

Tag der psychosozialen Gesundheit, Basel, 2022

Workshop

Warum das soziale und gesundheitliche Versorgungssystem stärker zusammenarbeiten müssen.

Dr. phil. Nicole Bachmann

Dr. phil. Andrea Zumbrunn

Institut für Soziale Arbeit und Gesundheit
Hochschule für Soziale Arbeit
Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW)
Riggenbachstrasse 16
4600 Olten

Übersicht über den Workshop

Vorstellung der Teilnehmenden anhand Padlet

Fachlicher Input

- Projekt «SIHOS», NFP 74
- Problemlage: Herleiten des Bedarfs anhand von zwei Fallbeispielen und wissenschaftlichen Bezügen
- Beispiele bestehender Projekte zum Zusammenspiel von Gesundheits- und Sozialwesen

Diskussion

Fragmentierung von Sozial- und Gesundheitswesen:

- Ihre Sicht und Bedürfnisse?
- Wie kommen wir weiter?

SIHOS study: Social Inequalities and Hospitalisations in Switzerland

Lucy Bayer-Oglesby, Nicole Bachmann, Andrea Zumbrunn, Maria Solèr, HSA, FHNW

Quantitative Erhebung: Anonyme Verlinkung von routinemässig erhobenen Datenerhebungen des BFS

- Medizinische Statistik der Spitäler 2010-2016 (MedStat, BFS); **9,6 Mio. Records**
- Volkszählung, Strukturerhebung, 2010-2014 (BFS): demografische und soziale Variablen; **1,23 Mio. Personen**
 - Repräsentative Stichprobe der Schweiz ab 15 J. in privaten Haushalten

Qualitative Erhebung: Fokusgruppen-Interviews mit sozial benachteiligten Patientengruppen und mit Gesundheits- und Sozialhilfe-Fachpersonen



SIHOS study: Social Inequalities and Hospitalisations in Switzerland

Zentrale Fragestellungen:

- Welche sozialen Faktoren beeinflussen das Risiko, wegen einer chronischen Krankheit hospitalisiert zu werden?
- Zeigen sich Unterschiede in der Art der Spitalnutzung, der Behandlung, im Outcome und im Sterberisiko?
- Wie erleben sozial benachteiligte Personen das stationäre Gesundheitssystem?
- Wo sehen soziale und gesundheitliche Fachpersonen die Schwierigkeiten für sozial benachteiligte Patient*innen?
- Beeinflussen soziale Faktoren, was nach dem Spitalaustritt geschieht?

Fallbeispiel 1: Frau Mettù (fiktiv)

Frau M ist 45 Jahre alt, sie ist seit 10 Jahren in der Schweiz, hat Kinder im Schulalter, ihr Mann arbeitet Vollzeit im Gastgewerbe, aufgrund ihrer chronischen Herzkreislaufprobleme muss sie ins Spital.

Die Behandlung im Spital findet sie gut, in ihrem Herkunftsland gäbe es so was nicht. Sie versteht teilweise nicht, was das Personal von ihr will. Eigentlich würde sie mehr über die Krankheit wissen wollen, sie fragt aber nicht nach, «man soll Krankheiten nicht herbeireden».

Der Austritt kommt für Frau M zu früh, sie sei nicht bereit, sie weiss nicht was zu tun ist, wenn sie Atemnot hat. Ihr Mann könne sie zu Hause nicht unterstützen. Ihre Schwester wohne zu weit weg. Die Kinderbetreuung belaste sie sehr.

Ergebnisse der SIHOS-Studie: Was zeichnet einen gelingenden Austritt aus

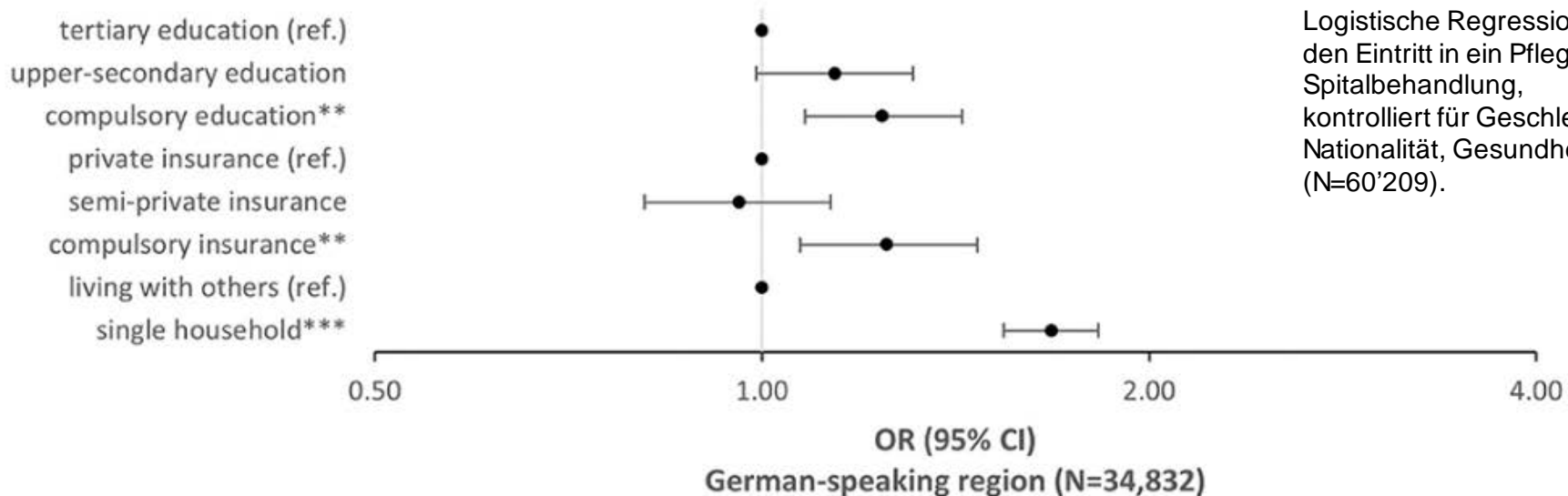
- Krankheitsbewältigung zu Hause ist unter Einbezug der individuellen Lebensumstände und partizipativ geplant (z.B. ganzheitliche Betrachtung, ab Eintritt, Mitbestimmung).
- Die Kontinuität der medizinischen Behandlung ist nach Austritt sichergestellt (z.B. abgestimmtes Vorgehen, kontinuierliche Information, Hausbesuche).
- Soziale Hilfen sind im Austrittsprozess beteiligt (z.B. Bedarf wurde erkannt, institutionalisierte Zusammenarbeit).
- Patient*in fühlt sich bereit, ist vorbereitet, hat Ansprechperson für den Bedarfsfall.

Datengrundlage: Fokusgruppen-Gespräche **mit chronisch kranken Patient*innen** (n=4), mit Multiplikator*innen aus dem Migrationsbereich (n=2), mit Fachpersonen aus der Pflege und Medizin (n=3) und der Sozialen Arbeit/Integration (n=3).

Fallbeispiel 1 - Was steht dem gelingenden Austritt entgegen

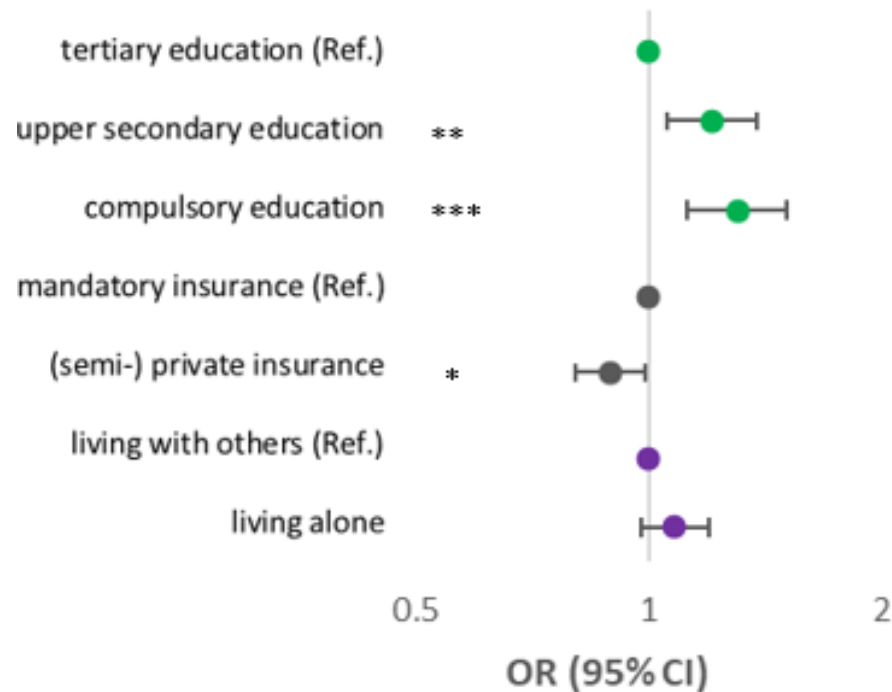
- Krankheitsbewältigung zu Hause ist unter Einbezug der individuellen Lebensumstände und partizipativ geplant: **Geringe Erwartungshaltung, passive Haltung**
- Die Kontinuität der medizinischen Behandlung nach Austritt ist sichergestellt: **Fehlende Hausärztin, fehlendes soziales Netz, alternatives Krankheitsverständnis**
- Soziale Hilfen sind im Austrittsprozess beteiligt: **Lokale Unterstützungsstruktur nicht erschlossen, Informationssuche über informelle Netzwerke**
- Patient*in fühlt sich bereit, ist vorbereitet, hat Ansprechperson für den Bedarfsfall: **Mangelnde Sprachkenntnisse, grosse Unsicherheit und Ängste, keine Ansprechperson**

Einfluss der sozialen Lage auf den **Eintritt in ein Pflegeheim nach Spitalbehandlung** bei chronischer Erkrankung



Bachmann, N, Zumbrunn, A., Bayer-Oglesby, L. (2022). Social and Regional Factors Predict the Likelihood of Admission to a Nursing Home After Acute Hospital Stay in Older People With Chronic Health Conditions: A Multilevel Analysis Using Routinely Collected Hospital and Census Data in Switzerland. *Frontiers in Public Health*, 10.

Einfluss der sozialen Lage auf den notfallmässigen Wiedereintritt (30 Tage nach Spitalaustritt)



Odds Ratios für den Wiedereintritt in ein Spital, kontrolliert für Geschlecht, Alter, regionale Sprachkompetenz, Gesundheitszustand, Dauer des Spitalaufenthalts (N=62'109).

Fallbeispiel 2: Herr Ammon (fiktiv)

Herr Ammon, 57 J., arbeitet seit 35 Jahren als Hilfsarbeiter in einem Betrieb, der Abwasserkanäle saniert. Er hat im Verlauf der Jahre immer mehr Verantwortung übernommen, leistet konstant Überstunden und erlitt vor zwei Jahren ein Burn Out. Er hat seit Jahren chronische Rückenschmerzen. Er lebt alleine.

Nachdem die Rückenschmerzen sich vor zwei Wochen stark verschlimmert haben, die Schmerzmedikamente nicht mehr wirken und Herr Ammon wegen den Schmerzen nicht mehr schlafen kann, sucht er den Notfall des Regionalspitals auf und wird stationär aufgenommen. Die Ursachen der starken Schmerzen sind mit MRI nicht klar erkennbar. Im Spital wird er als schwieriger, wenig kooperativer Patient wahrgenommen. Er fühlt sich nicht ernst genommen. Während des Spitalaufenthalts soll er an einer Rücken-Physiogruppe teilnehmen. Er steigt aus, weil er keine Möglichkeit sieht, die Vorgaben und Ziele der Rückenschule bei seiner Arbeit umzusetzen. Nach einer Woche wird er unbehandelt entlassen.

Bio-psycho-soziales Konzept chronischer Schmerzen

- Wissenschaftliche Evidenz ist gegeben, dass soziale Faktoren (u.a. Arbeitsbedingungen, finanzielle Prekarität, soziale Unterstützung, sozio-kulturelle Aspekte) die Entstehung, den Verlauf und die Bewältigungschancen von chronischen Schmerzen beeinflussen (Lang et al., 2012; Taylor et al., 2014).
- Das bio-psycho-soziale Konzept chronischer Schmerzen ist anerkannt (Gatchel et al., 2007; Tait & Chibnall, 2014), wird aber im Gesundheitsversorgungssystem zu wenig umgesetzt (Foster et al., 2018; Hartvigsen et al., 2018).
- Ergebnisse aus der SIHOS-Studie zeigen, dass soziale Faktoren einen Zusammenhang mit der Art der Diagnose, der Behandlung und dem Rehospitalisationsrisiko bei schweren Rückenschmerzen (LBP) in der Schweiz zeigen.

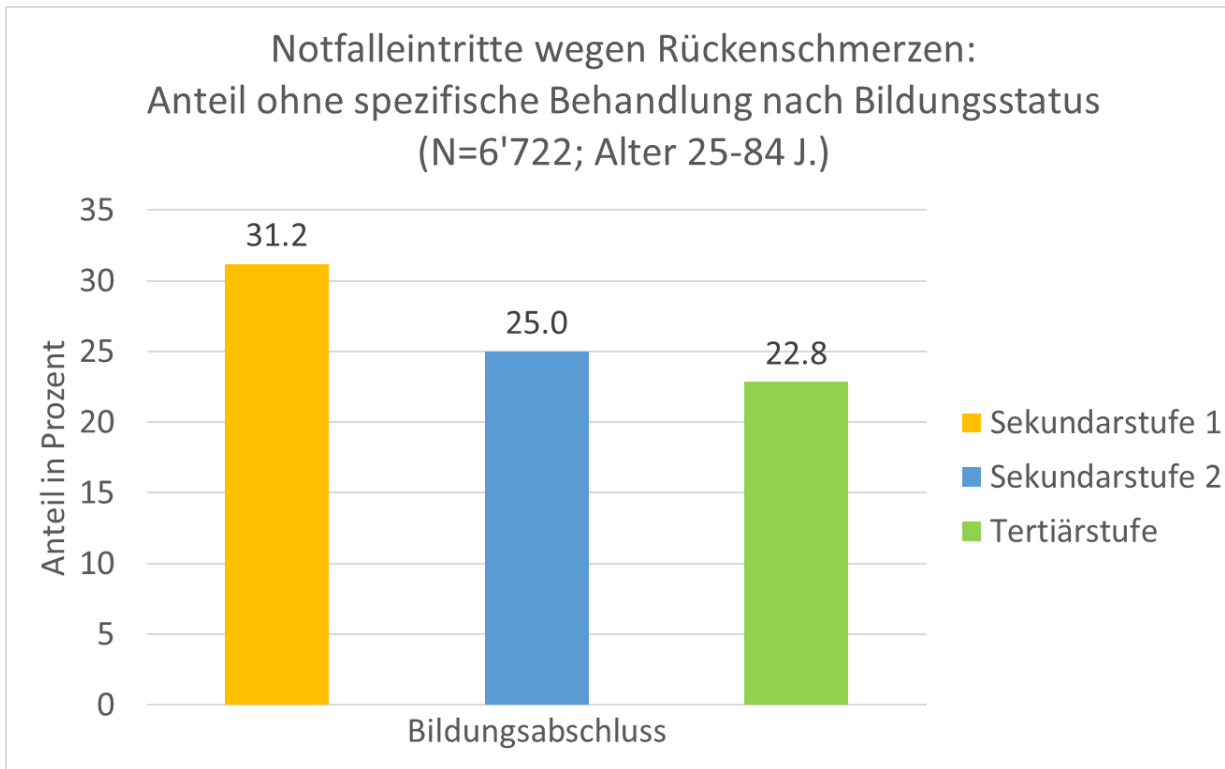
Soziale Lage und Diagnose von LBP

Ressourcenschwache Personen erhalten eher eine Diagnose «unklare Ursache der Schmerzen» (ICD-10; M54):

- Personen mit tiefem Bildungsabschluss;
- Personen mit ausländischer Nationalität (insbesondere Non- EU / EFTA Staaten);
- Personen mit psychischer Komorbidität;
- Personen, die alleine wohnen.

Die Wahrscheinlichkeit, mit dieser Diagnose keine (nicht-medikamentöse) Behandlung während des Spitalaufenthalts zu erhalten, ist signifikant höher.

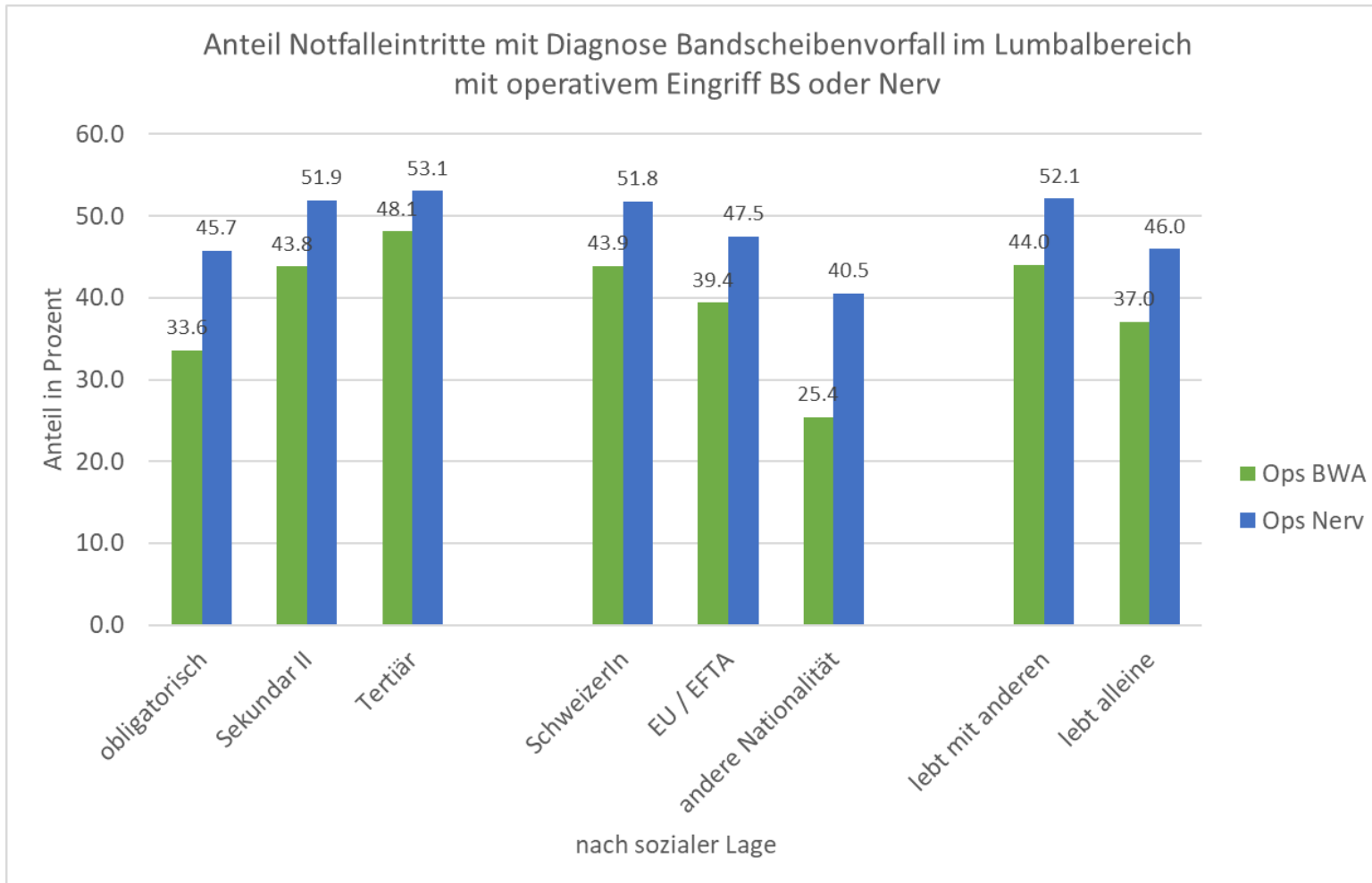
Soziale Lage beeinflusst Diagnose sowie Behandlung von Rückenschmerzen im Spital



- Spezifische kombinierte Schmerztherapie
- Operativer Eingriff (Nerv oder Bewegungsapparat)
- Bildgebende Verfahren
- Physiotherapie
- Psychosoziale Behandlungen
- andere Behandlungen

Mittlere Aufenthaltsdauer:
6 Tage

Soziale Lage beeinflusst Behandlung von Rückenschmerzen im Spital



Soziale Lage beeinflusst Diagnose sowie Behandlung von Rückenschmerzen im Spital

Ursachen gemäss wissenschaftliche Literatur:

(u.a. Krieger, 2014; Meghani & Gallager, 2008; Werber & Schiltenswolf, 2016)

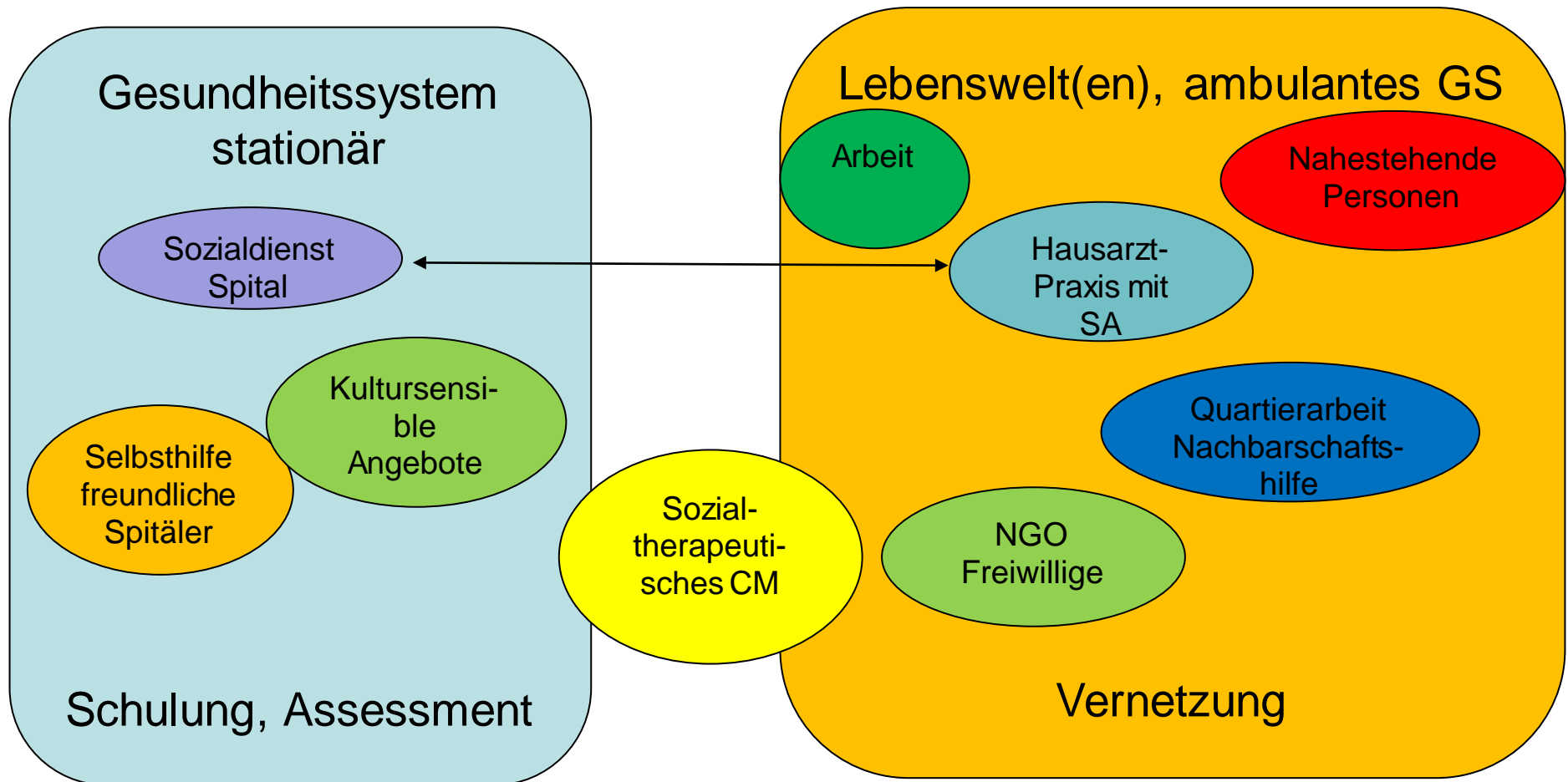
- Kommunikationsprobleme
 - Krankheitsverständnis
 - Umsetzung Selbstmanagement erschwert
 - Diskriminierung in der Behandlung von Schmerzen
 - Behandlungs-Guidelines und Vermeiden von schlechten Outcomes («less is more»)
- Ignorieren der sozialen Faktoren, Überforderung Gesundheitssystem, schlechte Behandlungsqualität

Ansätze für eine gelingende Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialwesen

Zusammenarbeit / Verlinkung zwischen stationärem Gesundheitswesen und Lebenswelt(en) der Patient*innen



Ansätze für eine gelingende Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialwesen: Überlegungen zur Diskussion



Beispielprojekt Zusammenarbeit Gesundheits- und Sozialwesen **REAS – Regionale Anlaufstellen**

GELIKO (Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz) ist Projektträger, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW Forschungspartner. Projektteam HSA: Simon Süsstrunk, Peter Sommerfeld, Andrea Zumbrunn, Sarah Bühler, Maria Solèr, Nadja Hess.

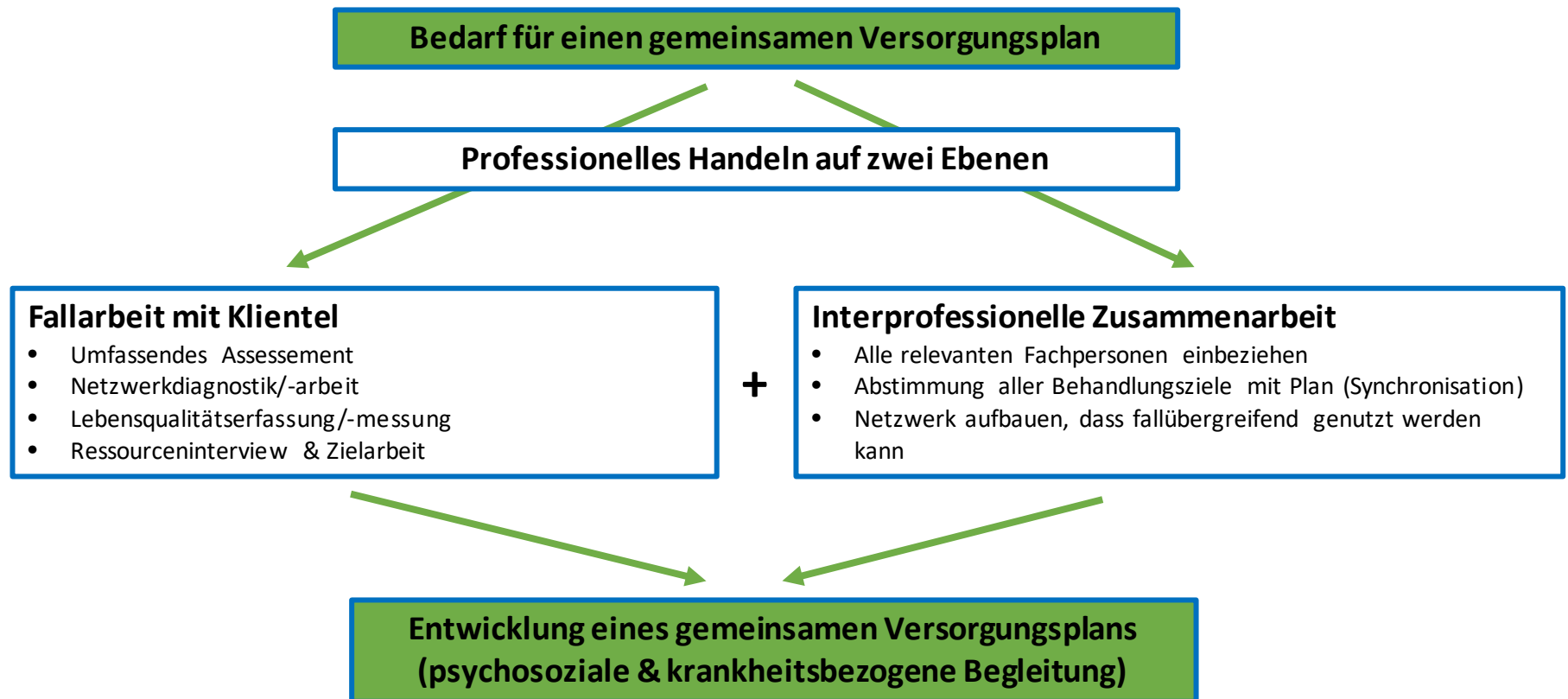
Zielgruppe im REAS-Projekt

Personen mit hoher Fall-Komplexität in Bezug auf die Problemsituationen (gesundheitliche und soziale Probleme) sowie auf Ebene des Unterstützungssystems

Ziel auf Ebene der Patient*innen:

«Massgeschneidertes Hilfearrangement» mit dem Ziel, gesundheitliche und soziale Lebenslagen zu unterstützen, Autonomie und das Selbstmanagements zu fördern sowie eine gute Lebensqualität mit Einschränkungen zu erreichen.

Handlungsansatz in Reas: Sozialtherapeutisches Case-Management



Diskussion in vier Kleingruppen (20') mit anschliessender Diskussion im Plenum

Bitte besprechen Sie folgende Fragen und notieren Sie wichtige Aspekte auf Kärtchen:

Gelingende Zusammenarbeit von Sozial- und Gesundheitssysteme:

- Wo sehen Sie Chancen?
- Wo sehen Sie Herausforderungen?
- Wo bestehen konkrete Handlungsmöglichkeiten?