

# Kulturelle Unterschiede in der Wahrnehmung von psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz

Peter J. Schulz

Institut für Kommunikation & Gesundheit

Università della Svizzera italiana

Swiss Academy of Insurance Medicine

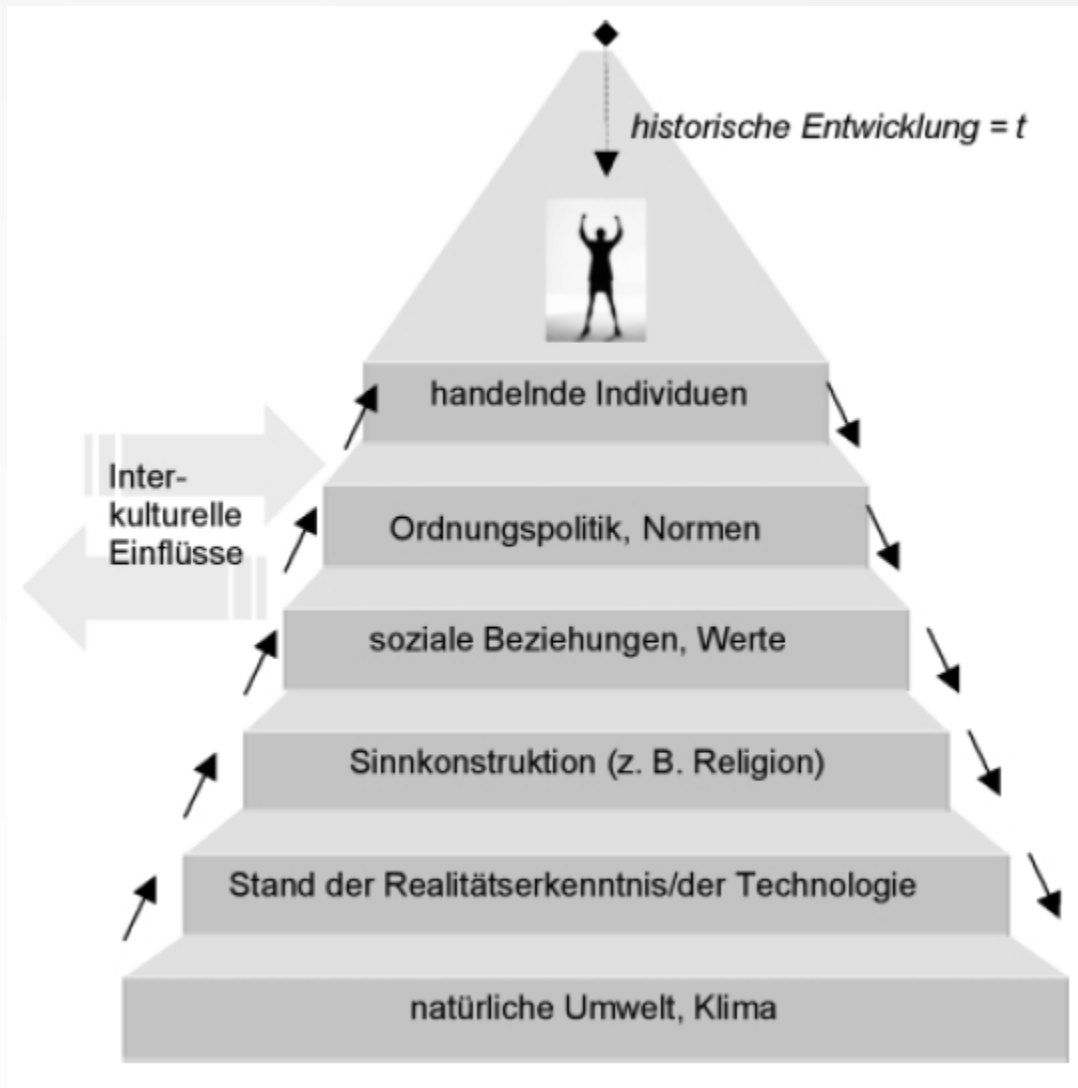
Basel, 14. Mai 2014



# Krankheitskonzepte von Patientinnen und Patienten – who cares?



# Kultur als soziales Phänomen



Bolton, J. (2007). *Interkulturelle Kompetenz. 4. vollständig überarbeitete Auflage.* Erfurt

# Die Schweiz als Kulturraum

„Die Schweiz ist keine Nation im Sinne eines einheitlichen Sprach- und Kulturraums, sondern eine politische Willensnation aus vier Sprach- und Kulturräumen, dem deutschen, dem französischen, dem italienischen und dem rätoromanischen, die je in sich vielfältig gegliedert und differenziert sind.“

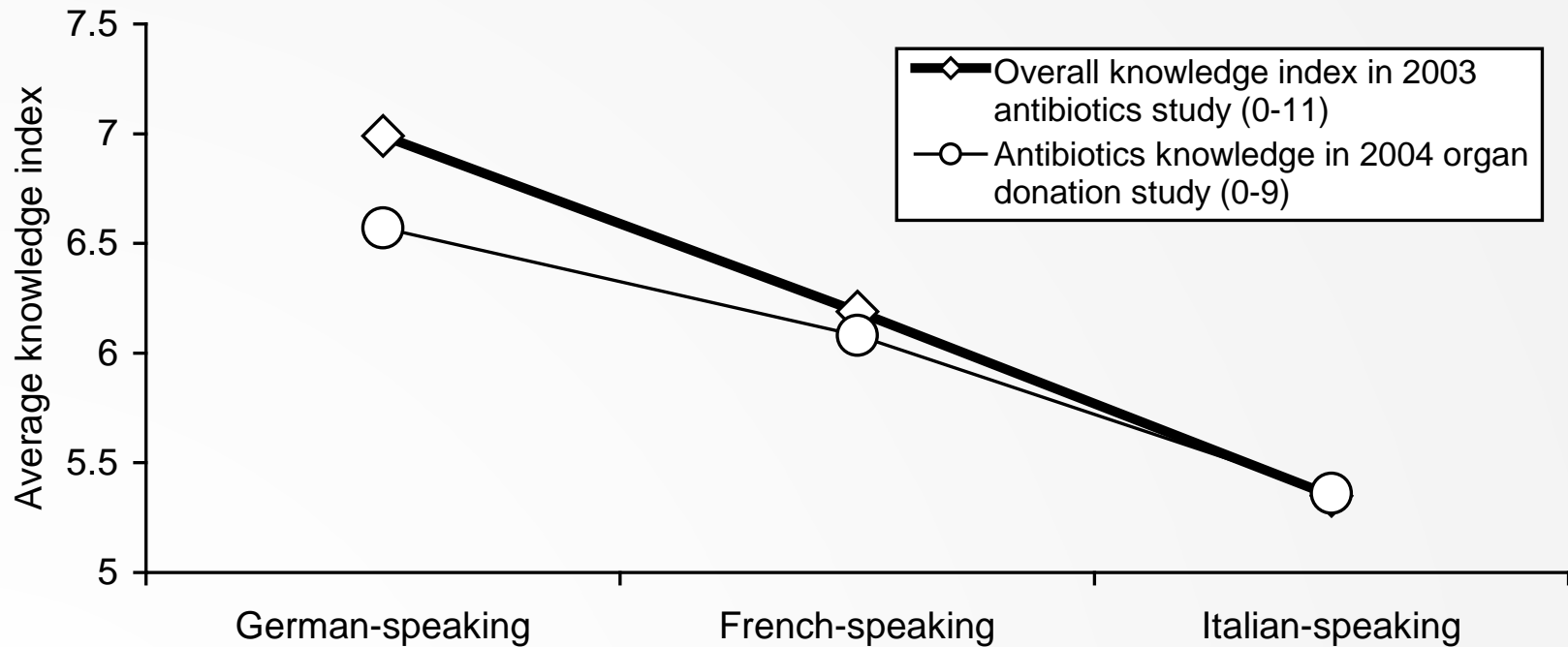
*Rusterholz, P. & Solbach, A. (2007). Schweizer Literaturgeschichte. Stuttgart*

# Beispiel 1: Antibiotika-Verordnungen

- Unwissen und Ängste der Patienten erzeugen bei den Ärzten einen Verschreibungsdruck (Betten et al., 2006)
- Das Missverständnis bezüglich Antibiotika: «es wirkt immer» versus «ist unbedingt zu vermeiden» (Schulz et al., 2005)
- Das Gespräch der Hausärzte mit Patienten über Wirkungen einer Antibiotika-Behandlung reduziert unnötige Verschreibungen

# Wissensindex bezüglich Antibiotika

Figure 9: Knowledge indices in two different surveys



Swiss resident population, aged 18-65; April 2003 (IHA-GfK Schweiz, Befragung Gesundheit/ Antibiotika).

# Beispiel 2: Risikowahrnehmung



- Projekt finanziert durch
- **Zielsetzung:** Untersuchung von Unterschieden in der Risikowahrnehmung von Mobilfunkstrahlung zwischen D-CH und I-CH
- **Methode:** Persönliche Interviews von D-CH (Winterthur) und I-CH (Lugano) in 2009
  - D-CH: N = 313
  - I-CH: N = 321
- **Zielgruppe:** Schweizer Bevölkerung ab 18 Jahren mit entsprechend schweizerdeutschen / italienischen Sprachkenntnissen

# Beispiel 2: Risikowahrnehmung

Table 5: General risk perception of different hazards explored for language groups

	Swiss-Germans (N=313)	Swiss-Italians (N=321)	Mean Diff. <sup>a)</sup>	Significance
Smoking	5.93	6.36	0.43	$t = -4.194; df = 631; p < .001$
Particulate matter	4.64	5.77	1.13	$t = -8.941; df = 631; p < .001$
Nuclear energy	4.62	5.45	0.83	$t = -5.732; df = 631; p < .001$
Genetically modified food	4.50	4.98	0.48	$t = -3.277; df = 630; p = .001$
Cell phone towers	4.23	5.03	0.80	$t = -5.688; df = 631; p < .001$
Cell phones	3.63	4.36	0.73	$t = -5.441; df = 630; p < .001$
Wireless Internet	3.27	3.88	0.59	$t = -4.344; df = 622; p < .001$
I/H5N5 (swine flu)	3.11	3.99	0.88	$t = -5.195; df = 628; p < .001$
Cordless phones (DECT)	2.84	3.48	0.64	$t = -4.780; df = 630; p < .001$
Average non-radiation items	4.56	5.31	0.75	
Radiation items	3.47	4.19	0.73	

<sup>a)</sup> Difference was computed by subtracting the average for Swiss-Germans from the average for Swiss-Italians. Positive values indicate the risk was perceived as larger among Swiss-Italians than among Swiss-Germans.

Keller, S. (2011). "Mobile" communication across language groups: Considering differences in risk perception of cell phones between Swiss-Germans and Swiss-Italians. Unveröffentlichte Dissertation.



# Beispiel 3: Gesundheitsförderung

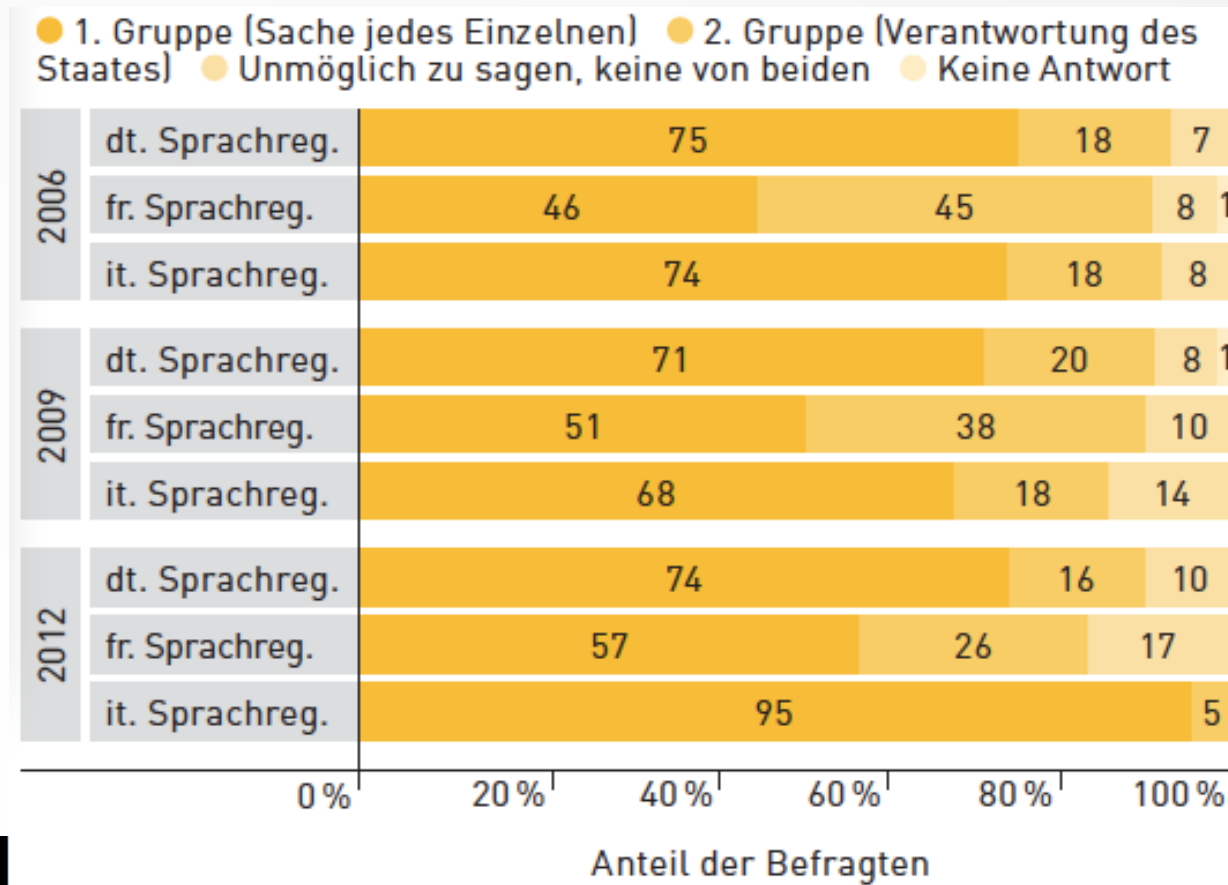


- Projekt in Zusammenarbeit mit
- **Zielsetzung:** Regelmässige Bestandsaufnahme zu Wissen, Einstellung und Wahrnehmung zu den Themen Ernährung, Bewegung und Körpergewicht
- **Methode:** Alle 3 Jahre repräsentative telefonische Befragung in den 3 Sprachregionen
  - 2006: N = 1441
  - 2009: N = 1008
  - 2012: N = 1005
- **Zielgruppe:** Gesamtbevölkerung ab 16 Jahren

# Beispiel 3: Gesundheitsförderung

## Zuschreibung von Verantwortlichkeiten

Frage: *Es gibt Leute, die denken, es sei Sache jedes Einzelnen, ob man sich gesund ernährt, Sport treibt, zu dick oder zu dünn ist. Andere hingegen finden, dass der Staat Bedingungen schaffen sollte, die es den Menschen erleichtern, sich gesund zu verhalten. ... Zu welcher Gruppe würden Sie sich zählen?*



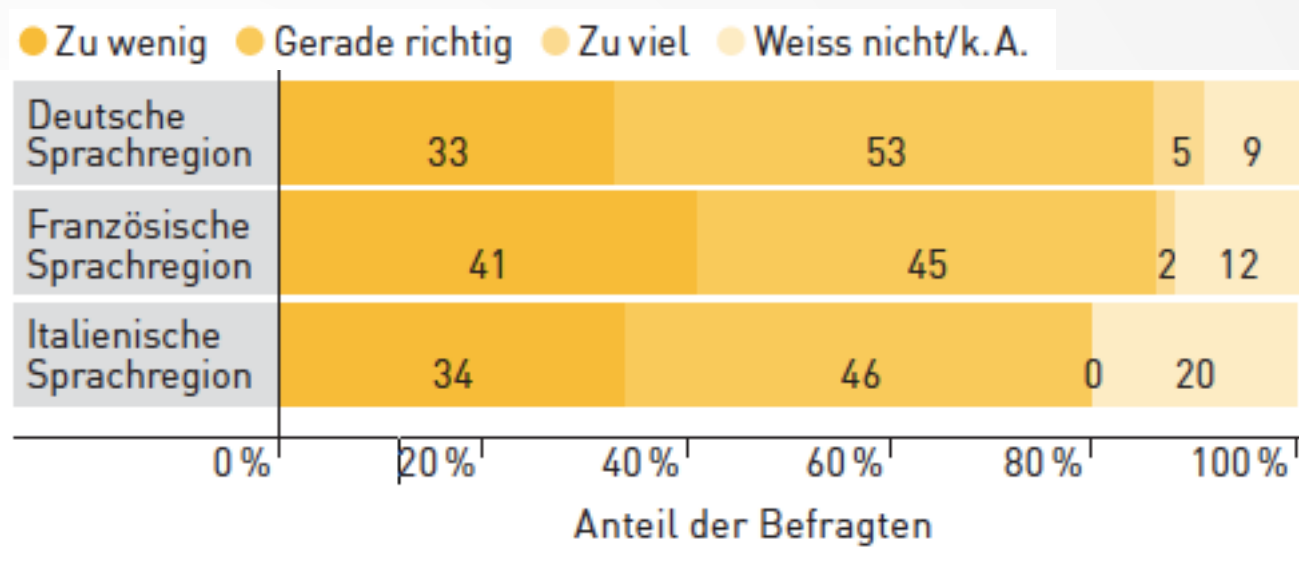
*Dubowicz, A., Camerini, A. L., Ludolph, R., Amann, J., & Schulz, P. J. (2013). Ernährung, Bewegung und Körpergewicht: Wissen, Einstellung und Wahrnehmung der Schweizer Bevölkerung, Ergebnisse der Bevölkerungsbefragungen von 2006, 2009 und 2012, Arbeitspapier 6, Bern und Lausanne.*

# Beispiel 3: Gesundheitsförderung

## Unterstützung für die Finanzierung von Gesundheitsförderung

Frage: *Unter Gesundheitsförderung versteht man Massnahmen, die unabhängig von bestimmten Krankheiten, also ganz allgemein, die Menschen unterstützen sollen, gesund zu leben. Auch hier die Frage: Nach allem, was Sie wissen, glauben Sie, dass in der Schweiz dafür zu wenig Geld oder zu viel Geld oder gerade genug Geld ausgegeben wird?*

Basis: Follow-up-Messung 2012, N = 1005



*Dubowicz, A., Camerini, A. L., Ludolph, R., Amann, J., & Schulz, P. J. (2013). Ernährung, Bewegung und Körpergewicht: Wissen, Einstellung und Wahrnehmung der Schweizer Bevölkerung, Ergebnisse der Bevölkerungsbefragungen von 2006, 2009 und 2012, Arbeitspapier 6, Bern und Lausanne.*

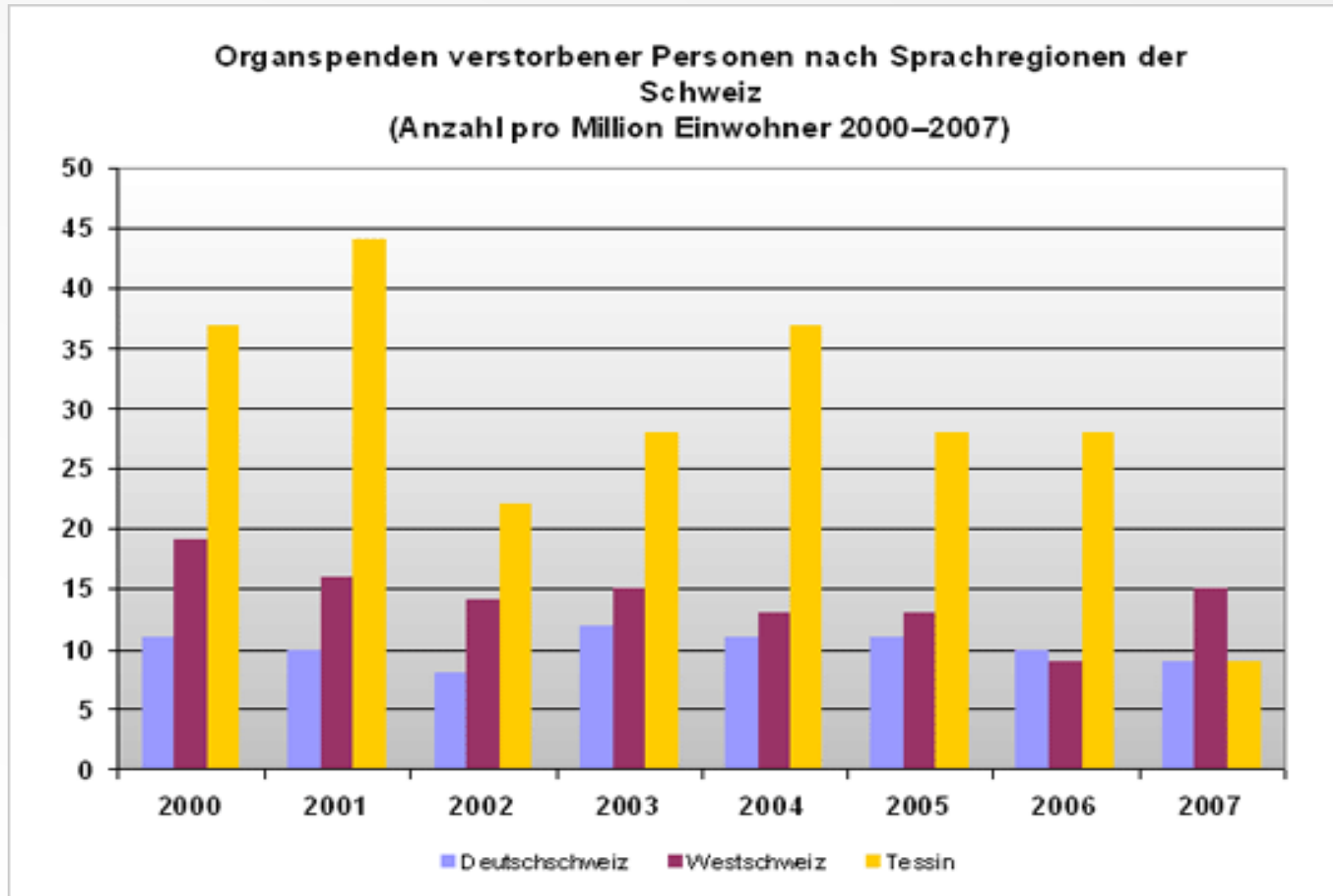
# Unterschiedliche (kulturelle) Wahrnehmungen von Gesundheitsthemen

## Beispiel 4: Organspende

# Beispiel 4: Organspende

- In der Schweiz – wie in vielen anderen Ländern – überschreitet die Anfrage von Organen den Bedarf.
- In 2010 warteten circa 1'025 Menschen in der Schweiz auf ein Spenderorgan, nur 508 erhielten ein Organ (Anzahl der Wartenden steigt, während jene der Spender stabil bleibt).
- Trotz mehr als 25-jähriger Bemühung (z.B. Kampagnen, Aufklärung) haben sich kaum Änderungen gezeigt.

# Beispiel 4: Organspende



Bundesamt für Gesundheit <http://www.bag.admin.ch/transplantation/00692/index.html?lang=de> [2.6.2009]

# Beispiel 4: Organspende



- Projekt finanziert durch
- **Zielsetzung:** Untersuchung von Unterschieden in der Einstellung zur Organspende zwischen D-CH, F-CH und I-CH
- **Methode:** Repräsentative telefonische Befragung in den 3 Sprachregionen in 2004
  - D-CH: N = 904
  - F-CH: N = 324
  - I-CH: N = 281
- **Zielgruppe:** Schweizer Bevölkerung ab 18 Jahren

*Schulz, P.J., Nakamoto, K., Brinberg, D., & Haes, J. (2006). More than nation and knowledge: Cultural micro-diversity and organ donation in Switzerland, Patient Education and Counseling, 64, 294-302.*

# Beispiel 4: Organspende

Wissen, Einstellung und Verhalten zu Organspende und (-Karte)				
	D-CH (%)	F-CH (%)	I-CH (%)	
Hat Organspendekarte unterschrieben	13.1	23.1	15.7	$\chi^2 = 18.1,$ $p < .001$
Würde Organe spenden	53.4	71.9	50.4	$\chi^2 = 41.1,$ $p < .001$
Würde Organe von Verwandten spenden	69.6	81.5	76.4	$\chi^2 = 73.4,$ $p < .001$

Schulz, P.J., Nakamoto, K., Brinberg, D., & Haes, J. (2006). *More than nation and knowledge: Cultural micro-diversity and organ donation in Switzerland*, *Patient Education and Counseling*, 64, 294-302.



# Wissen, Emotionen, und soziale Kontakte im Blick auf Organspende (Mittelwerte)

Aspekt bzw. Skala	Sprachgruppen			P<
	Deutsch	Franz.	Ital.	
Objektives Wissen	8.82	7.77	7.30	.001
Negative Emotionen hinsichtlich Unterschrift eines Organspendeausweises	0.86	0.57	0.67	.001
Positive Emotionen hinsichtlich eines Organspendeausweises	2.29	2.75	2.72	.001
Prozedurales Wissen	.190	.327	.121	.001
Nähe zu anderen mit Organspendeausweis	-.239	.150	-.041	.001
Kontakt mit anderen die mit Organspende zu tun haben (z.B. Ärzte)	0.63	0.81	1.12	.001
Moralische Bedenken bezügl. Organspende	1.07	0.70	0.92	.001

# Regressionsmodel: Faktoren die ein Engagement bezgl. Organspende wahrscheinlich erscheinen lassen

	Deutsch		Franz.		Ital.	
N	667		199		164	
Model $R^2$	.337		.402		.398	
Prediktor	Koeff.	$p <$	Koeff.	$p <$	Koeff.	$p <$
Positiver Affekt	.160	<.01	.055	<.10	.132	<.01
Negativer Affekt	-.165	<.01	-.180	<.01	-.168	<.01
Objektives Wissen	.019	<.05	.061	<.01	-.020	ns
Moralische Bedenken (gegen Gott & Natur)	-.097	<.01	-.018	ns	-.154	<.01
Kenntnis anderer mit Organspendeausweis	.059	<.01	.101	<.01	.096	<.01
Kenntnis anderer die mit Organspende zu tun haben	.026	ns	.086	<.01	.035	ns
Prozedurales Wissen: wo erlangt man einen Organspendeausweis	.151	<.01	.059	ns	.149	ns
Kenntnis SwissTransplant	.139	<.01	.085	ns	-.052	ns
Alter	-.003	<.01	-.005	<.05	-.004	<.10

# Was erklärt die unterschiedlichen Krankheitskonzepte von Patienten und Patientinnen?

# Common Sense Model of Illness Representation

- Individuen bilden mentale Repräsentationen ihrer Krankheit, basierend auf verschiedenen Informationsquellen:
  - Medien, soziale Kontakte, kulturelles Umfeld sowie eigene Krankheitserfahrungen
- Informationen aus diesen Quellen führen dazu, der Krankheit einen Sinn zu geben. Individuen sind aktive Problemlöser
- Der Inhalt der mentalen Repräsentationen lässt sich anhand 5 verschiedener Dimensionen gliedern.

Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ (1984). Illness representations and coping with health threats.

# Common Sense Model of Illness Representation

Kognitive Repräsentationen	
Was gehört zur Krankheit? Identität	Z.B.: Nebenwirkungen der Behandlung werden als zugehörig betrachtet
Woher kommt sie? Ursachen	Z.B.: Kurzatmigkeit vom Rauchen – Bereitschaft aufzuhören
Wie lange werde ich daran leiden? Dauer	Z.B. Annahme kurzer Dauer macht die Unterbrechung der Therapie wahrscheinlich
Ist sie kontrollierbar, heilbar? Kontrolle	Z.B. Grade der Selbstwirksamkeit entscheidend
Hat sie Folgen? Folgen	Z.B. Einfluss auf Bewältigung, emotionale Folgen

Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ (1984). Illness representations and coping with health threats.

# CSM Model - Befunde

- Validierte Fragebögen um subjektive Krankheitswahrnehmungen (CSM) zu messen (u.a. Broadbent et al., 2006)
- Verschiedene Meta-Analysen ergeben, dass eine Reihe der angenommenen kausalen Relationen zwischen den Konstrukten konsistent sind (Hagger & Orbell, 2003).
- Insbesondere gilt dies für den Zusammenhang zwischen subjektiven Krankheitstheorien – Bewältigungsstrategien – sowie dem Gesundheitszustand.

# CSM Model - Befunde

- Starke Beziehungen bestehen zwischen:
  - angenommenen Konsequenzen und Vermeidung bzw. Ausdrücken von Emotionen (Hagger & Orbell, 2003).
  - Kontrolle und kognitiver Umdeutung bzw. problemfokussierter Bewältigung
  - Identität und Vermeidung bzw. Ausdrücken von Emotionen
- Relativ schwache Zusammenhänge bestehen zwischen:
  - Wahrgenommener Dauer der Erkrankung und Vermeidung bzw. kognitiver Umdeutung;
  - Schwerwiegende antizipierte Konsequenzen weisen negative Zusammenhänge mit Lebensqualität auf.
- Es fehlen Längsschnittstudien sowie Studien zur Erfassung kultureller Unterschiede in Krankheitswahrnehmungen

# Kulturelle Unterschiede bezüglich Rückenschmerzen und psychosozialer Belastungen am Arbeitsplatz.

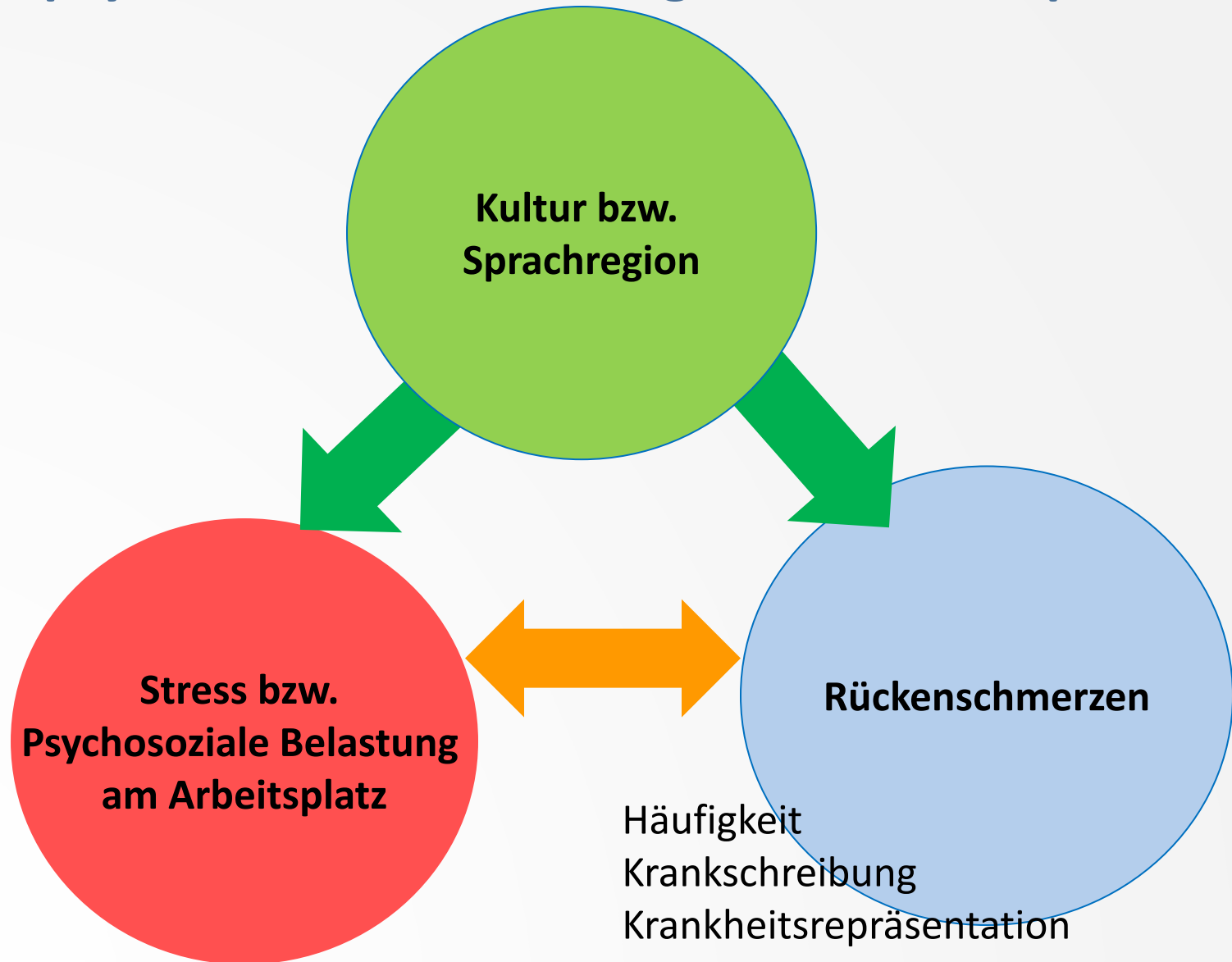
- Zweijähriges Projekt, finanziert durch SUVA Progrès
- P. Schulz, S. Zurbriggen, J. Lenares, M. Rossi, C. Zanini
- Inhalt:
  - Daten- und Literaturrecherche
  - Qualitative Interviews mit Ärzten in den drei Sprachregionen (n=15)
  - Qualitative Interviews mit Patienten in den drei Sprachregionen (n=14)
  - Quantitative Befragung in den drei Sprachregionen (n=1259)
  - Fokusinterviews zu Intervention in den drei Sprachregionen (n=16)



# Quantitative Befragung

- Websurvey, n=1259
- Durchgeführt von Umfrageinstitut Link, vom 20.1.- 4.2. 2011
- Einschlusskriterium: Leiden an Rückenschmerzen während des letzten Jahres & sind ausser Haus arbeitstätig
- Rücklaufquote: 35.7%
- 699 Männer & 560 Frauen
- Alter = 42 Jahre (SD = 10.5; 16-65 Jahre)
- 711 auf Deutsch, 329 auf Französisch, 219 auf Italienisch

# Kulturelle Unterschiede in der Wahrnehmung von psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz



## Symptombeschreibung

		D-CH	F-CH	I-CH
Anzahl Wörter		7.25±6.33	9.64±6.09	8.35±4.89
Quantitative Adjektive/Adverbien <i>z.B. stark, steigend, sehr</i>		<b>7.2</b>	13.7	14.2
Qualitative Adjektive/Adverbien <i>z.B. stechend, verspannt, unangenehm</i>		30.2	<b>42.6</b>	24.2
Frequenz <i>z.B. meist, öfter, manchmal</i>		11.3	18.5	<b>21.0</b>
Lokalisation	<i>1=genau</i>	18.7	6.7	7.3
Schmerz	<i>2=ungenau</i>	22.1	<b>50.2</b>	43.4
	<i>3=generalisiert (überall)</i>	24.8	3.0	4.6
Diagnose	<i>1=genau</i>	4.4	7.0	<b>10.0</b>
	<i>2=ungenau</i>	1.4	7.3	<b>11.4</b>
Ursache	<i>1=genau</i>	7.9	7.6	7.3
	<i>2=ungenau</i>	9.1	10.6	11.4

Verschlüsselung einer offenen Frage. Angaben in Prozent.

## Modell von Leventhal et al.

	D-CH	F-CH	I-CH
Identität (= Intensität der Schmerzen)	1.8 <sup>a</sup> ± 1.6	2.0 <sup>a</sup> ±1.7	2.0 <sup>a</sup> ± 1.8
Zeitverlauf (= erwartete Dauer)	4.1 <sup>a</sup> ± 2.3	4.7 <sup>b</sup> ± 2.2	4.3 <sup>ab</sup> ± 2.4
Konsequenzen (= Stärke der Beeinträchtigungen)	2.5 <sup>a</sup> ± 1.6	2.9 <sup>b</sup> ± 1.6	2.7 <sup>ab</sup> ± 1.7
Persönliche Kontrolle	4.3 <sup>a</sup> ± 1.4	3.6 <sup>b</sup> ± 1.5	3.8 <sup>b</sup> ± 1.6
Therapie Kontrolle	4.8 <sup>a</sup> ± 1.8	4.5 <sup>a</sup> ± 1.8	4.7 <sup>a</sup> ± 1.7
Allgemeine Bedrohung	2.5 <sup>a</sup> ± 1.0	2.7 <sup>b</sup> ± 0.9	2.6 <sup>ab</sup> ± 1.0
Emotionale Repräsentation	1.6 <sup>a</sup> ±1.5	1.5 <sup>a</sup> ±1.5	2.3 <sup>b</sup> ±1.5

Mittelwerte, Skalen von 0-7. Gleiche hochgestellte Buchstaben = kein signifikanter Unterschied.

## Folgen der Rückenschmerzen: Beeinträchtigung von Lebensbereichen

	D-CH	F-CH	I-CH
Freizeitaktivitäten	2.57 <sup>b</sup> ± 2.01	3.17 <sup>a</sup> ± 2.15	2.70 <sup>b</sup> ± 2.11
Schlaf	2.22 <sup>b</sup> ± 2.01	2.96 <sup>a</sup> ± 2.09	2.66 <sup>a</sup> ± 2.12
Arbeitstätigkeit (ausser Haus)	2.14 <sup>b</sup> ± 2.06	2.70 <sup>a</sup> ± 2.00	2.07 <sup>b</sup> ± 2.18
Lebensfreude	2.01 <sup>b</sup> ± 1.98	2.42 <sup>a</sup> ± 2.15	1.38 <sup>c</sup> ± 1.76
Alltägliche Aktivitäten	2.00 <sup>b</sup> ± 1.90	2.28 <sup>a</sup> ± 2.06	1.92 <sup>ab</sup> ± 1.92
Gehvermögen	1.62 <sup>b</sup> ± 1.83	2.04 <sup>a</sup> ± 2.05	1.31 <sup>b</sup> ± 1.71
Persönliche Anfälligkeit	1.11 <sup>b</sup> ± 1.53	1.79 <sup>a</sup> ± 1.97	1.15 <sup>b</sup> ± 1.64
Selbstwertgefühl	1.17 <sup>b</sup> ± 1.67	1.63 <sup>a</sup> ± 2.00	0.59 <sup>c</sup> ± 1.16

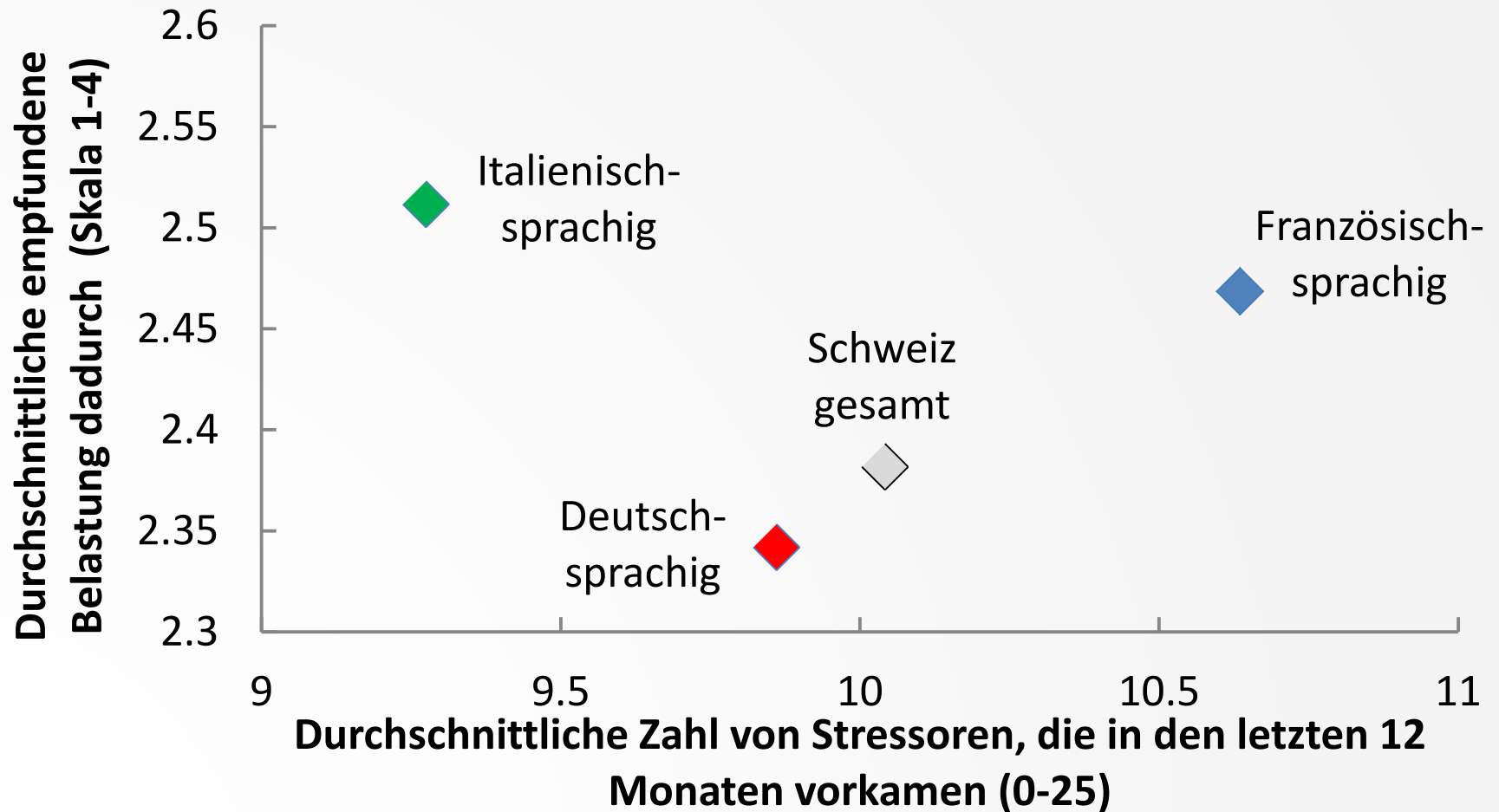
Mittelwerte, Skalen von 0-7. Gleiche hochgestellte Buchstaben = kein signifikanter Unterschied.

# Empfundene Belastung durch Stressoren, falls diese vorkamen.

Skala von 1 bis 4; ausgewiesen sind nur Stressoren mit signifikanter between-group variance,  $p < .10$

	Deutsch	Französisch	Italienisch
Hohes Arbeitstempo	2.20	<b>2.68</b>	<b>2.79</b>
Viel Verantwortung	2.16	<b>2.42</b>	<b>2.45</b>
Wenig Aufstiegschancen	2.13	<b>2.48</b>	<b>2.45</b>
Unterforderung	2.47	<b>2.73</b>	<b>2.96</b>
Nervosität der Mitarbeitenden	2.16	<b>2.39</b>	<b>2.33</b>
Grosse Arbeitsmenge	2.50	<b>2.70</b>	<b>2.72</b>
Illoyale Mitarbeitende	2.50	2.71	<b>3.01</b>
Konflikte mit Kunden	2.44	2.36	<b>2.64</b>
Hoher Termindruck	2.57	<b>2.74</b>	2.66
Fehlende Fairness, Ungleichbehandlung	2.74	2.67	<b>3.09</b>
Konflikte mit Vorgesetzten	2.83	2.83	<b>2.92</b>

# Anzahl der vorgekommenen Stressoren und empfundene Belastung dadurch

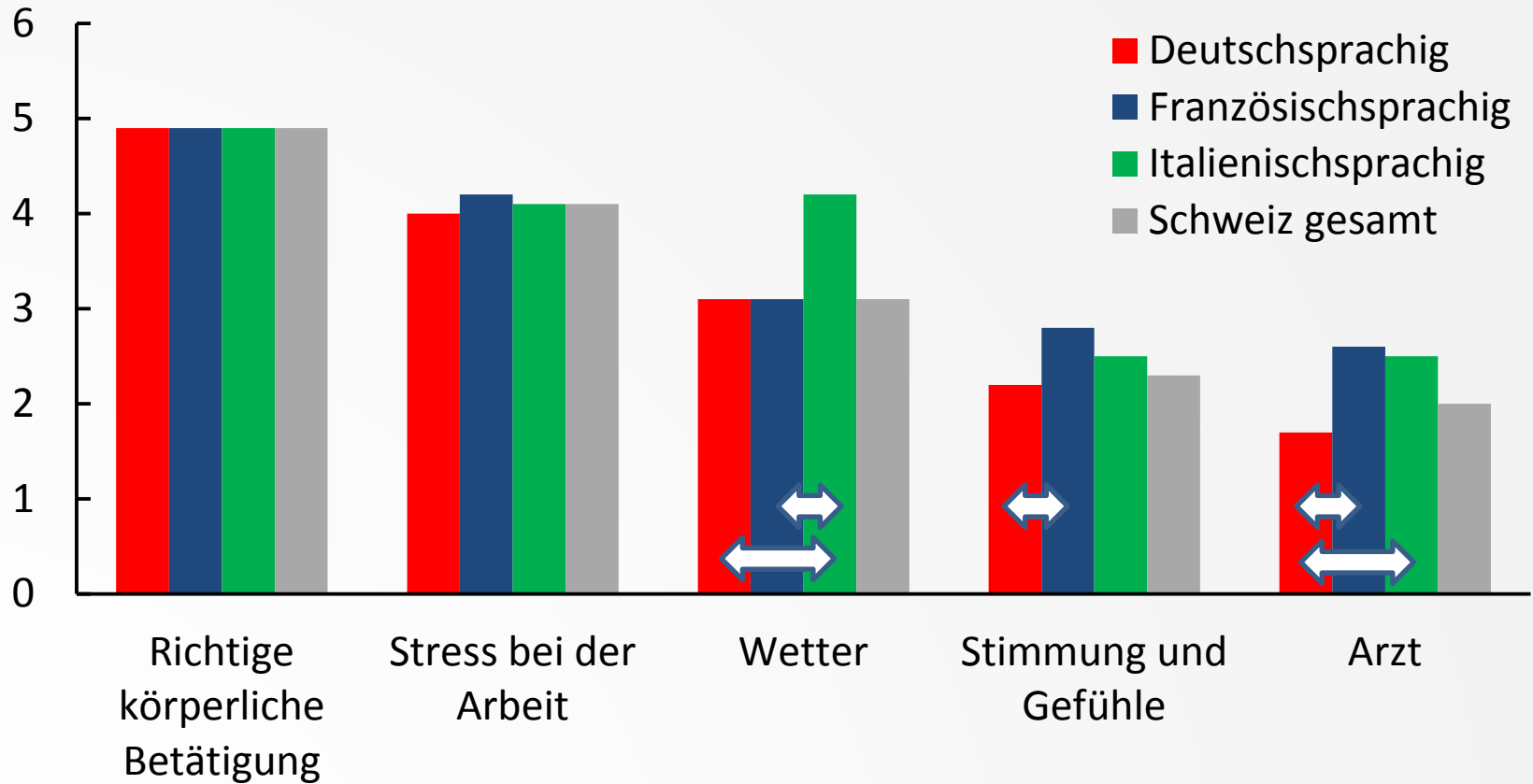


# Gruppierung der Einflussfaktoren auf den Verlauf der Rückenschmerzen in Dimensionen

- **Richtige körperliche Betätigung:** Falsche Bewegungen und Haltungen; Die Fähigkeit, meine eigenen Grenzen zu erkennen; Die Einhaltung der Therapieanweisungen; Die Regelmässigkeit, mit der ich mich bewege; Sportliche Aktivität
- **Stress bei der Arbeit:** Die Belastungen am Arbeitsplatz; Besondere physische Belastungen am Arbeitsplatz
- **Wetter:** Durchzug; Das Wetter
- **Stimmungen und Gefühle:** Die eigene Stimmung; Besondere psychische Belastungen am Arbeitsplatz; Besondere Belastungen in Haushalt und Familie; Die Unterstützung von meinem persönlichen Umfeld; Meine Müdigkeit; Vollmond; Das Schicksal, ob ich Glück oder Pech habe
- **Arzt:** Die Fähigkeit der Ärzte; Die Regelmässigkeit, mit der ich zum Arzt gehe



# Wahrgenommener Einfluss verschiedener Einflussdimensionen auf den Verlauf der Rückenschmerzen



Mittelwerte, Skalen von 0-7.

Pfeile zeigen signifikante Differenzen an,  $p < .05$

# Gruppierung von Vorgaben in vier Bewältigungsdimensionen (coping)

## Routineorientierung

- Ich versuche meistens, mir nicht anmerken zu lassen, dass ich Schmerzen habe.
- Ich habe mich mehr oder weniger an meine Rückenschmerzen gewöhnt; sie sind Teil meines Lebens geworden.
- Ich sollte Bewegungen vermeiden, die meine Schmerzen verstärken könnten.

## Verantwortlichkeitsorientierung

- Ich bin selbst dafür verantwortlich, wenn meine Rückenschmerzen nicht besser werden.
- Ich fühle mich ein wenig schuldig, dass ich nicht mehr für meinen Rücken tue.

# Gruppierung von Vorgaben in vier Bewältigungsdimensionen (coping)

## Verbesserungsorientierung

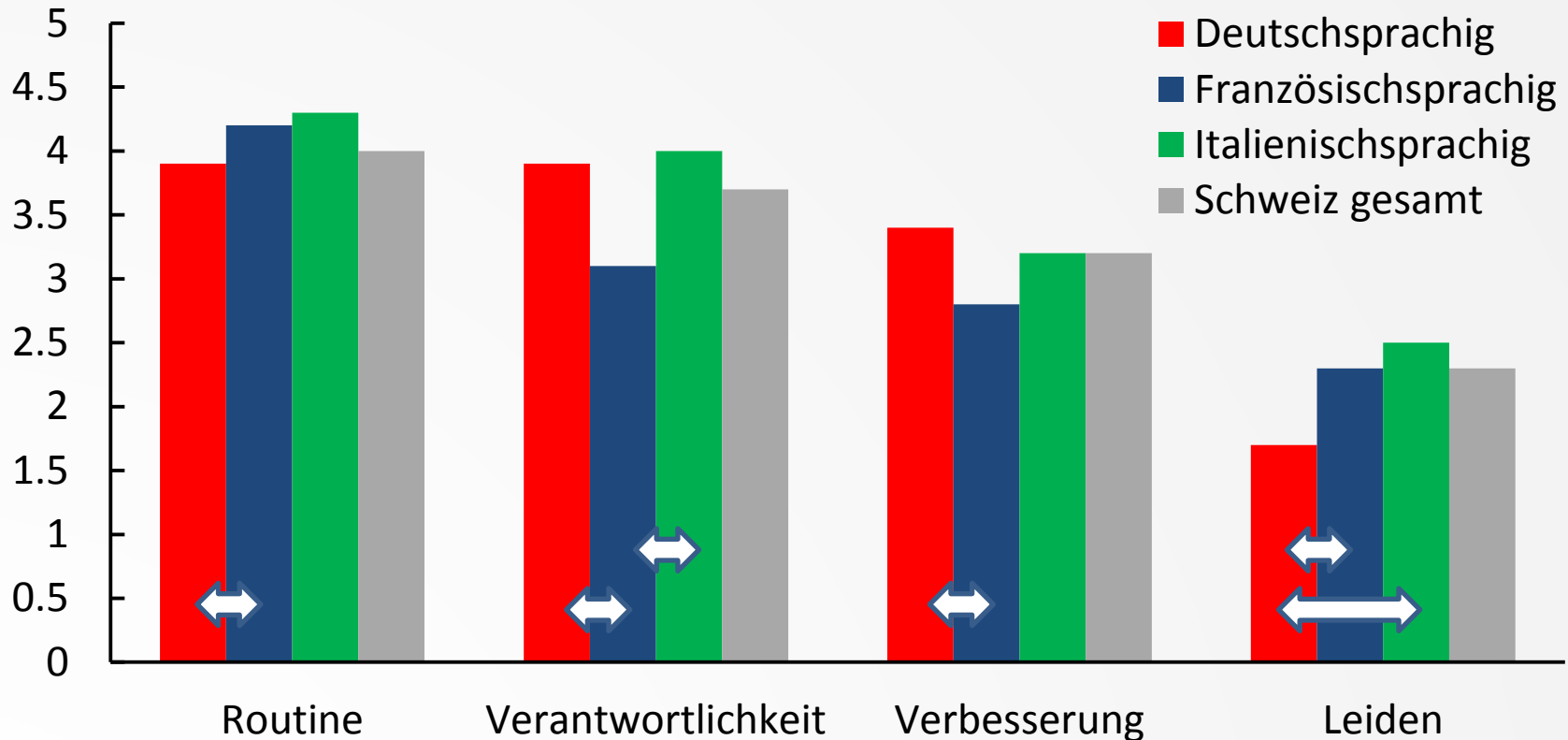
- Ich habe konkrete Ziele für meine Zukunft, wie z.B. mein Kind wieder hochheben oder wieder reiten zu können.
- Mein Ziel ist es in der Zukunft wieder all das machen zu können, was ich vor meinen Beschwerden machen konnte.
- Auch wenn mich die anderen komisch anschauen, führe ich rückenschonende/ rückenunterstützende Massnahmen aus, wie z.B. auf einem Ball zu sitzen statt auf einem Stuhl.

# Gruppierung von Vorgaben in vier Bewältigungsdimensionen (coping)

## Leidensorientierung

- Ich kann erst wieder voll am Leben teilnehmen, wenn ich meine Rückenschmerzen los bin.
- Wenn ich Schmerzen habe, tut es mir gut, wenn ich mich mit meinen Mitmenschen darüber unterhalten kann.
- Da niemand meine Schmerzen sehen kann, denken die Leute vermutlich, dass ich meine Rückenbeschwerden simuliere.
- Dass meine Rückenschmerzen besser werden hat Vorrang; da muss die Arbeit auch mal zurückstehen.

# Orientierungen bei der Bewältigung von Rückenschmerzen (coping-Dimensionen)



Mittelwerte, Skalen von 0-7.

Pfeile zeigen signifikante Differenzen an,  $p < .05$

# Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

## ➤ Schweiz Gemeinsamkeiten

- Befragte fühlen sich nicht immer ernst genommen seitens ihres Arztes
- Wunsch nach mehr Informationen

## ➤ Deutschsprachige Schweiz

- Betonen die körperliche Belastung am Arbeitsplatz, kaum die psychischen Belastungen

## ➤ Französischsprachige Schweiz

- Betonen die die psychischen Belastungen und zeigen tiefe Selbstwirksamkeitserwartung

## ➤ Italienischsprachige Schweiz

- Betonen die Doppelbelastung zwischen Familie und Beruf

# Betroffene in der Deutschweiz

## ➤ Charakteristika

- bewegen sich am meisten und am längsten
- bewerten Stress eher positiv;
- sind überzeugt von der Selbstwirksamkeit der Massnahmen

## ➤ Empfehlungen

- Eigeninitiative und Durchsetzungsvermögen nutzen
- übersättigt mit Angeboten und Informationen
- präventions-gewohnt
- Sensibilisierungskampagne zur Wahrnehmung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz (Selbst- und Fremdwahrnehmung)

# Betroffene in der Romandie

## ➤ Charakteristika

- nennen mehr Stressoren als ihre Landsleute
- Nicht-Nutzung von Angeboten
- Erdulden & Erleiden - Geringe Selbstwirksamkeit
- hoher Medikamentenkonsum

## ➤ Empfehlungen

- Ansatz an der möglichen Selbstwirksamkeit
- Motivationale Interviews; tertiäre Prävention wie etwa Entspannungshilfen, etc.
- Über akzeptierte Kommunikatoren: verantwortliche Person des Gesundheitsdepartements in jedem Kanton



# Betroffene im Tessin

## ➤ Charakteristika

- gehen häufiger wegen ihrer Rückenschmerzen zum Arzt und werden häufiger krankgeschrieben;
- Es fehlt an Motivation zur körperlichen Betätigung, man bewegt sich am wenigsten
- Akzeptanz der Rückenschmerzen ist höher, Selbstwertgefühl und Lebensfreude werden weniger dadurch beeinträchtigt

## ➤ Empfehlungen

- Informationskampagne zur Sensibilisierung für das Thema der psychosozialen Belastungen
- Akzeptierter Kommunikator: Ärzte, Apotheker und Physiotherapeuten bzw. Chiropraktiker

Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit  
[schulzp@usi.ch](mailto:schulzp@usi.ch)

