

## Anlage 2. Studienprotokoll



# Die Lebensqualität aus dem Blickwinkel der über 64-Jährigen Studienprotokoll des Überwachungssystems PASSI D'ARGENTO Jänner 2012

### Einleitung

Im Jahr 2008 hat das Ministerium für Gesundheit die Region Umbrien beauftragt, ein periodisches Studienmodell zur Erhebung der Lebensqualität bei Menschen über 64 Jahren zu definieren. Das Ministerium für Gesundheit unterstützt mit Hilfe des Nationalen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (CCM) und der italienischen Regionen die Umsetzung von einer Reihe von Überwachungssystemen, die auf Risikogruppen verschiedenen Alters ausgerichtet sind, mit dem Ziel, die zeitliche Entwicklung der Probleme und ihrer Determinanten zu überwachen und gezielte Maßnahmen zu bewerten. Die zweijährige Versuchsphase ist mit 2010 zu Ende gegangen.

Im Jahr 2011 begann der Prozess der vollständigen Umsetzung des Überwachungssystems, mit der Ausbildung des regionalen Referenten und Koordinators. Die Stichprobenerhebung bei den über 64-Jährigen erfolgte in den einzelnen Regionen im Monat März 2012.

### Kontextanalyse

Nach UN-Angaben über die Alterung der Bevölkerung, die anlässlich der zweiten Weltversammlung in Madrid im Jahr 2002 vorgestellt wurden und in der europäischen Leon-Konferenz im November 2007 bestätigt wurden, ist Italien immer noch an erster Stelle, was das Altern der Bevölkerung betrifft. In den letzten Jahren hat sich in Italien, wie in allen westlichen Ländern, der Anteil der älteren Menschen schrittweise erhöht: im Jahr 1990 war 15% der Bevölkerung über 64 Jahre alt, heute stellen sie ungefähr 25% der Bevölkerung dar und eine Vorschau auf das Jahr 2050 prognostiziert, dass ein Italiener/in auf drei zu den Senioren gehören wird.

Eine längere Lebensdauer geht nicht immer mit einer besseren Lebensqualität einher: mit zunehmendem Alter steigt die fehlende Selbstständigkeit und es treten vermehrt Krankheiten und insbesondere chronisch nichtübertragbare Krankheiten auf. Der Alterung liegen jedoch nicht nur biologischen Faktoren zugrunde; sie stehen im Zusammenhang mit psychologischen, wirtschaftlichen, politischen, kulturellen und sozialen Faktoren.

Man kann somit von zwei Arten von Alterung sprechen, die biologische und die soziale, die jeweils subjektiv bedingt sind und von der Wahrnehmung der Veränderung der eigenen gesellschaftlichen Rolle abhängen. Beide führen zum Anstieg der so genannten sozialen Fragilität und haben Auswirkungen auf den Zugang zum nationalen Gesundheitssystem.

Der Alterungsprozess der Bevölkerung hat auch ökonomische Auswirkungen auf die Bereiche Gesundheits- und Sozialwesen, die lokal sehr oft im selben Haushalt zusammenfließen. Nach 65 Jahren, steigen allmählich das Krankheits-, und Invaliditätsrisiko, der Verlust der Selbstständigkeit und die soziale Isolation. Zu Gunsten der Senioren werden in den Industrieländern etwa 65% der nationalen Gesundheitsressourcen, mehr als die Hälfte der Krankenhausaufenthalte und zirka 70% der pharmazeutischen Ausgabe vorgesehen. Nicht weniger wichtig sind die sozialen Kosten, vor allem die der unselbständigen Senioren, wobei Frauen häufiger betroffen sind und in den meisten Fällen pflegebedürftig werden.

## **Motivation**

Das rasche Wachstum des Alterungsphänomens erfordert eine Beschleunigung in der Umsetzung der gesundheitspolitischen Entscheidungen, was die zerbrechlichen Menschen im dritten Lebensalter betrifft. Bereits bekannte Risikofaktoren, die die Lebensqualität beeinflussen und zur gleichen Zeit zum dramatisch schnellen Verfall führen, könnten verzögert und teilweise vermieden werden. Die Einführung von einer Reihe von wiederholten Studien, die Informationen zum Gesundheitssystem und zur Fragilität der Senioren liefern, könnte zur Umsetzung von Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen und die Gesundheitsausgaben senken. Solche Studien ermöglichen die Berechnung von Indikatoren, die den Vergleich zwischen verschiedenen territorialen Bereichen und die Überwachung der zeitlichen Entwicklung des Phänomens im selben geographischen Gebiet erlauben. Die Entwicklung eines Studienmodells, das solche Vergleiche ermöglicht, ist für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen zugunsten von Menschen im dritten Lebensalter unverzichtbar. Derzeit sind die periodischen Datenerhebungen der öffentlichen Einrichtungen und spezifischen Beobachtungsstellen nicht ausgerichtet, um zeitgerecht Informationen über spezifische Themen dieser Bevölkerungsgruppe zu liefern (zum Beispiel die Wahrnehmung über das Unbehagen und die Schwierigkeiten beim Kauen, Sehen oder Hören) und sind nicht so detailliert, um eine lokale Programmierung (auf Sanitätsbetriebs-, Gesundheitssprengel- oder Gemeindeebene) zu ermöglichen.

Um den Gesundheitszustand der Senioren kontinuierlich zu überwachen, ist die Erhebung der Indikatoren bei der Allgemeinbevölkerung unerlässlich, um die zeitlichen Veränderungen zu überwachen und die Entwicklung der Risikodeterminanten für die Selbstständigkeit und die Auswirkungen der gesundheitlichen und sozialen Maßnahmen der unterschiedlichen Akteure, wie das Gesundheit- und Sozialpersonal und die Familien, zu bewerten, um die Probleme bei fragilen und dem Invaliditätsrisiko ausgesetzten Senioren zu verhindern.

## **Allgemeines Ziel**

Einführung eines Überwachungssystems der Lebensqualität, Gesundheit und Wahrnehmung der Gesundheitsleistungen im dritten Lebensalter, das auf wiederholte nachhaltige Studien beruht, die mit Hilfe der Ressourcen der Gesundheits- und Sozialdienste durchgeführt werden und von den Sanitätsbetrieben und Regionen für die gezielte Verbesserung der Lebensqualität der Senioren verwendet werden.

## **Ziele der Überwachung**

Die Überwachung konzentriert sich auf Aspekte, die sich in den letzten Jahren als wesentliche Voraussetzung für ein aktives Altern erwiesen haben, insbesondere die in Zusammenhang mit den "drei Säulen" des aktiven Alterns, wie von der WHO im "Active Ageing" (2005) festgelegt. Dieser Ansatz sieht die aktive Überwachung der Probleme vor und die Durchführung von Maßnahmen für jede der drei Säulen:

### **1. Die Teilnahme**

- eine Ressource für sich selbst und für die Gesellschaft
- Teilnahme an gesellschaftlichen Aktivitäten und Schulungen

## **2. Die Gesundheit**

- Wahrnehmung des Gesundheitszustandes
- Lebensstil: Körperliche Aktivität, Ernährung, Alkohol und Rauchen
- Probleme mit dem Sehen, Hören und Kauen
- Stürze
- depressive Symptome
- soziale Isolation

## **3. Sicherheit, Gesundheitsschutz und angemessenes Einkommen**

- Kenntnis und Nutzung der Planungsmaßnahmen und sozialen Dienste
- Hilfe bei Aktivitäten des täglichen Lebens und Fortbewegung
- Arbeitseinkommen und Eigentumswohnung
- Rente und Erwerbstätigkeit
- Wohnung und Sicherheit im Wohnviertel.

Insbesondere in diesen drei Bereichen ist beabsichtigt:

1. die demographischen und sozioökonomischen Merkmale der über 64-Jährigen zu beschreiben
2. den wahrgenommenen objektiven Gesundheitszustand und die Lebensqualität der über 64-Jährigen zu beschreiben
3. den Anteil der Senioren mit depressiven Symptomen und in sozialer Isolation zu schätzen
4. die Senioren mit Fragilitätsrisiko zu bestimmen (kognitive Störungen, Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust, Hörverlust, Sehstörungen und Zahnprobleme, reduzierte körperliche Aktivität, häufige Krankheiten)
5. den Anteil der gestürzten Senioren zu schätzen
6. den Anteil der fragilen Senioren mit Handicap-Risiko zu bestimmen
7. die Art und Qualität der Betreuung von unselbstständigen Senioren und den Betreuungsbedarf aller Senioren zu beschreiben
8. die Inanspruchnahme der Betreuung von Seiten der Senioren zu beschreiben
9. den Lebensstil (Bewegung und Rauchen, Ernährung, Alkoholkonsum) und die sozialen Aktivitäten zu beschreiben
10. den Anteil und die Eigenschaften der Influenza-Impfung der letzten Saison zu beschreiben.

## **Informationen über die wissenschaftliche Literatur zu den Themen der Studien**

### **Gesundheitszustand, wahrgenommene Lebensqualität**

Bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes einer Person, ist neben dem klinischen Aspekt, die Analyse der wahrgenommenen Lebensqualität und das Ausmaß des allgemeinen Wohlbefindens ausschlaggebend. Obwohl das Konzept der Lebensqualität sehr schwer zu definieren ist, wurden Messungsmethoden entwickelt, die die Bedingungen bestimmen, die die Gesundheit im weitesten Sinne beeinträchtigen, ohne zu einer vermehrten Sterblichkeit oder einem Anstieg der Krankenhausaufenthalte zu führen (WHO 1948). Die Modelle zur Bewertung der wahrgenommenen Lebensqualität sind zahlreich: eine der bekanntesten und in nationalen Studien wie die Studie "Argento" und lokalen Studien (Vetus ad Orvieto) (1) verwendete Methode, ist die Schätzung der "Tagen in Gesundheit", die anhand von vier Fragen über den wahrgenommenen Gesundheitszustand und über die „Tage in einem schlechten Gesundheitszustand“ berechnet wird.

Es ist eine direkte Methode, bei der die Schätzung mit der Frage, was die Anzahl der Tage in einem schlechten Gesundheitszustand in einem festgelegten Zeitraum (beispielsweise der Monat vor dem Interview) sei, durchgeführt wird. Die anhand dieser Methode bewertete Lebensqualität hängt in der Regel stark mit der körperlichen Bewegung, dem Übergewicht, der Fettleibigkeit und dem Lebensstil im Allgemeinen zusammen. Weiters wird sie von der psychischen Verfassung, der Qualität des Lebensumfelds und den Zugang zu den Gesundheitsleistungen, sowie das Vorhandensein von manchen chronischen Krankheiten, wie Arthritis beeinflusst.

### **Soziale Isolation und Depression**

Die Lebensqualität hängt ebenso von den sozialen Kontakten ab, die der Senior, insbesondere im ganz hohen Alter, in der Lage ist, aufrecht zu erhalten. In diesem Sinne ist es wichtig, die Kommunikationsmittel zur Unterhaltung zu nutzen, an den Aktivitäten der sozialen Dienste und der Gemeinden, des Sanitätsbetriebes teilzunehmen. Die Informationen zu diesem Thema können aus einer Reihe von einfachen Fragen über den oben beschriebenen Fähigkeiten, ehrenamtlichen Aktivitäten und der geleisteten Betreuung zugunsten anderer Senioren erlangt werden. Es wird auch der Depressionszustand anhand zweier Fragen untersucht, die in internationalen und nationalen Studien (Überwachung PASSI 2007) bei der Überwachung oder dem Screening der Depression Anwendung finden. Eine Bedingung, die bei älteren Menschen häufig vorhanden ist, und deren Diagnose nicht immer explizit gestellt wird. Die erzielten Werte über die Lebensqualität ermöglichen einen bis heute vernachlässigten Aspekt der Gesundheit der Senioren zu berücksichtigen und Interventionsstrategien besser auszurichten und Indikatoren zur Bewertung der Maßnahmen zu bestimmen.

### **Kognitive Störungen**

Demenzkrankungen sind ein großes gesundheitliches und soziales Problem, das angesichts des Alterungsprozesses der Bevölkerung, ständig an Wichtigkeit zunimmt. Laut den Daten der Längsschnittstudie über den Alterungsprozess (ILSA Studie) beträgt das Ausmaß der kognitiven Störungen in der italienischen Bevölkerung von über 64 Jahren 6,4% (5,3% bei Männern und 7,2% bei den Frauen) (2). Diese Prozentsätze steigen mit zunehmendem Alter der Bevölkerung, mit Werten bis zu 20% in der Altersgruppe der 80-84-Jährigen. Eine Prävalenzstudie in der Provinz Verona (namens Argento Projekt) hat ergeben, dass bei den Achtzigjährigen 24% an kognitiven Störungen leiden (3). Im Hinblick auf neue Fälle, wurde anhand der Studie ILSA eine jährliche Inzidenz von 127 Fällen pro 100.000 wohnhaften über 60-Jährigen geschätzt. Es wurden viele nützliche Instrumente zur Bestimmung der kognitiven Störungen (4) entwickelt, aber die meisten von ihnen sind in der Durchführung sehr zeitaufwendig und somit für den Einsatz bei Mehrzweck-Umfragen nicht geeignet. Vor kurzem jedoch wurde ein Instrument für das schnelle Screening der Krankheit entwickelt, das Ergebnisse liefert, die mit jenen der komplexen Instrumente (4, 5) vergleichbar sind. Dieses Instrument, das bereits mit Erfolg bei der Durchführung der Studie "In Chianti," Argento und Vetus Anwendung fand, wird auch bei dieser Umfrage verwendet und stützt sich auf die oben beschriebene Methode. Die gesammelten Daten über die Prävalenz von kognitiven Störungen können durchaus mit den Ergebnissen der Erhebungen mit komplexeren Instrumenten verglichen werden. Die gesammelten Informationen ermöglichen die Bewertung der Betreuung der Menschen mit kognitiven Störungen und darüber hinaus eine regionale Schätzung des künftigen Betreuungsbedarfs.

## **Stürze**

Die Stürze sind im Allgemeinen als ernsthaftes Ereignis anzusehen, sowohl aufgrund der möglichen traumatischen Folgen (wie Knochenbrüche, Schädeltrauma) als auch aufgrund der Auswirkungen psychologischer Natur. Letztere werden durch die Unsicherheit und die damit verbundene progressive Tendenz zur sozialen Isolation, zur Reduzierung der täglichen Aktivitäten und zwischenmenschlichen Beziehungen charakterisiert. Die genaue Häufigkeit der Stürze ist schwierig zu bestimmen, da über viele Episoden nicht berichtet wird oder weil sie in diesem Alter als normale Ereignisse betrachtet werden und daher keine Bedeutung haben, oder im Gegenteil verleugnet werden, weil sie als ein Zeichen der zunehmenden Schwäche gehalten werden. Schätzungen zufolge sind die Stürze für rund 7.500 Todesfälle in Italien verantwortlich, wobei die meisten davon Senioren betreffen; Großteil der rund 1,8 Millionen Erste Hilfe Zugänge und der 200.000 Krankenhausaufenthalte aufgrund von Unfällen im Haushalt, sind auf Stürze von Senioren zurückzuführen (6). Die Literaturdaten über die Ursachen von Stürzen zeigen zwei Arten von Risikofaktoren: intrinsische und extrinsische Faktoren (7, 8). Erstere beschreiben pathologische Ereignisse unterschiedlicher Art (neurologisch, Herz-Kreislauf-, Stoffwechsel usw. ...), an denen der Senior leidet. Letztere schließen die Wohnrisiken ein, wie rutschige Böden und Treppen und schlechte Beleuchtung. Bei der Untersuchung der Stürze ist es wichtig, beide Arten von Faktoren zu berücksichtigen. Ein weiterer wichtiger Aspekt der zu Stürzen führen kann, ist die Einnahme bestimmter Medikamente wie Antihypertensiva, Antidepressiva, Hypnotika / Sedativa (9); insbesondere bei Einnahme der letzteren wurde ein 28-mal höheres Risiko bei über 70-Jährigen einen Stürzen zu erleiden, dokumentiert (7). Die einzige systematische Untersuchung der Stürze und seinen prädisponierenden Faktoren ist Italienweit die Studie Argento der Obersten Gesundheitsbehörde. Mit dieser Studie wollen wir eine Schätzung der Häufigkeit der Stürze bei Senioren durchführen, indem individuelle und strukturelle Bedingungen analysiert werden. Die Analyse der gesammelten Informationen gibt Aufschluss über die Anwendung von möglichen Sicherheitsvorkehrungen, um Stürze zu vermeiden. Die gesammelten Daten können zur Planung von angemessenen und wirksamen Strategien für die öffentliche Gesundheit zur Verringerung der Häufigkeit von Stürzen bei Senioren verwendet werden.

## **Selbständigkeit und Pflegebedarf**

Der fortschreitende Alterungsprozess der italienischen Bevölkerung, wie auch in anderen westlichen Ländern, führt zu einer Zunahme der Senioren, die die Aktivitäten des täglichen Lebens nicht selbständig abwickeln können. Der Verlust der Selbständigkeit steht in Verbindung mit dem Auftreten von chronischen Krankheiten und führt zum Betreuungsbedarf bei der Durchführung von lebensnotwendigen Tätigkeiten und zur medizinischen oder Krankenpflege. Weiters führt der Verlust der Selbständigkeit auch zur sozialen Isolation und erzeugt zusätzlichen Betreuungsbedarf. Zur Messung der Selbständigkeit wurde ein System entwickelt, das sich auf die individuellen Fähigkeiten bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) durchführen, stützt. Es wurden zahlreiche ADL untersucht: physiologische Funktionen (wie Wasserlassen), motorische, Selbst-Pflege (wie Ankleiden, Baden), instrumentale fürs Überleben (wie Essen zubereiten). Die Folge war eine Reihe von unterschiedlichen Definitionen für die Unselbständigkeit, sodass keine Vergleiche zwischen den Daten der verschiedenen Studien angestellt werden konnten. Aber es wurde beobachtet, (10), dass es erhebliche Überschneidungen zwischen den ADL gibt (eine Person, die unfähig ist, eine bestimmte Tätigkeit auszuführen, ist es meistens bei anderen Tätigkeiten auch nicht), sodass ein Mindestsatz von ADL ausreicht (Gehen, Baden, WC, Anziehen, Essen, Wasserlassen), um das Ausmaß der Unselbständigkeit zu messen. Senioren, die nicht in der Lage sind, all diese Aktivitäten durchzuführen, werden als schwerwiegend unselbständig eingestuft. Zu den teilweise Unselbstständigen gehören Senioren, die

mindestens eine ADL nicht ohne Hilfe abwickeln können, und selbständig sind Senioren, die in der Lage sind, alle ADL ohne fremde Hilfe durchzuführen. In Italien sind die verfügbaren Daten über die Eigenständigkeit noch sehr begrenzt, vor allem auf lokaler Ebene (11, 12). Unter den über 64-Jährigen beträgt der geschätzte Anteil an schwerwiegend Unselbständigen rund 20%, mit einem deutlichen Unterschied zwischen den Altersgruppen (bei den über 80-Jährigen bis zu 50%).

### **Lebensstil**

ISTAT-Studien (11) haben Informationen zu einer breiten Palette von gesundheitsbedingten Verhaltensweisen der Senioren, wie Zigarettenrauch und Alkoholkonsum, geliefert. Es gibt jedoch noch weitere Faktoren, die mit der Lebensqualität assoziiert werden und nicht gründlich untersucht werden. Es gibt nur wenige Daten über die körperliche Aktivität, die Schwierigkeiten beim Kauen, die Ernährung der Senioren. Es ist erwiesen dass die körperliche Aktivität Auswirkungen auf die Morbidität und Mortalität (13, 14) hat und eine wichtige Rolle bei der Vorbeugung von Stürzen (15) spielt. Obwohl es unterschiedliche Fragebögen zur Messung des Ausmaßes an körperlicher Aktivität in verschiedenen Altersgruppen gib, wurde auf die Art und das Ausmaß der geeigneten Aktivität für Senioren eingegangen. Die Schwierigkeiten beim Kauen weisen auf Zahnprobleme hin und führen zu einer schlechten Ernährung, mit geringem Verzehr von Fleisch, frischem Obst und Gemüse (16). Es ist erwiesen, dass Zahn- und Zahnfleischerkrankungen einen erheblichen Einfluss auf das funktionale, soziale und psychologische Wohlbefinden der Senioren (17) haben. Aus diesem Grund wird die Häufigkeit der Kauprobleme beim Konsum bestimmter Nahrungsmittel, sowie die mangelnde Inanspruchnahme der zahnärztlichen Versorgung, die üblicherweise nicht zu Lasten des nationalen Gesundheitssystems ist, bewertet. Appetitlosigkeit und Gewichtsprobleme sind bei Senioren ein Anzeichen von körperlichen oder psychischen Problemen. Die Informationen zu diesen Themen werden verwendet, um geeignete Maßnahmen für das nationale Gesundheitssystem zu entwickeln.

### **Impfungen**

Die Influenza-Impfung ist eine wichtige Maßnahme im Bereich öffentliche Gesundheit und wird allen Senioren empfohlen, da sie die Komplikationen, Krankenhausaufenthalt und Übersterblichkeit aufgrund der ansteckenden Krankheit reduziert. Eine Durchimpfungsrate von mindestens 75% ist eines der Ziele des Nationalen und Regionalen Gesundheitsplans. Die Erhebung der Daten über die Influenza-Impfung bei Senioren liefert somit wichtige Informationen, um die Immunisierungstätigkeit der Impfdienst zu bewerten und das Angebot in dieser speziellen Bevölkerungsgruppe zu verbessern. Weiters liefert sie Informationen über die Gründe für die Nichtimpfung, sowie den Dienst der die Impfung durchgeführt hat, um die Stärken und Schwächen der Impfstrategien für die Planung der Maßnahmen zu bestimmen.

### **Die Variablen für jedes spezifische Ziel**

Beschreibung der Senioren nach demographischen und sozioökonomischen Merkmalen

Alter

Geschlecht

Schulbildung

Zivilstand

Zusammenleben

Wahrnehmung der finanziellen Situation

Berufstätigkeit

Wohnlage

Beschreibung des wahrgenommenen objektiven Gesundheitszustandes und der Lebensqualität der über 64-Jährigen

Wahrgenommener Gesundheitszustand, Änderungen im Laufe des letzten Jahres, und im Vergleich zu Gleichaltrigen

Tage in einem schlechten Gesundheitszustand aufgrund körperlicher und geistiger Probleme

Ausmaß des Glücksgefühls

Krankenhausaufenthalt im letzten Jahr

Tage mit Tätigkeitseinschränkung

Hauptgesundheitsproblem, das die Ausführung der Tätigkeiten einschränkt

Beschreibung des Anteils der Senioren, die sich sozial isoliert oder depressiv fühlen

Wahrgenommenes Einsamkeitsgefühl

In den letzten 2 Wochen nicht aus dem Haus gegangen, mit keinem geredet und an keiner sozialen Aktivitäten teilgenommen

Depression: 2 Items des PHQ-2

Inanspruchnahme der Behandlungen gegen die Depression

Bestimmung des Anteils der Risikosenioren für Fragilität (kognitive Störungen, Appetitlosigkeit und Gewichtsprobleme, Hörverlust, Sehstörungen und Zahnprobleme, reduzierte körperliche Aktivität, verbreitete Krankheiten)

Seh-, Kau- und Hörstörungen

Inanspruchnahme der zahnärztlichen Behandlungen, Hörgeräte und Brillen

Merkmale und Entwicklung Appetitlosigkeit und Körpergewicht

kognitive Störungen in der Studienpopulation (3 Begriffe zur Messung des Erinnerungsvermögens, Wiederholung der drei Begriffe)

körperliche Aktivität in der letzten Woche

Schätzung des Anteils der Senioren, die mindestens einmal gestürzt sind

mindestens einmal im letzten Jahr gestürzt

unter den gestürzten: wie oft, wo und Ergebnisse

Schätzung des Anteils der fragilen unselbständigen Senioren

Eigenständigkeit, teilweise unselbständig und schwerwiegend unselbständig (beim Waschen, Fortbewegen, Essen, Duschen, Baden, Anziehen)

Beschreibung der Art und Qualität der Betreuung von unselbständigen Senioren und den Betreuungsbedarf von Seiten der Betroffenen

Art der erhaltenen Betreuung

Bedürfnisse und Qualität der Extrahilfe

Beschreibung der Art der Betreuung, die die Senioren kennen und in Anspruch nehmen

Kenntnis und Nutzung der einzelnen Dienste (z. B. Gemeindezentren, Seniorentreffs usw.)

Ratschläge bei Hitzewelle

Beschreibung des Lebensstils (Bewegung und Rauchen, Ernährung, Alkoholkonsum) und soziale Aktivitäten  
Zigarettenrauch

Alkoholkonsum  
Körperliche Aktivität  
Ernährung  
TV-Nutzung  
Ehrenamtliche Tätigkeiten  
Zeitungen lesen

Schätzung des Anteils und der Eigenschaften der Influenza-Impfung der letzten Saison  
Durchführung der Impfung  
Impfdienst und Kosten für die Impfung  
Gründe für die Impfung und Nichtimpfung

### **Verwendete Definitionen**

#### **Selbständigkeit**

Fähigkeit die normalen Aktivitäten des täglichen Lebens durchzuführen (Activities of Daily Living; ADL), das heißt, von Zimmer zu Zimmer gehen, Waschen, Baden oder Duschen, Anziehen, Essen, alleine ins Bad gehen

Das Ausmaß der Selbständigkeit wird anhand des Katz-Index (18) gemessen, um die Senioren wie folgt zu klassifizieren:

Senioren, die in der Lage sind, all Aktivitäten des täglichen Lebens alleine durchzuführen

teilweise unselbständig, Senioren, die nicht in der Lage sind, zumindest eine der Aktivitäten des Lebens durchführen (ausgeschlossen Baden und Anziehen)

schwerwiegend unselbständig, Senioren, die nicht in der Lage sind sich selbst zu waschen und anzuziehen, auf die Toilette zu gehen, sich von einem Raum zum anderen zu bewegen, zu essen, und den Urin zu halten.

#### **Lebensqualität in Bezug auf den wahrgenommenen Gesundheitszustand**

Wahrnehmung von "sich wohl fühlen", bezogen auf einen bestimmten Zeitrahmen, insbesondere Wahrnehmung eines guten körperlichen und / oder psychischen Zustandes in den 30 Tagen vor der Befragung.

Das Ausmaß der Lebensqualität in Bezug auf die wahrgenommene Gesundheit wird ermittelt durch:

die Anzahl der Tage in einem schlechten körperlichen und / oder geistigen Zustand

die Anzahl der Tage mit Einschränkung der normalen Aktivitäten des täglichen Lebens

#### **Betreuungsbedarf**

Unterstützung und Hilfe den Menschen, die nicht in der Lage sind, die IADL oder ADL durchzuführen

#### **Soziale Isolation**

Wird als "sozial isolierte" Person definiert, wenn sie alle drei Bedingungen aufweist:

Geht nicht aus dem Haus

Hat keine sozialen Kontakte, telefonische Kontakte, Freunde, Nachbarn und/oder Familienmitglieder (geringe zwischenmenschliche Beziehungen)

Nimmt an keinen sozialen Veranstaltungen (Kirche, Seniorentreff usw.) teil (geringe soziale Kontakte)



## **Impfungen**

Influenza-Impfung: geimpft: Senior der die Impfung im Winter zuvor erhalten hat

ungeimpften: Senior, der zum Zeitpunkt der Befragung die Impfung nicht erhalten hat

## **Kognitive Störungen**

Die Punktzahl wird aufgrund des Ergebnisses des Gedächtnis-Tests und der Wiederholung der 3 Begriffe berechnet

Test über das Erinnerungsvermögen: ein Punkt für jede richtige Antwort auf die drei Fragen, 1 Punkt für jeden wiederholten Begriff

Die Einstufung der kognitiven Störungen ist wie folgt:

kognitive Probleme: Punktezahl  $\geq 3$

## **Depression**

Phq 2 Es wird eine Punktzahl aufgrund von 2 Fragen verteilt, wobei die Punktzahl von 0 bis 3 bei jeder Frage sein kann

Depressive Symptome sind vorhanden wenn die Punktezahl größer 3 ist

## **Dokumentation und Methoden**

### **Studienbevölkerung**

Über 64-Jährige die in der Provinz ansässig sind und in keiner Einrichtung untergebracht sind

Im Sanitätsregister vermerkt sind

Ausschlusskriterien:

Altersheim, Pflegeheim usw.

Krankenhausaufenthalt während der Durchführung der Befragungen

Anderswo wohnhaft während der Durchführung der Befragungen

### **Informationsquellen**

Die Informationen werden durch Telefoninterviews oder von Angesicht zu Angesicht gesammelt. Falls der ausgewählte Senior nicht in der Lage ist, die Fragen zu beantworten, wird die Befragung mit einem Familienangehörigen oder einer vertrauten Person des Seniors durchgeführt. In diesem Fall wird vermerkt, wer an der Befragung teilgenommen hat und den Grund für die Nicht-Teilnahme des Seniors.

### **Durchführbarkeit der Befragung und objektive Auswahl des Proxy**

Die sofortige Durchführung der Befragung hängt von körperlichen und kognitiven Faktoren ab, die ausschlaggebend sind, um Antworten zu erhalten, die die wirkliche Situation des Seniors widerspiegeln. Die Methoden stützen sich hierfür auf subjektive Daten (motiviert Diskretion von Seiten des Seniors) oder auf objektive Daten, wie beispielsweise einige Bewertungsmethoden der Störungen, die einen sofortige Befragung unmöglich machen.

Die wesentlichen Voraussetzungen, um in der Lage zu sein, den Fragebogen zu erheben, werden wie folgt festgestellt:

Fähigkeit, die Worte des Interviewers zu hören

Fähigkeit, das Interview zu verstehen (wenig oder keine kognitive Beeinträchtigung)

Man beginnt mit ein paar einfache Fragen zum Hörvermögen und den kognitiven Störungen, mit einem Gedächtnis-Test und dem Erinnerungsvermögen, die Fähigkeit drei Begriffe zu wiederholen.

Dieser zweite Teil wird ebenso verwendet, um die kognitiven Störungen auszuwerten. Die Fähigkeiten werden anhand von drei Fragen überprüft, wobei für jede Antwort eine Punktezahl von 0 bis 1 verteilt wird. Beim Wiederholen der 3 Begriffe ist eine Punktezahl von maximal 3 möglich. Wenn der Senior die drei Begriffe nicht wiederholen kann und somit nicht 3 Punkte erreicht, wird die Befragung mit dem Proxy weitergeführt.

### **Auswahl der Stichprobe**

Vor der Einführung des Überwachungssystems musste jede Region/Provinz den Grad der Repräsentativität und die Art der Stichprobe bestimmen. In Bezug auf die Repräsentativität gibt es 4 Möglichkeiten:

- Regionale Repräsentativität: die Regionen beabsichtigen eine Überwachung mit einer Datensammlung, die die regionale Situation der Senioren darstellt. Die Schätzungen der Prävalenz des Phänomens werden eine absolute Genauigkeit von rund 3% haben.
- Regionale Repräsentativität und auf Sanitätsbetriebsebene: die Regionen beabsichtigen eine Datensammlung, die für die Situation auf regionaler und auf Sanitätsbetriebsebene gültig und repräsentativ ist. Die Genauigkeit der Schätzungen der Prävalenz auf Sanitätsbetriebsebene wird rund 5% betragen.
- Gemischte Repräsentativität: die Region beschließt, eine regionale Stichprobe auszuwählen, wobei eine oder mehrere Sanitätsbetriebe eine zusätzliche Stichprobe auswählen.
- Repräsentativität auf Sanitätsbetriebsebene: die Region nimmt mit einem oder mehreren Sanitätsbetrieben teil, jedoch ohne einer regionalen Repräsentativität der Ergebnisse.

In Bezug auf die Art der Stichprobe sieht das Sample-Design zwei Möglichkeiten vor: einfache geschichtete Zufallsauswahl oder Cluster in zwei Stufen (Stufe I bestimmt die Gemeinden durch die Identifizierung der Cluster, d.h. Gruppe von Senioren, die dieser Gemeinde angehören; in der Stufe II werden die einzelnen Personen durch eine verhältnismäßig geschichtete Stichprobe innerhalb jedes einzelnen Cluster bestimmt). Im Vergleich zur einfachen Stichprobe führt die Cluster Stichprobenauswahl in der Regel zu einem wesentlichen Verlust an Genauigkeit, aber bietet kostenbedingte Vorteile. Die Vorteile dieser Methode liegen in den praktischen und wirtschaftlichen Aspekten. Für eine vorbestimmte Stichprobengröße, bringt die Cluster-Stichprobe in der Regel viel niedrigere Kosten als die einfache Zufallsstichprobe mit sich. Dies ist auf die geringere Streuung der Stichprobeneinheiten zurückzuführen, die aus organisatorischer und praktischer Sicht die Befragung erleichtert.

Für eine regionale Repräsentativität und in Anwendung der einfachen geschichteten Zufallsstichprobe, muss die Stichprobengröße, die vom Sample-Design und der gewünschten Genauigkeit der Prävalenz der Faktor abhängt, 1.100 Senioren entsprechen (oder 390 Senioren für die Repräsentativität auf Sanitätsbetriebsebene); für die regionale Repräsentativität und in Anwendung der zweistufigen Cluster-Stichprobe müssen 1.225 Senioren befragt werden (oder 440 Senioren für die Repräsentativität auf Sanitätsbetriebsebene).

Die Stichprobe wird aus der Gesamtliste des Sanitätsregisters extrahiert. Jede alters- und geschlechtsspezifische Schicht besteht aus einem primär ausgewählten Senior und seinen Ersatzpersonen, die zum Einsatz kommen, wenn der ausgewählte Senior die Ausschlusskriterien erfüllt (anderswo wohnhaft; im Krankenhaus oder in Langzeitpflege; im Altersheim, Pflegeheim, Gefängnis; verstorben; spricht weder deutsch noch italienisch; jünger als 65 Jahre), oder es nicht möglich ist, mit ihm die Befragung durchzuführen (nach mindestens 6 Kontaktversuchen zu unterschiedlichen Uhrzeit und an

unterschiedlichen Tagen, vorzugsweise mindestens zwei abends oder am Wochenende, nicht auffindbar; fehlende Telefonnummer oder kein Telefon; Teilnahmeverweigerung von Seiten des Senior oder des Proxy). Der ausgewählte Senior wird mit einer Person des gleichen Geschlechts und der gleichen Altersgruppe (mit einer Toleranz von plus oder minus 5 Jahre) ersetzt. Das Verhältnis zwischen dem primär ausgewählten Senior und seinen Ersatzpersonen ist 1:5 (5 Ersatzpersonen pro primär ausgewählten Senior). Der Grund für das Ersetzen wird vermerkt.

### **Analyse der Informationen**

Die gesammelten Daten werden in einer elektronischen Datenbank registriert und online an die Firma MPA weitergeleitet, die sich um die Aggregation der Daten und die Überwachung der Prozessindikatoren zur Qualitätssicherung kümmert. Die Analyse der aggregierten Daten wird mit Hilfe der statistischen Software Epi-Info und Stata durchgeführt. Vor der Datenanalyse werden die Ersatzquote und insbesondere die Teilnahmeverweigerungsquote berechnet, um jede mögliche Verzerrung der Studie zu beurteilen. Mögliche Zusammenhänge zwischen den Variablen in der Studie werden durch die Berechnung der OR und des Konfidenz-Intervalls und mit Hilfe anderer geeigneter statistischer Tests (Chi-Quadrat) untersucht.

### **Praktische Auswirkungen**

Nach der Analyse werden die Ergebnisse der Umfrage nützliche Informationen für die Präventionsplanung und die soziale und gesundheitliche Betreuung der Senioren liefern, um der Unselbständigkeit und sozialen Isolation entgegenzuwirken.

### **Ethische Aspekte**

Die Interviews sind anonym und jegliche Verweise auf die Personen, die interviewt werden, werden vor der Dateneingabe zerstört. In jedem Fall wird der Interviewer den Senior um Zustimmung zur Befragung bitten, was darauf hinweist, dass die Befragung verweigert und jederzeit widerrufen werden kann.

### **Bibliographie**

1. Colitti S, Cristofori M, Casaccia V, Bella A, Perra A, Binkin N per il Gruppo Epidemiologia in Azione. VETUS a Orvieto: un'indagine sulla qualità della vita delle persone con più di 64 anni nel comune di Orvieto. Bollettino Epidemiologico Nazionale (BEN). Not Ist Super Sanita 2006;19(11):iii-iv.
2. Centro Nazionale di Ricerca: Relazione Conclusiva Progetto Finalizzato Invecchiamento (vol. 1: L'attività i risultati ) Roma 25 Novembre 1998.
3. Scanlan J, Borson S. The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naive raters. Int J Geriatr Psychiatry. 2001 ;16:216-22.
4. Scanlan J, Borson S. The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naive raters. Int J Geriatr Psychiatry. 2001 ;16:216-22.
5. Borson S, Scanlan J, Brush M, Vitaliano P, Dokmak A. The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. Int J Geriatr Psychiatry. 2000;15:1021-7.
6. ISTAT (2000), *Cause di morte: anno 1997*. Roma (Annuari n. 13).
7. Tinetti ME, Speechley M. Prevention of falls among the elderly. N Engl J Med. 1989;320:1055-9.
8. Tinetti ME, Doucette J, Claus E, Marottoli R. Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. J Am Geriatr Soc. 1995; 43:1214-21.
9. Leipzig RM, Cumming RG, Tinetti ME. Drugs and falls in older people: a systematic review and meta-analysis: I. Psychotropic drugs. J Am Geriatr Soc. 1999;47:30-9.

10. Verbrugge LM Merrill S, Liu X. Disability Parsimony. In: Health survey research methods conference proceedings (Breckenridge, CO 1995) Richard Warnecke, ed. DHHS publication no. (PHS) 96-1013, April 1996, pp 3-9.
11. ISTAT. Rapporto annuale sulla situazione del paese nel 2000. Roma: Ministero della Salute.
12. Rubino T, Lunghi L, Ricci EM. Il costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani nonautosufficienti in Italia. In: Quaderni ISVAP Ars Nova 2001 pp35-52.
13. American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and physical activity for older adults. Med Sci Sports Exerc. 1998;30:992-1008.
14. Gregg EW Pereira MA, Caspersen CJ. Physical activity, falls, and fractures among older adults: a review of the epidemiologic evidence. J Am Geriatr Soc 2000; 438:883-93.
15. Carter ND, Kannus P, Khan KM. Exercise in the prevention of falls in older people: a systematic literature review examining the rationale and the evidence. Sports Med 2001;31:427-38.
16. Posner BM, Jette A, Smigelski C, Miller D, Mitchell P. Nutritional risk in New England elders. J Gerontol. 1994;49:M123-32
17. Locker D, Clarke M, Payne B. Self-perceived oral health status, psychological well-being, and life satisfaction in an older adult population. J Dent Res 2000;79:970-5.
18. Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist 1970; 10:20-30.