



A2: VERSORGUNG IM ALTER / ASSISTANCE ET VIEILLESSE

ALTERS- UND PFLEGEHEIME ALS SETTING DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG: EINE UTOPIE?

Kathrin Sommerhalder, Tannys Helfer, Sabine Hahn
Berner Fachhochschule

Hintergrund: Dass Gesundheitsförderung auch im Alter wichtig ist, darüber herrscht Einigkeit. Trotzdem hat sich die Gesundheitsförderung in Alters- und Pflegeheimen bisher wenig etabliert. Dabei hätten Alters- und Pflegeheime das Potential als gesundheitsförderndes Setting für Bewohnerinnen und Bewohnern sowie für das Personal. Gesundheitsförderung in Alters- und Pflegeheimen könnte ein wichtiges Element für die strategische Positionierung darstellen, um den Herausforderungen zu begegnen, denen Alters- und Pflegeheime heute und in Zukunft gegenüberstehen, wie beispielsweise Personalmangel, zunehmende Fallkomplexität, erhöhter Kostendruck u.a.

In der wissenschaftlichen Literatur werden verschiedene Modelle und Handlungsansätze für die Gesundheitsförderung im Alter vorgeschlagen. Es sind jedoch wenige Umsetzungsbeispiele bekannt. Damit vorhandenes Wissen für die Gesundheitsförderung in Alters- und Pflegeheimen genutzt werden kann, muss es systematisiert und in Hinblick auf das Potential für die praktische Umsetzung in Alters- und Pflegeheimen bewertet werden.

Zielsetzung und Vorgehen: Die vorliegende Studie wird mit dem Ziel durchgeführt eine Übersicht über die Modelle und Ansätze der Gesundheitsförderung in Alters- und Pflegeheimen zu präsentieren. Methodologisch wurde das Vorgehen der «Scoping Study» gewählt. Die «Scoping Study» stellt eine Form der qualitativen Literaturreview dar. Sie zielt darauf, die Literatur zu einem Thema zu systematisieren, Kernkonzepte und Theorien sowie Forschungslücken zu identifizieren.

Ergebnisse: Die Ergebnisse dieser laufenden Studie stehen zum Zeitpunkt der Konferenz bereit. Es zeichnet sich ab, dass die vorhandenen Modelle und Ansätze verschiedenen Ebenen und Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung zuzuordnen sind. Das Potential dieser Ansätze für die Gesundheitsförderung in Alters- und Pflegeheimen ist noch unklar.

Diskussion und Schlussfolgerungen: Die Studie soll dazu beitragen, Pflege- und Altersheime als Setting der Gesundheitsförderung zu stärken. Gesundheit entsteht dort, wo Menschen leben und arbeiten. Alters- und Pflegeheime sind sowohl Arbeits- wie auch Lebensort und können damit verschiedene Bevölkerungsgruppen in der Gesundheitsförderung erreichen.



| Swiss Public Health Conference 2013 | 15.-16.08.2013 • Zürich | 15 - 16 août 2013 • Zurich |

GERONTOTRAUMATOLOGIE: MODELL EINER ALTERSGERECHTEN UND INTEGRIERTEN GESUNDHEITSVERSORGUNG IM SPITAL

Sacha Beck, Christoph Meier, Elisabeth Mattle, Nadia Khiri
Zentrum für Gerontotraumatologie / Stadtspital Waid

Hintergrund: Die medizinische Betreuung von geriatrischen Patienten im Akutspital ist aufgrund des hohen Anteils an chronisch kranken und polymorbiden Menschen komplex und die Bedürfnisse unterscheiden sich von denjenigen junger Patienten. Krankheiten präsentieren sich im Alter untypisch und sind deshalb schwieriger zu erkennen. Das Ansprechen auf medizinische Interventionen ist verzögert und es treten in der Akutbehandlung häufiger Komplikationen auf. Speziell in der Chirurgie, wo zu komplexen Eingriffen rasche Entscheide getroffen werden müssen, stellen sich deshalb für die Behandlungsteams grosse Herausforderungen. Die Vernetzung mit Angehörigen, Zuweisern und Nachbetreuenden nimmt eine zentrale Bedeutung ein.

Versorgungsangebot: Das Modell einer integrierten, gemeinsam chirurgisch und geriatrisch geprägten Versorgungskette kann die Behandlungsergebnisse dieser Risikopopulation verbessern. Es zeigen sich im Vergleich zur üblichen Versorgung positive Effekte auf die spitalassoziierten Komplikationen, die Liegezeiten im Spital, die Rehospitalisationen und die Mortalität. Seit September 2012 versucht das Stadtspital Waid, mit dem Betrieb eines „Zentrum für Gerontotraumatologie“ den speziellen Bedürfnissen dieser Patienten besser gerecht zu werden. Das Zentrum zeichnet sich durch vier wesentliche Merkmale aus: Ein chirurgisch-geriatrisches Co-Management, eine enge Verknüpfung der verschiedenen Disziplinen und Behandlungssektoren, ein klar definierten Behandlungspfad und die Anwendung von neuesten Erkenntnissen in der operativen Frakturversorgung und geriatrischen Betreuung.

Zusammenfassung: Gerontotraumatologische Patienten haben ein hohes Risiko für Komplikationen im Spitalverlauf. Ihre Bedürfnisse unterscheiden sich stark von denjenigen junger Patienten. Speziell kognitive Einschränkungen, Komorbiditäten und Komplikationen führen zu Verzögerungen im Heilungsverlauf. Sie bleiben oft unerkannt. Eine integrierte, gemeinsam chirurgisch-geriatrisch getragene Versorgung kann die Behandlungsergebnisse verbessern. In der Umsetzung stellen sich allerdings zahlreiche Herausforderungen. Ausgebaute, gut vernetzte chirurgische und geriatrische Behandlungsstrukturen sind die Basis für eine erfolgreiche Versorgung dieser verletzlichen Patientenpopulation.



SOZIALE UNGLEICHHEIT UND SPITAL- UND HEIMAUFENTHALTE AM LEBENSENDE

Damian Hedinger¹, Ueli Zellweger¹, Barbara Holzer², Vladimir Kaplan³, Matthias Bopp¹

¹Institut für Sozial- und Präventivmedizin

²Klinik für Innere Medizin, Universitätsspital Zürich

³Bezirksspital Muri

Hintergrund

Bisherige sozialepidemiologische Studien untersuchten meist erwerbstätige Menschen; höhere Altersgruppen wurden selten spezifisch auf soziale Unterschiede und deren Auswirkungen untersucht. Angesichts der demografischen Alterung und der noch immer zunehmenden Lebenserwartung ist das Schliessen dieser Wissenslücke in der Schweiz vordringlich. Unsere Studie untersucht im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms (NFP) 67 „Lebensende“ in Spitälern und Heimen verstorbene ältere Menschen und analysiert dazu die Dauer von Institutionsaufenthalten, die Anzahl Hospitalisierungen und die Zahl und Art der Diagnosen und Behandlungen. Zudem wird auch berücksichtigt, ob die Menschen multimorbid erkrankt sind.

Daten und Methoden

Bei den empirischen Analysen werden Daten aus Krankenhäusern (MedStat) und sozialmedizinischen Institutionen (SOMED) verwendet, welche mit der Todesursachenstatistik (TU) und der Swiss National Cohort (SNC) verlinkt wurden. Dadurch werden umfangreiche Analysen auf Personen- und Fallebene (einzelne Spital- oder Heimeintritte) unter Berücksichtigung diverser soziodemographischer Einflussfaktoren möglich. Die Fallzahlen sind dank Vollerhebungen durchwegs sehr hoch. In unserer Studie analysieren wir in den Jahren 2007 und 2008 in Institutionen Verstorbene (N=79'952).

Ergebnisse

Erste multivariate Analysen zeigen, dass soziodemografische Faktoren wie etwa der höchste Bildungsabschluss oder der Zivilstand kaum einen Einfluss auf die Spitalaufenthaltsdauer haben, Multimorbidität hingegen schon. Ein anderes Bild zeigt sich bei der Länge von Heimaufenthalten: Verheiratete oder Menschen mit einem höheren Bildungsabschluss haben durchschnittlich kürzere Heimaufenthalte als Ledige, Verwitwete oder Personen mit tieferem Bildungsabschluss.

Fazit

Soziale Ungleichheiten sind bei Heimaufenthalten stärker ausgeprägt als bei Spitalaufenthalten – auch unter Kontrolle anderer wichtiger Faktoren wie Alter, Geschlecht und Multimorbidität. Sind Menschen mit schlechterer Bildung tatsächlich eher pflegebedürftig oder werden sie einfach früher in Heime abgeschoben? Bisherige sozialepidemiologische Studien sprechen für die erstere, die Lebenslaufperspektive hingegen für letztere Erklärung.



LONG-TERM EXPOSURE TO AIR POLLUTION AND RISK OF MULTIMORBIDITY AMONG THE ELDERLY

Christine Autenrieth¹, Regina Hampel², Kathrin Wolf², Josef Cyrus², Angela Döring², Rob Beelen³, Göran Pershagen⁴, Annette Peters²

¹Swiss Tropical and Public Health Institute

²Helmholtz Zentrum München

³Utrecht University

⁴Karolinska Institutet

Background: Long-term exposure to air pollution is suggested to have adverse health effects on several chronic diseases. However, studies on the association between air pollution and multimorbidity are lacking.

Aim: To investigate the relation between air pollution and multimorbidity among the elderly.

Methods: Yearly average concentrations of nitrogen dioxide (NO₂), particulate matter (< 10 µm (PM₁₀), < 2.5 µm (PM_{2.5}), PM_{coarse} = PM₁₀ - PM_{2.5}, and absorbance of PM_{2.5} (PM_{2.5abs}) were estimated at the residential addresses of 3,661 individuals aged 65-94 years who participated in the 2008/2009 KORA-Age Study in Augsburg, Germany, applying land use regression models developed within the ESCAPE (European Study of Cohorts for Air Pollution Effects) project. Multimorbidity was defined as having ≥2 of the following chronic conditions potentially related to systemic inflammation: heart disease, stroke, diabetes mellitus, hypertension, joint disease, or kidney disease. Multivariable logistic regression was used to examine the association between air pollution and multimorbidity.

Results: Multimorbidity was prevalent in 38.1% participants, and the mean age of the study population was 73.3 (±6.0) years. The risk of multimorbidity increased 53% per 10 µg/m³ increment in PM₁₀ (95% confidence interval (CI) 13-109%) and 37% per 10 µg/m³ increment in NO₂ (95% CI: 12-67%) after multivariable adjustments. These associations were not modified by sex, smoking, BMI, education, or physical activity (p-value for interaction > 0.05). For participants who have lived at their current address for more than five years (n=2,650), the results showed an even stronger association between multimorbidity and PM₁₀ (65% (95% CI: 15-138%)) or NO₂ (51% (95% CI: 19-91%)). When analyzing the six chronic diseases separately, only the association between stroke and PM₁₀ remained significant (p=0.045).

Conclusion: Long-term exposure to PM₁₀ and NO₂ was associated with multimorbidity among the elderly. In view of global population aging and the chronic disease burden that is associated with increasing life expectancies around the world, it is imperative to further investigate the role of ambient air pollution in the development of multimorbidity.



MULTIDIMENSIONALES GESUNDHEITSSASSESSMENT FÜR ÄLTERE PERSONEN IN DER HAUSARZTPRAXIS

Andreas E Stuck

Geriatric Universität Bern, Inselspital

Health Risk Appraisal for Older Persons (HRA-O) is a promising approach for prevention of disability is based on. A randomised controlled study demonstrated favourable effects on health behaviour and preventive care uptake of older persons if a self-administered HRA-O questionnaire was combined with preventive home visits. However, only 514 (59%) of 874 persons allocated to the intervention group accepted to receive preventive home visits. We therefore developed a telephone-based reinforcement approach combined with mailing of individualized computer-generated HRA-O feed-back reports and selection of appropriate recommendations by primary care practitioners on a computer-generated prescription form. This telephone-based system was successfully implemented in a group of 129 older persons. Participation rate was 95%, and overall cost was CHF 25 per person. We will discuss research and practice implications of these findings, given the enormous potential of health promotion and disability prevention in older people in Switzerland.