

Jahrestagung
Leistungen und Kompetenzen der Gesundheitsinstitutionen für die
Gesundheitsförderung und die Migranten,
Lausanne, 23. November 2007

Die Gesundheitsinstitution : ein Ort für die Förderung der Gesundheit?

Dr Jacques Cornuz, Prof. ass.
Chefarzt

In Zusammenarbeit mit:
Prof. Jean-Bernard Daepfen, Drsse Isabelle Jacot-Sadowski, Dr Raphaël Bize

Plan

- Kontext
- 3 Situationen / Gesundheitsprobleme:
 - Alkohol
 - Tabak
 - Körperliche Aktivität
- Diskussion

Was ist ein gesundheitsförderndes Spital?



Ein gesundheitsförderndes Spital schliesst Konzepte, Werte und die Normen der Gesundheitsförderung in seine organisatorische Struktur und seine Kultur ein.

Es entwickelt Massnahmen, die es den Einzelpersonen (Patienten, Spitalpersonal, Publikum) in den Spitälern ermöglicht, die Selbstverantwortung ihrer Gesundheit zu verbessern.

Es nimmt die Prinzipien an, die in der Charta von Budapest (1992) und die Deklaration von Venedig (1997) festgehalten sind.

BUDAPEST DEKLARATION GESUNDHEITSFÖRDERNDER KRANKENHÄUSER (1992)

(den schweizerischen Verhältnissen sinngemäss angepasst)

Ein Gesundheitsförderndes Krankenhaus, *zusätzlich* zu einer guten Qualitäts- und Hygieneorganisation

- 1** schafft überall im Betrieb Möglichkeiten zur Entwicklung von **gesundheitsorientierten** Perspektiven, Zielen und Strukturen.
- 2** entwickelt eine gemeinsame Unternehmensphilosophie innerhalb des Krankenhauses, welche die Ziele des Gesundheitsfördernden Krankenhauses umfasst;
- 3** weckt das Bewusstsein für den Einfluss des **Umfeldes des Krankenhauses** auf die Gesundheit der PatientInnen, des Personals und der Gemeinde; die physische Umgebung des Spitals soll den Heilungsprozess unterstützen, aufrechterhalten und verbessern
- 4** fördert eine aktive und mitwirkende Rolle der **PatientInnen** entsprechend ihrer jeweiligen gesundheitlichen Leistungsfähigkeit;
- 5** unterstützt **partizipative**, auf die Verbesserung der Gesundheit ausgerichtete Verfahren und Abläufe im ganzen Spital;
- 6** schafft **gesunde Arbeitsbedingungen** für sämtliche MitarbeiterInnen des Krankenhauses;
- 7** bemüht sich, das Gesundheitsfördernde Krankenhaus zu einem **Modell** für gesunde Dienstleistungen und Arbeitsplätze zu machen;
- 8** **nimmt** aktiv an den gesundheitsfördernden Initiativen der Gesundheitsorganisationen (z.B. Ligen) und der Behörden **teil**

BUDAPEST DEKLARATION GESUNDHEITSFÖRDERNDER KRANKENHÄUSER (1992)

(den schweizerischen Verhältnissen sinngemäss angepasst)

Teil 2

Ein Gesundheitsförderndes Krankenhaus, *zusätzlich* zu einer guten Qualitäts- und Hygieneorganisation

- 9** fördert die Zusammenarbeit und die Kommunikation zwischen Gesundheitsorganisationen (Ligen) und lokalen als auch regionalen Behörden und Dienste (z.B. Spitex)
- 10** verbessert seine Unterstützung für Patienten und ihrer Angehörigen durch Gesundheits- und Sozialdienste als auch durch Freiwilligen-Gruppen und Gesundheitsorganisationen (Ligen).
- 11** identifiziert spezifische **Zielgruppen** (beispielsweise nach Alter, Dauer der Krankheit, usw.) innerhalb des Krankenhauses und anerkennt ihre besonderen gesundheitlichen Bedürfnisse;
- 12** anerkennt die Unterschiede in den Wertsystemen, Bedürfnissen und kulturellen Bedingungen von Individuen und verschiedenen Bevölkerungsgruppen;
- 13** entwickelt unterstützende und anregende Aufenthaltsbedingungen für Chronischkranke;
- 14** verbessert die gesundheitsfördernde Qualität und Vielfalt der **Ernährungsangebote** im Krankenhaus für PatientInnen und Personal;
- 15** hebt die Versorgung und Qualität von Information, **Kommunikation** und Ausbildungs- und Trainingsprogrammen für PatientInnen und ihre Angehörigen an;
- 16** erhöht Angebot und Qualität von **Ausbildungs-** und Trainingsprogrammen für das Personal;
- 17** wirkt an epidemiologischen Datenerhebungen im Interesse der Gesundheitsförderung mit.

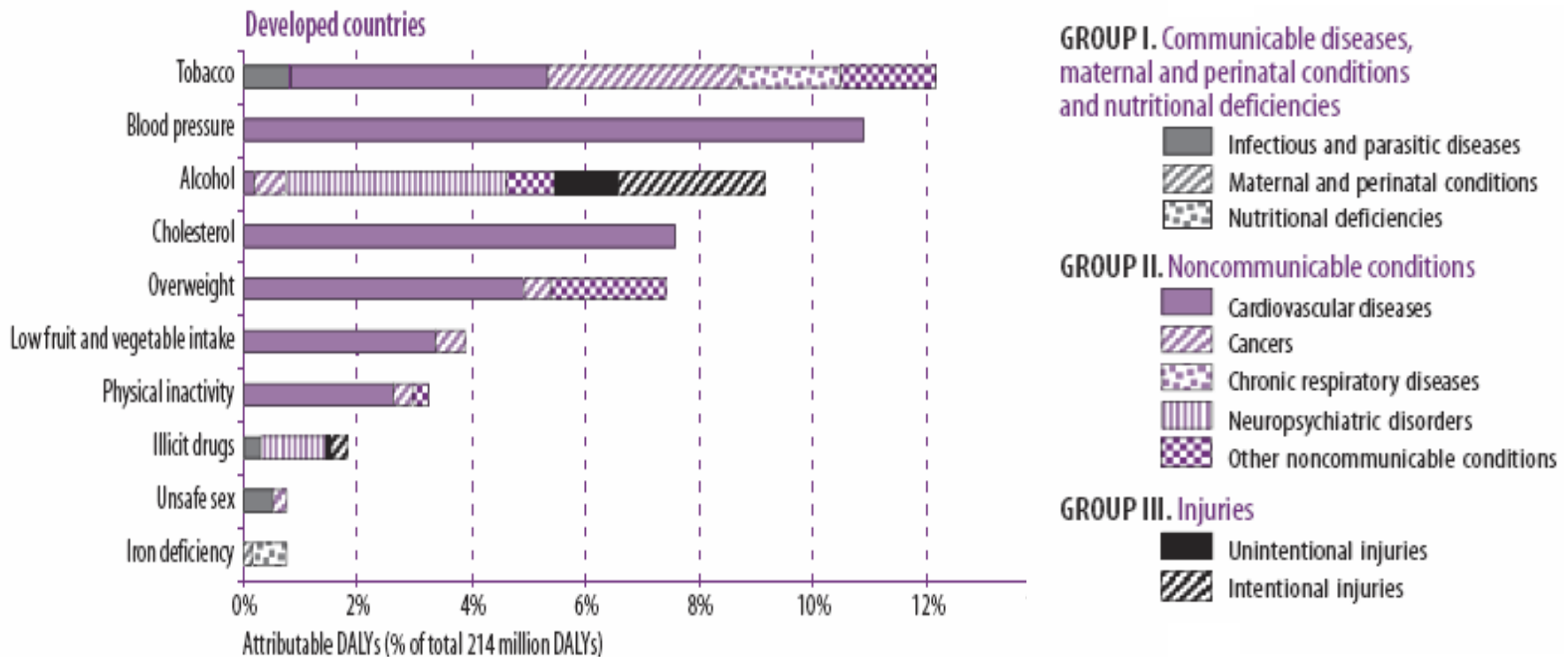
Das Spital von gestern und...



...das von heute !



Die 10 wichtigsten Risikofaktoren für verlorene Lebensjahre



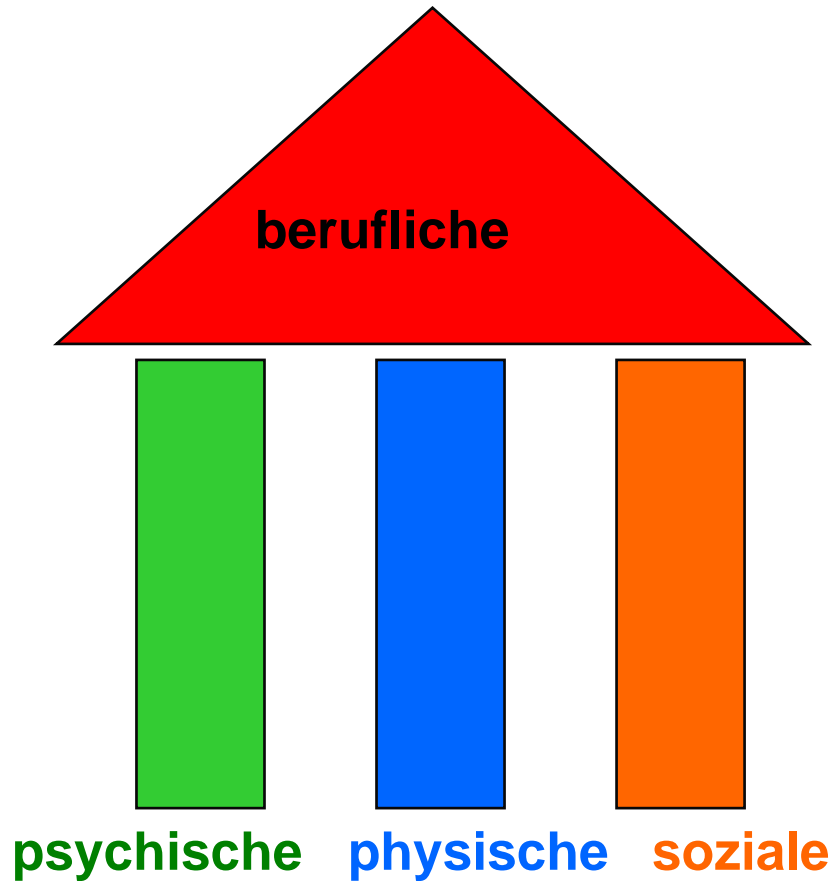
The World Health Report 2002, WHO, Geneva

Mauvaise nouvelle: sédentarité → obésité + dyslipidémie + hypertension

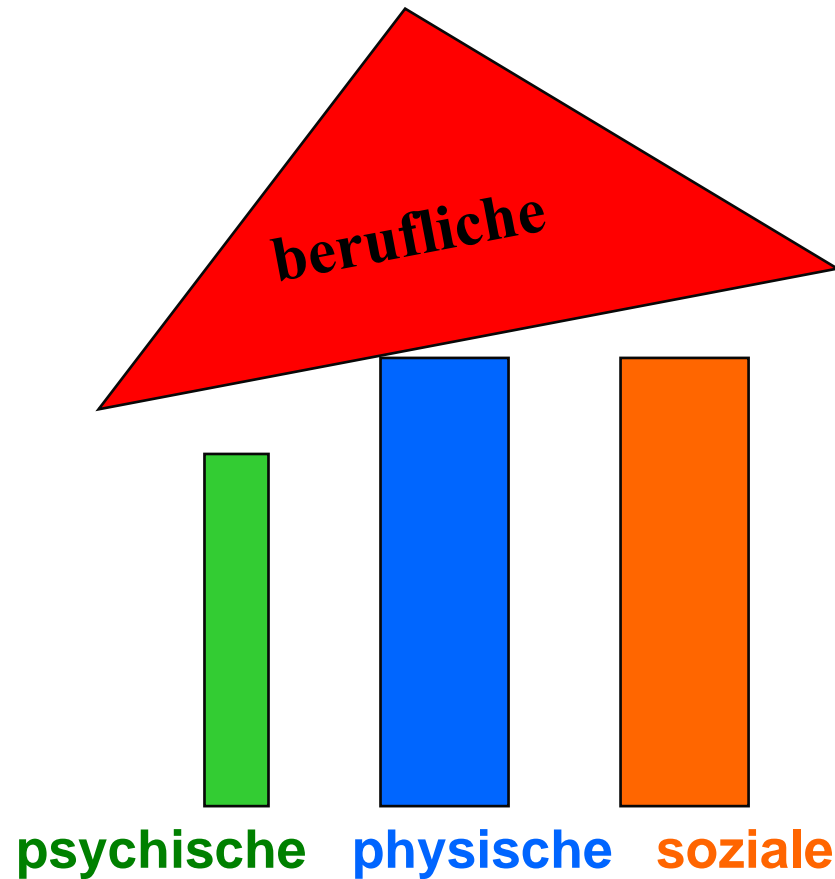
Perspektive Alkohol

Mitwirkung: Pr JB Daepfen

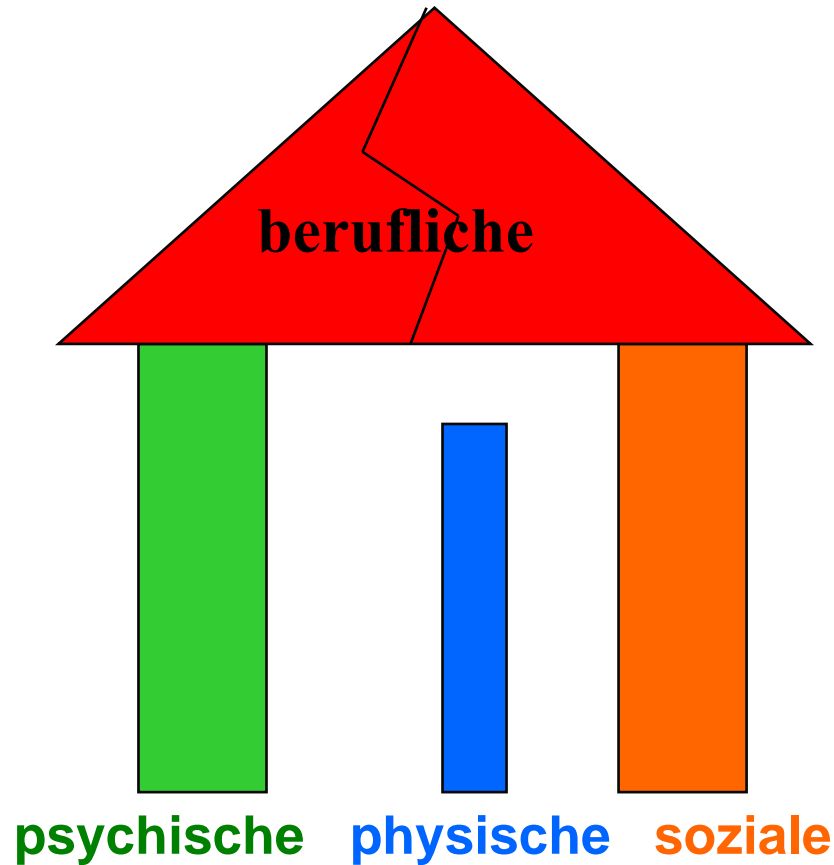
Die 4 Gesundheitsstufen...



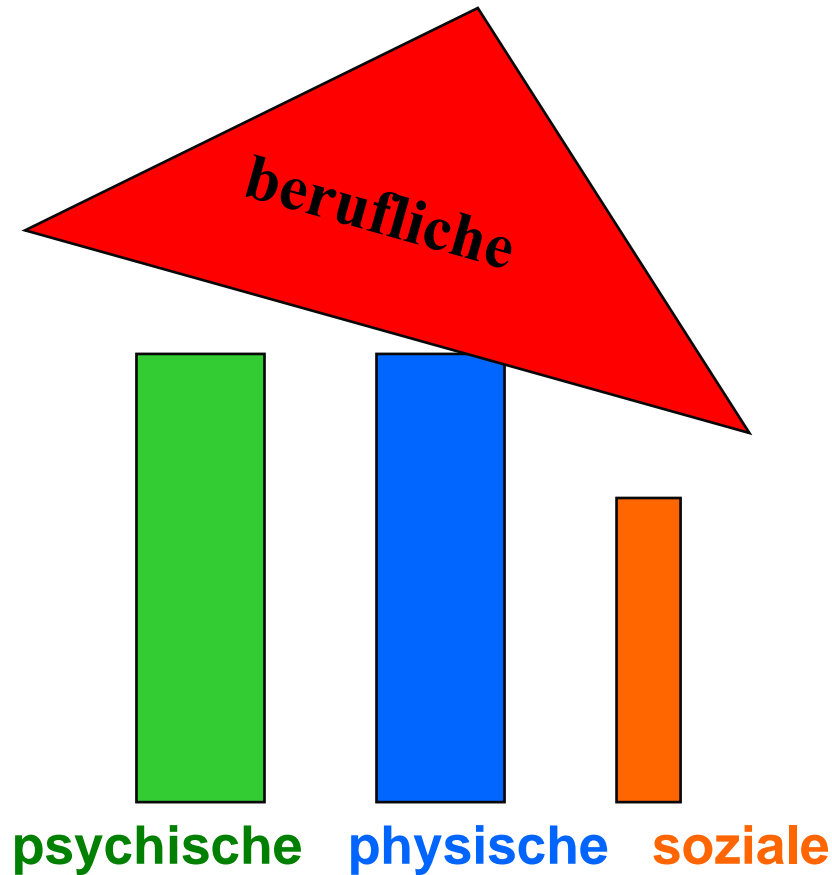
Die Einflüsse der Gesundheit auf die Arbeit



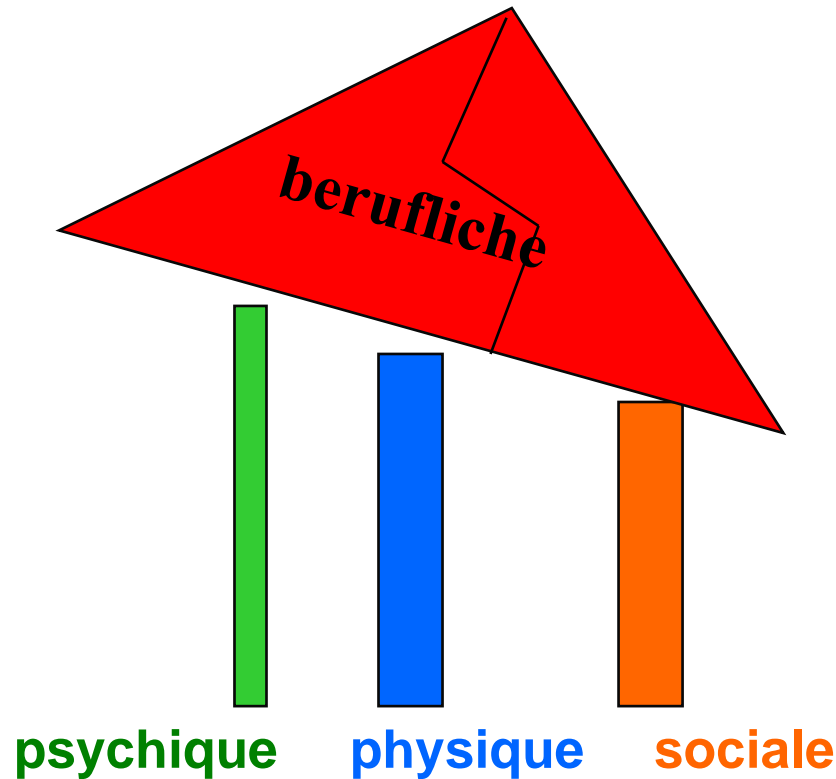
Die Einflüsse der Gesundheit auf die Arbeit



Die Einflüsse der Gesundheit auf die Arbeit



Die Einflüsse der Alkoholprobleme auf die Arbeit



Das Schema (Übersicht)

Anpassung des Verhaltens und / oder die berufliche Leistungen vom Vorgesetzten beurteilt



1. Dienstgespräch mit dem Mitarbeiter



Schlussgespräch

Gespräch zur Verdeutlichung

Hilfe angenommen

Der Mitarbeiter will es selber anpacken

Hilfsprogramm

Potenzielle Auswirkungen?

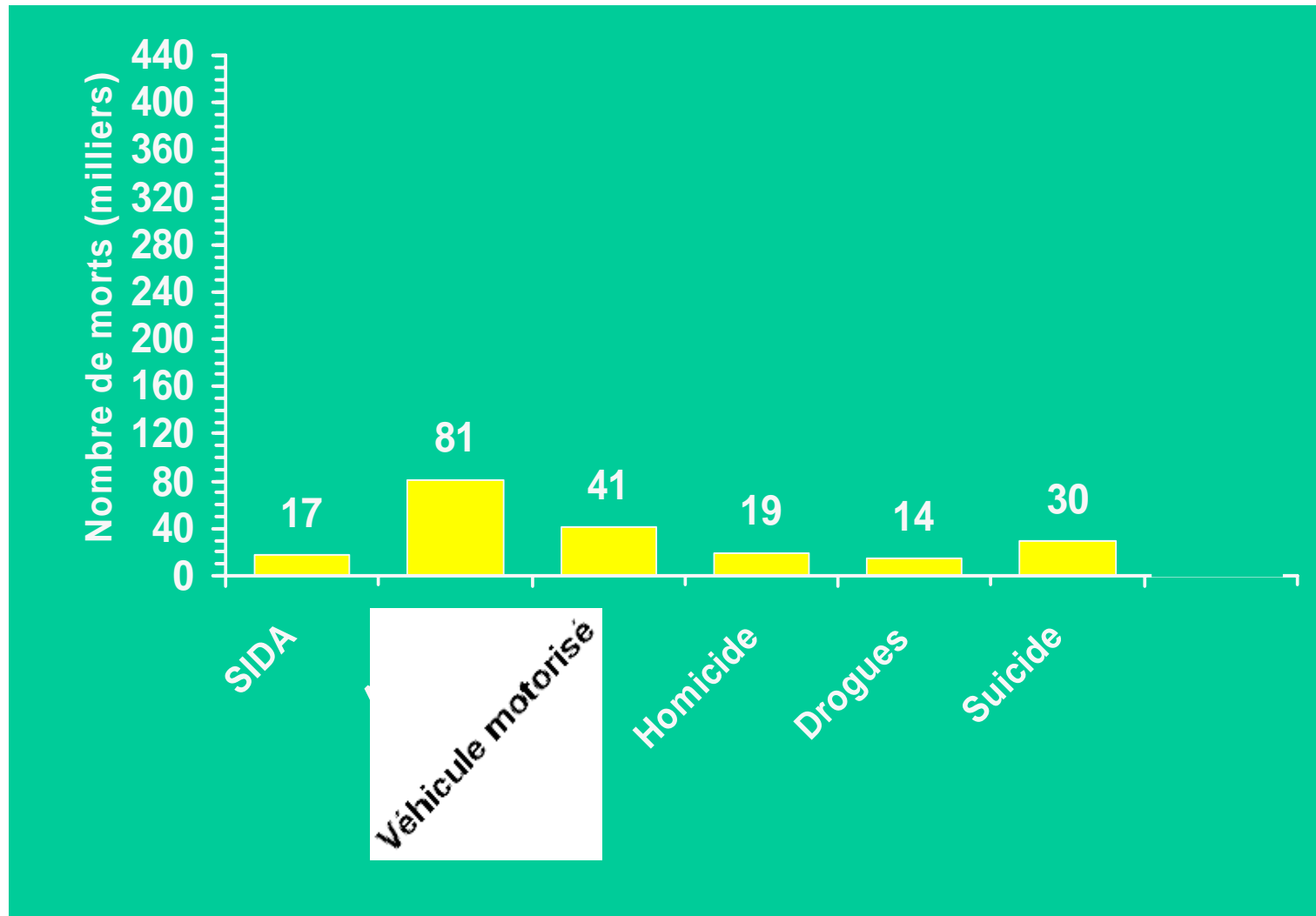
Tabak

Mitwirkung: Dr. I. Jacot-Sadovski

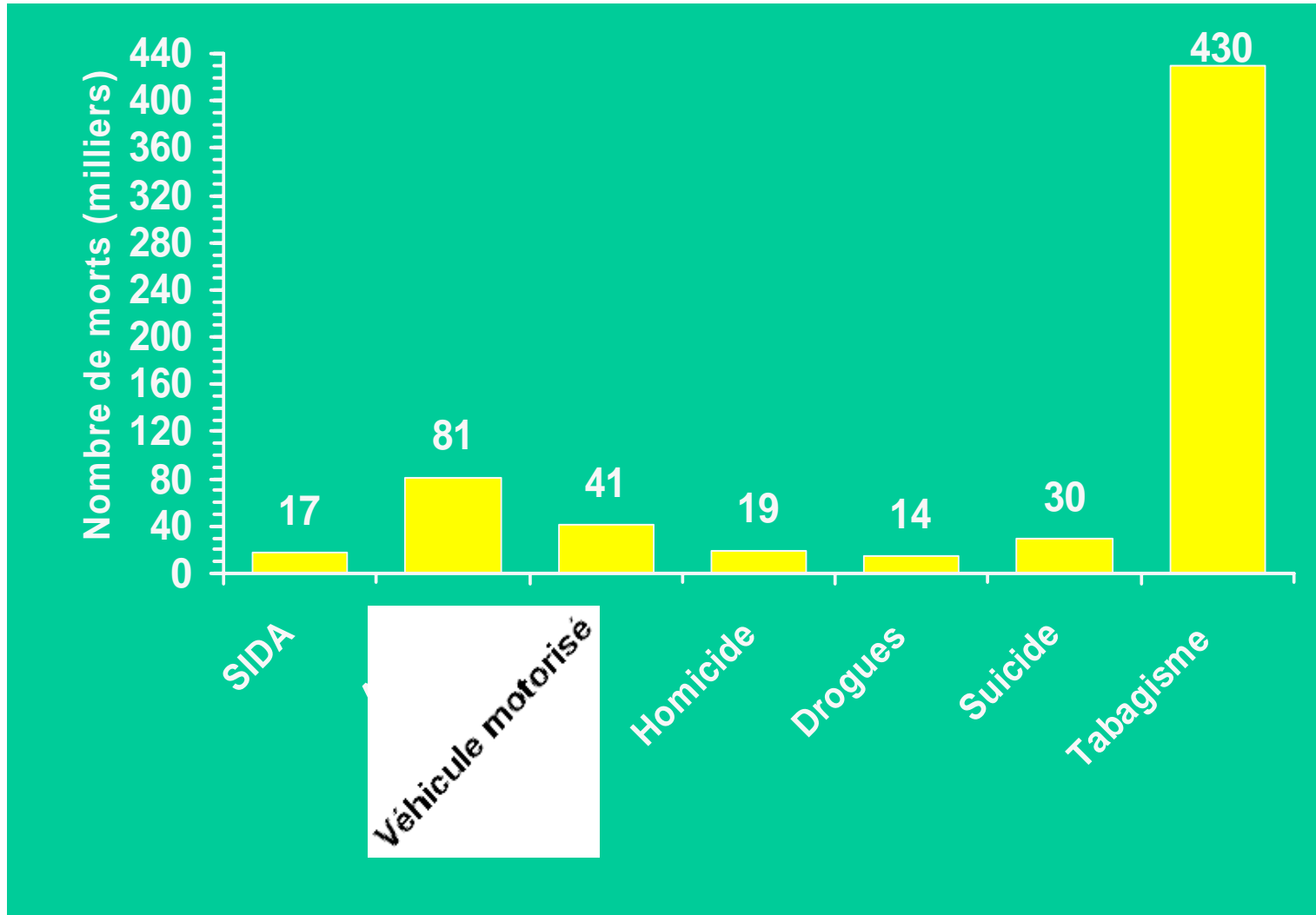
Rauchfreies CHUV: 4 wichtige Gründe

- **Auswirkungen des passiven Rauchens**
 - Ungefähr 300 – 400 Todesfälle jährlich
 - Erhöhung des Risikos für Erkrankungen (Herzkrankheiten, Atmungsstörungen ...)
- **Gesetzlicher Rahmen**
 - Bundesamtliches Arbeitsgesetz: Schutz der Nichtraucher
- **Übereinstimmung mit den Empfehlungen der WHO**
 - Kaderkonvention in Bezug auf Tabakkonsum: 1. internationales Abkommen der Gesundheit
- **Verpflichtung des verantwortlichen Arbeitgebers**
 - Gesundheitsmassnahmen ergreifen

Todesfälle durch Tabakmissbrauch im Vergleich zu anderen Ursachen



Todesfälle durch Tabakmissbrauch im Vergleich zu anderen Ursachen



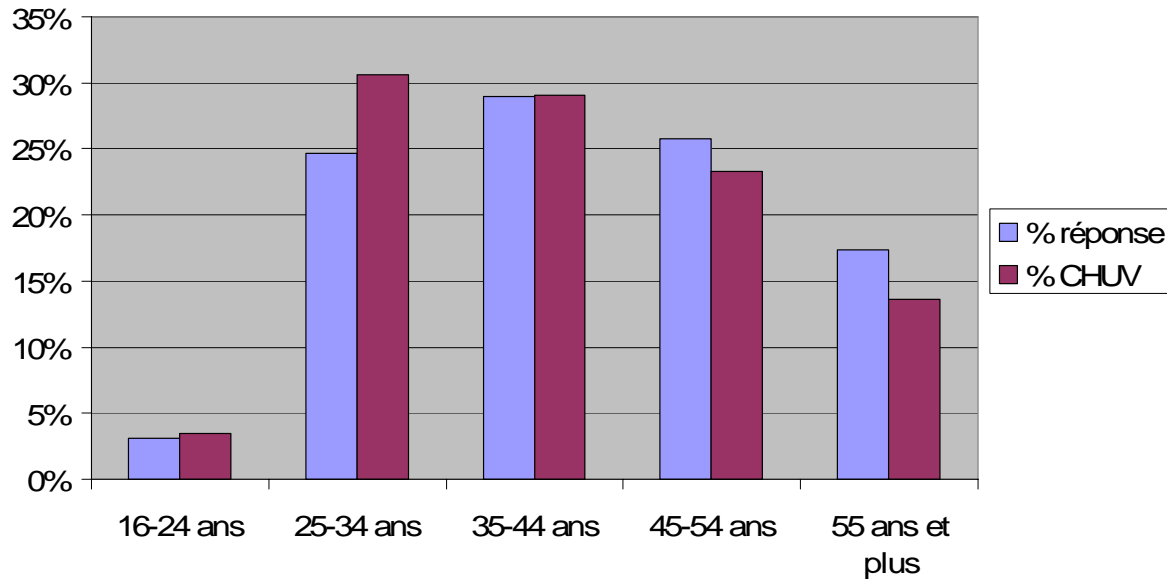
Wieso raucht ein Raucher?

- Person
- Produkt
- **Umgebung**

Umfrage im rauchfreien CHUV

- **Rauchfreier Arbeitsplatz seit Mai 2005**
- **8010 geschickte Fragebogen mit Lohnausweis im Juni 2006**
- **2240 zurückgeschickte Fragebogen**
 - interne Post mit beigelegtem Briefumschlag
 - ohne Rückruf
 - Anfangs Ferien
- **Beteiligungsquote: 28%**

Profil der Antwortenden: Alter



	N= 2234
Nichtraucher	57%
Ehem. Rauch.	26%
Raucher	17%

Für mediz. Personal: ~ 23%

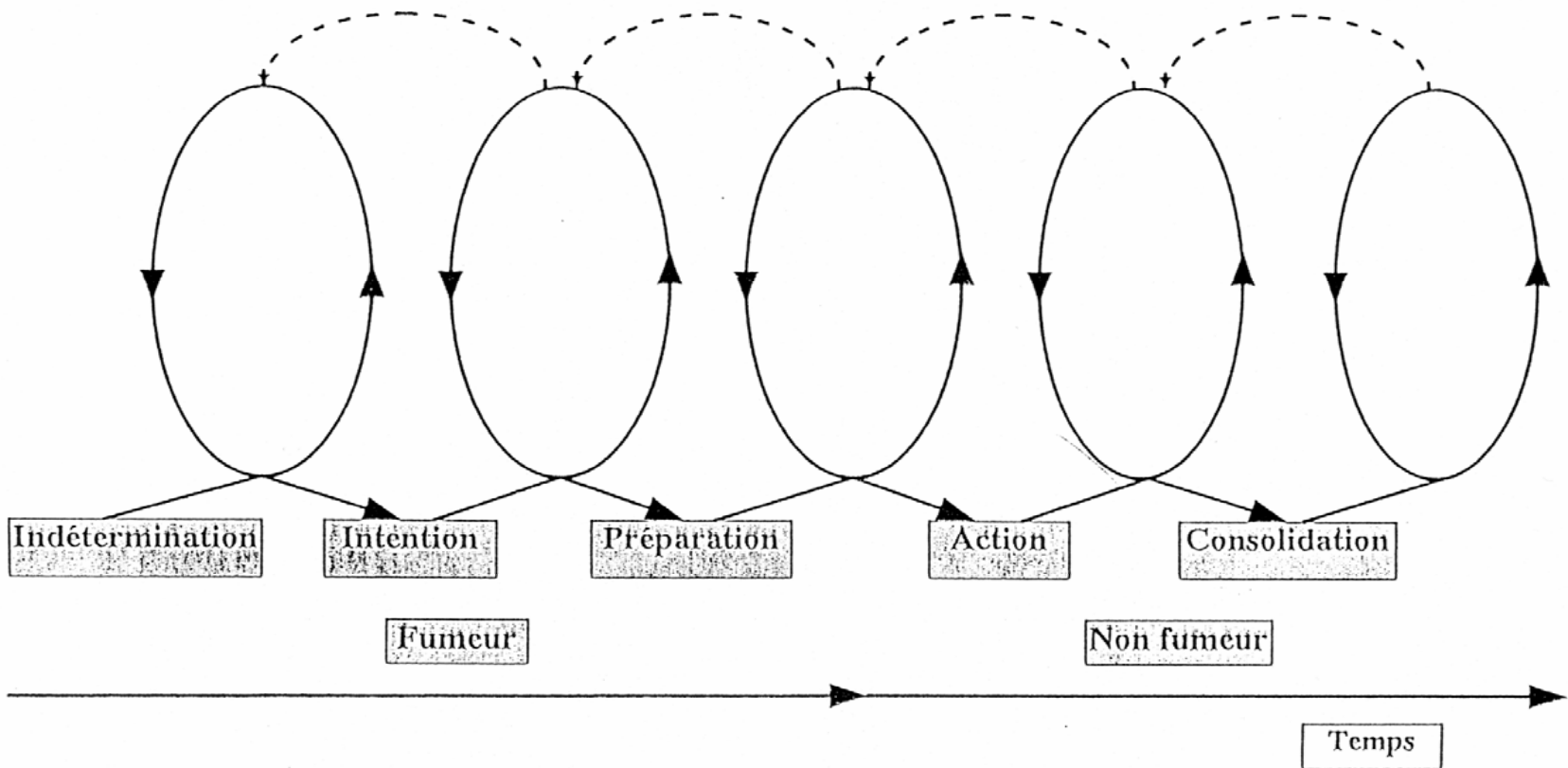
Änderung der Konsumgewohnheiten seit dem 31.Mai 2005

	N=402
Keine Änderung der Konsumgewohnheiten	46 %
Abnahme	24 %
Aufgehört	13 %
Zeitanpassung	12 %
Erhöhung	2 %
Andere	3 %

Änderung der Konsumgewohnheiten seit dem 31. Mai 2005

- **Abnahme: 24%**
 - 7 Zigaretten/Jahr im Durchschnitt
- **Aufgegeben: 13 %**
- **Versuche aufzuhören aber
Wiederaufnahme: 18%**
 - Durchschnittliche Anzahl an Versuche: 1.5
 - Durchschnittliche Dauer der Versuche: 60 Tage

Veränderungsstadien: Transtheoretisches Modell



D'après Prochaska & DiClemente, tiré de Basler

Einverständnis zur Vereinbarung rauchfreies CHUV

	% Antwortende	Nicht- Raucher	EEh. Raucherx- fumeurs	FumeursRa- ucher
Ja	81 %	91 %	80 %	46 %
Eher ja	13 %	7 %	16 %	28 %
Eher nein	4 %	2 %	2 %	14 %
Nein	2 %	0 %	1 %	10 %
Keine Meinung	0.4%	0 %	0	2 %

Auswirkung auf den Ruf des CHUV's

	% Antwortend	Nicht- Raucher	Eh. Raucher	Raucher
Sehr positiv	61 %	68 %	62%	33 %
Eher positiv	32 %	29 %	32 %	46 %
Eher négativ	2 %	1 %	2 %	8 %
Sehr négativ	0.4%	0.1 %	0.3 %	2 %
Keine Meinung	3 %	1 %	2 %	7 %
Keine Antwort	1 %	0.5 %	2 %	4 %

Schlussfolgerungen

- Mitwirkungsgrad: 28% (ohne Rückruf, während der Ferienszeit)
- Profil der Teilnehmer entspricht ungefähr der Anzahl aller Mitarbeiter
- 13% der befragten Raucher haben das Rauchen aufgegeben
- 28% der Raucher haben den Konsum herabgesetzt
- 94% der Umgefragten stimmen der Massnahme zu (74% der Raucher)

Körperliche Aktivität

Mitwirkung: Dr R. Bize

Körperliche Aktivität für hospitalisierte Patienten (≥ 65 Jahre)

Cochrane Database of Systematic Reviews
2007, Issue 1.

- 7 klinische und zufällige Versuche und 2 Fall- und Kontrollstudien inklusive
- Positive Auswirkungen der multidisziplinären Eingriffe:
 - Körperliche Aktivität & Aktivität unter Aufsicht durch zusätzliche Mitarbeiter + Gruppensitzung

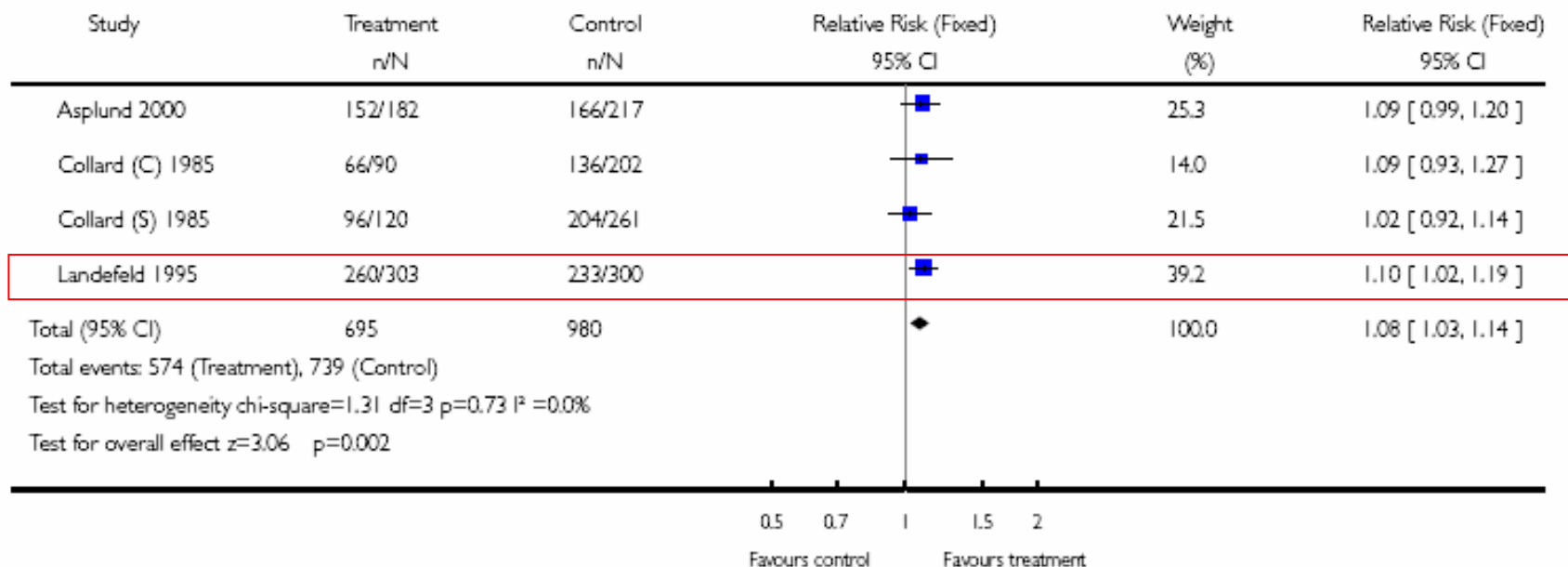
Rückkehr nach Hause begünstigt durch multidisziplinäre Massnahmen

Analysis 05.01. Comparison 05 Hospital outcomes - multidisciplinary intervention versus usual care, Outcome 01 Discharge to preadmission residence/home from hospital - MDI versus usual care

Review: Exercise for acutely hospitalised older medical patients

Comparison: 05 Hospital outcomes - multidisciplinary intervention versus usual care

Outcome: 01 Discharge to preadmission residence/home from hospital - MDI versus usual care



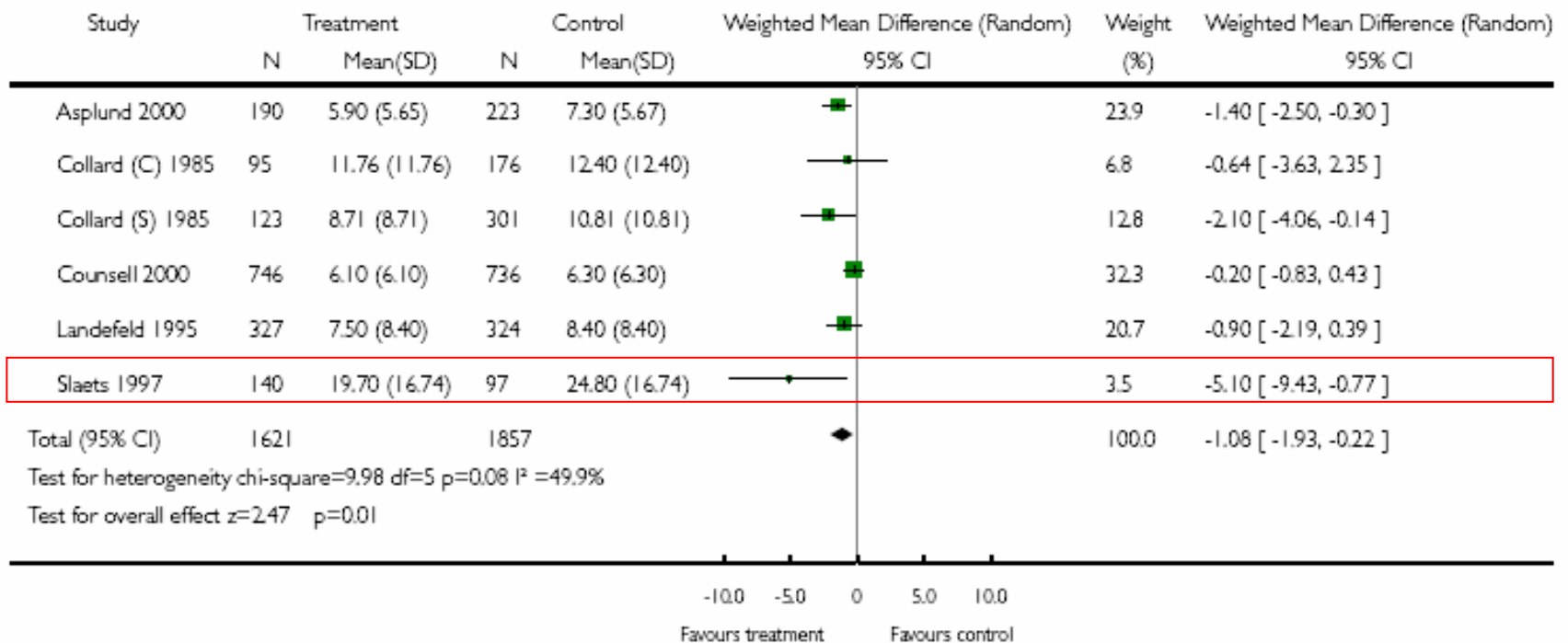
Verkürzung des Spitalaufenthaltes dank multidisziplinären Massnahmen

Analysis 05.02. Comparison 05 Hospital outcomes - multidisciplinary intervention versus usual care, Outcome 02 Acute hospital length of stay - MDI versus usual care

Review: Exercise for acutely hospitalised older medical patients

Comparison: 05 Hospital outcomes - multidisciplinary intervention versus usual care

Outcome: 02 Acute hospital length of stay - MDI versus usual care



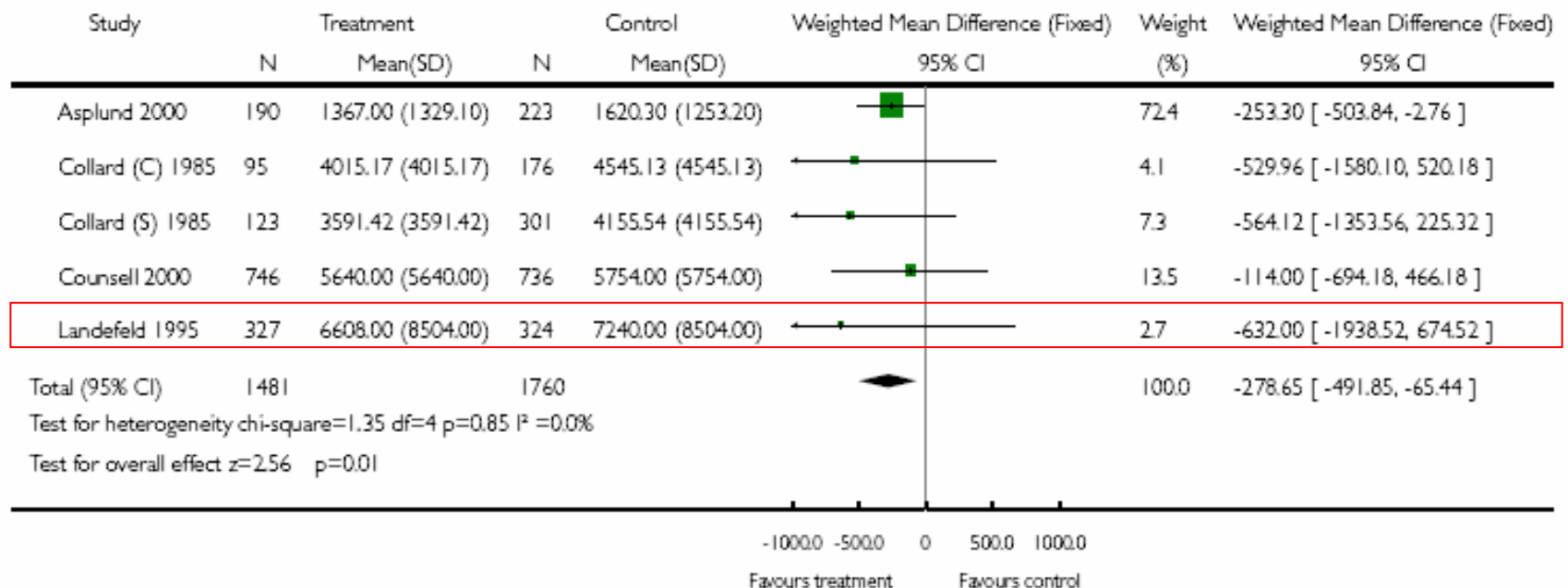
Eingesparte Kosten dank verkürztem Spitalaufenthalt

Analysis 05.03. Comparison 05 Hospital outcomes - multidisciplinary intervention versus usual care, Outcome 03 Cost of acute hospital stay - MDI versus usual care

Review: Exercise for acutely hospitalised older medical patients

Comparison: 05 Hospital outcomes - multidisciplinary intervention versus usual care

Outcome: 03 Cost of acute hospital stay - MDI versus usual care



Körperliche Aktivität und Lebensqualität nach einer Krebsdiagnostik: Ein Blick in die Literatur

Courneya K.S., Friedenreich C.M.
Ann Behav Med 1999; 21:171-179

- 8 zufällige, klinische Versuche und 10 Fallstudien von Zeugen
- Die körperliche Aktivität hat positive Auswirkungen auf die Lebensqualität nach einer Krebsdiagnostik (v.a. Brustkrebs im Vorstadium)
 - Verbesserung der physiologischen Funktionen
 - Verbesserung der psychologischen und gefühlsbedingte Gesundheit

Schlussfolgerung

Ein gesundheitsförderndes Spital kann Konzepte, Werte und Normen der Gesundheitsförderung in seine organisatorische Struktur und seine Kultur einbinden.

Es ist möglich, Massnahmen zu entwickeln, die es den Einzelpersonen (Patienten, Spitalpersonal, Publikum) in den Spitälern ermöglicht, die Selbstverantwortung ihrer Gesundheit zu verbessern.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit