

Wer ist hier für wen schwer erreichbar? – Aktueller Wissensstand und mögliche Implikationen für die Präventionspraxis

Institut Sozialmanagement, Sozialpolitik und Prävention

Dr. Andreas Pfister

Verantwortlicher Kompetenzzentrum Prävention und Gesundheit

T direkt +41 41 367 48 80
andreas.pfister@hslu.ch

Luzern 07.09.16

Überblick

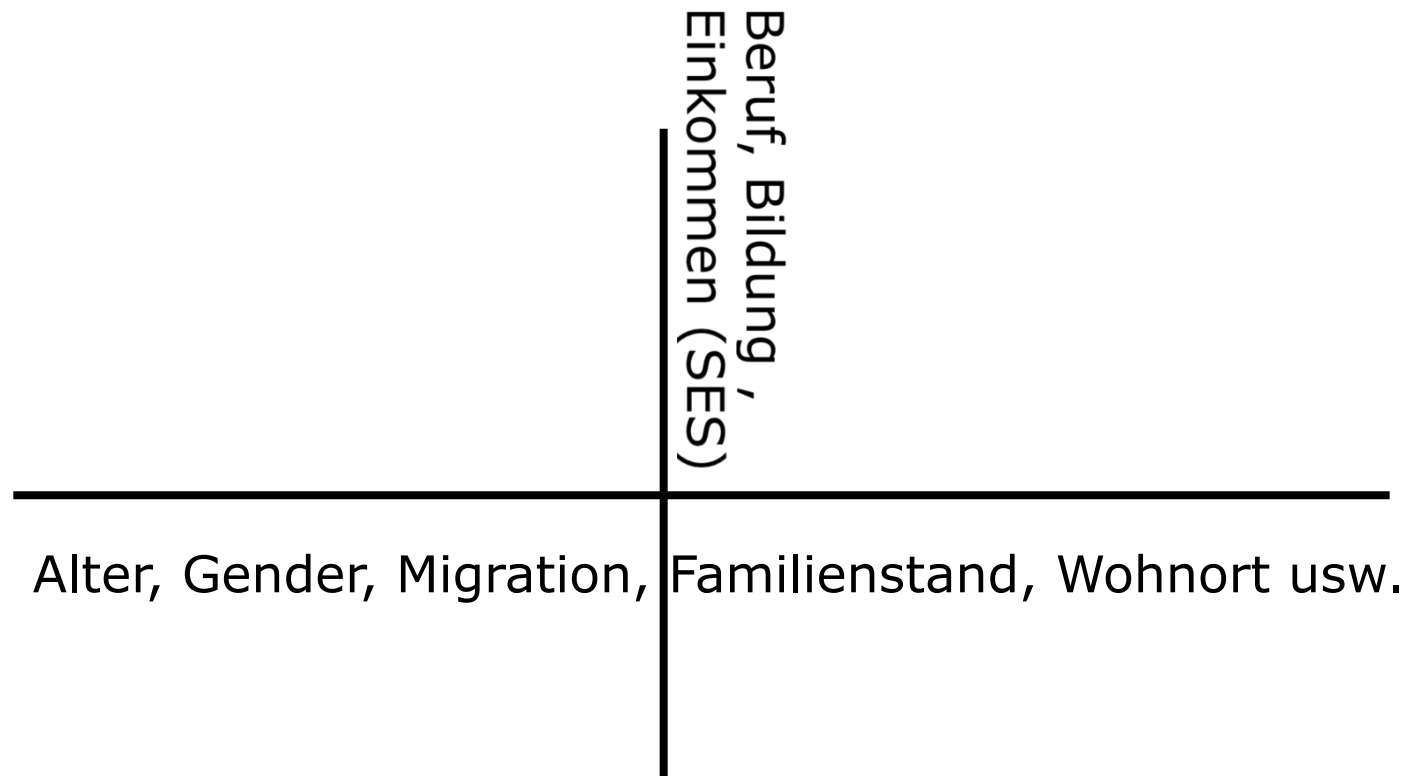
- Gesundheitliche Chancengleichheit
- Stand des «begrenzten» wissenschaftlichen Wissens
- Wie wird man Kandidat/in von Suchtprävention? (Concept of Candidacy)?
- Mögliche Implikationen für die Praxis

Gesundheitliche Chancengleichheit

« Alle Menschen unabhängig vom Einkommens-, Bildungs- und Berufsstatus [sollen] die gleiche Chance haben (...) gesund zu bleiben (Mielck 2002)»

(zit. in Richter & Hurrelmann, 2009, S. 28)

Vertikale u. horizontale Dimensionen sozialer Ungleichheit

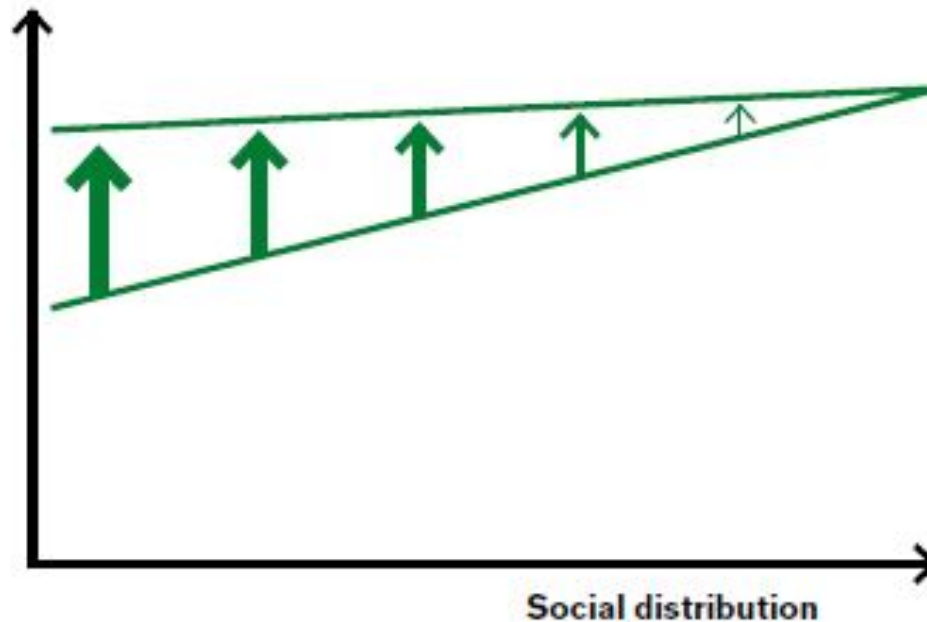


(Quelle: eigene Abbildung, Inhalte aus Richter & Hurrelmann, 2009, S. 16)

Fig. 3.5

Levelling-up the social
gradient in health

Health outcome



(WHO, 2014, S. 19)

«proportionate
universalism»

Universelle Strategien,
die im richtigen
Verhältnis zum Bedarf
stehen.

«Präventionsdilemma» (Bauer 2005)

Präventionsmassnahmen erreichen oftmals diejenigen Gruppen nicht oder nur wenig, die am meisten Bedarf hätten.

- Mittelschichtsbias
- wenig bzw. unterforschte Gesundheitskulturen besonders benachteiligter Gruppen

(Schnabel, 2008, S. 495)

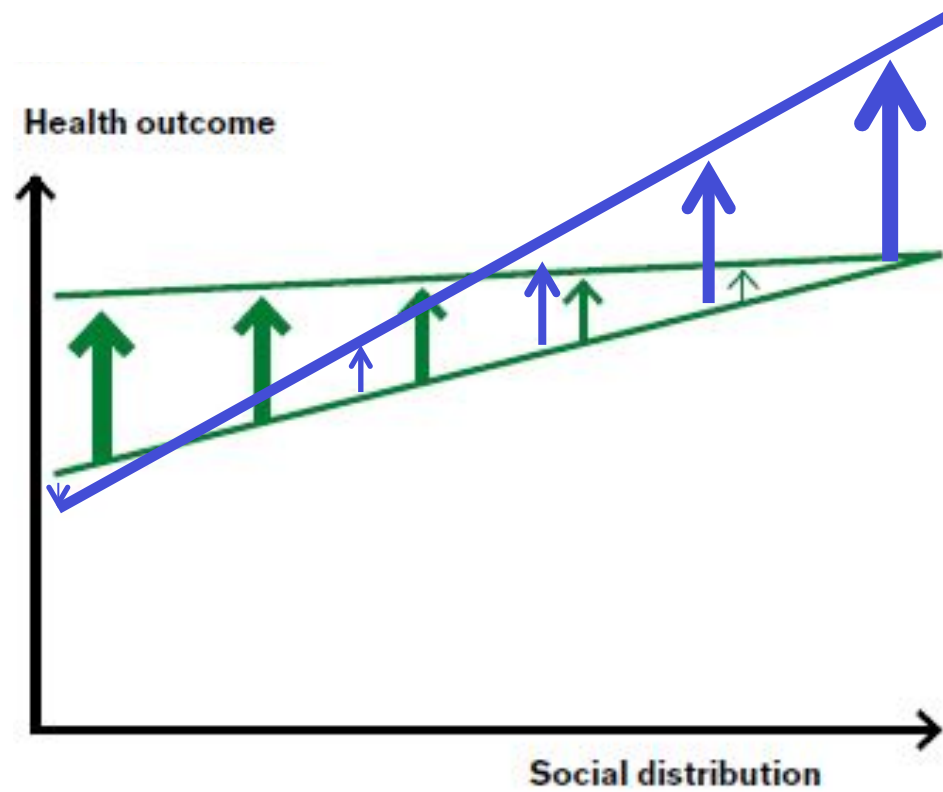
Versorgungsungleichheit

Verdoppelung der Problematik gesundheitlicher Ungleichheit

1. Sozial benachteiligte Gruppen weisen höhere Mortalität und Morbidität auf.
2. «sie nutzen weniger (bzw. weniger erfolgreich) die angebotenen Versorgungsleistungen und bekommen zudem nicht die gleichen Versorgungsleistungen wie besser gestellte Privatpatienten»

(Bauer et al., 2008, S. 45)

Dysfunktionale Strategien



Erschwerte Inanspruchnahme von Prävention in der Schweiz

Systematische Versorgungsforschung zum Zugang sozial benachteiligter Gruppen zur Schweizer Gesundheitsversorgung fehlt
(Bundesamt für Gesundheit, 2013)

Beispiel

Erschwerte Inanspruchnahme suchtpreventiver Leistungen durch sozioökonomisch benachteiligte Familien.

Erschwerte Inanspruchnahme von Prävention in Deutschland (Systematischer Review)

Starke Evidenz für signifikante Verbindung zwischen

- höherem Sozialstatus,
- weiblichem Geschlecht und
- Nicht-Migrationsstatus auf der einen

und höherer Nutzung von Präventionsangeboten auf der anderen Seite

(Kowalski et al., 2014, S. 313)

«Health Literacy» (Gesundheitskompetenz)

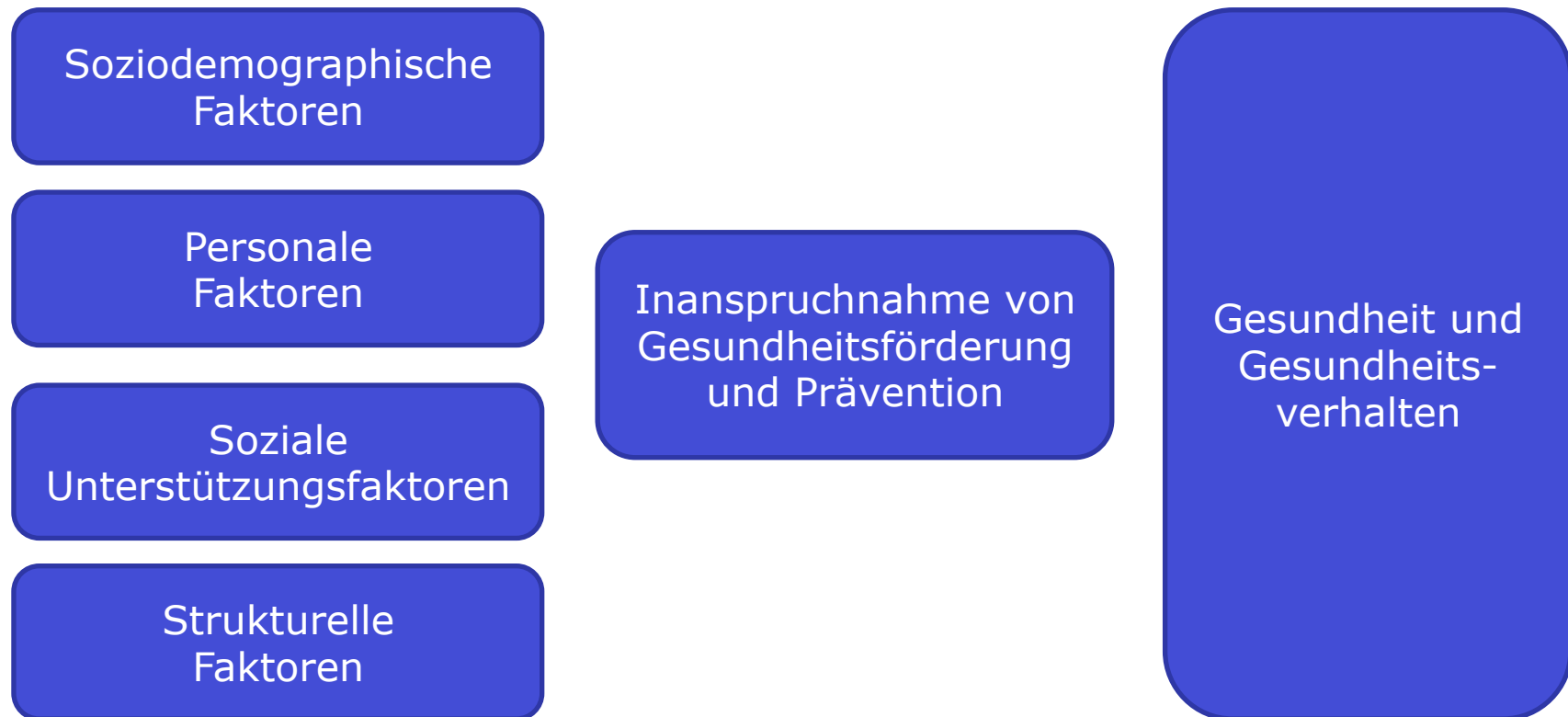
„the personal characteristics and social resources needed for individuals and communities to access, understand, appraise and use information and services to make decisions about health“ (World Health Organization, 2015)

Daten aus acht europäischen Staaten zeigen, dass

- jede zweite Person über eine eingeschränkte «Health Literacy» verfügt
- ein deutlicher sozialer Gradient besteht
- bei Personen, die über einen tiefen oder sehr tiefen sozioökonomischen Status verfügen der Anteil an niedriger Health Literacy mit 60% bzw. 73.9% sehr hoch ist
- Der stärkste Prädiktor für niedrige Health Literacy finanzielle Deprivation ist (gefolgt von sozialem Status, Bildung, Alter und Gender)

(Sørensen et al., 2015, S. 4)

Inanspruchnahme als gesundheitsrelevantes Verhalten (Modelle zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens)



(eigene Abbildung, modifiziert nach Langness, 2007, S. 88)

Zwischenfazit I (für die Wissenschaft)

- Begrenzte Erklärungskraft von Multifaktorenmodellen
- Wie kommt erschwerte Inanspruchnahme zu Stande? (Interaktion der Einflussfaktoren, Prozessperspektive)
- Fehlen von qualitativen Studien (Einblick in Lebens- und Wirklichkeitskonstruktionen der Zielgruppen)
- Frage/Problem: Wo kann die Praxis ansetzen, um bestimmte Zielgruppen zu erreichen?

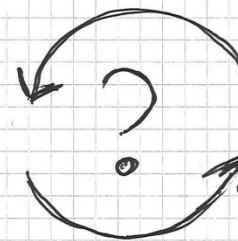
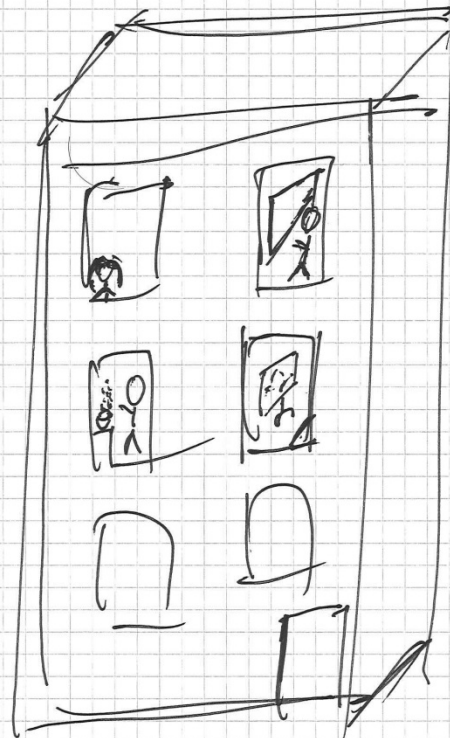


Interaktionistische
Perspektive («Concept of
Candidacy»)

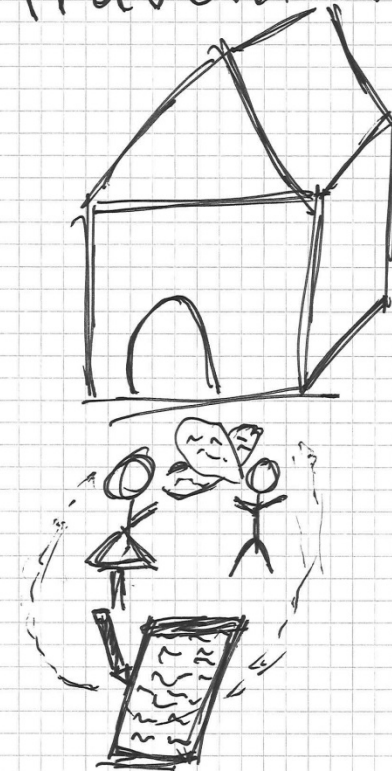
Concept of Candidacy

Wie wird die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung durch Interaktions- und Aushandlungsprozesse zwischen (potentiellen) Nutzerinnen und Nutzern und Professionellen der Gesundheitsversorgung bestimmt?
(Interaktionistische, prozessuale Perspektive)

(u.a. Dixon-Woods et al., 2006; Mackenzie et al., 2013)



Haus der Prävention

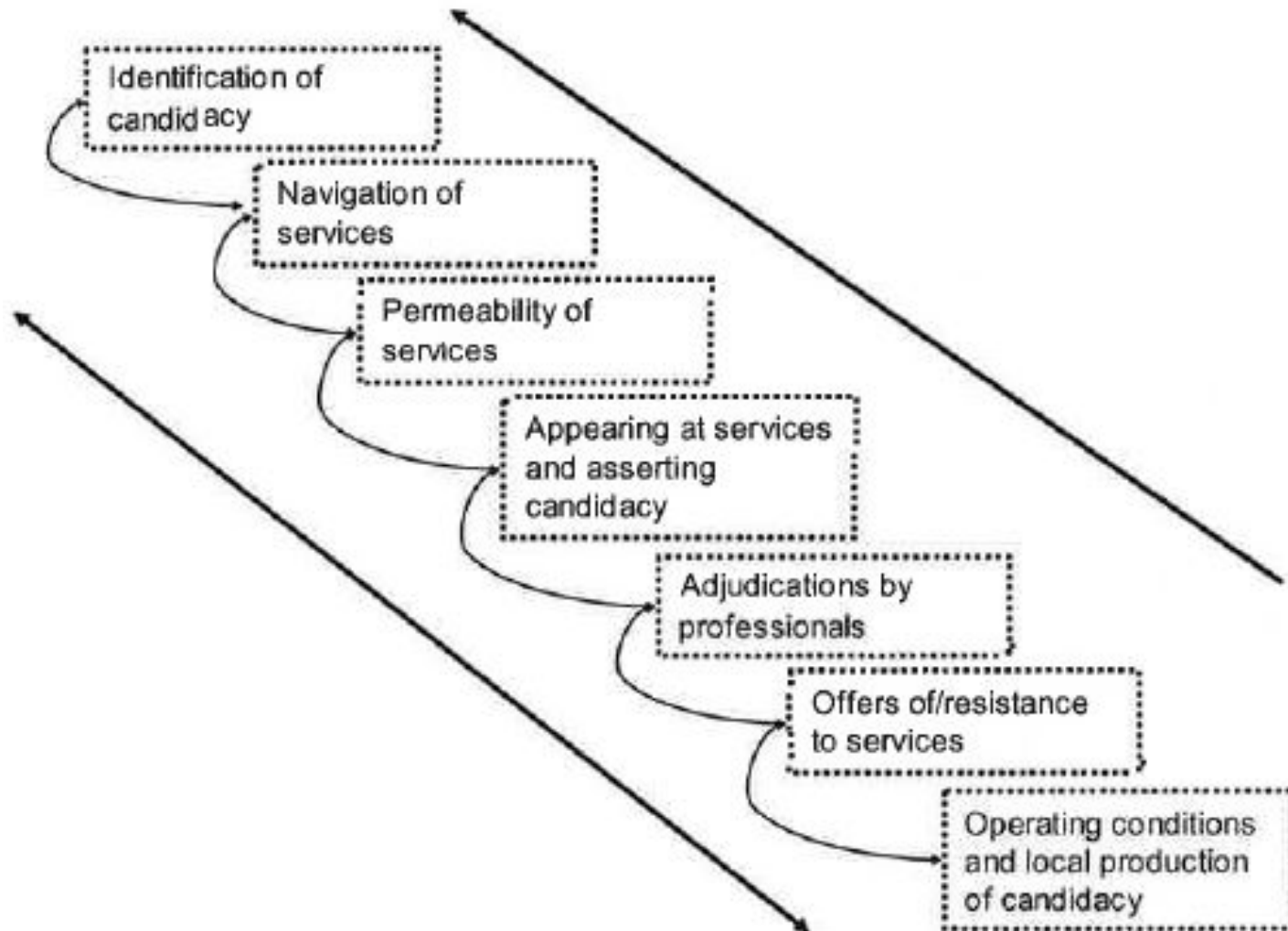


- Lebens- / Alltagsbewältigung
- Welche potentiellen (gesundheitl.) Probleme sind von Belang u. bedürfen einer Intervention?

- Gesundheitsprobleme, Bedarf
- Intervention („state of the art“)

Concept of Candidacy

Negotiating the candidacy journey for health services – an extrapolation from
Dixon-Woods *et al.* 2006



Zwischenfazit II (für die Praxis)

- Begrenzter Blick im Mainstream der Sozial- und Gesundheitswissenschaften ist auch nur begrenzt hilfreich für die Praxis (quantitative Faktorenmodelle, Health Literacy-Forschung)
- Interaktionistisch-prozessuale Sichtweise (z.B. Concept of Candidacy) könnte produktive Anschlusspunkte für die Praxis bergen
- Wissenschaft und Praxis müssen in geeigneter Weise noch stärker (bzw. überhaupt!) die Perspektive der Nutzer/innen (**User Perspective**) berücksichtigen und einbinden
- Ein möglicher Zugang um schwer erreichbare und sozial benachteiligte Gruppen zu erreichen ist die «Partizipative Qualitätsentwicklung» (entwickelt am Wissenschaftszentrum Berlin)



Quelle: www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/

PARTIZIPATIVE QUALITÄTSENTWICKLUNG

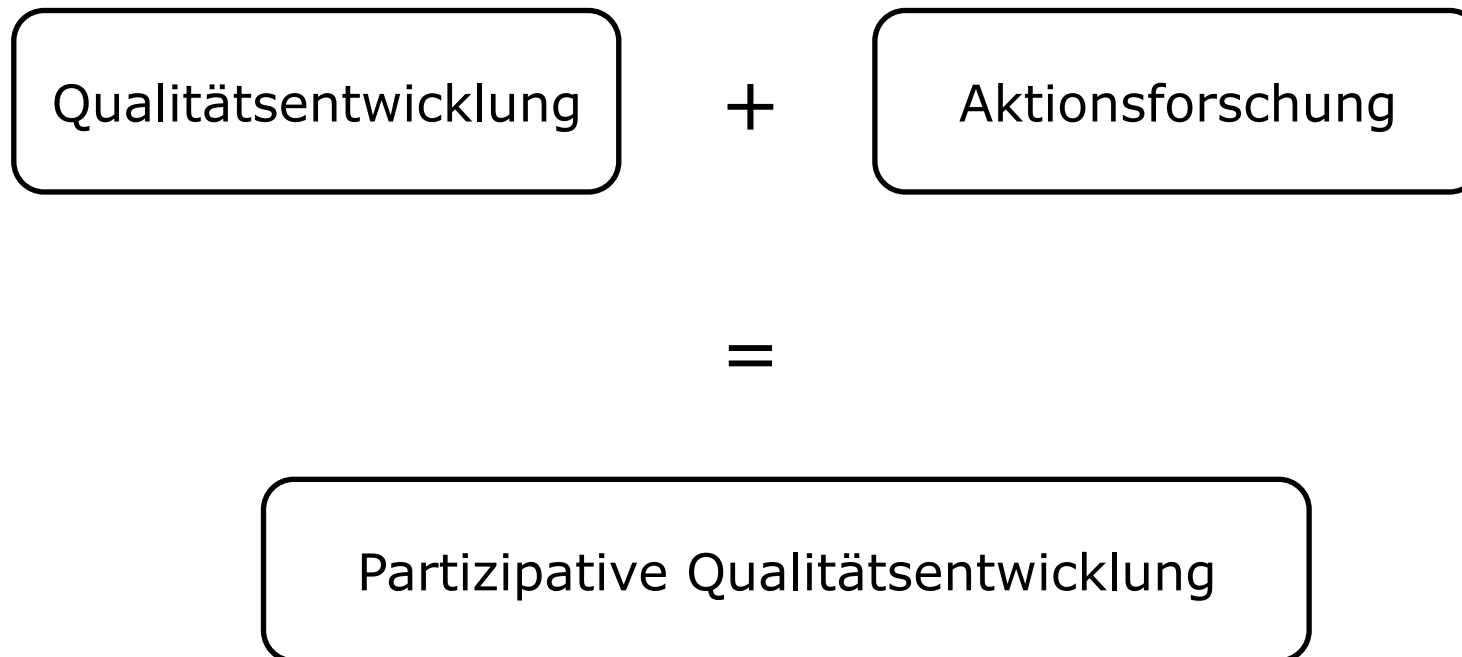
Lebensweltorientierte GF & P für sozial Benachteiligte

- Massnahmen vor Ort (Settingorientierung, «community-driven»)
- Befähigung mehr Kontrolle über ihre Gesundheit auszuüben und diese zu verbessern (Empowerment)
- Hoher Grad an Teilnahme und Teilhabe (Partizipation)
- Stärkung der Kompetenzen («capacity building»)
- grosse Herausforderung für Qualitätsentwicklung
 - niedrigschwellig Interventionen lassen sich kaum standardisieren
 - Vielfalt an Träger/innen, Organisationsformen, Interventionsmethoden

(Wright et al., 2010, S. 14-15)

PARTIZIPATIVE QUALITÄTSENTWICKLUNG

Wissenschaftliche Basis



(Wright et al., 2010, S. 22-25)

PARTIZIPATIVE QUALITÄTSENTWICKLUNG

Evidenzbasierte Praxis

- Ausreichende Nachweise (Evidenz) über die Wirksamkeit einer Intervention
- Standardisiertes Experiment als «Gold Standard»
- Statistisch signifikante Wirkung auf ein Gesundheitsproblem

(Wright et al., 2010, S. 18)

Praxisbasierte Evidenz

- Wirksamkeitsnachweise aus den Strukturen und Logiken der Praxis heraus

Lokale Evidenz

«...Anhaltspunkte für die Wirksamkeit von Interventionen in einem spezifischen Zusammenhang, zu einem spezifischen Zeitpunkt und in einer spezifischen Lokalität...»

PARTIZIPATIVE QUALITÄTSENTWICKLUNG

Lokales Wissen

«...bereits vorhandene[] Erkenntnisse der Akteure und Akteurinnen vor Ort über die Zielgruppe und ihre Lebenswelt»

Lokale Theorie

- Beschreibung der Merkmale des Gesundheitsproblems vor Ort
- Erklärung der lokalen Ursachen des Gesundheitsproblems
- Schlussfolgerungen für die Entwicklung von angemessenen Massnahmen

(Wright et al., 2010, S. 17)

PARTIZIPATIVE QUALITÄTSENTWICKLUNG

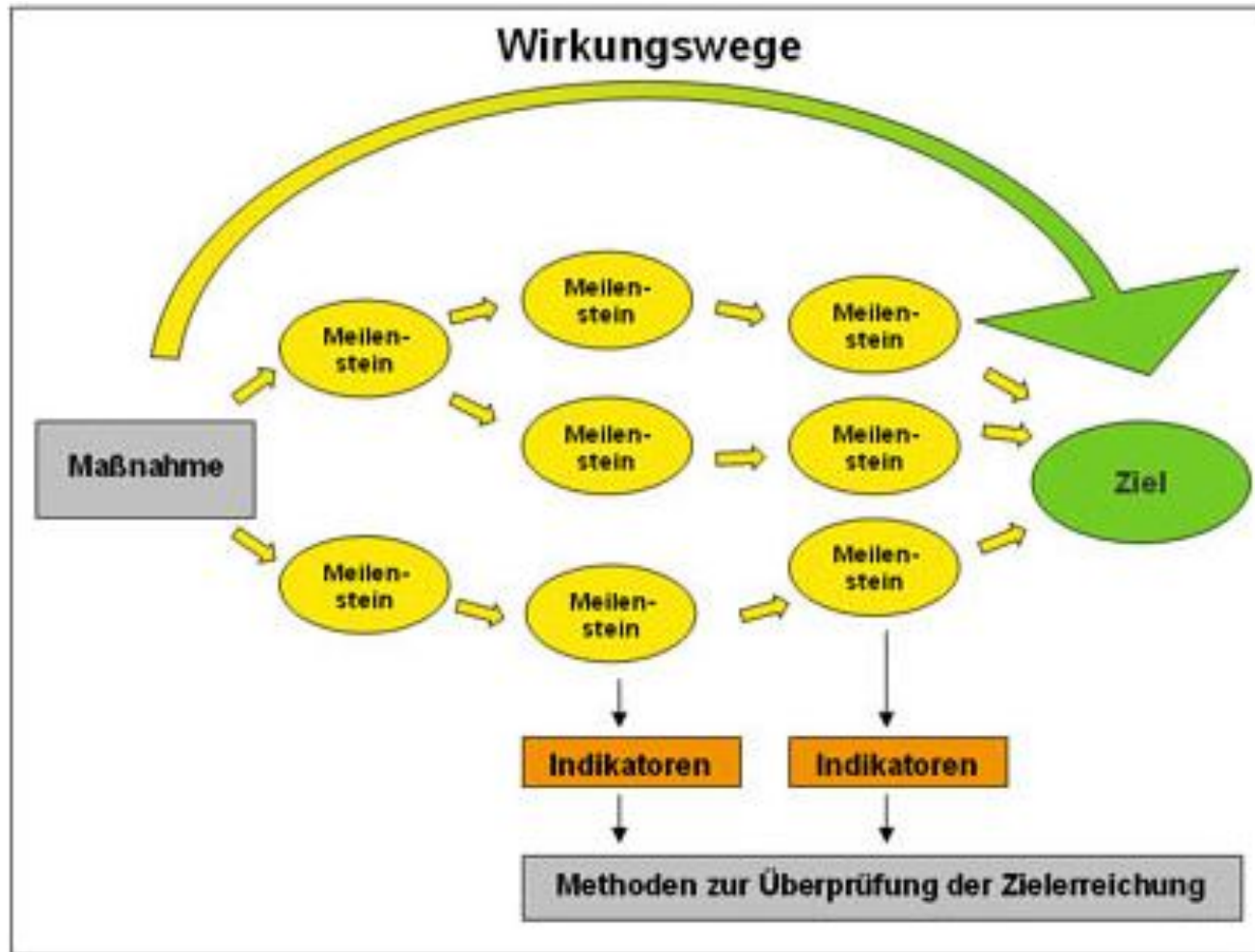
Anwendung

- An Praktiker/innen gerichtet, die unmittelbaren Kontakt zur Zielgruppe haben
- Arbeit kann durch hohen Einbezug der Zielgruppe/n verbessert werden
- Mittels Empowerment
 - ...gewinnen Praktiker/innen an Sicherheit und Selbstbewusstsein
 - ...kann die Zielgruppe zunehmend ihre Situation artikulieren; sich für Veränderungen in der Lebenswelt einsetzen
- Lernprozesse stehen im Zentrum

(Wright et al., 2010, S. 20-21)

PARTIZIPATIVE QUALITÄTSENTWICKLUNG

Bsp.: Methode zur Entwicklung lokaler Ziele und Wirkungswege (ZiWi-Methode)



An Partizipativer Qualitätsentwicklung interessiert?

- www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de
- Wright, Michael T. (2010) (Hrsg.). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Hans Huber.
- Evtl. Schnuppertag zu Partizipativer Qualitätsentwicklung an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit in Zusammenarbeit mit der KHSB Berlin (Institut für soziale Gesundheit) im Frühjahr 2017



Danke für Ihre
Aufmerksamkeit!

- Fragen?
- Rückmeldungen,
Kommentare?

Literaturverzeichnis

Bauer, U., Bittlingmayer, U. H. & Richter, M. (2008a). Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit. Die Herausforderung einer erklärenden Perspektive. In U. Bauer, U. H. Bittlingmayer & M. Richter (Hrsg.), *Health inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (Gesundheit und Gesellschaft, 1. Aufl., S. 13–56). Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.

Bundesamt für Gesundheit BAG. (2013). *Gesundheit2020. Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates*, Bern.

Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., Harvey, J. et al. (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC medical research methodology*, 6, 35.

Kowalski, C., Loss, J., Kölsch, F. & Janssen, C. (2014). Utilization of Prevention Services by Gender, Age, Socioeconomic Status, and Migration Status in Germany: An Overview and a Systematic Review. In C. Janssen, E. Swart & T. v. Lengerke (Hrsg.), *Health care utilization in Germany. Theory, methodology, and results*. New York: Springer (E-Book)

Literaturverzeichnis

Langness, A. (2007). *Prävention bei sozial benachteiligten Kindern. Eine Studie zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen* (Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft, 1. Aufl.). Bern: Huber.

Mackenzie, Mhairi, Conway, Ellie, Hastings, Annette, Munro, Moira & O'Donnell, Catherine (2013). Is 'Candidacy' a Useful Concept for Understanding Journeys through Public Services? A Critical Interpretive Literature Synthesis. *Social Policy & Administration* 47 (7), 806-825.

Richter, M. & Hurrelmann, K. (2009). Gesundheitliche Ungleichheit. Ausgangsfragen und Herausforderungen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (2., aktualisierte Auflage, S. 13–33). Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwissenschaften.

Schnabel, P.-E. (2008). Ungleichheitsverstärkende Prävention vs. ungleichheitsverringende Gesundheitsförderung - Plädoyer für eine konzeptionelle und durchsetzungspraktische Unterscheidung. In U. Bauer, U. H. Bittlingmayer & M. Richter (Hrsg.), *Health inequalities. Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (Gesundheit und Gesellschaft, 1. Aufl.). Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.

Literaturverzeichnis

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G. et al. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25 (6), 1053-1058.

Sottas, B., Brügger, S. & Jaquier, A. (2013). *Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung? Eine explorative Studie auf Grund von Expertengesprächen (Schlussbericht)*. : Formative Works.

World Health Organization & Regional Office for Europe. (2014). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*.

World Health Organization. (2015). *Health literacy toolkit for low- and middle-income countries*. Verfügbar unter http://www.searo.who.int/entity/healthpromotion/documents/hl_toolkit/en/

Literatur

Wright, Michael T. (2010) (Hrsg.). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Hans Huber.

Wright, Michael T., Block, Martina, von Unger, Hella, Kilian, Holger (2010). Partizipative Qualitätsentwicklung – eine Begriffsbestimmung. In Michael T. Wright (Hrsg.), *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (S. 13-32). Bern: Hans Huber.