



## Die Gesundheitsversorgung, die Gesellschaft und die «Alten» | Les soins de santé, la société et les «vieux»

### Podiumsdiskussion der Reihe «Alt werden» Table ronde dans la série «Vieillir»

23.09.2021



#### Input 4: Angehörige von hochaltrigen Menschen: Im Spannungsfeld von Lebensqualität und Versorgungsqualität

Prof. Dr. Iren Bischofberger

Lebensqualität und Versorgungsqualität beeinflussen sich gegenseitig und bilden aufgrund der unterschiedlichen Perspektiven – der PatientInnen, deren Angehöriger und der Gesundheitsprofessionellen – ein Spannungsfeld. Dies illustriert das folgende paradigmatische Beispiel aus dem realen Leben:

*Ein Ehepaar 80+, vital und stets am Puls der Zeit; er geht am Stock, sie liegt im Spital nach einem Sturz und kompliziertem Knöchelbruch bei bestehender Osteoporose. Wegen einer kleinen, hartnäckig offenen Nahtstelle und einer Re-Operation dauert der Aufenthalt mehr als einen Monat. Mangels Nacht-Spitem ist ein kürzerer Spitalaufenthalt für die Heilungsphase zuhause nicht möglich, und die Wohnort-nahe Rehaklinik hat laut dem Chirurgen nicht die nötige Wundbehandlungskompetenz. Der Spitalkoller bei der Ehefrau nimmt zu. Der Ehemann beantragt einen Behindertenparkplatz direkt vor dem Spitalgebäude. Das*

*dauert und bedingt zwischenzeitlich beschwerliche Wege durchs weitläufige Spitalareal. Die Tochter mit Schulkinder tut ihr Bestes beim Pendeln zwischen vier Orten – eigene Wohnung, Elternhaus, Spital, Arbeitsplatz.*

Was zeigt dieses Beispiel? Der medizinische Fortschritt beziehungsweise die ausgeklügelte Chirurgie und Anästhesie für Menschen im hohen Alter ermöglichen lange Operationen, in diesem Fall auch ohne Versteifung des Gelenks. Aber die Wundheilung und Rehabilitation bleiben anspruchsvoll und für die bettlägerige Patientin körperlich mühsam sowie emotional anstrengend. Der tägliche bange Blick auf die Wunde bei der Visite ist spannungsgeladen. Die Versorgungsqualität ist mangels Alternativen zum Spital durchzogen. Die nun in der Schweiz aufkeimende Diskussion zu «Hospital@Home» gibt hier den längst nötigen Impuls für die Verlagerung von Spitalaufenthalten in den «Gesundheitsstandort Privathaushalt». Das Risiko für im Spital erworbene Infektionen ist ein typischer Treiber dafür. Mit einer klug konzipierten Personal-, Hilfsmittel- und Digitalstrategie hätte die Ehefrau die Genesungsphase wesentlich zuhause verbringen können, dem Ehemann und der Tochter wäre wochenlanges Pendeln ins Spital erspart geblieben, und sie hätten diese gewonnene Zeit zusammen mit den Profis für die Betreuung und Pflege nutzen können.

Die Lebensqualität des gehbeeinträchtigten Ehemannes sowie der erwerbstätigen Tochter ist durch den gesamten Unfall- und Genesungsverlauf beeinträchtigt. Ihre Hilfe ist bereits während des Spitalaufenthalts unerlässlich, sowohl für körperliche, seelische wie auch koordinative Aufgaben. Darüber hinaus eignen sich der Ehemann und die Tochter neues Wissen an, zum Beispiel zur Wundversorgung. Und vorbereitend für die Rückkehr der Ehefrau und Mutter machen sie sich zur Sturzvorbeugung und Rehabilitation zuhause kundig. Sie bewältigen die Unsicherheit am Übergang vom Spital nach Hause und im neuen Alltag. Dazu teilen sie sich die Rollen im Haushalt und die Tochter auch das Erwerbs- und Familienleben vorübergehend neu auf. Aus Sicht der Professionellen sind diese Anpassungsarbeiten im Privathaushalt beziehungsweise im Patienten- und Angehörigenalltag oft unbekannt, oder wie es ein Oberarzt einer universitären Poliklinik einmal umschrieb: eine «Blackbox».

Im Angehörigendiskurs sind der medizinische Fortschritt und seine Auswirkungen auf das lange Leben mit Gesundheitsbeeinträchtigungen unterbeleuchtet – ganz im Unterschied zum gebetsmüheartig wiederholten demographischen Trend. Neue Medikamente und Diagnostikverfahren oder Operationstechniken, die zwar Zeichen einer prosperierenden Gesundheitswirtschaft sind, bedeuten für die Angehörigen nicht selten eine jahre- oder jahrzehntelange (Mit-)Verantwortung für die Bewältigung von Krankheit und Beeinträchtigung. Auch wenn der medizinische Fortschritt manche Erleichterung bringt (zum Beispiel Mikrochirurgie), so nehmen die Herausforderungen insgesamt zu. Denn in der «Gesellschaft des langen Lebens» leben Menschen und deren Angehörigen mit den Konsequenzen von Krankheiten oder Unfällen immer länger, einschliesslich umfangreicher Medikation, Untersuchungen, Re-Operationen usw. «Weiterleben lernen» haben dies Anselm Strauss und Juliet Corbin vor mehr als einem Vierteljahrhundert bezeichnend umschrieben.<sup>1</sup> Sie verweisen ausdrücklich auf die Situation der Angehörigen und den Einfluss auf deren Lebensqualität.

Die Bewältigung der Konsequenzen des medizinischen Fortschritts – also die teils intensive pflegerische Unterstützung und Begleitung im Alltag – ist weit weniger spektakulär als die operativen chirurgischen oder pharmazeutischen Künste und werden daher auch weniger alimentiert und medial präsentiert. Die Herausforderungen der häuslichen Langzeitpflege bleiben aber unverändert bestehen.

<sup>1</sup> Strauss, Anselm und Juliet Corbin (1988): Unending work and care – Managing chronic illness at home.

Mehr noch: Dies fordert einen intensiven Diskurs der Versorgungs- und Lebensqualität, der letztlich auch die langjährige «care – cure»-Debatte auf eine nächste Ebene führen muss. Auch die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates (Gesundheit2030) haben die Langzeitpflege im Blick. Allerdings kommen die Angehörigen darin erstaunlich wenig vor. Dies ist umso bemerkenswerter, als das «Förderprogramm zur Entlastung pflegender Angehöriger 2017-2020» ergiebige Erkenntnisse zu den rund 600'000 Angehörigen in der Schweiz lieferte.

Gefragt sind nun klug konzipierte und finanzierte Versorgungskonzepte am «Gesundheitsstandort Privathaushalt», damit sich der Blick in die «Blackbox» für Unkundige rasch erhellt und sich die Versorgungs- und Lebensqualität verbessert.

## Résumé

La qualité de vie et la qualité des soins s'influencent mutuellement et forment un champ de tension en raison des différentes perspectives des patients, de leurs proches et des professionnels de la santé. Cela est démontré par l'auteure dans un exemple concret :

*Un couple de plus de 80 ans, en forme mais il marche avec une canne et elle est à l'hôpital après une chute et une fracture compliquée de la cheville. En raison d'une complication, le séjour dure plus d'un mois, et il n'est pas possible de transférer la patiente plus proche de son domicile ou de la faire soigner à son domicile car l'infrastructure est manquante. Alors que la patiente développe un « blues » de l'hôpital, son mari demande une place de stationnement pour handicapés directement devant le bâtiment de l'hôpital, et doit entre-temps faire des déplacements pénibles à travers le vaste site de l'hôpital. La fille du couple, qui a des enfants scolarisés, fait de son mieux pour faire la navette entre quatre endroits - son propre appartement, la maison de ses parents, l'hôpital et son lieu de travail.*

Cet exemple démontre que, du point de vue des professionnel-le-s, les adaptations que doivent faire les patient-e-s et leurs proches dans leur quotidien après une intervention médicale sont souvent inconnues. Faire face aux conséquences du progrès médical – c'est-à-dire assurer l'assistance et l'accompagnement dans la vie

quotidienne des patient-e-s – est bien moins spectaculaire que «l'art» chirurgical ou pharmaceutique, et est donc également moins alimenté et présenté dans les médias. Cependant, les défis des soins de longue durée à domicile restent inchangés. Un défi majeur réside dans la prise en compte des proches-aidants dans les stratégies de soins à longue durée, comme par exemple les priorités de Conseil fédéral «Santé2030», alors que le programme de promotion «Offres visant à décharger les proches aidants 2017-2020» avait apporté un éclairage très riche sur quelque 600 000 proches-aidants en Suisse. Il convient maintenant de mettre en place des concepts de soins intelligemment conçus et financés au niveau du ménage privé.

## Über die Autorin

Prof. Dr. Iren Bischofberger arbeitete langjährig in der klinischen Praxis, vor allem im Bereich HIV/Aids und auch in der Spitex. Sie durchlief währenddessen ihre Hochschullaufbahn in der Pflege- und Gesundheitswissenschaft im In- und Ausland. Heute widmet sie sich der Lehre und Forschung, vorwiegend zur Thematik der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen, sowie der Policy- und Gremienarbeit.