizug von Fachpersonen aus der Psychiatrie/Psychotherapie. (2014) BAG und GDK. www.bag.admin.ch
- Psychische Gesundheit in der Schweiz (2015). BAG, GDK und Gesundheitsförderung Schweiz
- Nationale Strategie Demenz 2014–2019: www.nationaledemenzstrategie.ch
- SAMW-Richtlinien: Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz (2017)
- Koordinierte Versorgung: <https://www.bag.admin.ch/koordinierte-versorgung>
- Dolder P, Grünig A: Nationaler Versorgungsbericht für die Gesundheitsberufe 2016. Nachwuchsbedarf und Massnahmen zur Personalsicherung auf nationaler Ebene.



Hrsg.: Bundesamt für Gesundheit (BAG), Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und Nationale Dachorganisation der Arbeitswelt Gesundheit (OdASanté)

- Bayer-Oglesby L, Höpflinger F: Statistische Grundlagen zur regionalen Pflegeheimplanung – Methodik und kantonale Kennzahlen. OBSAN Bericht 47. Neuchâtel 2010
- Knöpfel C, Pardini R, Heinzmann C (2018). Gute Betreuung im Alter in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme. Zürich: Seismo
- Heussler F, Wildi J, Seibl M (2016). Menschen mit Sehbehinderung in Alterseinrichtungen. Gerontagogik und gerontagogische Pflege – Empfehlungen zur Inklusion. Zürich: Seismo

AUTORINNEN DES POSITIONSPAPIERS UND MITGLIEDER DER ARBEITSGRUPPE «PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND ALTERNDE BEVÖLKERUNG»

Ursula Wiesli und Gabriela Stoppe (beide federführend) sowie (alphabetisch) Stefanie Becker, Christa Hanetseder, Johanna Kohn, Barbara Schmutz und Jacqueline Zingarelli

Stefanie Becker, Dr. phil., Geschäftsleiterin von Alzheimer Schweiz, Gurtengasse 3, 3011 Bern

Christa Hanetseder, Dr. phil., Fachexpertin Stab Grundlagen und Entwicklung, Schweizerisches Rotes Kreuz, Werkstrasse 18, 3084 Wabern

Johanna Kohn, lic. phil., Prof., Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Thiersteinallee 57, 4053 Basel

Barbara Schmutz, Prof. Dr. phil., ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Pfingstweidstrasse 96, 8037 Zürich

Gabriela Stoppe, Prof. Dr. med., MentAge, Gerbergasse 16, 4001 Basel, Professorin für Alterspsychiatrie an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel

Ursula Wiesli, Pflegewissenschaftlerin MSN, Pflegeexpertin APN, Bundtacherstrasse 44, 8127 Forch

Jacqueline Zingarelli, Pflegefachfrau und -dozentin, vitalba beratung in veränderungsprozessen, Hammerstrasse 33, 4058 Basel



Public Health Schweiz, die Fachgruppe «Mental Health» und deren Arbeitsgruppe «Psychische Gesundheit und alternde Bevölkerung», die dieses Papier erarbeitet hat, haben keine eigenen finanziellen Interessen in diesem Bereich. Alle beteiligten Personen arbeiten interdisziplinär.

Public Health Schweiz ist die unabhängige, nationale Organisation, welche die Anliegen der öffentlichen Gesundheit vertritt. Mit ihrem Fachrat, sieben thematischen Fachgruppen sowie über 700 Einzelmitgliedern, Kollektiv- und Gönnermitgliedern bildet sie ein themen- und disziplinenübergreifendes gesamtschweizerisches Netzwerk der Public-Health-Fachleute. Damit kann sich Public Health Schweiz für optimale Rahmenbedingungen für die Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz engagieren und die Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger fachlich unterstützen. Zu gesundheitspolitischen Themen werden regelmässig Symposien und Veranstaltungsreihen organisiert. Somit wird den Public-Health-Fachleuten ein Netzwerk und die Möglichkeit des fachlichen Austausches geboten.