



**Universität
Zürich** ^{UZH}

Institut für Hausarztmedizin

Best Practice Gesundheitsförderung im Alter Partizipation der Hausärzte

Eine qualitative Erhebung

Nina Badertscher, Marco Zoller, Pascal Rossi

Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich



Agenda

- Projektauftrag, Hintergrund
- Methodik
- Resultate
- Hinweise auf hausarzt- und patientenfokussierte Tools:
Eviprev und Gesundheits-Coaching
- Diskussion



Hintergrund, Forschungsfrage

- Auftraggeber: „Best Practice Gesundheitsförderung im Alter“:
Kantone, Spitex, Pro Senectute, Gesundheitsförderung
Schweiz: 5 Teilstudien
- Die übergeordnete Forschungsfrage unseres Teil - Projektes
lautete:
- „Welches sind Erfolgsfaktoren und allfällige
Barrieren für den Einbezug von Hausärzten
in Projekten zur Gesundheitsförderung im Alter?
Ein besonderes Augenmerk lag zudem auf dem
Assessment der Seniorinnen und Senioren





Definitionen gemäss BAG

Mit **Prävention** sind alle Massnahmen gemeint, die ergriffen werden, um eine Krankheit, ein Gesundheitsproblem oder eine ungewollte Entwicklung zu verhindern.

Die **Primärprävention** setzt zeitlich vor dem Auftreten von Symptomen ein. Sie wendet sich an Personen, bei denen das zu verhütende Problem noch nicht aufgetreten ist sowie an deren Umfeld.

Die **Sekundärprävention** befasst sich mit der frühzeitigen Erkennung von Symptomen und zielt auf eine Beendigung oder Verbesserung der Problematik. Sie wendet sich an gefährdete Personen und deren Umwelt.

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.



Methodik

- Qualitative Studie
- Anschreiben einer Zufallsauswahl von Praktikern
- 5 Gruppendiskussionen (3 Deutschschweiz, 2 Romandie)
- digitale Aufnahmen
- Volltext-Transkription der Audio-Aufnahmen



Methodik

Beispiel einer transkribierten Diskussionspassage:

- 559 **H9:** Aber... Entschuldigung... Es gibt sehr viele Angebote für ältere Leute. Also wenn es nutzen
560 möchte, gibt es extrem viel, also Computerkurse, Seniorenuni, äh Swiss ...
- 561 **H8:** (fällt etwas aufgeregt ins Wort) Aber sie gehen nicht oder zum Kurs. Es es äh wenn sie 75 oder
562 wenn sie 80 sind oder und sind noch fit im Kopf oder...
- 563 **H9:** Na gut aber ich denke wir müssen jetzt einfach schauen, dass... dass wir dann nicht so werden
564 oder mit 80. Also ich denke, das ... nicht mehr (lacht).
- 565 **H8:** (fällt etwas aufgeregt ins Wort) Aber es gibt Leute die sehr gut sind und sind isoliert oder.
566 Könnten sie in irgendein Lokal zum Beispiel organisieren Tanzen oder.
- 567 **H5:** Aber das können sie auch (leise im Hintergrund)
- 568 **H9:** Ja gut aber er wenn wenn jemand einfach nicht der Typ ist, der irgendwie so viele Leute um sich
569 hat, dann kann man ich nicht ...
- 570 **H8:** (Aufgeregt) Dann kommt er nicht zum Tanzen, aber geht vielleicht zum Internet oder geht zum
571 Kartenspielen. Aber sie und so vermeiden wir zum Beispiel Depressionen und diese Tiefe.



Methodik

- Qualitative Studie
- 5 Gruppendiskussionen (3 Deutschschweiz, 2 Romandie)
- Volltext-Transkription der Audio-Aufnahmen
- Auswertung der Transkripte mit Hilfe des Programms ATLAS TI



Methodik

Beispiel einer Textpassage im ATLAS TI

The screenshot shows the ATLAS.ti software interface. The main window displays a text passage from an interview. The text is as follows:

059 Sie gesagt haben, mich viel zu bewegen, ein gutes Beispiel zu sein, nicht übergewichtig zu sein. Ich muss auch aufpassen, dass ich etwas weniger Butter aufs Brot streiche, aber das nützt etwas.

H9: Ich glaube, dass das eine Aufgabe ist in der hausärztlichen Praxis, dass wir versuchen, eine Prophylaxe also weiterzuempfehlen, aber ich sehe bei mir, dass ich zeitlich nicht dazu komme, wenn ich dann irgendwo noch Guidelines lese und denke, jetzt solltest du die Leute, bleiben wir bei den Älteren, solltest du sie jedes Mal wieder darauf ansprechen wegen dem Nikotin, auf die Bewegung oder auf anderes. Ich muss Probleme lösen und dann ist die halbe Stunde vorbei oder dann sind die 40 Minuten vorbei und dann habe ich eine halbe Stunde Verspätung. So ist das Leben. Aber ich glaube auch, dass es eine Aufgabe ist. Ich glaube, je weniger Hausärzte wir sind, desto weniger Zeit werden wir dafür haben.

060 H6: Jetzt kommen wir schon wieder zu den Problemen, die uns daran hindern, täglich das zu machen, was wir gerne machen würden. **Aber ich bin der Ansicht, in der Hausarztpraxis gehört das dazu, äh, es ist kaum jemand so nahe bei den Patienten wie die Hausärzte. Das sind sie sich häufig nicht bewusst.** Vor allem müssen wir, wie jetzt wir, ländlich, ich habe konstante Leute, ich kenne die von Kleinkind bis Senioren alle und dort wird zugehört und ich mache das durchwegs halt auf meine eigene Art. Die Probleme kommen halt später. Es wird nicht bezahlt, es wird nicht honoriert, es wird uns weggenommen, alles zusammen. Ich frage zum Beispiel bei jedem Check, ob sie mit ihrem Leben zufrieden sind. Vor kurzem hat mich einer gefragt: „Weshalb fragen Sie mich so etwas Blödes?“ Da habe ich ihm erzählt, dass Zufriedenheit auch zur Gesundheit gehört. Und seit, also, ich glaube wir könne dort sehr, sehr viel erreichen und auf der anderen Seite, wenn wir anfangen päpstlich zu werden und sagen, „ihr müsst und sonst ist es schlecht“, da gebe ich euch recht, da bringt es nichts. Und bei den älteren, polymorbiden Patienten, dort müssen wir auch wieder ganz anders denken, dort muss ich die Medikamente alle abstellen, dort muss ich schauen, dass sie in Frieden sterben können und nicht noch mit einem Statin das Leben zu verlängern, welches für sie nicht lebensverlängerungswert ist. Also ich muss flexibel sein und ich glaube, das sind auch die meisten Hausärzte, aber es gehört dazu für mich. Und wir sind alle im Druck, dass wir es kaum machen können. Da höre ich, man muss sich Zeit nehmen.

061 H1: Absolut, das ist das allerwichtigste.

The right-hand side of the interface shows a list of codes applied to the text. The codes are:

- D1 Kernkompetenz der HAe
- F1 Zeitnot
- F1 Zeitnot
- D1 Kernkompetenz der HAe
- A1 Welches Alter



Methodik

- Qualitative Studie
- 5 Gruppendiskussionen (3 Deutschschweiz, 2 Romandie)
- Volltext-Transkription der Audio-Aufnahmen
- Auswertung der Transkripte mit Hilfe des Programms ATLAS TI
- Ergänzung durch Einzelinterviews und deskriptive Literaturanalyse
- Synthese der Ergebnisse mittels Diskussion



Resultate (Auswahl)

- 1. **Anreize** für Hausärzte, Gesundheitsförderung zu betreiben:
 - zeitliche Entlastung durch Abdelegieren (kontrovers diskutiert)
 - „*Ich habe ein Problem und das ist die Zeit und die Würde durch das Abdelegieren gelöst werden. Für mich ist das aber keine Befriedigung. Ich habe eine andere philosophische Meinung von Medizin. Ich möchte eigentlich **ganzheitliche Medizin** machen.*“
 - adäquate Vergütung der ärztlichen Leistung
 - „*Ich meine, am Ende läuft es **über das Portemonnaie.***“
 - sichtbarer Nutzen für den Klienten
 - „*Also wir möchten ja **den Leuten etwas Gutes tun.** Wir möchten schauen, dass jemand vielleicht möglichst lange zuhause bleiben kann und nicht in ein Altersheim muss.*“



Resultate (Auswahl)

- 2. **Barrieren** für Hausärzte, Gesundheitsförderung zu betreiben:
 - - zu knappe zeitliche Ressourcen, zu restriktive Vergütung
 - „*Wenn ich in meine eigene Praxis schaue, ich bin sehr unter Zeitdruck.*“
 - „*Dann muss sagen, ich glaube, es geht auch da **wieder ums Geld**. Wenn er natürlich 200 Franken bekommt und er muss eigentlich Arbeit für 400 leisten, dann sagt er: „Mache ich nicht“.*“
 - - zu grosser administrativer Aufwand
 - „*[Ein Programm] ...muss **einfach** sein, nicht zu kompliziert. Wenige Aspekte, die es betrifft und **nicht zu viel Büroarbeit** dazu für uns Ärzte.*“
 - - Zielgruppen-Problematik, Hemmungen im Gespräch
 - „*Es will ja niemand so in einen alten Ecken abgestellt werden. Das ist einfach höchst **diskriminierend**. Wenn jemand noch fit ist.*“



Resultate (Auswahl)

- **3. Mögliche Rolle** von Hausärzten in der Gesundheitsförderung:
- prinzipiell gehört GF zu den hausärztlichen Kernaufgaben
- *„Aber ich bin der Ansicht, in der Hausarztpraxis **gehört das dazu**, es ist kaum jemand so nahe bei den Patienten wie die Hausärzte“*
- Koordination, Triage, auf Angebote aufmerksam machen
- *„...dass manchmal der Hausarzt **das erste Glied** ist, das in ein System eintritt.“*
- *„...zu sehen, was der **Patient benötigt**...“*
- *„Ich glaube, die **Übersicht** haben über all das... über die ganze Problematik. Das **Managen**... Ich meine, man muss ja nicht alles selber machen. Man kann ja wirklich einfach als **Koordinationsstelle** oder als Stelle, die die Übersicht hat...“*



Resultate (Auswahl)

•4. **Schnittstellen** und Kooperationspartner in der Gesundheitförderung:

•- Spitex, Pro Senectute, Physiotherapie, etc.

•„*Da ist Pro Senectute für mich ein **guter Partner**, die Lungenliga ist ein guter Partner, die Rheumaliga ist ein guter Partner, die Physiotherapeuten sind seriöse Partner.*“

•- praxiseigene med. Praxisassistenten (kontrovers diskutiert)

•„*Meine **MPAs** sprechen relativ viel mit den Leuten, aber sie sind nie so nahe am Patienten.*“

•- Bekannte Partner, transparente Kommunikation

•„*Es darf **nicht ein anonymer Grosspartner** sein, der nicht bekannt ist*“

•„*Da wäre noch wichtig zu wissen: Was stehen da für finanzielle **Interessen** dahinter?*“



Empfehlungen (Auswahl) – Phase Projektidee

Problembereich	Empfehlung
knappe zeitliche Ressourcen	Früher Einbezug von hausärztlichen Vertretern empfohlen. Trotzdem keinen allzu zeitaufwändigen Einsatz erwarten, klare Aufgabenstellung formulieren
Vergütung der ärztlichen Leistung	Engagement der hausärztlichen Vertreter (z.B. Teilnahme an Planungssitzung, etc.) sollte adäquat vergütet werden vom Projektbudget



Empfehlungen (Auswahl) – Phase Projektplanung

- Substanzieller Einbezug einer versierten hausärztlichen Vertretung unabdingbar, da es unter anderem um die Definition von Zielen und Inhalten geht.
- Besonderes Interesse: Unterschiede in Wahrnehmung und Haltung zwischen Gesundheitsförderungsteam und Hausärzten.
 - Projektmitarbeiter: arbeiten im Angestelltenverhältnis und vertreten Public Health Ansatz (Klienten Gutes anbieten UND gesellschaftliche Probleme entschärfen). („*Top-Down-Sicht*“)
 - Hausarzt: obligationsrechtlicher Behandlungsvertrag mit Klienten (Klient ist Auftraggeber, welcher bei Unzufriedenheit jederzeit Arzt wechseln kann). („*Bottom-Up-Sicht*“)



Empfehlungen (Auswahl) – Phase Projektplanung

- **Handlungsempfehlung:** Für die Zusammenarbeit mit den Hausärzten sollen diese unterschiedlichen Rollen diskutiert und allen Mitarbeitern im Projekt vertraut gemacht werden.
- Diskutieren Sie Fragen wie „Was bedeutet für Sie Gesundheitsförderung?“ oder „Wie definieren Sie ganzheitliche Betreuung und welche Rolle spielen Sie dabei einerseits im beruflichen Alltag und andererseits speziell im Projekt?“ und „Inwiefern lässt sich in der aktuellen Situation überhaupt Gesundheitsförderung in Ihren Sprechstundenalltag integrieren?“ mit den Ärzten im Projekt.
Meinungsheterogenität nimmt von Gesundheitsförderung → Primär- → Sekundär- → Tertiärprävention ab!



Empfehlungen (Auswahl) – Phase Projektumsetzung

Problembereich	Empfehlung
knappe zeitliche Ressourcen	Minimierung der notwendigen Projektschritte in der Arztpraxis. Überprüfung, welche dieser Schritte in der Praxis an MPAs abdelegiert werden können.
Vergütung der ärztlichen Leistung	Politisch auf adäquate Vergütung von präventiven Leistungen hinarbeiten, Kommunikation derselben im Projekt



Empfehlungen (Auswahl) – Phase Projektumsetzung

Problembereich	Empfehlung
zu grosser administrativer Aufwand	Tools, die angewendet werden sollen, von projektbeteiligten Hausärzten evaluieren, mitentwickeln und ggf. anpassen lassen. Administrative Abläufe pilotmässig prüfen.
Zielgruppen-Problematik, Hemmungen im Gespräch	Sensibilisierungskampagne bei Hausärzten und in der Bevölkerung vor Projektstart, um Akzeptanz für Gesundheitsförderung im Alter in der Gesellschaft zu erhöhen. Für Kommunikation Pfade der standeseigenen Organisationen und Netzwerke verwenden.



Exkurs: Hilfreiche Tools in Entwicklung

1. Eviprev: Ziele

- Hilfsmittel für Hausarztpraxis und Patienten mit
- breitem Ansatz für Prävention und Gesundheitsförderung
- Auf der Basis der verfügbaren Evidenz
- Unsicherheit reduzieren, unnötige Untersuchungen vermeiden
- „Screening can promote or impair health, depending on its application“ (Grimes 2002; Lancet)

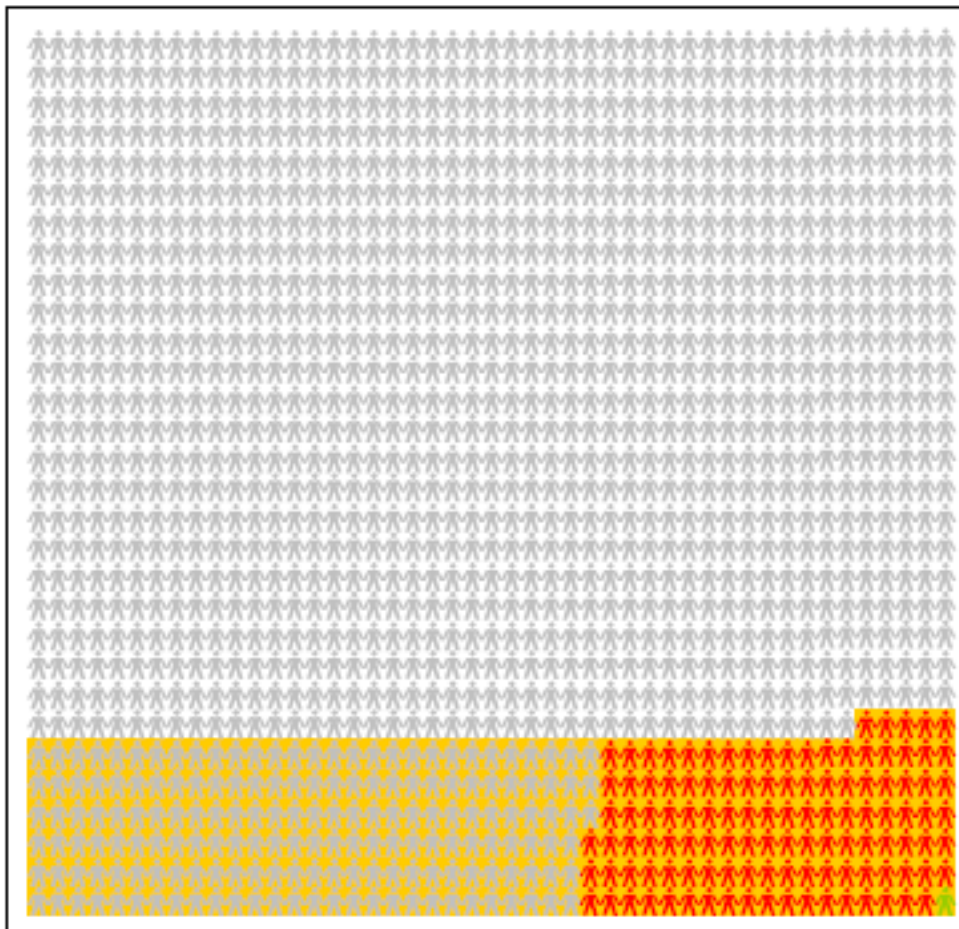






Eviprev: Die 6 Elemente

1. **Arztinformationen** über wirksame Präventionsmassnahmen
2. **Fortbildung** für Kenntnisse / Kompetenzen
3. **Tools** zur Umsetzung in Praxis
4. **Hilfsmittel** zur Unterstützung der **PatientInnen** bei Änderung des Gesundheitsverhaltens
5. **Information der Öffentlichkeit** zur Stärkung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy)
6. Wissenschaftliche **Evaluation** (klin. Outcome)



Prostatakrebs-Voruntersuchung mittels PSA-Messung über 9 Jahre



-  Erhöhter PSA Wert
-  Krebsnachweis in der Biopsie
-  Verhinderter Krebstod
-  Gesund

Wenn man bei 1'410 Männern zwischen 55 und 70 Jahren, eine Prostatakrebs-Voruntersuchung mittels PSA-Messung durchführt :

- haben 225 einen erhöhten PSA-Wert
- haben 115 einen Krebsnachweis in der Biopsie
- werden 48 Krebserkrankungen mehr nachgewiesen als ohne Voruntersuchung
- wird ein Krebstod verhindert

Daten von :

Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ et al.
Screening and prostate-cancer mortality in a
randomized European study. N Engl J Med. 2009
Mar 26;360(13):1320-8. First 2009 Mar 18.



2. Gesundheitscoaching in 4 Schritten:

EIN Programm:

1. Modular aufgebautes Rahmenprogramm des KHM für die Arztpraxis, um Patienten für eine dauerhafte Änderung ihres Gesundheitsverhaltens zu sensibilisieren, motivieren und unterstützen

ZWEI Herausforderungen:

1. Patienten mit ihren individuellen Motivationen zu aktivieren
2. Individuelle/s Risikokonstellationen/Risikoverhalten erfassen und ansprechen

DREI Rollen

1. Patient als Hauptakteur
2. Arzt als Coach
3. Existierende Kurzinterventionen und externe Programme nach Bedarf zur Unterstützung

VIER Phasen des ‚Gesundheitscoaching‘ (4A)

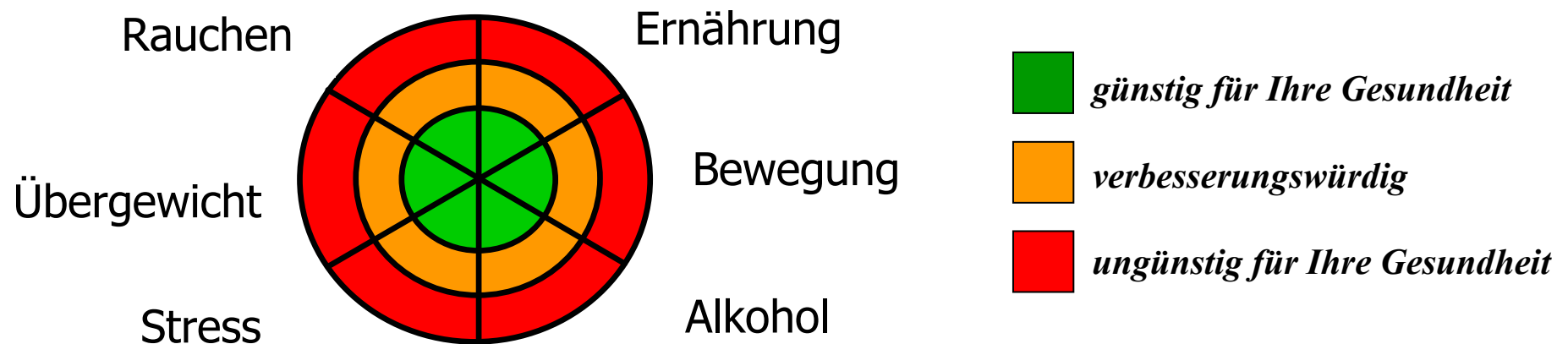
Ask – Assess – Agree&Arrange – Accompany
(Sensibilisieren, Motivieren, Planen, Begleiten)



Arbeitsinstrumente

1. Gesundheitsverhalten ansprechen
2. Gesundheitsprofil erstellen und Änderung des Gesundheitsverhaltens planen
3. Persönliches Gesundheitsprojekt ausarbeiten
4. Zielüberprüfung und Standortbestimmung

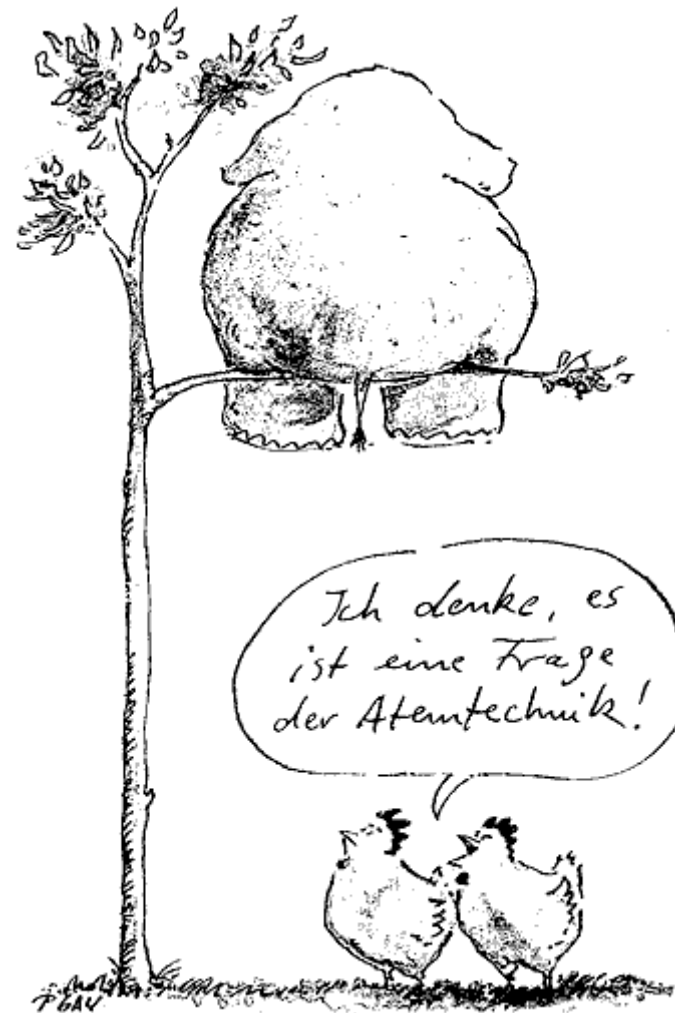
Visuelles Kommunikations-Tool





Take home

- **Gesundheitsförderung beim Hausarzt ist Kernaufgabe und machbar**
- **Wichtige Barrieren sind u.a. Zeitnot, fehlerhafte Anreizsysteme und unterschiedliche Auftragsverhältnisse bzw. Rollenverständnisse**
- **Es gibt auch für schwierige Barrieren Lösungsansätze**
- **Das einzelne Projekt kann nicht alles alleine leisten**





**Universität
Zürich** UZH

Institut für Hausarztmedizin

Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Für weitere Informationen:

marco.zoller.hin.ch

nina.badertscher@usz.ch