

# REAS – Ein wirksamer Hilfeplan bei komplexen gesundheitlichen und sozialen Problemen(?)

Einblick in das laufende Forschungs- und Entwicklungsprojekt  
„REAS“ – Regionale Anlaufstellen

*Panel I – Komplexe Kontexte*

11. Fachtagung Klinische Sozialarbeit «Wirkung» – 09. Juni 2022

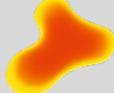
Simon Süsstrunk

Fachhochschule Nordwestschweiz – Hochschule für Soziale Arbeit , Olten

# Inhalte

- Informationen zum Gesamtprojekt (Ausgangslage, Zielgruppe, Methodik, Instrumente)
- Erste Ergebnisse der Interventionsforschung
  1. Merkmale des Samples
  2. Subjektive Lebensqualität mit «Seiqol» und nach «SF-12»
  3. Grösse der sozialen Netzwerke
  4. Verlaufsdaten zur «Zielerreichungsanalyse»
- Chancen und Limitationen

# Projekt Eckdaten

- GELIKO (Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz) Projektträger, FHNW Forschungspartner
- Co-Leitung (Hannes Lüthi aha!/GELIKO und Simon Süsstrunk FHNW)
- Laufzeit des Projekts: 2020 – 2024
- Umsetzungsregionen mit je 2-3 fallführende REAS-Fachpersonen (i.d.R. Sozialarbeitende):
  - Stadt Bern & Schaffhausen (d)
  - Westschweiz (f), Lausanne ist Ausbildungsstandort (HETSL)
- Projektförderung:  Gesundheitsförderung Schweiz  
Promotion Santé Suisse  
Promozione Salute Svizzera

## Bereich Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV)

- Team FHNW: Sarah Bühler, Raphael Calzaferri, Nadja Hess, Peter Sommerfeld, Maria Solèr, Simon Süsstrunk, Andrea Zumbrunn

# Ziele von REAS

## Zielgruppe im REAS-Projekt

Personen mit hoher Fall-Komplexität in Bezug auf die Problemsituationen (gesundheitliche und soziale Probleme) sowie auf Ebene des Unterstützungssystems (→ komplexe Kontexte)

## Case-Finding:

Zugang primär über Gesundheitsligen. Triage-Prozess nach definierten Kriterien (Multimorbidität, psychosoziale Probleme, Koordinationsbedarf, Überforderung der Klientel, Dauer der Hilfe)

→ Entscheid REAS-Intervention oder anderes Unterstützungsangebot

## Ziel auf Ebene der Patient\*innen:

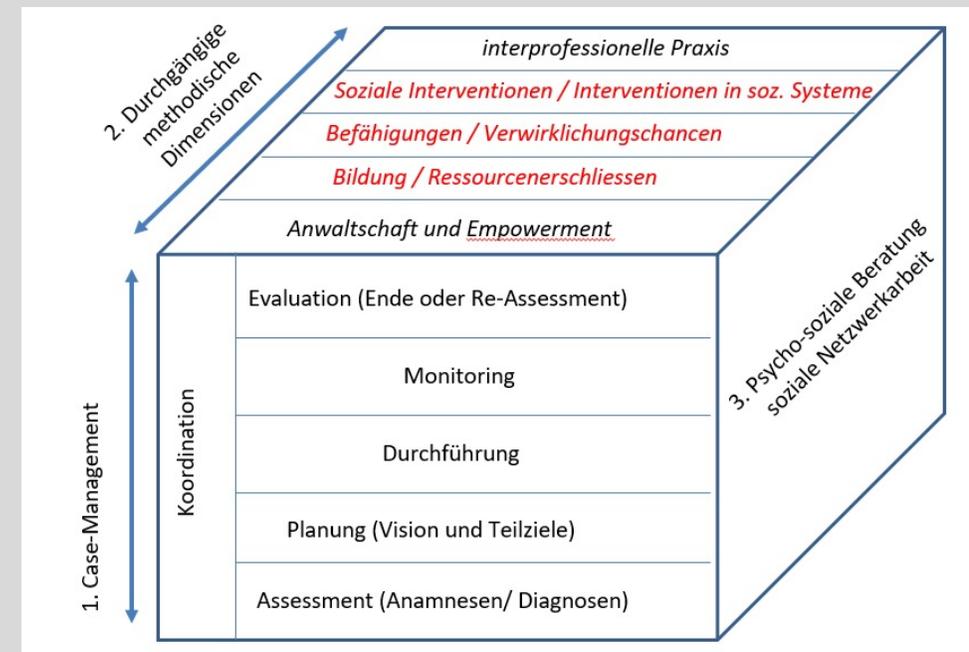
**Patient\*innen werden von REAS so begleitet, dass sie mit ihren gesundheitlichen Einschränkungen (wieder) ein Leben in guter Lebensqualität führen können, und dafür (auch) sozial gut integriert sind.**

# REAS-Handlungsansatz (Methodik) SCM

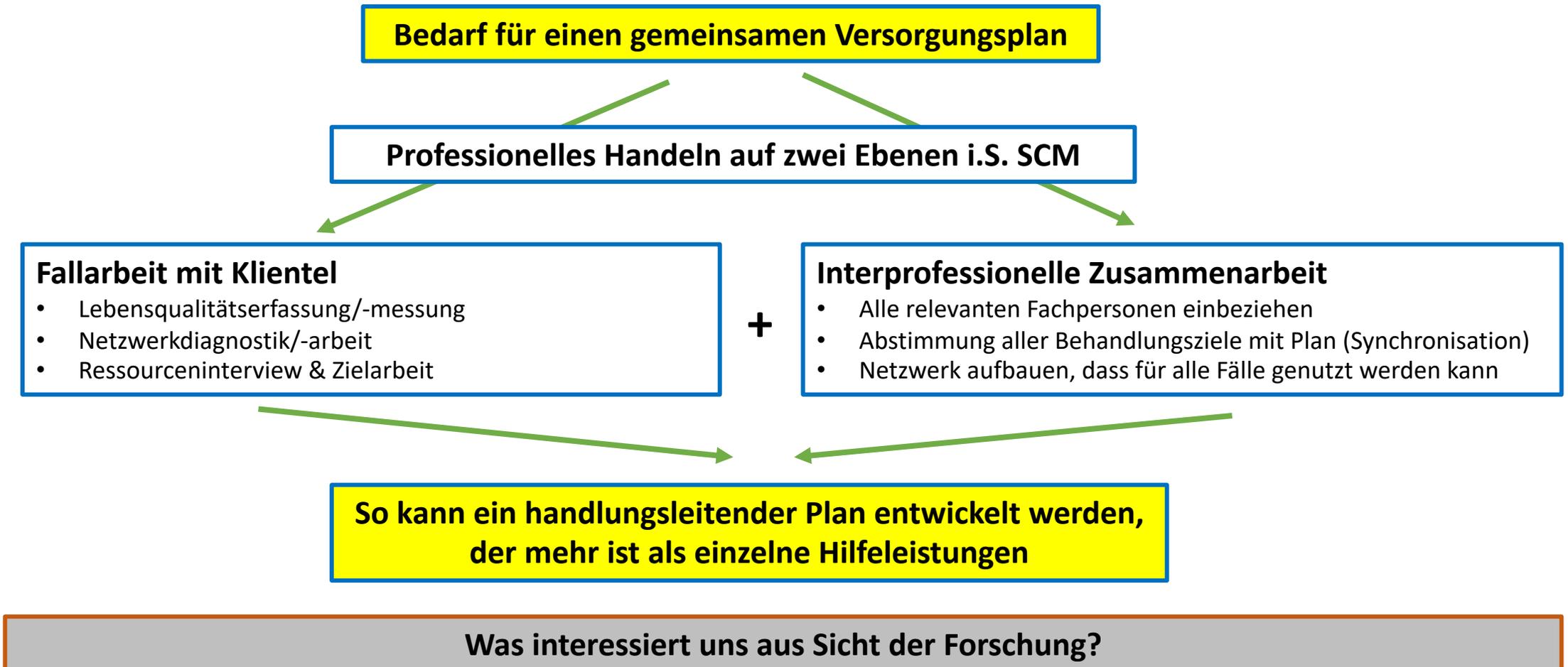
## Sozialtherapeutisches Case Management (SCM)

(vgl. Sommerfeld et al. 2016):

- Bewährte Case Management Vorgehen
- Methodische Dimension
- Psychosoziale Beratung und soziale Netzwerkarbeit



# REAS-Handlungsansatz (Methodik) SCM



# Begleitforschung des REAS-Projekts

1. Phase: Interventionsentwicklung
2. Phase: «Wirkungsmessung», Datenerhebung über zwei Datenquellen:
  - Fallführungssoftware (CASEnet und Visual Analytics)
  - Umfrage bei Klient\*innen

## Forschungsfragen 2. Phase (Auswahl):

- Wie zeigt sich die «Lebensqualität» bei den REAS-Patient\*innen mit gesundheitlichen und sozialen Einschränkungen? Und wie verhält sich der Wert über die Dauer der Intervention?
- Inwiefern konnte durch das SCM ein nutzbares regionales Netzwerk von professionellen Hilfen aufgebaut werden?
- Wie verändern sich die Lebensführung und die Befähigungen im Verlaufe der Unterstützung (hin zu einer förderlichen Lebensbewältigung und erreichten Zielen)?

# Ergebnisse:

## 1. Merkmale der Zielgruppe

### Wichtige (sozioökonomische) Eigenschaften des Samples (N=25, bis Mai 2022)

Merkmals	REAS-Klient*innen
Alter (n=25)	21-40 J.: 5 41-60 J.: 19 61-80 J.: 1 Mittelwert: 47 Jahre
Geschlecht (n=25)	Weiblich 17; Männlich 8
Höchster Bildungsabschluss (n=23)	Keine Angaben: 7; Oblig. Schule: 8; Berufslehre und Höhere Fachausbildung: 7; Fachhochschule/Universität: 1
Erwerbstätigkeit (n=22)	Ja: 2; Nein: 20
Soziale Sicherungssysteme (n=25, teils Mehrfachnennungen)	Sozialhilfe: 6; Invalidenversicherung: 14; Weitere: 10

## 2. Messung subjektiver Lebensqualität

### Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL)

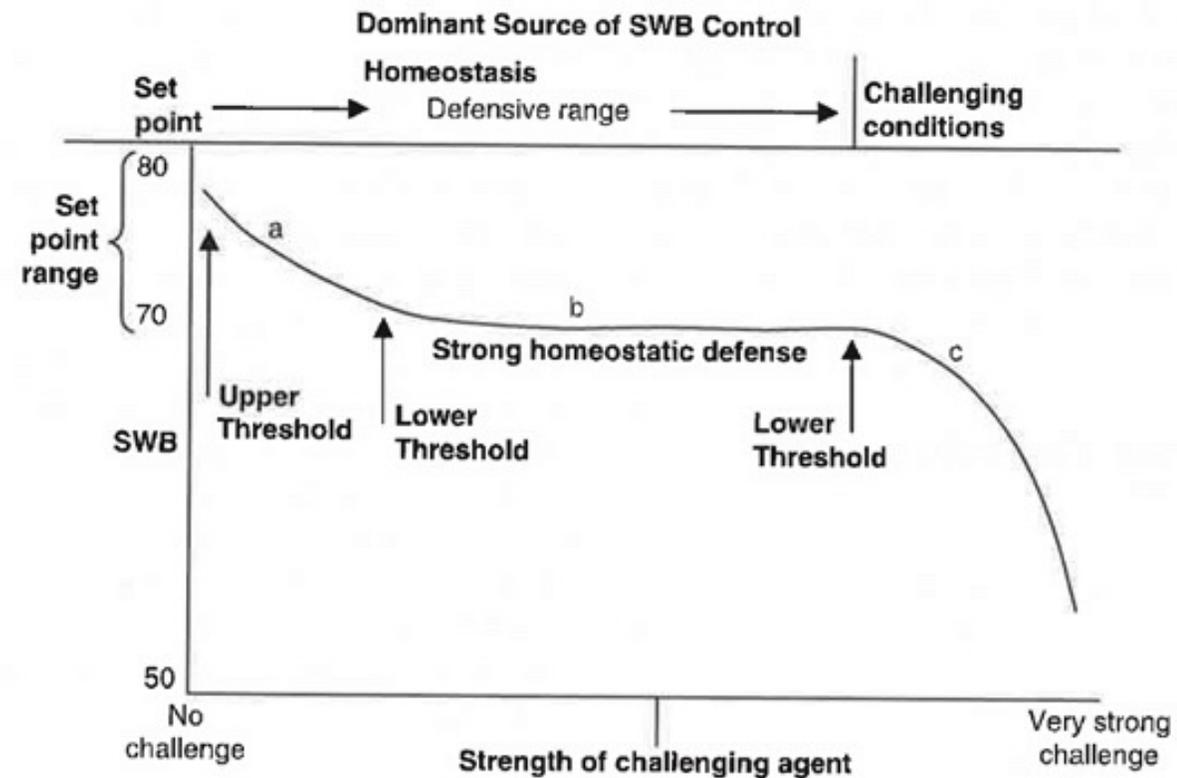
#### Lebenszufriedenheit (O'Boyle et al., 1993)

- Selbsteinschätzung
- Freie Bestimmung von fünf Lebensbereichen, Gewichtung anhand Wichtigkeit im Verhältnis zu anderen LB
- Bewertung der Zufriedenheit mit den fünf Lebensbereichen
- Gesamtwert (Index) auf einer Skala von 1 bis 100

→ Einsatz in REAS im Rahmen der Prozessgestaltung/Diagnostik mit Projekteigener Software, adaptiert  
→ Ziel: Besseres Fallverstehen, Index als Grundlage für die Einschätzung der Lebensqualität, Index im Verlauf zur Analyse der Veränderungen

# Wie können die Werte eingeordnet werden?

- Modell der Wohlbefindens-Homöostase (Gleichgewichtszustand) (Cummins 2005)



**Fig. 4.3** Changing levels of SWB as homeostasis is challenged

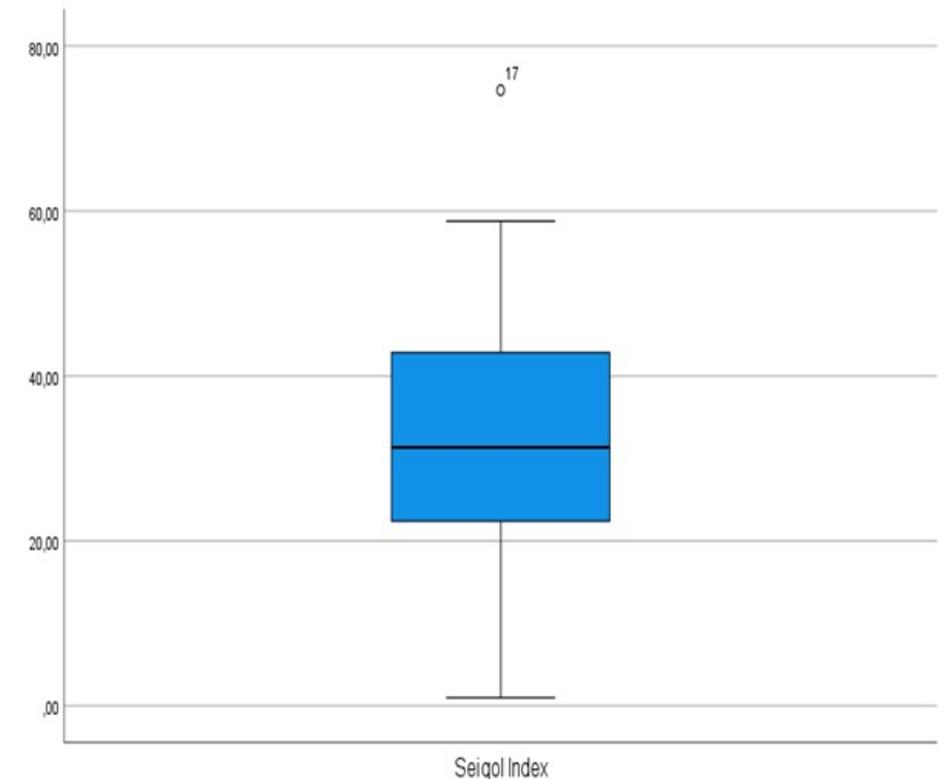
## Subjektive Lebensqualität (SEIQoL) der REAS-Klient\*innen (n=17)

Mittelwert der REAS-Klient\*innen: **34**

Vergleichsstudien bei Gesamtbevölkerung liegen bei ca. 75 Punkte (Cummins 2005).

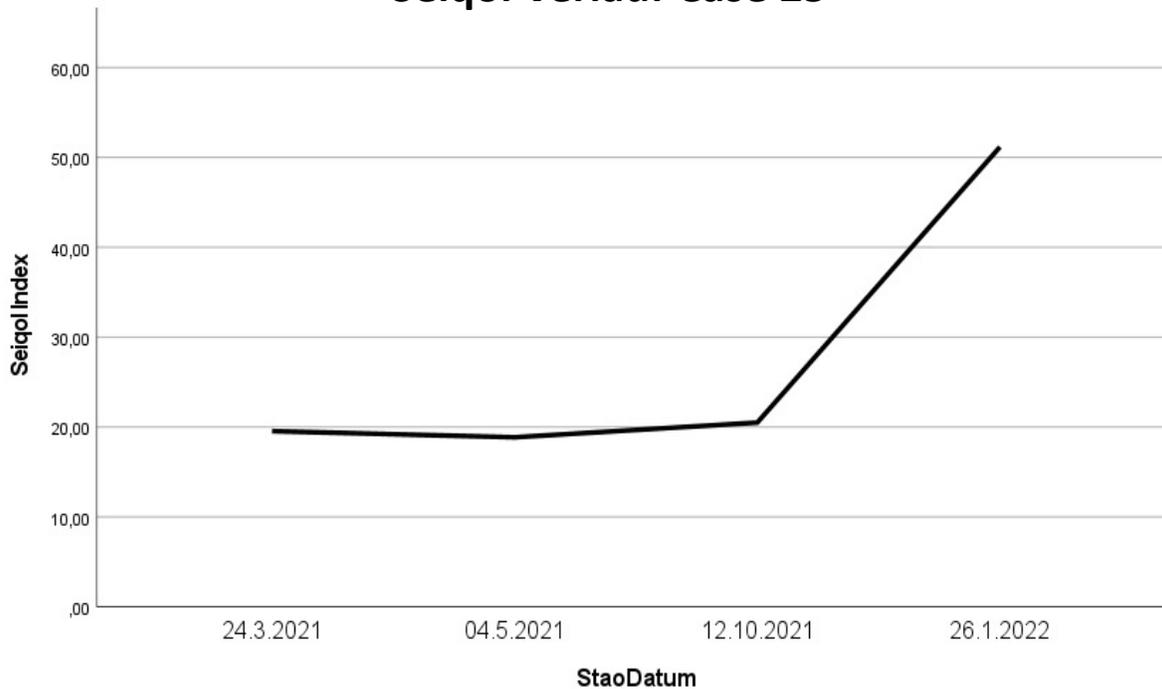
Bei (gesundheitlich) belasteten Personen bei ca. 60 Punkten (Las Hayas et al, 2016), in eigenem Projekt «ALIMEnt» im Schnitt auch bei 60 Punkten (Zumbrunn et al. 2022)

- Bei REAS-Klient\*innen demnach sehr tiefe Werte
- Hohe Vulnerabilität
- Interne und Externe Ressourcen reichen nicht aus um Lebenssituation selbst zu bewältigen



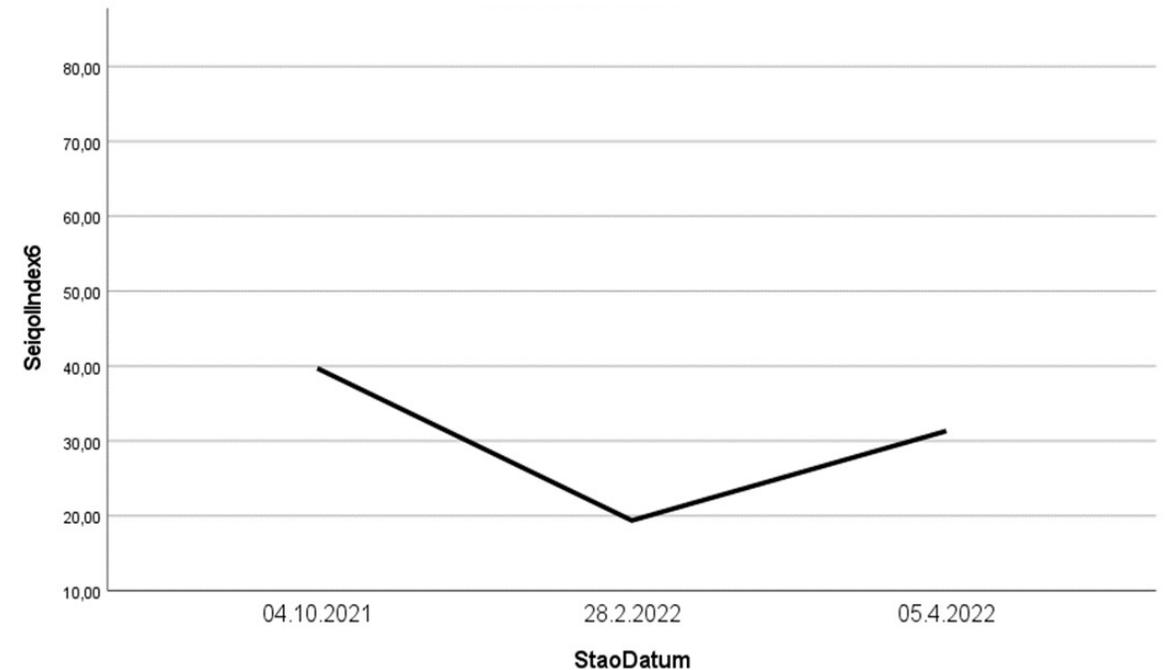
# Veränderung des SEIQoL-Index über mehrere Messzeitpunkte «Case 25 und 71»

**Seiqol Verlauf Case 25**



**Verlauf von ca. 20 auf 50 Index-Punkte**

**Seiqol Verlauf Case 71**



**Verlauf von ca. 40 auf 30 Index-Punkte**

## Subjektive Lebensqualität nach SF-12 der REAS-Klient\*innen (n=13)

SF-12 (Short Form): Standardisiertes Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Fremd- oder Selbsteinschätzung). Erhebung über Fragebogen (online oder Paper/Pencil), ab t0 alle 4 Monate.

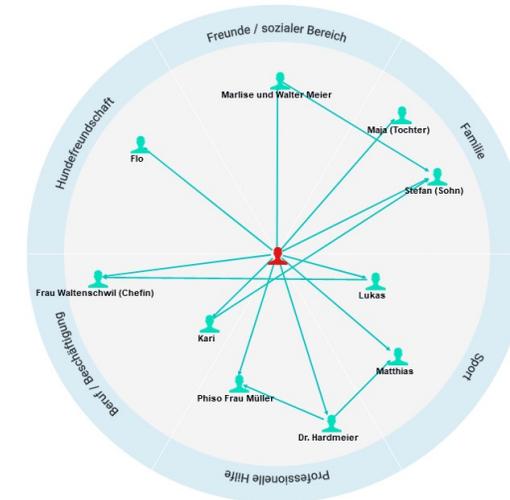
	Deutsche Normstichprobe 1994 (Mittelwert)	REAS-Klient*innen zum Zeitpunkt t0
Körperliche Summenskala	49	35
Psychische Summenskala	52	21

(vgl. Morfeld et al. 2011)

### 3. Erfassung des sozialen Netzwerks

#### Netzwerkdiagnostik (vgl. Pantucek 2019)

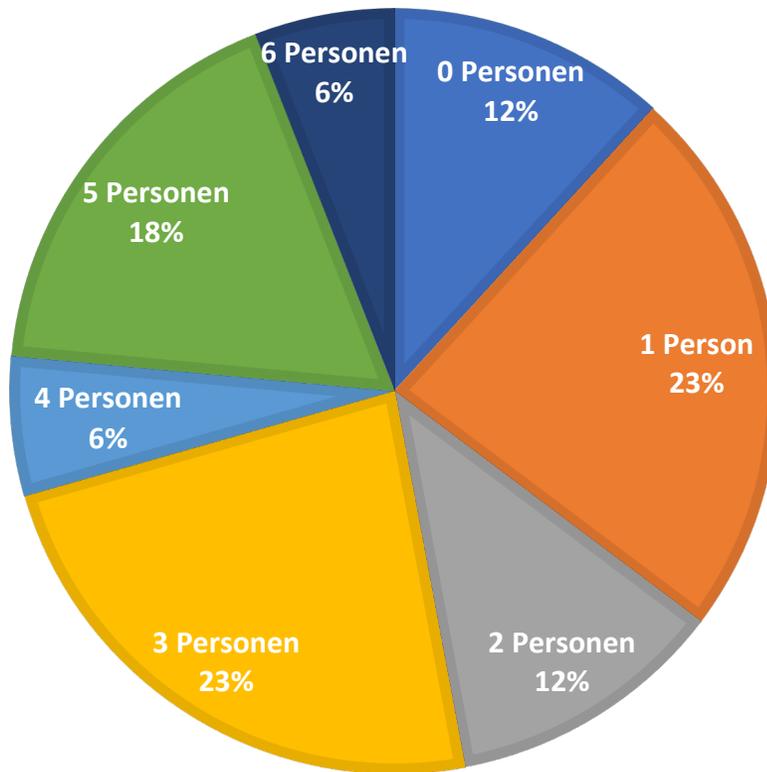
- Einbindung des Menschen in das Soziale (Beziehungen sind zentral)
- Potential der lebensweltlichen Unterstützung
- Netzwerkdarstellungen (Netzwerkkarte) ermöglichen Übersicht, Netzwerkgrösse, Verhältnis der Sektoren zueinander
- Netzwerke „gesunder“ Personen verweisen auf ca. 40 andere Personen. Klient\*innen mit Einschränkungen nur auf 6 – 20, bzw. 4 – 25 (vgl. Richter-Mackenstein 2017)



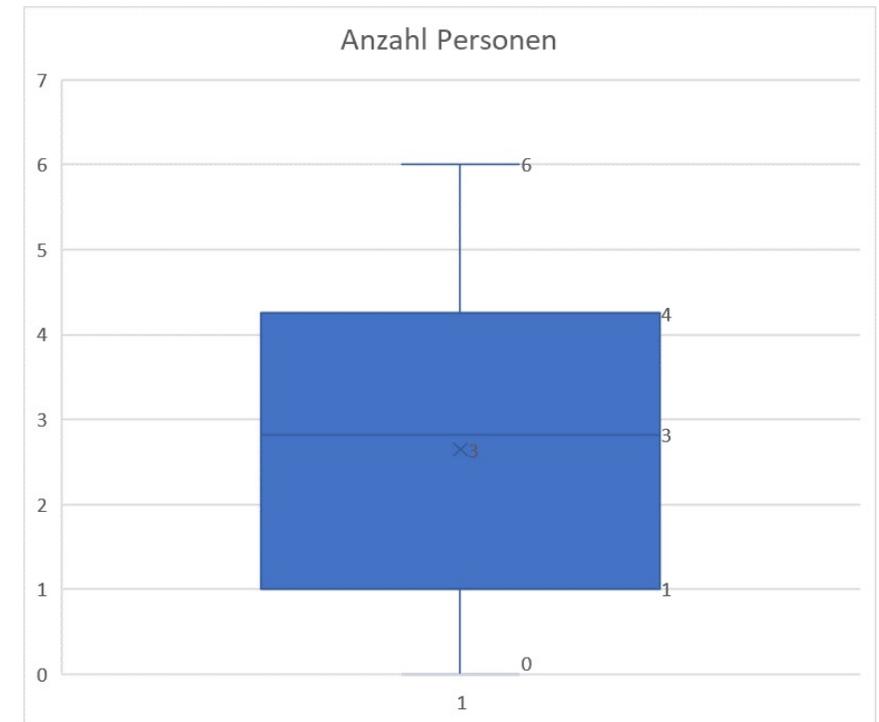
- Einsatz in REAS im Rahmen der Diagnostik mit Projekteigener Software, adaptiert
- Ziel: Besseres Fallverstehen, Potential sozialer Ressourcen erkennen, Verhältnis zum prof. Netzwerk
- Analyse der Netzwerkgrösse, & -dichte, Veränderungen der Netzwerkstruktur über mehrere Messzeitpunkte

## Soziale Netzwerk der REAS-Klient\*innen (n=17)

ANZAHL PERSONEN IM NETZWERK



Durchschnittliche Netzwerkgrösse: 3 Personen



## 4. Zielerreichungsanalyse (Reichert und Pauls 2017)

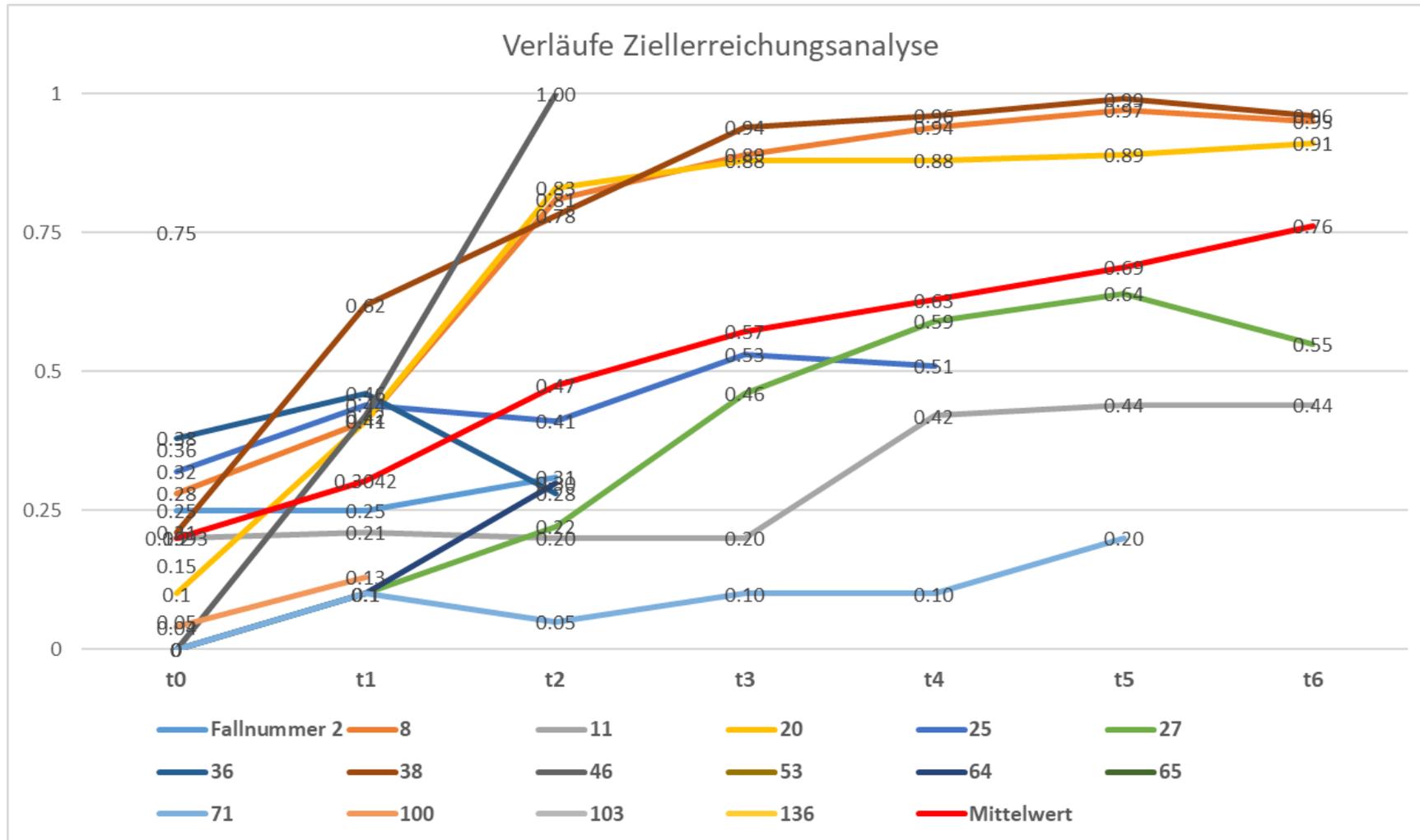
- Zieldefinitionen bezogen auf veränderungsbedürftige Probleme
- Kriterien für Zielerreichung = Grad der Zielerreichung wird während Prozess und zum Ende einer Interventionsphase durch die Klient\*innen beurteilt
- Veränderungsgrad quantifizierbar und darstellbar (0-1)



< 0.25	0.25 – 0.50	0.5 – 0.75	0.75 - 1
Unverändert bis gering	Etwas – Akzeptabel	Spürbar, Gut	Deutlich - Optimal

- Einsatz in REAS im Rahmen der Prozessgestaltung/Diagnostik mit Ziel: Fokus auf erwünschten Zustand lenken. Konsequente Arbeit an den Zielen.
- Abstufung des Erreichungsgrads einfach erkennbar für Klient\*innen
- Analyse des Verlaufs des Erreichungsgrads (pro Fall und über Gesamtgruppe)

# Zielerreichungsanalyse der REAS-Klient\*innen (n=15)



# Chancen und Limitationen bei Methodik und Forschung

- Verständnis der Fall- und Prozessarbeit wurde in Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis entworfen.
- Geringer Zeitdruck bei den Professionellen ermöglicht hohen Gestaltungsspielraum
- Datengenerierung während Fallarbeit (kein zusätzlicher Aufwand)
- Nutzung der Instrumente für die Professionellen erschwert wegen vulnerablen Gruppen (Dringlichkeiten bei Multiproblemlagen, kognitive Einschränkungen) → wenig verfügbare Daten
- Spielraum in der Verwendung der Instrumente kann teils zu aufwändigen Datenbereinigungen führen

Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Fragen und Diskussion

# Literatur

- Cummins, Robert A/Lau, Anna L D/Davern, Melanie T (2012). Subjective Wellbeing Hemeostatis. In: Land, Kenneth C./Michalos, Alex C./Sirgy, M. Joseph (Hg.). Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research. S. 20.
- Las Hayas, Carlota/Padilla, Patricia/del Barrio, Andrés Gómez/Beato-Fernandez, Luís/Muñoz, Pedro/Gámez-Guadix, Manuel (2016). Individualised Versus Standardised Assessment of Quality of Life in Eating Disorders: Assessment of QoL in Eating Disorders. In: European Eating Disorders Review. 24. Jg. (2). S. 147–156. DOI: 10.1002/erv.2411.
- Morfeld, Matthias/Kirchberger, Inge/Bullinger, Monika (2011). SF-36, Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- O’Boyle, Ciarán A/Browne, John/Hickey, Anne/Joyce, C R B (1993). Department of Psychology Medical School Royal College of Surgeons in Ireland Mercer Building Mercer St Dublin 2 Ireland. S. 13.
- Pantucek-Eisenbacher, Peter (2019). Soziale Diagnostik – Netzwerkdiagnostik. Vandenhoeck & Ruprecht Verlag. Darin: Netzwerkdiagnostik. S. 187-222.
- Richter-Mackenstein (2017). Netzwerkanalyse mit easyNWK. Erste empirische und metrische Erkenntnisse einer Diagnostik sozialer Hilfebedürftigkeit. Soziale Arbeit 66 (3). S. 88-96.
- Reichert, Michael/Pauls, Helmut (2015). Die Zielerreichungsanalyse (ZEA) als Methode der Einzelfallanalyse. In: Michael Reichert & Philippe A. Genoud (Hrsg.) (2015), Einzelfallanalysen in der psychosozialen Forschung und Praxis (S. 61-84). Weitransdorf: ZKS-Verlag.
- Sommerfeld, Peter/Dällenbach, Regula/Rüegger, Cornelia/Hollenstein, Lea (2016). Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Wiesbaden, Springer VS Verlag.
- Zumbrunn, A., Hess, N., Solèr, M., Hüttemann, M., Süsstrunk, S. & Sommerfeld, P. (2022). Messung der subjektiven Lebensqualität von Klient\*innen klinischer Sozialarbeit im Interventionsverlauf. SZSA (in press).