



PREVENTION FOR ACTIVE AND HEALTHY AGEING – MAINTAINING MOBILITY AND INDEPENDENCE OF OLDER ADULTS

A publication by HANC – Healthy Ageing Network of Competence
in Denmark and Germany

PRÄVENTION FÜR GESUNDES UND AKTIVES ALTERN – MOBILITÄT UND UNABHÄNGIGKEIT ÄLTERER MENSCHEN ERHALTEN

Eine Publikation des "Healthy Ageing Network of Competence in Denmark
and Germany" (HANC)

FOREBYGGELSE AF AKTIV OG SUND ALDRING – OPRETHOLDELSE AF MOBILITET OG UAFHÆNGIGHED FOR ÆLDRE VOKSNE

En publikation fra HANC - Healthy Ageing Network of Competence in
Denmark and Germany

IMPRINT

Paolo Caserotti
Associate Professor, PhD

University of Southern Denmark
Department of Sports Science and
Clinical Biomechanics

+45 6550 3876
pcaserotti@health.sdu.dk

www.sdu.dk/en

Autors:
University of Southern Denmark,
Flensburg City,
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung
in Schleswig-Holstein e.V.

Editorial:
DSN – Connecting Knowledge

Design:
Elliot Silva

Funded by INTERREG 4A
Syddanmark-Schleswig-K.E.R.N.
with funds from the European
Regional Development Fund.

Europäische Union
Europäischer Fonds für
regionale Entwicklung
Investition in Ihre Zukunft



CONTENT

HANC –
The collaborative project to promote
active and healthy ageing **S. 4**

Evidence for action **S. 6**

Prevention for older adults
in Denmark and Germany **S. 14**

The prevention concept and
senior citizens in Germany **S. 20**

Preventive home visits –
A way for municipalities to take
action **S. 25**

Preventive home visits –
means for local authorities to actively
intervene **S. 32**

Preventive home visits in Flensburg –
outcome of project participation
S. 37

Outlook: experiences and questions
for the future **S. 40**



INHALT

- HANC –
Kooperation für aktives und
gesundes Altern **S. 4**
- Aktives und Gesundes Altern –
Mobilität als zentraler Indikator **S. 6**
- Prävention für ältere Menschen in
Dänemark und Deutschland **S. 14**
- Prävention für ältere Mitbürger in
Deutschland **S. 20**
- Präventive Hausbesuche in Odense –
Die Chance für Kommunen zum
aktiven Handeln **S. 25**
- Präventive Hausbesuche –
Eine Handlungschance für
Kommunen **S. 32**
- Präventive Hausbesuche in
Flensburg – Fazit aus der
Projektbeteiligung **S. 37**
- Ausblick: Erfahrungen und Fragen für
die Zukunft **S. 40**



INDHOLD

- HANC –
samarbejde om aktive og sunde
ældre **S. 4**
- Bevis på handling **S. 6**
- Forebyggelse for ældre i Danmark
og Tyskland **S. 14**
- Forebyggelse for ældre medborgere
i Tyskland **S. 20**
- Forebyggende hjemmebesøg –
En god mulighed for kommunerne
S. 25
- Forebyggende hjemmebesøg –
En handlingschance for kommunen
S. 32
- Forebyggende Hjemmebesøg i
Flensburg – erfaringer fra
projektdeltagelsen **S. 37**
- Overblik: Erfaringer og spørgsmål
om fremtiden **S. 40**

HANC – THE COLLABORATIVE PROJECT TO PROMOTE ACTIVE AND HEALTHY AGEING


HANC – KOOPERATION FÜR AKTIVES UND GESUNDES ALTERN HANC – SAMARBEJDE OM AKTIVE OG SUNDE ÆLDRE

 Since December 2012, partners in the Healthy Ageing Network of Competence (HANC) project, an interregional project financed under the EU framework INTERREG 4a, have been undertaking research and other tasks to promote active and healthy ageing within the regions of interest. HANC provides stakeholders working in research and local government, citizens, the users and providers of healthcare products and health care services with an intersectoral platform through which information and experience can be exchanged. The collaboration between eight project partners based in South Denmark and Schleswig-Holstein is just one example of how successful this concept has been. The HANC partners developed a working model focusing on physical function, mobility and independence and how these could be maintained in older adults through well-tailored preventive strategies. The results from the research conducted during the project demonstrated the efficacy of the preventive interventions and represent a solid base to further implement and extend these models on a larger scale. Positive results including increasing mobility, independency, quality of life, and key indicators of physiologic function were obtained during the interventions. Altogether, these results indicate that functional loss and key risk factors may be potentially reversed and that this may potentially translate into a reduced risk of several negative health outcomes including residential care admission. The evidence was collected during the initial phase of the HANC project wherever 550 community-dwelling older adults living

in the city of Odense received preventive home visits. The approach represents an important evidence-based method that can be used for the early identification of potential older adults at risk of developing future disability and negative health outcomes. During the home visits, several key domains (e.g. physical and cognitive function) were assessed to identify risk profiles and potential development of future physical disabilities. A total of 16 teams were involved in providing the corresponding services to senior citizens during the project. Following an evaluation of the individual risk situation, personalised training plans were prepared for the participants and these resulted in a significant improvement in several domains including muscle and physical function. These improvements have a clinical relevance as both domains are strongly associated on individual mobility, quality of life and the avoidance of the need for nursing care. Because of the successes achieved in Odense, other local authorities expressed their interest in the model. The effectiveness of the application of the HANC concept of preventive home visits in a crossborder context was assessed in the case of Schleswig-Holstein, using the town of Flensburg as an example. This publication documents the basic approaches to prevention implemented within the Danish and German healthcare systems, describes the planning, implementation and evaluation of the outcome of the corresponding national preventive home visit programmes and provides proposals for preventive strategies that can be employed for a group of elderly people.

 Seit Dezember 2012 forschen und arbeiten die Partner im Healthy Ageing Network of Competence (HANC) gemeinsam in den unterschiedlichen Themenbereichen des "Aktiven und Gesunden Alterns". Das Projekt HANC wird finanziert durch das europäische INTERREG 4a Programm. Dabei bietet HANC Teilnehmern aus Forschung und Verwaltung sowie Bürgern, Anwendern und Anbietern von Gesundheitsprodukten und Gesundheitsdienstleistungen eine sektorenübergreifende Plattform zum gegenseitigen Austausch.

Ein Beispiel für den Erfolg dieses Austausches ist die Zusammenarbeit der acht Projektpartner aus Süddänemark und Schleswig-Holstein. Gemeinsam wurde das HANC-Modell entwickelt, welches die Aufrechterhaltung der individuellen Mobilität und häuslichen Unabhängigkeit von älteren Menschen in den Fokus von Prävention stellt.

 Siden december 2012 har partnere i Healthy Ageing Network of Competence projektet (HANC), finansieret via EU-programmet INTERREG 4a, gennemført forskning samt andre opgaver målrettet fremmelse af aktiv og sund aldring indenfor de involverede regioner. HANC har skabt en platform der spænder over flere sektorer, hvorigennem viden og erfaring kan udveksles mellem aktører indenfor forskning og lokale myndigheder (kommune), samt borgere, brugere og udbydere af sundhedsprodukter og -ydelser. Samarbejdet mellem de otte projektpartnere fra Region Syddanmark og Schleswig-Holstein er blot et eksempel på hvor succesfuldt samarbejdet har været. HANC partnere har sammen udviklet en arbejdsmodel med fokus på fysisk funktion, mobilitet og uafhængighed, og hvordan disse kan bibeholdes i ældre individer via specielt designede forebyggende strategier. Forskningsresultaterne fra HANC projektet demonstrerer effekten af forebyggende

Forskningsergebnisse innerhalb des Projektes belegen den präventiven Beitrag von gezielten Trainingsmaßnahmen zur Aufrechterhaltung und Verbesserung individueller Mobilität und somit zum Aktiven und Gesunden Altern. Damit verbunden sind positive Effekte für die Unabhängigkeit zu Hause, für die individuelle Lebensqualität und die Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Um diesen Beweis zu erbringen, wurden in der ersten Phase des HANC-Projektes in der Stadt Odense über 550 präventive Hausbesuche durchgeführt. Das angewandte Konzept stellt eine Methode zur wissenschaftlich fundierten Führerkennung von individuellen Risiken dar. Durch die Hausbesuche bei älteren Menschen können die individuellen Risiken von funktionellen Beeinträchtigungen festgestellt werden. Insgesamt betreuten während der Projektlaufzeit 16 Teams die älteren Bürgerinnen und Bürger. Nach der Risikoeinschätzung wurden für die


interventioner, og repræsenterer et solidt udgangspunkt for videre implementering samt udvidelse af modellen i en større skala. Samlet set viser resultaterne af interventionsprojektet at tab af fysisk funktion samt primære risikofaktorer potentielt kan reverseres, hvilket på sigt potentielt kan omsættes til reduceret risiko for negative helbredsmål inklusiv behov for pleje/hjemmehjælp. Evidensen blev indsamlet via den initiale fase af HANC projektet, hvor over 550 hjemmeboende ældre i Odense Kommune modtog et forebyggende hjemmebesøg. Tiltaget bygger på evidensbaserede metoder der kan benyttes til at identificere ældre individer med risiko for at udvikle fremtidige nedsættelser i fysisk funktion og helbred. Hertil blev der undersøgt flere primære domæner (fx fysisk og kognitiv funktion) under hjemmebesøgene. Efter evaluering af resultaterne, for at vurdere individuelle risikofaktorer, blev der udarbejdet personlige træningsplaner for hver enkelt

Teilnehmer individualisierte Trainingseinheiten erstellt, welche zu einem signifikanten Zuwachs der Muskelfunktionen geführt haben. Ein Faktor mit einem starken Einfluss auf die individuelle Mobilität, Lebensqualität und Prävention von Pflegebedürftigkeit. Die Erfolge in der Stadt Odense stoßen auf ein hohes Interesse in weiteren Kommunen. Als grenzüberschreitendes Pilotprojekt im Rahmen von HANC wurde die Übertragbarkeit der Methode der präventiven Hausbesuche auf schleswig-holsteinische Kommunen am Beispiel der Stadt Flensburg getestet. Die vorliegende Publikation dokumentiert die Grundvoraussetzungen für Prävention innerhalb des dänischen und des deutschen Gesundheitssystems, beschreibt Planung, Durchführung und Ergebnisbewertung der jeweils national durchgeführten präventiven Hausbesuche und liefert einen Ausblick auf präventive Strategien für ältere Menschen.

ældre borger. Dette førte til signifikante forbedringer indenfor flere af domænerne, herunder muskelfunktion og fysisk funktion. Disse forbedringer har stor klinisk relevans, idet begge domæner er kraftigt relateret til mobilitet, livskvalitet og uafhængighed. Via succesen der blev opnået i Odense, har andre myndigheder (herunder kommuner) udtrykt deres interesse for HANC modellen. For at undersøge effekten af HANC modellen i en grænseoverskridende kontekst, blev modellen ligeledes afprøvet i Schleswig-Holstein området (Flensborg Kommune). Denne publikation dokumenterer de grundlæggende tiltag for at kunne implementere forebyggende tiltag indenfor det danske og tyske sundhedssystem, med beskrivelse af planlægning, gennemførelse og evaluering af resultaterne for de respektive nationale forebyggende hjemmebesøg, samt forslag til forebyggende strategier der kan anvendes på grupper af ældre individer.

EVIDENCE FOR ACTION

AKTIVES UND GESUNDES ALTERN – MOBILITÄT ALS ZENTRALER INDIKATOR BEVIS PÅ HANDLING

 The oldest population is rapidly increasing in Europe and in the most developed countries (AgingStats, Statistics Denmark). According to the most recent projections the number of European citizens 65 year-old and above will increase from 87 million in 2010 to 148 million in 2060 (Eurostat). To tackle the potential socio-economic consequences of such trend, few years ago a new key indicator, Healthy Life Years (HLY: the number of years a person of a certain age can expect to live without disability) was included in the core set of the European Structural Indicators as its importance was recognised in the Lisbon Strategy. (European Commission). The latter is associated with quality of life for the single citizen and health care expenditures for the societies. For instance, general health expenses which currently accounts for 7.8% of the GDP are estimated to increase by 3% in 2060 due to aging (European Economy).

From the older citizen' perspective, reaching the older age may indeed be a very positive experience, yet also a serious challenge as it is likely to be accompanied with increased risk of physical functional decline and impairments, dependency and morbidity, and decrement in quality of life (Buchman et al. 2007,

Covinsky et al. 2003, Gill et al. 2009, Newman et al. 2006). Interestingly, approximately 2/3 of the remaining years for 65-year old Danish men and women are associated a good health (HLY as a ratio of life expectancy (LE)), whereas it is only 1/3 for 65-year old German men and women. Among several risk factors, sedentary behavior has been identified as the fourth leading cause of death worldwide (including major diseases such as coronary heart disease, type 2 diabetes and breast and colon cancers). The elimination of physical inactivity was suggested to increase life expectancy of the world's population by 0,68 years (Lee et al. 2012). Recent evidence even shows that the effect of inactivity is similar to the well-established risk factors of smoking and obesity (Holme and Andersen 2015). While little is still known of the physical activity level in older adults, a recent study report a high proportion of highly inactive individuals (Ekholm et al. 2006) and differences may exist between Denmark and Germany. Based on the above mentioned sections, it is vital to (1) early identify older individuals at risk of future physical impairments and disability, and (2) identify modifiable factors to prevent future physical impairments and disability. In context of point (1),

self-selected walking speed has been identified as one of the most relevant measures and early predictors of mortality, disability, hospitalisation and several other relevant health outcomes (Chan et al. 2006, Cesari et al. 2005, Perera et al. 2006, Purser et al. 2005, Studenski et al. 2011). For this, thresholds of 0.60 and 0.90 m/s will be used to identify and characterise those at low risk (>0.90 m/s, fast walkers), risk (0.60-0.90 m/s, moderate walkers), and high risk (<0.60 m/s, slow walkers) (Cesari et al. 2005, Purser et al. 2005, Studenski et al. 2011). Individuals with a gait speed below 0.90 m/s will be termed mobility-limited. In context of point (2), daily physical activity and sedentary behavior have been identified as one of the key modifiable factors affecting health status and physical functional decline in older adults (Morey et al. 2008, Chodzko-Zajko et al. 2009, Elsway et al. 2010).

The purpose of this additional work-package was to assess self-selected gait speed (3-meter distance, along with other measures of physical function) and physical activity levels (wrist-worn accelerometry for 7 full days and nights) in older individuals living in Flensburg/Germany and in Odense/Denmark. In both cities, expert consultants of the local municipalities took care of these tests and delivered the accelerometers during their preventive home visits.

Data are presently based on 90 older individuals from Flensburg/Germany (age 77 years, range 68-100 years, 71% female), and 474 individuals from Odense/Denmark (age 82 years, range 74-98 years, 61% female). The majority (> 95%) of the Danish and German individuals had a high level of cognitive function enabling them to understand the information given by the expert consultants. All

of these subjects had tests of (1) 3-meter self-selected gait speed, (2) short physical performance battery (0-12 score based on gait speed, balance, and chair rise), and (3) self-reported health (1-5 score ranging from poor health to very good health, respectively) carried out. Moreover, they (4) wore an accelerometer on the wrist for 7 full days and nights in order to evaluate daily sedentary and physically active periods as well as sleep patterns and quality. The average gait speed was 0.86 ± 0.24 m/s in the Danish older individuals (59% being mobility-limited) and 0.86 ± 0.25 m/s in the German older individuals (55% being mobility-limited) (Figure 1), respectively, despite the German population was 5 years younger than the Danish older citizen. Interestingly, gait speed corresponds well with self-reported health, as slow and moderate walkers score lower than fast walkers (Figure 1).

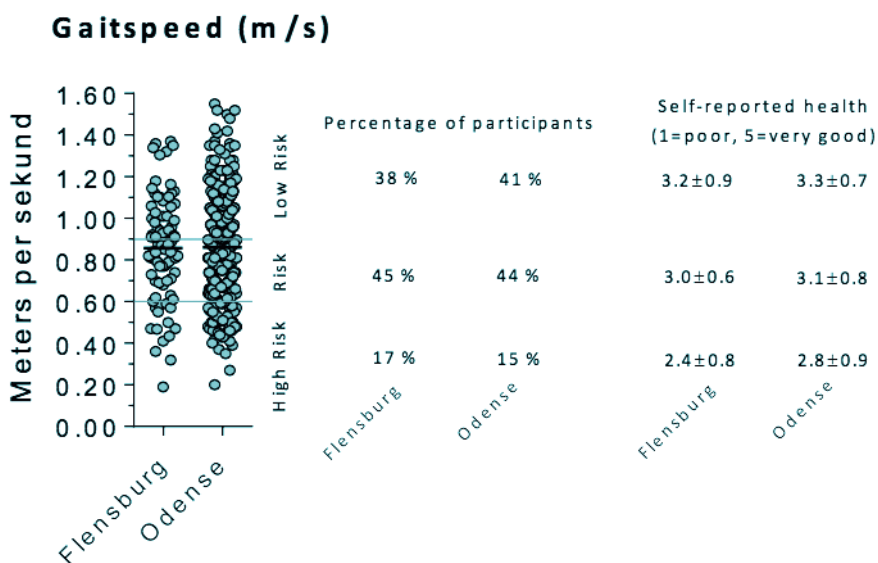


Figure 1.

Gait speed (m/s) in older individuals living in Flensburg/Germany (n=90) and in Odense/Denmark (n=474). The black horizontal line indicates average values, whereas the blue horizontal lines indicate thresholds used to identify different risks. Mobility-limited is used to term individuals having a gait speed below 0.90 m/s. Moreover, percentage of participants in the different risk groups, are shown, along with their corresponding self-reported health.

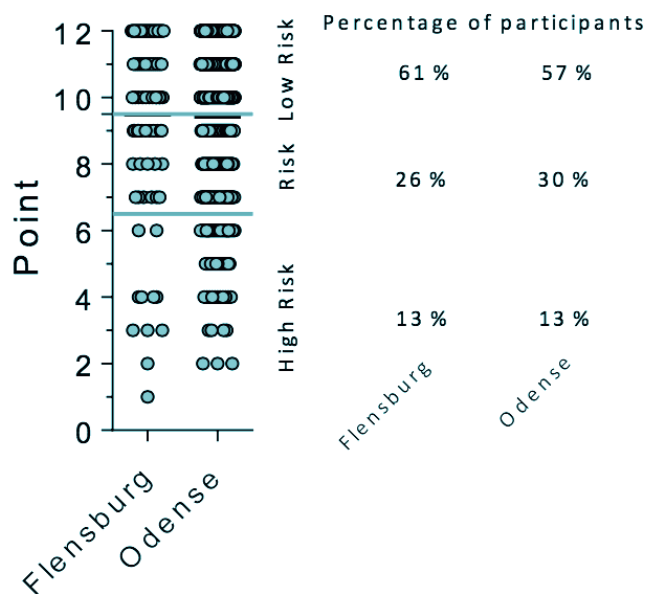


Figure 2.
 Short physical performance battery (SPPB) in older individuals living in Flensburg/Germany (n=90) and in Odense/Denmark (n=474). The blue horizontal lines indicate thresholds used to identify different risks. Moreover, percentage of participants in the different risk groups, are shown.

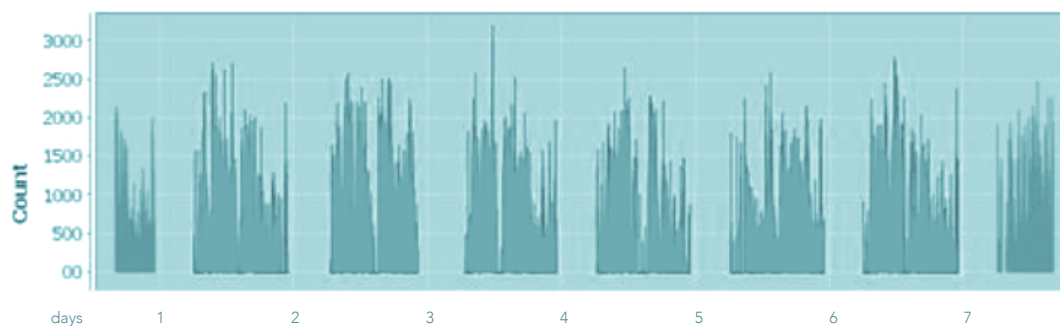


Figure 3.
 Physical activity in older individuals living in Flensburg/Germany (n=72) and in Odense/Denmark (n=474) during day.

		Physical activity		
		<u>Sedentary</u>	<u>Moderate</u>	<u>Vigorous-High</u>
Flensburg	All	74.7% ± 8.9%	11.2% ± 3.1%	14.1% ± 7.2%
	Slow walkers (<0.6 m/s)	81.6% ± 7.3%	10.5% ± 3.1%	7.8% ± 4.9%
	Moderate (0.6-0.9 m/s)	73.8% ± 7.4%	12.0% ± 2.3%	14.2% ± 6.6%
	Fast (>0.9 m/s)	73.3% ± 9.6%	10.8% ± 3.5%	16.0% ± 7.3%
Odense	All	71.9% ± 8.5%	17.4% ± 4.2%	10.8% ± 5.6%
	Slow walkers (<0.6 m/s)	75.8% ± 8.2%	15.8% ± 3.7%	8.4% ± 5.2%
	Moderate (0.6-0.9 m/s)	72.2% ± 8.0%	17.5% ± 4.4%	10.3% ± 5.1%
	Fast (>0.9 m/s)	70.1% ± 8.8%	17.8% ± 4.2%	12.1% ± 5.8%

Table 1.


Physical activity in older individuals living in Flensburg/Germany (n=90) and in Odense/Denmark (n=474) during the day. Data are presented as percentage time spent doing low intense (sedentary) activities, moderate intense activities, and vigorous-high intense activities. Moreover, the data are shown for all, slow walkers (<0.60 m/s), moderate walkers (0.60-0.90 m/s), and fast walkers (>0.90 m/s).

In agreement with the observations of gait speed, overall physical function (short physical performance battery, SPPB; assessing gait speed, chair rise and balance) was the similar in Odense/Denmark (9.37±2.37) and in Flensburg/Germany (9.49±2.72). However, there was a trend suggesting that German older individuals performed slightly worse than Danish older individuals.

Assessment of physical activity was carried out using wrist-worn accelerometers (GT3X+ in Odense/Denmark, GeneActiv in Flensburg/Germany), and as seen in Figure 3, physical movements were measured from 06:00 to 23:00 for 6 full days.

Free-living daily physical activity was separated into percentage of time spent in low (sedentary), moderate, and vigorous-high intense activities (Table 1). Data showed that the Danish and German older individuals spent 70-75% of their time being sedentary (or in low intense activities), 11-17% of their time doing moderate intense activities, and 11-14% of their time doing vigorous-high intense activities (Table 1). When participants were divided into groups in according to their functional level (i.e. walking speed), a clear pattern emerged indicating that slow walkers spent more time in sedentary behavior and less time doing vigorous-high intense activities compared to the moderate and fast walkers (Table 1).

Altogether, the preventive home visits have proven to be extremely useful in terms of identifying mobility-impaired older individuals in both Denmark and Germany. Moreover, the results show that low levels of physical activity appear associated with being mobility-impaired. It is thus vital to implement approaches that can effectively enhance physical function (including gait speed), either through improvements in daily physical activity and/or reductions in sedentary time, or through systematic progressive power training.

 In Europa und den meisten anderen Industrienationen steigt der Anteil der ältesten Bevölkerungsschicht rapide an (AgingStats, Statistics Denmark). Jüngsten Prognosen zufolge wird die Zahl europäischer Bürgerinnen und Bürger im Alter von 65 Jahren und älter von 87 Millionen im Jahr 2010 auf 148 Millionen im Jahr 2060 steigen (Eurostat). Zur Bewältigung der potenziellen sozioökonomischen Auswirkungen dieses Trends, wurde vor einigen Jahren der Indikator der gesunden Lebensjahre (Healthy Life Years – HLY) als Kenngröße anerkannt. Der HLY steht für die Anzahl der Jahre, die eine Person in einem bestimmten Alter erwartungsgemäß ohne körperliche Beeinträchtigungen leben wird. Aufgrund seiner hohen Bedeutung wurde der Indikator in der Lissabon-Strategie in die Kerngruppe der Europäischen Strukturindikatoren integriert (Europäische Kommission). Die Ziele der Lissabon-Strategie stehen im Zusammenhang mit der Lebensqualität der einzelnen Bürgerinnen und Bürger Europas sowie den Gesundheitsausgaben für die Gesellschaft als Ganzes. So wird beispielsweise für die finanziellen Aufwendungen für Gesundheitsförderung, die derzeit in Europa durchschnittlich 7,8 % des Bruttoinlandsprodukts beanspruchen, angenommen, dass sie aufgrund der Bevölkerungsalterung bis zum Jahr 2060 um weitere 3 % ansteigen (European Economy).

Aus Sicht älterer Bürgerinnen und Bürger ist das Erreichen eines höheren Lebensalters durchaus erstrebenswert und dennoch auch eine große Herausforderung. Ein höheres Lebensalter ist häufig

mit einem gesteigerten Risiko für körperliche Einbußen und Beeinträchtigungen, Abhängigkeiten und Krankheiten sowie verminderter Lebensqualität verbunden (Buchman et al. 2007, Covinsky et al. 2003, Gill et al. 2009, Newman et al. 2006). Interessant in diesem Zusammenhang ist, dass etwa zwei Drittel der verbleibenden Lebensjahre von 65-jährigen dänischen Frauen und Männern in gutem Gesundheitszustand (HLY als Verhältnisgröße zur Lebenserwartung) verbracht werden, während dies nur auf ein Drittel der deutschen Männer und Frauen im selben Alter zutrifft. Unter den zahlreichen Risikofaktoren wurde eine sitzende Lebensweise mit wenig Bewegung als weltweit vierthäufigste Todesursache, einschließlich schwerer Krankheiten wie koronarer Herzkrankheiten, Typ-2-Diabetes und Brust- und Darmkrebs, eingestuft. Theorien gehen davon aus, dass durch die nachhaltige Bekämpfung des Risikofaktors „Bewegungsarmut“ die Lebenserwartung der Weltbevölkerung um 0,68 Jahre steigen würde (Lee et al. 2012). Neueste Erkenntnisse deuten zudem darauf hin, dass die Auswirkungen mangelnder körperlicher Aktivität den bereits bekannten Risikofaktoren Rauchen und Übergewichtigkeit gleichzusetzen sind (Holme und Andersen 2015). Aktuell ist noch wenig über die physische Betätigung älterer Menschen bekannt. Eine aktuelle Studie stellte einen hohen Prozentsatz an Personen mit stark ausgeprägtem Bewegungsmangel (Ekholm et al. 2006) sowie diesbezüglich unterschiedlichen Ergebnissen in Dänemark und Deutschland fest.

Basierend auf den vorangegangenen Angaben kommt somit zwei Faktoren eine besondere Bedeutung zu: 1. der Früherkennung von älteren Risikopersonen für körperliche Beeinträchtigungen und Behinderungen und 2. der Identifizierung von beeinflussbaren Risikofaktoren zur Vermeidung von zukünftigen physischen Beeinträchtigungen und Behinderungen.

Im Zusammenhang mit Punkt 1 gilt heute das Gehen mit selbstgewählter Geschwindigkeit als eine der wichtigsten Kenngrößen und als Frühindikator für Mortalität, Invalidität, die Wahrscheinlichkeit für Krankenhausaufenthalte und zahlreiche weitere Auswirkungen auf die Gesundheit (Chan et al. 2006, Cesari et al. 2005, Perera et al. 2006, Purser et al. 2005, Studenski et al. 2011). Anhand der Grenzwerte der Gehgeschwindigkeit von 0,60 und 0,90 m/s können Personen mit niedrigem Risiko ($>0,90$ m/s – schnelle Geher), mit gewissem Risiko (0,60-0,90 m/s – moderate Geher) und mit hohem Risiko ($<0,60$ m/s – langsame Geher) identifiziert und charakterisiert werden (Cesari et al. 2005, Purser et al. 2005, Studenski et al. 2011). Personen mit einer Gehgeschwindigkeit unter 0,90 m/s werden demzufolge als „mobilitätseingeschränkt“ eingestuft. Bezüglich Punkt 2 zählen das Ausmaß der täglichen körperlichen Aktivität und einer sitzenden Lebensweise zu den relevanten modifizierbaren Faktoren für die Beeinflussung des Gesundheitszustandes und körperlichen und funktionellen Abbaus älterer Menschen (Morey et

al. 2008, Chodzko-Zajko et al. 2009, Elsayy et al. 2010).

Ziel dieses Arbeitspaketes war es, die selbstgewählte Gehgeschwindigkeit (Distanz von 3 Metern in Kombination mit anderen Messwerten für die physische Funktionsfähigkeit) und das körperliche Aktivitätsniveau (Beschleunigungsmesser für 7 Tage und Nächte am Handgelenk) älterer Menschen aus Flensburg/ Deutschland und Odense/Dänemark zu erfassen. Die Durchführung der Tests und die Bereitstellung der Beschleunigungsmesser im Zuge der präventiven Hausbesuche wurden in beiden Städten von Fachkräften der örtlichen Kommunen übernommen.

Die erhobenen Daten stammen von 90 Seniorinnen und Senioren aus Flensburg/Deutschland (Durchschnittsalter 77 Jahre, Altersspanne 68-100 Jahre, 71 % weiblich) und 474 älteren Personen aus Odense/Dänemark (Durchschnittsalter 82 Jahre, Altersspanne 74-98 Jahre, 61 % weiblich). Die deutschen und dänischen Teilnehmer verfügten mehrheitlich (> 95 %) über hohe kognitive Fähigkeiten und konnten den Angaben der Fachkräfte daher gut folgen. Bei allen Teilnehmenden wurden 1. die selbstgewählte Gehgeschwindigkeit über eine Distanz von 3 Metern, 2. die Short Physical Performance Battery (SBBP) und 3. der auf einer Selbsteinschätzung basierende Gesundheitszustand (Einstufung von 1 für sehr schlecht bis 5 für sehr gut) untersucht. Darüber hinaus wurden die Testpersonen für 7 Tage und Nächte

mit einem Beschleunigungsmesser am Handgelenk ausgestattet, um sowohl die täglichen sitzenden und körperlich aktiven Phasen als auch Schlafverhalten und Schlafqualität erfassen zu können.

Obgleich die deutschen Testpersonen im Schnitt um 5 Jahre jünger waren als jene der dänischen Gruppe, betrug bei den Seniorinnen und Senioren aus Dänemark die durchschnittliche Gehgeschwindigkeit $0,86 \pm 0,24$ m/s (mit 59 % mobilitätseingeschränkten Personen), die der Teilnehmenden aus Deutschland $0,86 \pm 0,25$ m/s (mit 55 % mobilitätseingeschränkten Personen) (Abb. 1). Eine interessante Analogie ergab sich zwischen der ermittelten Gehgeschwindigkeit und den subjektiven Angaben zum eigenen Gesundheitszustand, da langsame und moderate Geher hier niedrigere Werte als schnelle Geher erreichten (Abb. 1).

Übereinstimmend mit den Erkenntnissen zur Gehgeschwindigkeit zeigte sich bei der allgemeinen körperlichen Funktionsfähigkeit (SPPB – Short Physical Performance Battery; Beurteilung von Gehgeschwindigkeit, Aufstehfähigkeit und Gleichgewicht) in Odense/Dänemark ($9,37 \pm 2,37$) und in Flensburg/Deutschland ($9,49 \pm 2,72$) ein ähnliches Bild. Dennoch zeichnet sich bei den deutschen Seniorinnen und Senioren im Vergleich zu den Teilnehmenden aus Dänemark eine leicht schlechter einzustufende Tendenz ab.

Die Beurteilung der körperlichen Aktivität wurde mittels am Handgelenk getragener

Beschleunigungsmesser (GT3X+ in Odense/Dänemark, GeneActiv in Flensburg/Deutschland) durchgeführt. Die Messung der Bewegungen erfolgte an 6 Tagen im Zeitraum von 06:00 bis 23:00 Uhr (Abb. 3).

Die tägliche körperliche Aktivität wurde prozentual in den zeitlichen Umfang aufgeteilt, der jeweils für niederaktive (sitzend), moderate und intensive Tätigkeiten aufgebracht wurde (Tab. 1). Aus den Daten geht hervor, dass die Testpersonen in Dänemark und Deutschland 70-75 % ihrer Zeit sitzend (oder mit niederaktiven Tätigkeiten) verbringen, 11-17 % für moderate Tätigkeiten aufwenden und 11-14 % ihrer Zeit einer intensiven Tätigkeit nachgehen (Tab. 1). Bei einer Einteilung der Teilnehmenden in Gruppen, entsprechend ihrem jeweiligen Funktionsniveau (d.h. Gehgeschwindigkeit), zeigte sich ein eindeutiges Muster: Im Vergleich zu moderaten und schnellen Gehern verbrachten Personen mit niedriger Gehgeschwindigkeit mehr Zeit mit sitzenden und weniger Zeit mit intensiven Tätigkeiten (Tab. 1).

Zusammenfassend haben sich präventive Hausbesuche sowohl in Dänemark als auch in Deutschland als überaus hilfreich bei der Identifizierung mobilitätseingeschränkter älterer Menschen erwiesen. Darüber hinaus lassen die Ergebnisse darauf schließen, dass ein niedriges körperliches Aktivitätsniveau im Zusammenhang mit einer Beeinträchtigung der Mobilität steht. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, Ansätze und

Lösungen zu entwickeln, die die körperliche Funktionsfähigkeit (einschließlich des Faktors Gehgeschwindigkeit) nachhaltig verbessern – sei es durch eine Steigerung der täglichen körperlichen Aktivität und Verringerung der im Sitzen verbrachten Zeit oder durch systematisch, schrittweise aufbauendes Krafttraining.

Den ældste befolkningsgruppe vokser hurtigt i Europa og i de mest udviklede lande (AgingStats, Danmarks Statistik). Ifølge de nyeste prognoser vil antallet af borgere på 65 år og derover i Europa stige fra 87 millioner i 2010 til 148 millioner i 2060 (Eurostat). For at kunne takle de potentielle socioøkonomiske konsekvenser af denne tendens blev en ny nøgleindikator, "sunde leveår" (HLY: det antal år en person på en bestemt alder kan forvente at leve uden funktionsindskrænkning), inkluderet i nøglesættet af de europæiske strukturelle indikatorer, eftersom det blev anerkendt i Lissabonstrategien, hvor vigtig den var. (Europa-Kommissionen). Sidstnævnte er forbundet med en borgers livskvalitet og samfundets omkostninger i forbindelse med sundhedspleje. Det vurderes for eksempel, at de generelle sundhedsomkostninger, der p.t. udgør 7,8 % af BNP, vil stige med 3 % i 2060 på grund af aldring (European Economy). Set ud fra de ældre borgeres perspektiv kan det bestemt være en meget positiv oplevelse at nå en højere alder, men det kan samtidig være en alvorlig udfordring, da det sandsynligvis medfører en forhøjet risiko for fysisk funktionelt forfald og funktionshæmninger, afhængighed og morbiditet samt en nedsat livskvalitet (Buchman et al. 2007, Covinsky et al. 2003, Gill et al. 2009, Newman et al. 2006). Interessant nok er ca. 2/3 af de resterende år for 65-årige danske mænd og kvinder forbundet med et godt helbred (HLY som et forhold af forventet levetid (LE)), hvorimod det kun er 1/3 for tyske mænd og kvinder. Blandt adskillige risikofaktorer

er stillesiddende adfærd blevet identificeret som den fjerdehøjeste årsag til dødsfald på verdensplan (inklusive alvorlige lidelser som koronar hjertesygdom, type 2 diabetes, bryst- og coloncancer). Afkaffelsen af fysisk inaktivitet tydede på en stigning af den forventede levetid hos hele verdens befolkning med 0-68 år (Lee et al. 2012). Nylige beviser tyder endda på, at virkningen af inaktivitet minder om de allerede fastsatte risikofaktorer i forbindelse med rygning og overvægt (Holme and Andersen 2015). Selvom der er begrænset viden om det fysiske aktivitetsniveau hos ældre, konstaterer en ny rapport, at der er en høj andel af meget inaktive personer (Ekholm et al. 2006), og der kan være forskel mellem Danmark og Tyskland.

Baseret på ovenstående afsnit er det afgørende at (1) identificere ældre personer med risiko for fremtidige fysiske hæmninger og indskrænkninger tidligt, og (2) identificere modificerbare faktorer for at forhindre fremtidig fysiske hæmninger og indskrænkninger. I forbindelse med punkt (1) er selvvalgte ganghastigheder blevet identificeret som en af de mest relevante målestokke og tidlige indikatorer for dødelighed, funktionsindskrænkning, hospitalsindlæggelse og adskillige andre relevante sundhedsmæssige konsekvenser (Chan et al. 2006, Cesari et al. 2005, Perera et al. 2006, Purser et al. 2005, Studenski et al. 2011). Med henblik herpå vil der blive anvendt tærskler på 0,60 og 0,90 m/s til at identificere og karakterisere personer med lav risiko (> 0,90 m/s, hurtig gang),

risiko (0,60-0,90 m/s, moderat gang) og høj risiko (< 0,60 m/s, langsom gang) (Cesari et al. 2005, Purser et al. 2005, Studenski et al. 2011). Personer med en ganghastighed på under 0,90 m/s vil blive betegnet som mobilitetsbegrænsede. I forbindelse med punkt (2) er daglig fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd blevet identificeret som en af de modificerbare nøglefaktorer, der påvirker sundhedsstatus og fysisk funktionelt forfald hos ældre (Morey et al. 2008, Chodzko-Zajko et al. 2009, Elsayy et al. 2010). Formålet med denne ekstra arbejdsopgave var at vurdere selvvalgt ganghastighed (distance på tre meter samt andre målinger af fysisk funktion) og fysiske aktivitetsniveauer (accelerometri på håndleddet i syv hele dage og nætter) på ældre personer med bopæl i Flensborg/Tyskland og i Odense/Danmark. I begge byer tog konsulentekspertes fra de lokale kommuner sig af disse prøver og leverede accelerometerne under deres forebyggende hjemmebesøg.

Dataene er for øjeblikket baseret på 90 ældre personer fra Flensborg/Tyskland (alder 77 år, interval 68-100 år, 71 % kvinder) og 474 personer fra Odense/Danmark (alder 82 år, interval 74-98 år, 61 % kvinder). Størstedelen (> 95 %) af danskerne og tyskerne havde et højt kognitivt niveau og kunne forstå de oplysninger, de modtog af konsulentekspertes. Alle disse forsøgspersoner fik foretaget prøver af (1) en selvvalgt ganghastighed på tre meter, (2) short physical performance battery (resultat på 0-12 baseret på ganghastighed, balance og rejse sig fra en stol) samt

(3) selvrapporeret helbred (resultat på 1-5 fra henholdsvis dårligt helbred til meget godt helbred). Derudover bar de (4) et accelerometer på håndleddet i syv hele dage og nætter for at vurdere daglige stillesiddende og fysisk aktive perioder samt søvnmønstre og -kvalitet. Den gennemsnitlige ganghastighed var henholdsvis $0,86 \pm 0,24$ m/s hos de danske ældre (hvor 59 % var mobilitetsbegrænsede) og $0,86 \pm 0,25$ m/s hos de tyske ældre (hvor 55 % var mobilitetsbegrænsede) (Figur 1), på trods af at den tyske befolkning var fem år yngre end de danske ældre borgere. Interessant nok svarer ganghastigheden godt til det selvrapporerede helbred, eftersom personer med langsom og moderat gang opnår lavere resultater end personer med hurtig gang (Figur 1).

I overensstemmelse med observationerne af ganghastighed var samlet fysisk funktion (short physical performance battery, SPPB; vurdering af ganghastighed, at rejse sig fra en stol samt balance) tilsvarende i Odense/Danmark ($9,37 \pm 2,37$) og i Flensborg/Tyskland ($9,49 \pm 2,72$). Der var dog en tendens, som tydede på, at tyske ældre havde en lidt dårligere præstation end danske ældre.

Selvstændig daglig fysisk aktivitet blev opdelt i den procentvise del af tiden, som blev brugt på aktiviteter af lav (stillesiddende), moderat og meget høj intensitet (tabel 1). Dataene viste, at de danske og tyske ældre brugte 70-75 % af deres tid på stillesiddende aktiviteter (eller aktiviteter af lav intensitet), 11-17 % af deres tid på aktiviteter af moderat intensitet og 11-14 % af

deres tid på aktiviteter af meget høj intensitet (tabel 1). Da deltagerne blev delt op i grupper alt efter deres funktionsniveau (dvs. ganghastighed), viste der sig et tydeligt mønster af, at personer med langsom gang brugte mere tid på stillesiddende aktiviteter og mindre tid på aktiviteter af høj intensitet sammenlignet med personer med moderat og hurtig gang (tabel 1).

Samlet set har de forebyggende hjemmebesøg vist sig at være ekstremt nyttige til at identificere mobilitetshæmmede ældre personer både i Danmark og Tyskland. Derudover viser resultaterne, at lave niveauer af fysisk aktivitet lader til at være forbundet med at være mobilitetshæmmede. Der er derfor yderst vigtigt at implementere tilgange, der kan forbedre den fysiske funktion effektivt (herunder ganghastighed), enten gennem forbedringer i den daglige fysiske aktivitet og/eller nedsat stillesiddende tid eller gennem systematisk progressiv powertræning.

PREVENTION FOR OLDER ADULTS IN DENMARK AND GERMANY

PRÄVENTION FÜR ÄLTERE MENSCHEN IN DÄNEMARK
UND DEUTSCHLAND

FOREBYGGELSE FOR ÆLDRE I DANMARK OG TYSKLAND

Framework conditions ex.	Germany	Denmark
Public hospitals (share)	40%	95%
Health funding	Insurance	Public
Prevention and rehabilitation	Private/hospital	Municipality
Municipal obligation	Counselling of older citizens	Preventive home visits +75
Care funding	Insurance/private	Municipality/public
Pharma - reimbursement	Insurance	Public
Digital health data	Limited	Widespread
Access to health data	Low	High
Sector integration	Low	Medium
Future focus	In progress - Prevention legislation	Prevention / integrated Care

 Danish and German health policy is changing markedly these years, with the topics of interest being generally the same. However, in several areas Denmark is ahead of Germany, as they have gathered experiences from their own process of transformation during previous years. This enables the possibility to exchange experiences and best practices between German and Danish stakeholders, for what the INTERREG Project HANC provides a perfect platform.

The general terms are nevertheless different in Germany and Denmark, as shown by the fundamentally different political and financial frameworks. Over the previous years, several major health reforms have been carried out

in Denmark, all of them are designed to strengthen preventive health initiatives. For instance, “Jo før jo bedre” (“the sooner the better”) from 2014 focused on increasing healthy life years (HLY) through early detection, prevention and rehabilitation. In Germany, a government proposal was put forward in spring 2015, named “Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention” aimed at strengthening health promotion and prevention.

The chart shown above contains a summary of significant differences in a number of basic conditions for the delivery of multisectoral preventive health care services in Denmark and Germany, respectively.

The marked differences in incitement structures, means that health innovation, public/private cooperation and commercial market conditions without reforms, likely will continue to evolve in two directions.

The demographic changes and the congestion of national economies are among the biggest global challenges, yet Denmark and Germany have the opportunities to make a difference. The question is with what, how and when.

- Since the Danish Municipal reform in 2007, the politics have been aimed towards the citizen (placed in the center) and preventive initiatives, as well as shorter and fewer hospital admissions. Hence, create more health out of the available money and “the earlier the prevention, the better”.
- For Germany, the challenging question is how one of the world's highest health budgets adapts to the demographic changes. An obvious opportunity is to improve citizens' healthy life years (HLY). A new preventive legislation has the potential to help change the terms of preventive interventions.

Below are some of the challenges for the Danish and German health care systems, respectively, according to the development and implementation of preventive health interventions for older citizens.

Coordinated care - DE:

The gap between the inpatient and outpatient sector and the lack of interfaces and structures for a comprehensive intersectional, transparent communication and efficient processes is one of the

biggest challenges in the German and Danish health care system.

E-health/telemedicine implementation to improve care processes - DE:

E-health will be implemented by law in the course of this year, but there are still many questions, e.g. regarding funding, data security etc.

Elderly care - DE:

Demographic change is now! Funding, lack of professional staff and inefficient processes are the main issues, as well as the general question on how we would like to spend the last phase of our life. How will elderly care concepts change due to this?

Patient empowerment/patient centrality - DE:

In times of well-informed patients, answers have to be found: How will the patient's role change and how should the health care system adapt to this? How can the treatment be more efficient, if the patient is involved (increase of adherence etc.)?

Integrated Care - DK:

A recent review of the system shows that it generally provides high quality services and a high patient satisfaction with primary care and hospital services. Nevertheless, despite a raft of policies aimed at integrating health services, the Danish system still suffers from a lack of coordination of care.

Cross sector data and the digital highway - DK:

An enhanced and more qualified appliance of health-care data will result in an improved management insight with the potential of changing the understanding of

“best practice”, which will enhance the stepping-stones between prevention, rehabilitation, diagnoses and treatments including use of pharmaceuticals.

Healthy active living... ”Core focus of HANC” - DK:

Functionality is a broad concept referring to various dimensions such as physical, medical, biological, mental or social functions. The functions levels of a person determines the specific and individual need for support of Active and Healthy Ageing.

Patient empowerment/patient centrality - DK:

Health care is considered as a process of co-production in which professionals and patients jointly work on solving health problems with the inclusion of the wider support networks such as his/her family and support groups.

Rahmenbedingungen	Deutschland	Dänemark
Staatliche Krankenhäuser	40 %	95 %
Finanzierung	Versicherung	Staat
Prävention und Rehabilitation	Krankenhaus/Privat	Kommune
Kommunale Verantwortung	Beratung älterer Menschen	Präventive Hausbesuche 75+
Finanzierung	Versicherung/Privat	Kommune/Staat
Kostenerstattung für Arzneimittel	Versicherung	Staat
Digitale Gesundheitsdaten	Eingeschränkt	Umfassend
Zugang zu Gesundheitsdaten	Niedrig	Hoch
Sektorintegration	Niedrig	Mittel
Zukunftsfokus	In Vorbereitung – Präventionsgesetz	Prävention/Integrierte Versorgung



Die Gesundheitspolitik in Dänemark und in Deutschland wurde in den vergangenen Jahren einem markanten Wandel unterzogen, wobei die Themenschwerpunkte in beiden Ländern grundsätzlich dieselben sind. Dennoch ist Dänemark in vielen Bereichen Deutschland einen Schritt voraus und hat aus dem eigenen Transformationsprozess seine Lehren und Erkenntnisse gezogen. Dadurch eröffnet sich die Möglichkeit zu einem gegenseitigen Erfahrungsaustausch und zur Vermittlung von Best Practices zwischen deutschen und dänischen Interessensvertretern, wofür das INTERREG Projekt HANC eine optimale Plattform bietet.

Wie ein Vergleich der politischen und finanziellen Rahmenbedingungen zeigt, sind die Gegebenheiten in Deutschland und Dänemark jedoch

grundlegend unterschiedlicher Natur. In den vergangenen Jahren wurden in Dänemark mehrere große Gesundheitsreformen umgesetzt, deren Hauptaugenmerk stets auf dem Ausbau präventiver Gesundheitsinitiativen lagen. So wurde beispielsweise mit dem Programm „Jo før jo bedre“ (Je früher, desto besser) im Jahr 2014 die Steigerung der gesunden Lebensjahre (Healthy Live Year – HLY) durch Früherkennung, Prävention und Rehabilitation in den Mittelpunkt gestellt. In Deutschland wurde 2015 ein Gesetzesentwurf mit dem Titel „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention“ eingebracht.

Die obige Tabelle gibt einen Überblick über die signifikanten Unterschiede der Rahmenbedingungen für die Bereitstellung sektorübergreifender

präventiver Gesundheitsleistungen in Deutschland und Dänemark. Aufgrund der deutlich unterschiedlichen Anreizstrukturen werden sich die Bereiche Innovation, staatliche und private Kooperation und Marktbedingungen ohne Reformen auch in Zukunft in zwei entgegengesetzte Richtungen bewegen. Der demografische Wandel und hohe volkswirtschaftliche Belastungen zählen heute zu den weltweit größten Herausforderungen für das Gesundheitswesen. Und dennoch haben Dänemark und Deutschland das Potential, den Schritt nach vorne zu wagen. Die Frage ist nur womit, wie und wann.

- Seit der dänischen Kommunalreform 2007 wurde die Politik verstärkt auf die Bürgerinnen und Bürger (als zentrales

Element), die Umsetzung von Präventivmaßnahmen sowie weniger und kürzere Krankenhausaufenthalte ausgerichtet. Daraus folgt: Mehr Gesundheit aus dem vorhandenen Budget schöpfen und „je früher die Prävention, desto besser“.

- Die größte Herausforderung für Deutschland liegt in der Frage, wie eines der weltweit höchsten Gesundheitsbudgets an die demografischen Veränderungen angepasst werden kann. Eine naheliegende Lösung findet sich in der Steigerung der gesunden Lebensjahre (HLY) der Bürgerinnen und Bürger. Ein neues Präventionsgesetz könnte hier eine verbesserte Grundlage für vorbeugende Maßnahmen schaffen.

Der folgende Abschnitt bietet einen Überblick über einige der Herausforderungen, mit denen sich die Gesundheitssysteme in Deutschland und Dänemark bei der Entwicklung und Umsetzung präventiver Gesundheitsmaßnahmen konfrontiert sehen.

Koordinierte Versorgung – DE:
Die Kluft zwischen den Versorgungssektoren für stationäre und für ambulante Patientinnen und Patienten sowie der Mangel an gemeinsamen Schnittstellen und Strukturen für eine umfassende, sektorübergreifende und transparente Kommunikation und die effiziente Prozessgestaltung zählen zu den wichtigsten Aufgaben des deutschen und dänischen Gesundheitswesens.

Realisierung von E-Gesundheit/ Telemedizin zur Verbesserung des medizinischen

Versorgungsprozesses – DE:
Die Umsetzung von E-Health-Anwendungen wird noch in diesem Jahr gesetzlich verankert. Ungeklärt sind jedoch nach wie vor Fragen beispielsweise der Finanzierung oder des Datenschutzes.

Seniorenbetreuung – DE:
Der demografische Wandel schreitet zunehmend voran. Zentrale Themen sind Finanzierung, Fachkräftemangel und ineffiziente Prozesse sowie die Frage, wie wir den letzten Abschnitt unseres Lebens verbringen möchten. Wie soll das Seniorenbetreuungskonzept der Zukunft aussehen?

Patientenbefähigung/ Patientenzentrierung – DE:
In Zeiten aufgeklärter und mündiger Patientinnen und Patienten ergeben sich neue Fragen: Wie sieht die Rolle der Patientinnen und Patienten der Zukunft aus und wie kann das Gesundheitssystem darauf reagieren? Wie können Behandlungen – unter Beteiligung der Patientinnen und Patienten – effizienter gestaltet werden (Therapietreue etc.)?

Integrierte Versorgung – DK:
Jüngsten Bewertungen des Gesundheitssystems zufolge ist sowohl die Qualität der Dienstleistungen allgemein als auch die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Primärversorgung und den Krankenhausleistungen sehr hoch. Dennoch mangelt es dem

dänischen Gesundheitswesen trotz zahlreicher Maßnahmen in Richtung integrierter Gesundheitsdienste noch immer an einer entsprechenden Versorgungskoordination.

Übergreifender Datenaustausch und der digitale Highway – DK:
Eine verbesserte und qualitativere Verwaltung der Gesundheitsdaten würde ein besseres Führungsverständnis gewährleisten und so den Erfahrungsaustausch über Best Practices fördern und in weiterer Folge die übergreifende Koordination zwischen Prävention, Rehabilitation, Diagnose und Behandlung einschließlich Arzneimitteleinsatz steigern.

Aktives und gesundes Leben... Funktion als „Schlüssel“-Konzept von HANC – DK:
Funktionalität ist ein weiterer Begriff und umfasst physische, medizinische, biologische, mentale und soziale Funktionen. Die funktionellen Fähigkeiten einer Person bestimmen deren spezifischen und individuellen Unterstützungsbedarf für ein aktives und gesundes Altern.

Patientenbefähigung/ Patientenzentrierung – DK:
Gesundheitsfürsorge wird als wechselseitiger Prozess betrachtet, in dem medizinisches Fachpersonal und Patientinnen und Patienten unter Einbeziehung breiterer Netzwerke, wie Familie oder Selbsthilfegruppen, gemeinsam an der Lösung gesundheitlicher Probleme arbeiten.

Eksempler på strukturelle forhold	Tyskland	Danmark
Offentlige hospitaler (andel)	40 %	95 %
Sundhedsstøtte	Forsikring	Offentlig
Forebyggelse og genoptræning	Privat/hospital	Kommunalt
Kommunal forpligtelse	Rådgivning af ældre borgere	Forebyggende hjemmebesøg +75
Plejestøtte	Forsikring/privat	Kommunalt/offentligt
Lægemiddel - refundering	Forsikring	Offentlig
Digitale sundhedsdata	Begrænset	Udbredt
Adgang til sundhedsdata	Lav	Høj
Sektorintegration	Lav	Middel
Fokus på fremtid	I gang – lovgivning om forebyggelse	Forebyggelse /Integreret pleje

Den danske og tyske sundhedspolitik ændres markant disse år, og interesseområderne er generelt de samme. På adskillige områder er Danmark dog foran Tyskland, og har samlet erfaringer fra sin egen omstillingsproces gennem tidligere år. Dette giver mulighed for at udveksle erfaringer og bedste praksis mellem tyske og danske interessenter.

De generelle betingelser er ikke desto mindre forskellige i Tyskland og Danmark, hvilket kan ses ud fra de fundamentalt forskellige politiske og økonomiske strukturer. Gennem de seneste år er der udført adskillige store sundhedsreformer i Danmark, som alle har til hensigt at styrke forebyggende sundhedsinitiativer. For eksempel fokuserede "Jo før jo bedre" fra 2014 på at øge sunde leveår (HLY) gennem tidlig opsporing, forebyggelse og genoptræning.

I Tyskland blev der fremsat et regeringsforslag i foråret 2015 med titlen "Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheits-förderung und Prävention", der havde til formål at styrke den sundhedsmæssige fremme og forebyggelse hos ældre borgere. HANC-publikationen "Aktives und Gesundes Altern – Prävention für den Erhalt von Mobilität und Unabhängigkeit" giver et tydeligt billede af nogle af de udfordringer, der er forbundet med at implementere forebyggende helbredsinterventioner i en tysk kontekst med adskillige interessenter og interesser.

Skemaet ovenfor indeholder en opsummering af betydelige forskelle på en række grundlæggende forhold, når der skal ydes forebyggende sundhedsplejeservice i flere sektorer i henholdsvis Danmark og Tyskland.

De betydelige forskelle i incitamentsstrukturer betyder at sundhedsinnovation, det offentlige/private samarbejde og de kommercielle markedsvilkår uden reformer fortsat vil udvikle sig i to retninger.

Udfordringen med ændret demografi og overbelastningen af de nationale økonomier er én af de største globale udfordringer hvor Danmark og Tyskland har muligheder for at gøre en forskel Spørgsmålet er bare med hvad, hvordan og hvornår.

- Siden den danske kommunalreform i 2007 har politikken og fokus været rettet mod borgeren og forebyggende initiativer med kortere og færre hospitalsindlæggelser. Dermed får man mere sundhed for pengene, og "jo tidligere forebyggelse, des bedre".
- I Tyskland er det udfordrende spørgsmål, hvordan én af verdens højeste sundhedsbudgetter kan tilpasses de demografiske ændringer. En oplagt mulighed er at forbedre borgerens sunde leveår (HLY). En lov om forebyggelse har potentiale til at med ændre betingelserne for forebyggende interventioner.

Herunder oplystes nogle af udfordringerne for henholdsvis det danske og det tyske sundhedsvæsen at være til udvikling og implementering af forebyggende sundhedsinterventioner for ældre borgere.

Koordineret pleje - DE:

Kløften mellem indlagte og ambulante patienter og manglen på grænseflader og strukturer for effektive tværsektionell, kommunikation og processer er en af de største udfordringer for det tyske og sundhedsvæsen.

Implementering af E-sundhed/ telemedicin til forbedring af plejeprocesser - DE:

E-sundhed vil blive forbedret ved lov i løbet af dette år, men der er stadigvæk mange spørgsmål, f.eks. vedrørende støtte, datasikkerhed osv.

Ældrepleje - DE:

Den demografiske ændring sker nu! Hovedproblemerne er støtte, manglende faguddannet personale og ineffektive processer, og det generelle spørgsmål er, hvordan vi gerne vil tilbringe den sidste del af vores liv. Hvordan vil koncepterne inden for ældrepleje ændre sig på grund af dette?

Selvstændiggørelse af patienter/ centrering af patienter - DE:

I tider med velinformede patienter skal der findes svar: Hvordan vil patientens rolle ændre sig, og hvordan bør sundhedsvæsenet tilpasse sig? Hvordan kan behandlingen blive mere effektiv, hvis patienten er involveret

Integreret pleje - DK:

En nylig vurdering af systemet tyder på, at der generelt ydes service af høj kvalitet, og at patienterne er meget tilfredse med den primære pleje- og hospitalsservice. Ikke desto mindre lider det danske system fortsat af manglende

forebyggelses og plejekoordinering på trods af en lang række politikker, der er rettet mod integrationen af sundhedsservices.

Krydssektordata og digital motorvej - DK:

En forbedret og mere kvalificeret anvendelse af sundhedsdata vil resultere i et forbedret administrativt indblik med mulighed for at ændre forståelsen af "bedste praksis", hvilket vil forbedre overgangene mellem forebyggelse, genoptræning, diagnoser og behandlinger, herunder brug af lægemidler.

Sund aktiv livsstil... "Nøglefokus af HANC" - DK:


Funktionalitet er et bredt koncept, der henviser til forskellige dimensioner, som f.eks. fysiske, medicinske, biologiske, mentale eller sociale funktioner. En persons funktionsniveauer afgør det specifikke og individuelle behov for støtte til en aktiv og sund aldring

Selvstændiggørelse af patienter/ centrering af patienter - DK:

Sundhedspleje anses for at være en samarbejdsproces, hvor fagudlærte og patienter arbejder sammen om at løse sundhedsproblemer med inddragelsen af det bredere støttenetværk som f.eks. familie og støttegrupper.

THE PREVENTION CONCEPT FOR SENIOR CITIZENS IN GERMANY

PRÄVENTION FÜR ÄLTERE MITBÜRGER IN DEUTSCHLAND FOREBYGGELSE FOR ÆLDRE BORGERE I TYSKLAND

 *“In an ageing society, strategies for targeted health promotion and disease prevention are essential in all phases of life.”*

Gesetzentwurf der Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, Präventionsgesetz – PrävG

The term prevention is derived from the Latin word for “pre-empt”. Therefore, prevention prevents, deals with causes and starts in the health sector wide before treating symptoms. “At more advanced ages, prevention serves to cut down the burden of disease as much as possible (thus also increasing life expectancy), promotes the capacity to continue to live autonomously and reduces the deterioration of health status to as brief a period of time as possible immediately prior to death.”¹ But what factors promote health with increasing age?

“Regular physical activity is an important factor in the maintenance and promotion of health. The significant role played by active lifestyles in preserving health and avoiding the development of chronic disorders has also been adequately demonstrated by the results of meta-analyses.”²

The law in Germany regulates prevention. Section 20 of part V of the German Social Security Code (SGB) represents the legal basis for measures designed for primary prevention in Germany. It stipulates that “the statutes of health insurance organisations must include provisions

that provide for the support of primary prevention measures” that “(...) are designed to enhance general health status and, in particular, are intended to help avert socially-related health inequalities.”³

“In order to ensure that primary prevention services are available to all insured persons and to reduce socially-related inequalities with regard to health, the prevention guideline issued by the National Association of Statutory Health Insurance Funds (GKV-Spitzenverband) defines two basic approaches (...) that are to be used for intervention: the individual approach to the prevention of unhealthy lifestyles and the setting-relevant approach to the prevention of unhealthy lifestyles and situations.”⁴

1. The first one is the individual approach. This one includes four different activity fields [...]. The focus is on the activity field “physical activity habits”. It is used to reduce physical inactivity and to prevent and reduce health risks through appropriate exercise programmes. “Exercise is effective in many respects,” affirms Anna Meiners, coordinator for welfare and care of the elderly of the Germany charity *DER PARITÄTISCHE* Schleswig-Holstein.

2. The setting approach takes into account the living environment of the individual. By means of a structured concept, the underlying conditions of the health situation are improved so that it becomes

easier to adopt behaviour designed to improve health.⁵ “A primary objective is to sustainably make health promotion a natural feature of the various living environments. For this purpose, society as a whole must assume responsibility for the measures designed to impact on living environments and their development and these must be accordingly financed”, so Wolfgang Klink, Barmer GEK.

Those organisations originally engaged in this task must also contribute their skills and personal resources to prevention programmes and the promotion of health,”

Wolfgang Klink of the Barmer health insurance organisation.

With regard to the target group ‘senior citizens’, the “community” setting is of particularly relevance. This setting embrace the place in which they live and act. While access to the target group can be facilitated through already active local service providers, another advantage of the setting-related approach is that the various interested stakeholders within the community can be easily brought together.

Through work groups, networks and (care) forums, it is possible to determine the services required, to exchange information and put in place any options that are lacking. Outpatient care services and care facilities provide for prevention in many forms and in accordance with various different legal stipulations. One important strategy that has been introduced in Schleswig-Holstein in order to promote and maintain mobility [in the target group] takes the form of the options provided by sports

associations and healthcare facilities in collaboration; ‘Activity in old age’ (Alter in Bewegung) for example is a programme designed to improve physical strength, coordination together with the sense of balance and also to promote sociability in Schleswig-Holstein. “When people come together, it makes them aware that they are a part of the society and this fact helps them to develop their social skills!” asserts Brigitte Roos of the State Sport Association of Schleswig-Holstein. Additionally, a pilot project called “Alter in Bewegung” has been instituted in cooperation with outpatient care providers since 2014.

Over the primary prevention, further legal regulations also strengthen the health potential of seniors. Section 25 of part V of the German Social Security Code deals with secondary prevention and early diagnosis. It requires the implementation of measures designed to encourage a healthy lifestyle so that, for example, any disorders an individual may have are not unnecessarily exacerbated. Section 5 of part XI of the German Social Security Code covers nursing care insurance primarily from the point of view of prevention and medical rehabilitation and sets out measures intended to prevent the need for long-term nursing care arising. Among those actively participating in the prevention strategies for senior citizens are sports associations, partners in health, social and educational institutions, neighbourhood regeneration projects, senior citizen’s advisory councils, charities, home care providers, care facilities and units, GPs and other community services. However, modern technological

devices and tele medical solutions are less frequently used to promote and maintain mobility in the elderly; this is primarily attributable to the technophobic attitude that is generally believed to prevail among senior citizens as well as nursing staff.

“Individually designed training courses for the elderly in fitness centers can be of major benefit. Personal supervision should also be provided and courses need to be tailored to take into account individual needs and possible problems.”

Dr. Ingeborg Kreuz, a GP specialising in geriatric care

Of course, other forms of technical mobility aids, such as walking sticks and rollators have long been in use. “So that rollators can really be of help to the elderly, they need to be shown how to use them properly,” points out Kerstin Wilimzig of the ‘Growing older’ (Älter werden) coordination center of Kiel. Prevention measures are being given a very high priority in Germany and the importance of preventive measures is also reflected in current political developments. The German government has launched a draft bill for legislation on prevention with the prevention law, which includes related changes that will be relevant to the senior citizen target group. One change is, among other things, the new section 20a “Services for health promotion and disease prevention in the various living environments”, which will have a particular impact on the day-to-day life of the elderly. Also to be introduced are stipulations for prevention measures to be used in care institutions that have the aim,

among other things, of supporting health resources and boosting skills. Moreover, a national prevention strategy should be developed in cooperation with health and nursing care, pension and accident insurance providers be developed.



„In einer Gesellschaft des längeren Lebens sind gezielte Gesundheitsförderung und Prävention in jedem Lebensalter von entscheidender Bedeutung“.

Gesetzentwurf der Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention, Präventionsgesetz – PräVg

Der Begriff Prävention leitet sich von dem lateinischen Wort für „Zuvorkommen“ ab. Prävention beugt also vor, beschäftigt sich mit Ursachen und setzt im Gesundheitsbereich weit vor der Behandlung von Symptomen ein. „Im höheren Lebensalter dient Prävention der weitmöglichen Vermeidung von Krankheitslast (und damit der Erhöhung der gesunden Lebenserwartung), der Aufrechterhaltung von Selbstständigkeit und der Verkürzung gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf eine möglichst kurze Zeit vor dem Lebensende“.¹ Welche Faktoren fördern aber die Gesundheit mit zunehmendem Lebensalter? „Regelmäßige körperliche Aktivität stellt einen wichtigen Faktor für den Erhalt und die Förderung der Gesundheit dar. Die große Relevanz aktiver Lebensstile für die Aufrechterhaltung von Gesundheit und die Vermeidung chronischer Erkrankungen ist auch auf der Ebene von Metaanalysen hinreichend belegt“.² Prävention ist in Deutschland gesetzlich geregelt. Der § 20 SGB V bildet die gesetzliche Grundlage für gesundheitsförderliche Maßnahmen

zur Primärprävention. Er regelt, dass „die Krankenkasse in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen“ soll, (...) die „den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Vermeidung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“.³

„Um die Primärpräventionsleistungen allen Versicherten verfügbar zu machen und zugleich die sozialbedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern, beschreibt der Leitfadene Prävention des GKV-Spitzenverbands zwei grundlegende Ansätze (...) für Interventionen: den individuellen Ansatz zur Verhaltensprävention und den Settingansatz der Verhaltens- und Verhältnisprävention“.⁴

1. Der Erste ist der Individualansatz. Dieser umfasst vier unterschiedliche Handlungsfelder. Hervorzuheben ist das Handlungsfeld „Bewegungsgewohnheiten“. Es dient zur Reduzierung von Bewegungsmangel sowie zur Vorbeugung und Reduzierung von gesundheitlichen Risiken durch geeignete Bewegungsprogramme. „Bewegung ist ein multiwirksames Mittel,“ betont auch Anna Meiners, Referentin für Altenhilfe und Pflege bei DER PARITÄTISCHE Schleswig-Holstein die präventive Bedeutung von Bewegung.
2. Der Settingansatz bezieht sich auf die Lebenswelt des Individuums. Durch Strukturbildung sollen die gesundheitlichen Rahmenbedingungen verbessert und damit gesundheitsförderliches Verhalten erleichtert werden.⁵ „Ein zentrales Ziel ist dabei die nachhaltige Verankerung von Gesundheitsförderung in den Lebenswelten. Das setzt voraus, dass lebensweltbezogene Maßnahmen und

ihr Ausbau als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden und finanziert werden“, so Wolfgang Klink von der Barmer GEK.

„Die originär zuständigen Träger müssen sich mit ihren jeweiligen Kompetenzen und finanziellen wie personellen Ressourcen an Prävention und Gesundheitsförderung beteiligen.“

Wolfgang Klink, Barmer GEK

Bezogen auf die Zielgruppe der älteren Menschen ist das Setting „Kommune“ entscheidend. Dieses Setting umfasst den Ort, in dem die Menschen leben und agieren. Neben dem erleichterten Zugang zur Zielgruppe über vertraute und lokale Anbieter, ist als weiterer Vorteil des Settings die gute Vernetzungsmöglichkeit verschiedener Akteure innerhalb der Kommune zu sehen. Arbeitsgruppen, Netzwerke und (Pflege-)Konferenzen dienen der Bedarfsermittlung, des Austausches und auch der Entwicklung fehlender Angebote. Im Bereich der ambulanten Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen findet Prävention auf vielfältige Art und unter unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen statt. Wichtige Maßnahmen zur Stärkung und zum Erhalt der Mobilität in Schleswig-Holstein sind die Angebote, die in Kooperation von Sportvereinen und Pflegeeinrichtungen stattfinden. „Alter in Bewegung“ zum Beispiel ist ein Angebot in Schleswig-Holstein, das Kraft, Koordination und Gleichgewicht stärkt und Geselligkeit fördert. „Geselligkeit ist Ausdruck sozialer Teilhabe und fördert die sozialen Kompetenzen“, betont Brigitte Roos vom Landessportverband Schleswig-Holstein. Als erweitertes Angebot wird seit 2014 eine Kooperation mit ambulanten Pflegediensten „Bewegt im Alter“ erprobt.

Über die Primärprävention hinaus stärken weitere gesetzliche Regelungen das gesundheitliche Potenzial von Senioren. Der Paragraph § 25 SGB V - Sekundärprävention und Früh-erkennung – fördert Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Lebensstils, damit sich z.B. der Verlauf einer Krankheit nicht verschlimmert. Der Paragraph § 5 SGB XI – Soziale Pflegeversicherung – Vorrang von Prävention und medizinischer Rehabilitation, ermöglicht präventive Maßnahmen, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Wichtige Akteure im Themenfeld Prävention für Seniorinnen und Senioren sind u.a.: Sportvereine, Kooperationspartner in Gesundheits-, Sozial- und Bildungseinrichtungen, Stadtteilprojekte, Seniorenbeiräte, Wohlfahrtsverbände, ambulante Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen und Pflegestützpunkte, Hausärzte und kommunale Einrichtungen. Der Einsatz von Technologien und telemedizinischen Lösungen zur Förderung und zum Erhalt der Mobilität findet eher selten statt. Dieser Umstand wird mit einer nicht so technik-affinen Haltung der aktuellen Senioren, aber auch bei Pflegekräften begründet.

„Ein individuell ausgerichtetes Training in Fitnesscentern ist für ältere Menschen sehr sinnvoll. Das Angebot sollte individuelle Betreuung umfassen und auf die Bedürfnisse und mögliche Belastungen ausgerichtet sein.“

Dr. Ingeborg Kreuz, Hausärztin mit geriatrischem Schwerpunkt

Der Einsatz klassischer technischer Hilfsmittel wie Rollatoren und Handstöcke ist sehr etabliert. *„Damit Rollatoren eine wirkliche Hilfe für die Seniorinnen und Senioren sind, braucht es eine gute Einweisung in*

den Umgang“, betont Kerstin Wilimzig von der Leitstelle „Älter werden“ der Landeshauptstadt Kiel.

Prävention hat in Deutschland einen hohen Stellenwert und die Bedeutung präventiver Maßnahmen spiegelt sich auch in aktuellen politischen Entwicklungen wider. Die Bundesregierung hat mit dem Präventionsgesetz einen Gesetzesentwurf vorgestellt, der relevante Änderungen für die Zielgruppe der älteren Menschen beinhaltet. Eine Änderung ist u.a. die Einführung des § 20a „Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten“, insbesondere in der Lebenswelt älterer Menschen. Die Prävention in Pflegeeinrichtungen wird neu aufgenommen und hat u.a. zum Ziel gesundheitliche Ressourcen und Fähigkeiten zu stärken. Außerdem soll eine nationale Präventionsstrategie gemeinsam von Kranken- und Pflegekassen, Renten- und Unfallversicherungsträgern entwickelt werden.

■ *„I et samfund, hvor mennesker lever længere, er målrettet sundhedsfremme og forebyggelse i enhver levealder af afgørende betydning“.*

Gesetzesentwurf der Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention Präventionsgesetz – PräVG

„Ved højere levealder tjener forebyggelse i videst mulig udstrækning til at undgå en sygdomsbyrde (og dermed en forhøjelse af den sunde forventede levetid), bevaringen af selvstændighed og reduktion af sundhedsmæssige indskrænkninger til en så kort tid som mulig før livets afslutning“.⁽²⁾

„Regelmæssig fysisk aktivitet udgør en vigtig faktor for opretholdelsen og

fremmet af sundheden.

Den store relevans af en aktiv livsstil for bevaring af sundheden og undgåelsen af kroniske sygdomme er også tilstrækkeligt bevist på metaanalyseniveau“.⁽³⁾

§ 20 i SGB V danner grundlaget for sundhedsfremmende foranstaltninger til primær forebyggelse. Den regulerer, at „sygekassen i forbindelse med bestemmelserne for ydelser til primær forebyggelse skal planlægge (...), at „forbedre den generelle sundhedstilstand og specielt bidrage til at undgå social betinget ulighed i forbindelse med sundhedschancerne“.

⁽⁴⁾

„For at gøre de primære forebyggelsesydelse tilgængelige for alle forsikrede og desuden formindske den socialt betingede ulighed i sundhedschancerne, beskriver GKV Spitzenverbands retningslinjer for forebyggelse to grundlæggende tiltag (...) for interventioner: det individuelle tiltag til adfærdsforebyggelse og den steds- og situationsbetingede adfærds- og forholdsforebyggelse.“⁽⁵⁾ Det individuelle tiltag omfatter fire handlingsfelter. Handlingsfeltet „Bevægelsesvaner“ skal fremhæves. Det omhandler reduktion af bevægelsesmangel samt forebyggelse og reduktion af sundhedsmæssige risici gennem egnede bevægelsesprogrammer. „Bevægelse er et middel med flere virkemåder!“, understreger også Anna Meiners, sagkyndig inden for aldershjælp og -pleje hos *DER PARITÄTISCHE* i Schleswig-Holstein.

Det steds- og situationsbetingede tiltag handler om individets levestil. Gennem strukturdannelse skal de sundhedsmæssige rammebetingelser forbedres, og

den sundhedsfremmende adfærd forenkles.⁽⁶⁾ „Et centralt mål i den forbindelse er den vedvarende forankring af sundhedsfremme i levemiljøerne. Det forudsætter, at de levemiljømæssige forholdsregler og deres opbygning som en samfundsmæssig opgave forstås og finansieres.

Den normalt ansvarlige organisation må engagere sig med deres relevante kompetencer og finansielle ressourcer samt personaleressourcer i forebyggelse og sundhedsfremme“.

Wolfgang Klink, Barmer GEK

I forbindelse med målgruppen af ældre mennesker er det relevante sted og den relevante situation „Kommune“ afgørende – det sted, hvor mennesker lever og agerer. Ud over den forenkledte adgang til målgruppen via lokale udbydere, der er tillid til, er en yderligere fordel ved stedet og situationen de gode netværksmuligheder med forskellige aktører inden for kommunen. Arbejdsgrupper, netværk og (pleje-) konferencer bruges til behovsformidling, udvekslinger og også til udvikling af manglende tilbud. Inden for området ambulante plejetjenester og plejeindretninger udføres forebyggelse på mange forskellige måder og under forskellige lovmæssige bestemmelser. Nogle vigtige forholdsregler til styrkelse og opnåelse af mobilitet i Schleswig-Holstein er de tilbud, der udbydes

gennem samarbejder mellem sportsforeninger og plejeindretninger; „alder i bevægelse“ er et tilbud, der styrker kræfter, koordination og ligevægt og fremmer selskabelighed. „Selskabelighed er udtryk for social deltagelse og fremmer de sociale kompetencer!“ understreger Brigitte Roos fra delstatssportsforbundet i Schleswig-Holstein. Som udvidet tilbud er siden 2014 blevet afprøvet et samarbejde med ambulante plejetjenester „Bewegt im Alter“ (Bevægelse med alderen). Paragraf § 25, SGB V – Sekundær forebyggelse og tidlig genkendelse – fremmer forholdsregler til fremme af en sund livsstil, så forløbet af en sygdom f.eks. ikke forværres. §5 SGB XI – Social plejeforsikring – Forrang for forebyggelse og medicinsk rehabilitation, muliggør forebyggende forholdsregler for at undgå overgangen til plejebehov. Vigtige aktører inden for temaet forebyggelse for ældre personer er bl.a.: sportsforeninger, samarbejdspartnere inden for sundheds-, social- og uddannelsesinstitutioner, bydelsprojekter, ældreforsamlinger, velfærdsforbund, ambulante plejetjenester, plejeindretninger og plejehjælpepunkter, familielæger, kommunale indretninger.

Anvendelsen af teknologier til fremme og opnåelse af mobilitet sker kun sjældent. Denne omstændighed begrundes med den aktuelle

ældrebefolknings ikke så store tekniske affinitet.

„En individuelt tilpasset træning i et fitness-center for ældre personer giver stor mening. Tilbuddet skal omfatte individuel service og være indrettet efter behovet og mulige belastninger“.

Dr. Ingeborg Kreuz, familielæge med speciale i geriatri

Anvendelsen af klassiske tekniske hjælpemidler som rollatorer og håndstokke er godt etableret. „For at rollatorer skal være til virkelig hjælp for de ældre, kræves en god indføring i brugen“, understreger Kerstin Wilimzig fra koordinationscenteret „Älter werden“ (At blive ældre) i delstatshovedstaden Kiel. Forebyggelse har stor betydning i Tyskland. Dette viser sig også derved, at regeringen har præsenteret et lovforslag til en forebyggelseslov, der blev drøftet i den 95. forsamling af forbundsdagen. Relevante ændringer for målgruppe af ældre personer er bl.a. indføringen af § 20a Ydelser til sundhedsfremme og forebyggelse i levemiljøerne og specielt i ældre menneskers levemiljøer. Forebyggelsen i plejeindretninger genoptages og har bl.a. til formål at styrke sundhedsmæssige ressourcer og færdigheder. Der skal udvikles en national forebyggelsesstrategi i samarbejde med syge- og plejekasser, og pensions- og ulykkesforsikringselskaber.

⁽¹⁾ 141217 Gesetzentwurf der Bundesregierung - Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention Präventionsgesetz – PräVG

⁽²⁾ BMG (Bundesministerium für Gesundheit) 2012: Nationales Gesundheitsziel Gesund älter werden. Bundesministerium für Gesundheit: Berlin. p. 18

⁽³⁾ Ibid. p. 44

⁽⁴⁾ Per Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung, §20

⁽⁵⁾ Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien des GKV Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014, Hrsg.: GKV Spitzenverband, Berlin 2014

PREVENTIVE HOME VISITS – A WAY FOR MUNICIPALITIES TO TAKE ACTION

PRÄVENTIVE HAUSBESUCHE IN ODENSE – DIE CHANCE FÜR KOMMUNEN ZUM AKTIVEN HANDELN FOREBYGGENDE HJEMMEBESØG – EN HANDLEMULIGHED FOR KOMMUNER

🇩🇰 The preventive home visit for older adults was established in Denmark in 1996 and it is currently mandatory for all local authorities. The National Danish law dictates that local authorities should offer at least one preventive home visit to older citizens (75+ years and above) each year. The purpose of the preventive home visits is to develop a risk-factor profile of the older citizen and to provide potential solutions and advices supporting a good independent and self-reliant life for the citizens. In particular, the preventive home visit aims at:

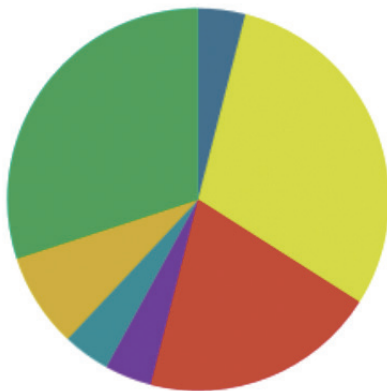
- Creating a feeling of "safety and well-being"
- Providing advices and guidance to benefit the health of the older citizen
- Providing information regarding healthy lifestyle activities and existing possibilities for support within the community
- Increasing opportunities for social network and social participation

This service is generally provided by a specialised unit within the municipality health care framework (preventive home visit unit). The operationalisation of the National Standards is not specified within the National law and thereby here are remarkable differences on how the service is

organised and offered to the citizen between municipalities.

The municipality of Odense differentiates this service according to specific target groups (see Fig. 1; with permission from the Municipality of Odense). The different groups are outlined below:

- Newly eligible 75+ year-old citizens: The municipality makes contact with the citizens in order to welcome and introduce them to the services, to identify whether they are healthy or vulnerable, and which potential risk factors may be modified with tailored support. The first contact occurs through mail where a specific date and time for the home interview is arranged. Despite the visit is not compulsory, the citizen is strongly recommended to accept the visit.
- Healthy 76+ to 80+ year-old citizens: This group of well-functioning citizens, identified during the first home visit, are encouraged to "take care" of themselves to maintain health and social participation and they are provided a specific contact person from the preventive home visit unit who can help them with advice and recommendations (by phone or mail). The municipality



- new +75
- healthy elderly
- vulnerable elderly
- widow/widower +65
- very old +85
- ethnic minority +65
- district care / elderly home

Figure 1.
Can we identify the vulnerable elderly? All +75 years old in Odense

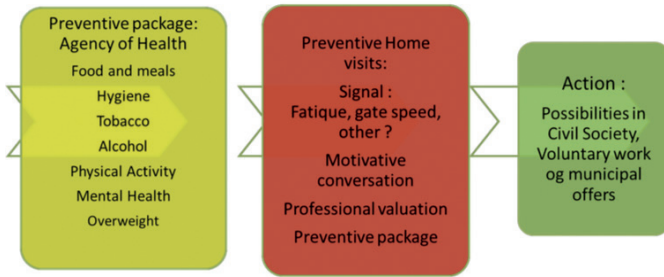


Figure 2
 Motivational interviewing the consultant supports the empowerment of the citizen

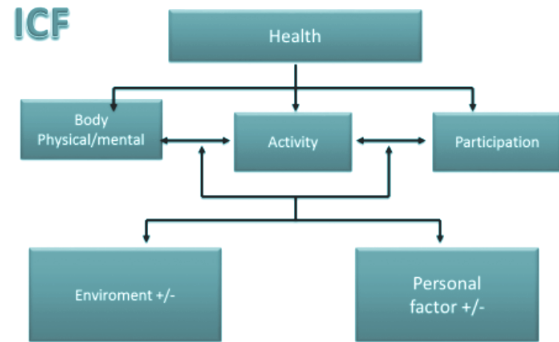


Figure 3
 The ICF (International Classification of Functioning) is the framework used by the municipality of Odense

organises meetings regarding health care management where specific health care issues are presented and discussed. Some of the healthy citizens are encouraged to become volunteers and provide peer support to help other citizen with greater needs.

- “Vulnerable” citizens: These citizens are at higher risk for negative health outcomes and receive at least one visit each year (often two). Specific tailored support is generally provided and new action plans are developed when health issues are identified and independency is compromised.
- Other groups (e.g. ethnic minorities, widows): These citizens receive at least one visit each year, starting earlier at the age of 65 years as well known risk factors are relatively common within this target group (e.g. depression).

Motivational interviewing the consultant supports the empowerment of the citizen (Fig. 2; with permission from the Municipality of Odense).

The ICF (International Classification of Functioning) is the framework used by the municipality of Odense and their interview guide is according to four main components (Fig. 3; with permission from the Municipality of Odense).

The HANC work package 3a primary aims were to i) develop a new screening model within the preventive home visit health care framework with the goal of early identifying older adults at risk of severe functional loss, dependency and disability, and ii) implementation of a “sustainable active life-style intervention model” to modify risk factors and reverse the risk of negative health outcomes. The

primary target group was the “vulnerable” citizens (see Fig. 1 and corresponding text above).

In coordination with researchers at the University of Southern Denmark (Department of Sports Science and Clinical Biomechanics), a test battery assessing different domains (e.g. cognitive, life-style, physical function, health, quality of life) was developed. The assessment tool was developed according to a set of key criterias: i) sensitive and specific for risk factors assessment for this target group; ii) simple, rapid, and without need for specialised personnel iii) inexpensive solutions were provided to augment the home assessment. Community-dwelling older adults received a preventive home visit from expert consultants of the Municipality of Odense (Unit of Preventive Home Visits). Short distance gait speed (self-selec

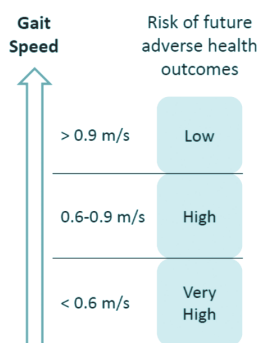


Figure 4
Gait speed and risk of future adverse health outcomes

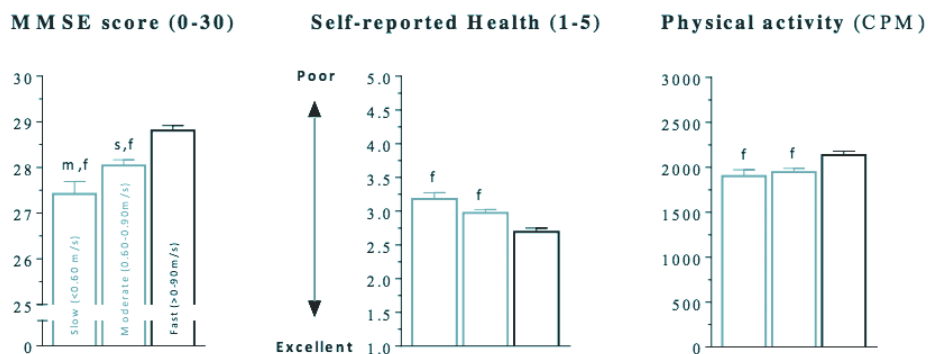


Figure 5
Mini Mental State Examination, Self-reported Health and Physical activity

integrated physical performance requiring body support, timing and power (Studenski et al. 2011, JAMA 305(1):50-58). As illustrated above (Fig. 4), self-selected gait speed can thus be used as a tool to assess the risk of older individuals by categorising them as fast, medium, and slow walkers, respectively (Abellan Van Kan et al. 2009, J Nutr Health Aging. 13(10):881-889). In total 554 older adults received the preventive home visit, and out of these, 45% and 15% were categorised as “high risk” and “very high risk” of future adverse events, respectively, according to self-selected gait speed. Similarly, the “high risk” and “very high risk” groups had reduced free-living physical activity (objectively assessed with accelerometers, counts/min (CPM)), cognitive function (Mini Mental State Examination (MMSE), 30-point scale), and self-reported

health (5-point health rating scale) (Fig. 5).

Slow walkers have less physically activity during the day (between 6am and 11pm), lower cognition, and worse self-rated health compared to older adults with higher gait speed. These findings suggest that simple gait speed may be an indicator of physical activity, cognitive function and health in older individuals.

Among one of the first of the 554 older adults to receive the preventive home visit is Orla Reus (80 years old) a good example hereof. While he was initially categorised into the “high risk” group, the positive counteractive effect of the active life-style intervention (HANC work package 3a) moved him back into the “low risk” group. He personally stated “I was recruited for training through the preventive home visit.

For me the training has been incredibly, and I have been able to take care of my own stuff. I don't get any help from the municipality anymore”.



Orla Reus (80 yearsold)

Importantly, the municipality of Odense has developed a new modified interview guide (Fig. 6), which will incorporate some of the key indicators (gait speed, MMSE, Short physical performance Battery Test) which were identified during the HANC work package 3a.



Figure 6
 Modified interview guide

Das Modell der präventiven Hausbesuche für ältere Menschen wurde 1996 in Dänemark ins Leben gerufen und ist heute verbindlicher Bestandteil der Kommunalverwaltung. Gemäß dänischer Gesetzgebung müssen Kommunalbehörden mindesten einen präventiven Hausbesuch pro Jahr bei ihren Mitbürgerinnen und Mitbürgern im Alter von 75 Jahren und älter gewährleisten. Mithilfe dieser präventiven Hausbesuche sollen Risikoprofile für ältere Menschen erstellt werden sowie Beratung und Lösungsvorschläge für ein erfülltes, unabhängiges und selbständiges Leben der Seniorinnen und Senioren angeboten werden. Konkret verfolgen präventive Hausbesuche folgende Ziele:

- Vermittlung des Gefühls von Sicherheit und Wohlbefinden
- Bereitstellung von Ratschlägen und Empfehlungen zur

- Verbesserung der Gesundheit
- Übermittlung von Informationen zu einer gesunden Lebensführung und Möglichkeiten für Unterstützung innerhalb der Kommune
- Steigerung der gesellschaftlichen Integration und der Teilnahme am sozialen Netzwerk

Üblicherweise wird dieser Service von speziellen Diensten des kommunalen Gesundheitssektors (Präventiver Hausbesuchsdienst) angeboten. Da die nationale Gesetzgebung keine präzisen Angaben zu den Vorgangsweisen bezüglich dieses landesweiten Standards beinhaltet, bestehen zwischen den Kommunen erhebliche Unterschiede in der Organisation und Bereitstellung dieses Dienstes. In der Kommune Odense wird dieser Service anhand spezifischer Zielgruppen in unterschiedliche

Kategorien eingeteilt (siehe Abb. 1; mit freundlicher Genehmigung der Kommune Odense). Die Zielgruppen umfassen:

- Neue serviceberechtigte Personen im Alter von 75+ Jahren: Die Kommune kontaktiert die Bürgerinnen und Bürger, um sie über den Service zu informieren, sich ein Bild ihres Gesundheitszustandes zu machen und potentielle Risikofaktoren zu identifizieren, die bei individueller Betreuung und Unterstützung positiv beeinflusst werden können. Der erste Kontakt erfolgt per Post und beinhaltet Datum und Uhrzeit für ein Erstgespräch bei einem Hausbesuch. Obwohl dieser Besuch nicht verpflichtend ist, wird den Bürgerinnen und Bürgern die Teilnahme an diesem Interview

- ausdrücklich nahegelegt.
- Gesunde Personen im Alter zwischen 76+ und 80+ Jahren: Diese Gruppe wird darin bestärkt, weiterhin auf sich „achtzugeben“, um die eigene Gesundheit und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben aufrecht zu erhalten. Zudem wird den Seniorinnen und Senioren dieser Gruppe eine Kontaktperson des Präventiven Hausbesuchdienstes zugewiesen, die ihnen im Bedarfsfall beratend (per Telefon oder Post) zur Seite steht. Von der Kommune werden Gesundheitstreffen organisiert, auf denen bestimmte gesundheitsrelevante Themen erörtert und mit den Teilnehmenden diskutiert werden. Gesunde Mitbürgerinnen und Mitbürger werden darüber hinaus ermutigt, gesundheitlich benachteiligte Personen ihrer Generation ehrenamtlich zu unterstützen.
 - Gesundheitsgefährdete Personen: Seniorinnen und Senioren dieser Gruppe haben ein erhöhtes gesundheitsgefährdendes Risiko und werden mindestens einmal (häufig auch zweimal) pro Jahr zu Hause besucht. Sie erhalten individuelle Unterstützung und im Fall von gesundheitlichen Problemen oder drohendem Selbstständigkeitsverlust ein spezifisch adaptiertes Maßnahmenpaket.
 - Sonstige Gruppen (z.B. ethnische Minderheiten, verwitwete Personen): Diesen Gruppen wird mindestens einmal pro Jahr und bereits in einem früheren Alter ein Hausbesuch abgestattet, da hier bereits ab 65 Jahren bekannte Risikofaktoren (z.B. Depressionen) überdurchschnittlich häufig auftreten.
- Durch eine motivierende Gesprächsführung fördern die Beraterinnen und Berater das Empowerment – die Selbstbefähigung und Lebensautonomie – der älteren Menschen (Abb. 2; mit freundlicher Genehmigung der Kommune Odense).
- Das Rahmenkonzept für die Arbeit der Kommune Odense bildet die ICF (International Classification of Functioning). Der Gesprächsleitfaden für die Interviews beinhaltet vier Schlüsselkomponenten (Abb. 3; mit freundlicher Genehmigung der Kommune Odense).
- Mit dem HANC Arbeitspaket 3a wurden in erster Linie folgende Ziele verfolgt: 1. Entwicklung eines neuen Screening-Modells im Rahmen des präventiven Hausbesuchdienstes zur Früherkennung des Risikos von schweren Funktionsverlusten, Abhängigkeit und körperlichen Beeinträchtigungen bei älteren Menschen und 2. Einführung eines nachhaltigen „Interventionsmodells für einen aktiven Lebensstil“ zur positiven Beeinflussung von Risikofaktoren und Eindämmung des Risikos negativer Gesundheitsauswirkungen. Der Fokus lag hierbei auf der Zielgruppe der gesundheitsgefährdeten Personen (siehe Abb. 1 und zugehörige Erklärungen im obigen Abschnitt).
- In Zusammenarbeit mit Forscherinnen und Forschern des Instituts für Bewegungswissenschaft und Biomechanik der Süddänischen Universität (SDU) wurde eine Testreihe zur Bewertung unterschiedlicher Definitionsbereiche (z.B. Kognition, Lebensstil, körperliche Funktionsfähigkeit, Gesundheit, Lebensqualität) entwickelt. Die Bewertungsmethode beruht auf einer Reihe von Schlüsselkriterien: 1. sensibel und spezifisch für die Beurteilung der Risikofaktoren der Zielgruppe; 2. einfach, schnell und ohne Beisein von speziell geschultem Fachpersonal durchführbar; 3. kostengünstige Lösungen zur Ausweitung der Beurteilungen zu Hause. Ansässige Seniorinnen und Senioren wurden von Fachkräften der Kommune Odense (Präventive Hausbesuchseinheit) an ihrem Wohnsitz besucht. In diesem Zusammenhang konnte die selbstgewählte Gehgeschwindigkeit über kurze Distanzen als einer der wichtigsten Risikoindikatoren für zukünftige Gesundheitsschäden identifiziert werden, da hierbei die ganzheitliche körperliche Leistungsfähigkeit unter Einbeziehung von Körperstützfunktionalität, Timing und Kraft widerspiegelt wird (Studenski et al. 2011, JAMA 305(1):50-58). Wie aus der Grafik (Abb. 4) ersichtlich, kann die selbstgewählte Gehgeschwindigkeit anhand der Einteilung älterer Menschen in schnelle, moderate und langsame Geher demzufolge als Instrument zur Risikobewertung herangezogen werden (Abellan Van Kan et al. 2009, J Nutr Health Aging. 13(10):881-889).

Von den insgesamt 554 präventiv besuchten älteren Personen zeigten basierend auf ihrer selbstgewählten Gehgeschwindigkeit 45 % ein hohes und 15 % ein sehr hohes Risiko für zukünftige negative Gesundheitsauswirkungen. Zudem konnte bei diesen mit hohem und sehr hohem Risiko eingestuften Gruppen eine lediglich geringe körperliche Aktivität (objektive Auswertung anhand von Beschleunigungsmessern – counts/min (CPM)), eine eingeschränkte kognitive Funktionsfähigkeit (Mini Mental State Examination (MMSE)) sowie ein subjektiv niedrig eingeschätzter Gesundheitsgrad (5-Punkte-Bewertungsskala) festgestellt werden (Abb. 5).

Im Vergleich zu Seniorinnen und Senioren mit höherer Gehgeschwindigkeit sind langsame Geher im Tagesverlauf (zwischen 6:00 und 23:00 Uhr) weniger körperlich aktiv, verfügen über geringere kognitive Fähigkeiten und schätzen ihren Gesundheitszustand selbst schlechter ein. Diese Erkenntnisse legen nahe, dass der simple Faktor Gehgeschwindigkeit ein Indikator für die körperliche Aktivität, kognitive Funktionsfähigkeit und Gesundheit älterer Menschen ist.

Dafür ist der 80 Jahre alte Orla Reus ein gutes Beispiel. Er war einer der 554 Personen, die für einen präventiven Hausbesuch ausgewählt wurden. Anfänglich war er in die Gruppe mit hohem Risiko eingestuft. Allerdings verhalf ihm der positive und gegensteuernde Effekt der „Intervention für einen aktiven Lebensstil“ (HANC Arbeitspaket 3a) zurück in die Niedrigrisikogruppe. Orla Reus meint heute: „Ich wurde über

den präventiven Hausbesuch zum Training eingeladen. Das Training war für mich eine unglaubliche Erfahrung. Ich kann mich wieder selbst um meine Dinge kümmern und bin nicht mehr auf die Hilfe der Kommune angewiesen“.

Die Kommune Odense hat einen neuen Gesprächsleitfaden für Interviews entwickelt (Abb. 6), der einige der im HANC Arbeitspaket 3a identifizierten Schlüsselindikatoren (Gehgeschwindigkeit, MMSE, SBBP-Test) beinhaltet.

■ **Det forebyggende hjemmebesøg hos ældre blev etableret i Danmark i 1996, og det er p.t. obligatorisk for alle lokale myndigheder. Den danske lovgivning fastsætter, at lokale myndigheder skal tilbyde mindst ét forebyggende hjemmebesøg hvert år til ældre borgere på 75 år og ældre. Formålet med det forebyggende hjemmebesøg er at udvikle en risikofaktorprofil af den ældre borger og at komme med potentielle løsninger og råd, der kan være med til at give borgeren et godt, selvstændigt og selvhjulpent liv. Formålet med det forebyggende hjemmebesøg er især at:**

- Skabe en følelse af ”sikkerhed og velvære”
- Give råd og vejledning til gavn for den ældre borgers helbred
- Give information vedrørende sunde livsstilsaktiviteter og eksisterende muligheder for støtte i samfundet
- Øge mulighederne for sociale netværk og social deltagelse

Denne service ydes som regel af en speciel afdeling inden for kommunens sundhedspleje (afdeling

for forebyggende hjemmebesøg). De nationale standarders operationalisering er ikke specificeret i den nationale lovgivning, og der er derfor store forskelle på, hvordan servicen arrangeres og tilbydes til borgeren i de forskellige kommuner.

Odense Kommune differentierer denne service ud fra specifikke målgrupper (Se fig. 1; med tilladelse fra Odense Kommune). De forskellige grupper er angivet herunder:

- Nye kvalificerede borgere på 75+ år: Kommunen skaber kontakt til borgerne for at præsentere tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg og stille sig til rådighed med samtale om sundhedsfremme og forebyggelse. Dette, for at finde ud af, om de er sunde eller sårbare, og hvilke potentielle risikofaktorer, der kan modificeres med personligt tilpasset støtte. Den første kontakt foregår med posten, hvor der specificeret en bestemt dato og et bestemt tidspunkt for hjemmesamtalen. Selvom besøget ikke er obligatorisk, anbefales det kraftigt, at borgeren tager imod besøget.
- Sunde borgere på 76+ til 80+ år: Denne gruppe af velfungerende borgere, der identificeres under det første hjemmebesøg, opfordres til at ”passe på” sig selv for at bevare helbredet og den sociale deltagelse, og de får en speciel kontaktperson fra afdelingen for forebyggende hjemmebesøg, som kan hjælpe dem med rådgivning og anbefalinger (telefonisk eller med posten). Kommunen arrangerer

temamøder om specifikke sundhedsfremmende emner som f.eks. kost eller forebyggelse af fald. Nogle af de sunde borgere opfordres til at blive frivillige og hjælpe andre ældre borgere, der har større behov.

- “Sårbare” ældre: Disse borgere, der har større risiko for negative helbredsmæssige konsekvenser, modtager mindst ét besøg hvert år (som regel to). Der gives generelt specifik tilpasset støtte, og der udvikles nye handlingsplaner, når der opstår problemer med helbredet, og det går ud over selvstændigheden.
- Andre grupper (f.eks. etniske minoriteter, enker): Disse borgere modtager mindst ét besøg hvert år fra en tidligere alder. Velkendte risikofaktorer er relativt almindelige i denne målgruppe (f.eks. depression) fra 65 år.

Konsulenten bruger motiverende samtaler til at yde støtte til borgerens selvstændiggørelse (Fig. 2; med tilladelse fra Odense Kommune).

ICF (International Klassifikation af Funktionsevne) er den struktur, der anvendes af Odense Kommune, og deres samtalevejledning følger fire hovedkomponenter (Fig. 3; med tilladelse fra Odense Kommune).

De primære formål med HANC-arbejdsplanen 3a var at i) udvikle en ny screeningsmodel til de forebyggende hjemmebesøg med det mål tidligt at kunne identificere ældre borgere med risiko for alvorligt funktionstab, afhængighed og funktionsindskrænkning, og ii) implementere en “holdbar interventionsmodel for en aktiv

livsstil” for at modificere risikofaktorer og vende risikoen for negative helbredsmæssige konsekvenser. Den primære målgruppe var de “sårbare” borgere (se fig. 1 og den tilhørende tekst herover).

Forskere fra Syddansk Universitet udviklede et testbatteri til vurdering af forskellige funktionsområder (f.eks. kognitiv, livsstil, fysisk funktion, helbred, livskvalitet). Vurderingsværktøjet blev udviklet i forhold til et sæt nøglekriterier: i) følsomt og specifikt til vurdering af risikofaktorer for denne målgruppe; ii) simpelt, hurtigt og uden behov for specialiseret personale iii) billigt og leveret til forbedring af hjemmevurdering.

Ældre borgere modtog et forebyggende hjemmebesøg fra ældrekonsulenter i Odense Kommune (afdeling for forebyggende hjemmebesøg). Ganghastighed (selvalgt) ved kort distance blev valgt som en af nøgleindikatorerne for risiko, da den afspejler en integreret fysisk ydeevne, der kræver kropsstøtte, tidskontrol og styrke (Studenski et al. 2011, JAMA 305(1):50-58),. Som illustreret til højre (fig. 4), kan selvalgt ganghastighed dermed anvendes som et værktøj til at vurdere risikoen hos ældre personer ved at kategorisere dem som personer med henholdsvis høj, moderat og langsom gang (Abellan Van Kan et al. 2009, J Nutr Health Aging. 13(10):881-889). I alt modtog 554 ældre borgere det forebyggende hjemmebesøg, og ud af disse blev 45 % og 15 % kategoriseret som værende i henholdsvis “høj risiko” og “meget høj risiko” for fremtidige negative hændelser alt efter deres selvalgte ganghastighed. Ligeledes

havde grupperne med “høj risiko” og “meget høj risiko” nedsat selvstændig fysisk aktivitet (objektivt vurderet med accelerometere, antal/min (CPM)), kognitiv funktion (Mini Mental State Examination (MMSE), 30-punkts skala) og selvrapporeret helbred (5-punkts skala til vurdering af helbred) (fig. 5). Personer med langsom gang har mindre fysisk aktivitet om dagen (mellem kl. 6 og 23), en lavere kognition og et værre selv vurderet helbred sammenlignet med ældre personer med højere ganghastighed. Disse resultater tyder på, at ganghastighed kan give et fingerpeg om fysisk aktivitet, kognitiv funktion og helbred hos ældre personer.

Blandt de første 554 ældre borgere, der modtog det forebyggende hjemmebesøg, er Orla Reus (80 år) et godt eksempel. Mens han i starten blev kategoriseret som værende i gruppen med “høj risiko”, resulterede den positive virkning af den aktive livsstilsintervention (HANC-arbejdsplan 3a) i, at han rykkede tilbage til gruppen med “lav risiko”. Han erklærede personligt følgende: “Jeg blev rekrutteret til træning gennem det forebyggende hjemmebesøg. Træningen har haft en utrolig virkning, og jeg har været i stand til at sørge for mig selv. Jeg får ikke længere hjælp fra kommunen”.

Hvad der er nok så vigtigt, har Odense Kommune udviklet et nyt modificeret samtalevejledning (fig. 4), der vil indeholde nogle af nøgleindikatorerne (ganghastighed, MMSE, Short physical performance Battery Test), der blev identificeret under HANC-arbejdsplanen 3a.

PREVENTIVE HOME VISITS – MEANS FOR LOCAL AUTHORITIES TO ACTIVELY INTERVENE

Responses of participants to the question of why they decided to take part:

Antworten auf die Frage: Warum haben Sie teilgenommen?

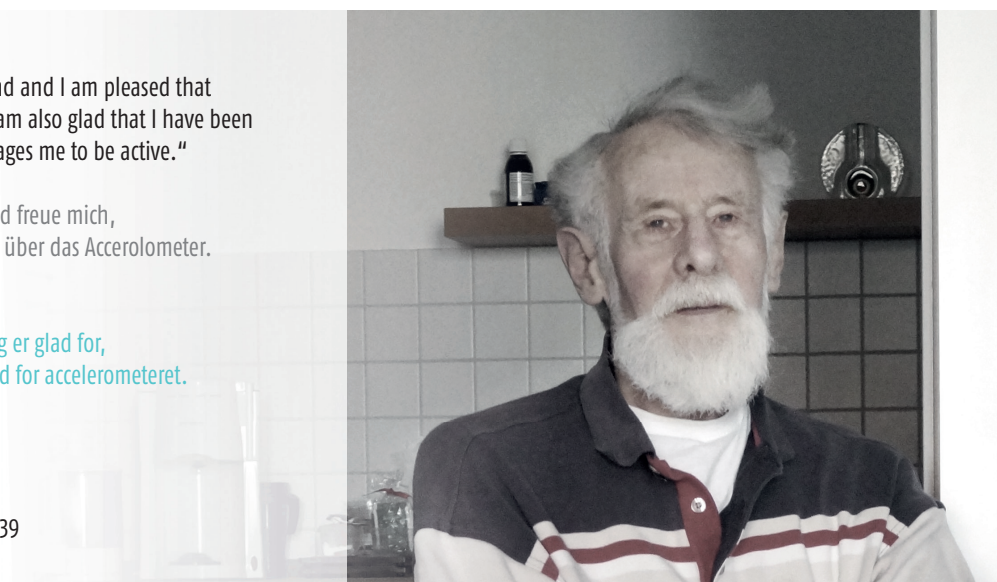
Svar på spørgsmålet om deltagelse:

„I am in favour of projects of this kind and I am pleased that something like this is being done. I am also glad that I have been given the accelerometer as it encourages me to be active.“

„Ich befürworte solche Aktionen und freue mich, dass es so etwas gibt. Ich freue mich über das Accerolometer. Es regt mich an, aktiv zu sein.“

„Jeg bakker op om sådanne tiltag og er glad for, at der findes sådan noget. Jeg er glad for accelerometeret. Det motiverer mig til at være aktiv“.

Mr./Hr. Funk, born/geb./født 31.07.1939



„I think it's good for me and it also involves me in daily life and keeps me informed. And because I am already having problems with my health.“

„Weil ich denke, es ist gut für mich und so nehme ich am täglichen Leben teil und bin informiert. Und weil ich gesundheitlich schon Schwierigkeiten habe.“

„Fordi jeg tror, at det er godt for mig, og på den måde deltager jeg i det daglige liv og holder mig informeret. Og fordi jeg allerede har besvær med helbredet“.

Mrs./Fr. Kiy, born/geb./født 23.09.1928



PRÄVENTIVE HAUSBESUCHE – EINE HANDLUNGSCHANCE FÜR KOMMUNEN

FOREBYGGENDE HJEMMEBESØG – EN HANDLINGSCHANCE FOR KOMMUNEN

33

Responses of participants to the question of what they thought of the setting assessment:

Antworten auf die Frage: Wie haben Sie das Setting empfunden?

Svar på spørgsmålet om, hvordan deltagerne ser sted- og situationstesten: deltagelse:



„I enjoyed cooperating. Thanks to my grandchildren and great-grandchildren, I am still well informed on what's going on and I myself own an iPad with which I can access the internet and use to play games at lunchtime.“

„Ich habe es als angenehm empfunden, mitzumachen. Durch meine Enkel und Urenkelkinder bin ich immer noch gut informiert und habe selbst ein iPad, mit dem ich ins Internet gehe und in der Mittagstunde gerne Spiele spiele.“

„Jeg fandt det behageligt at deltage. Gennem mine børnebørn og oldebørn følger jeg stadig godt med og har selv en iPad, som jeg går på internettet med og gerne spiller spil på ved middagstid“.

Mrs./Fr. Claussen, born/geb./født 30.10.1923

„It was no problem for me and I even learned something about myself. I would find it absolutely dreadful if I could no longer be as active as I have always been.“

„Das war in Ordnung für mich, ich habe dabei auch etwas über mich erfahren. Wenn ich nicht mehr so aktiv sein könnte, wie ich es immer bin, wäre das ganz furchtbar für mich.“

„Det var helt ok for mig. Jeg har også lært noget om mig selv derved. Hvis jeg ikke længere kan være så aktiv, som jeg altid har været, ville det være frygteligt for mig“.

Mrs./Fr. Krüger, born/geb./født 23.02.1915





In Denmark, local authorities are adopting a strategy of preventive home visits in order to identify the individual care needs of their senior citizens as early as possible. If support needs are identified during such a visit, qualified personnel provide appropriate counselling and develop corresponding solutions in consultation with the person in question. Of particular relevance is an assessment of the mobility of individuals – this is an important indicator of their capacity to continue to live a fully independent and active life.

There is currently no legislation in Germany that is relevant to the preventive home visit concept. This service is not covered by nursing care insurance and is not generally provided by the local authorities in this country. Although pilot projects and studies relating to preventive home visits in the case of senior citizens have already been initiated by various research units and local authorities in Germany, their form and size, the assessment instruments employed and the qualifications of the persons implementing these differ considerably.

It was from a similar starting point that the town of Flensburg in the north of Germany decided to participate in the HANC Project in order to determine whether it would be possible to successfully relocate the Danish experience of the preventive home visit approach to the German context. Participation in the project represents one element in the 'Remain healthy in old age' (Gesund älter werden) programme that was adopted in 2010 by Flensburg as one of its three main health promotion policies.

The '50+' specialist section of the civic 'Youth, Society and Health'

department was commissioned with its implementation. In the period March to May 2015, it undertook 90 preventive visits to the homes of citizens aged 65 years and older. The participants were recruited to the project through information events.

During the home visits, the main objective was to assess the mobility of the participants. For this purpose, they were instructed to wear an accelerometer for 7 days, a device that documented their physical activities during this period. This made it possible to detect at an early stage potential risks for the impairment of health in each individual case and the extent to which their mobility was restricted. Following individual evaluation of their results, the participants were provided with counselling on how to retain and improve their mobility. The senior citizens were informed of the options that they could use on their own initiative to increase their level of physical fitness in order to retain their mobility, something that has been demonstrated to significantly promote the maintenance of health in old age (cf. German Ministry of Health, 2012).

The following assessment methods and instruments were employed in Flensburg:


- SPPB (the short physical performance battery)
- MMST (the minimal mental status test)
- Documentation of tiredness and exhaustion states
- The SF-12 questionnaire to evaluate general health status
- An accelerometer to monitor physical activity

The qualifications of the personnel of the care support unit of the '50+'

section meant that they were capable of using these methods. They all hold qualifications in both nursing care and education. Asked to provide an initial evaluation of the effectiveness of the preventive home visit strategy, these personnel concluded that the elderly participants generally responded positively to this early assessment and counselling option. These senior citizens exhibited motivation and a willingness to take on new ideas, and were interested in aids and tips that would help them cope with handicaps and related problems.

Muscle strengthening exercises in order to maintain mobility have the added benefit of, among other things, reducing the risk of falls. The strategy helps avoid the necessity for inpatient care that would need to be paid for by the health insurance and nursing care insurance providers, local welfare organisations and the state. Other important positive effects of preventive home visits can be to encourage the elderly to adopt a different outlook and enhance their self-reliance by means of helping them to assume a more self-help approach.

The benefits are to be expected not only at the individual level; the state and local authorities will also gain. The reduction of the extent and postponement of the age at which individuals become in need of care will additionally be to the advantage of nursing insurance providers and welfare organisations. In the view of the specialists involved in the project, promotion of health and preventive measures are factors that can significantly contribute towards the limitation and forestalling of a rise in the need for care support and promote independence and the maintenance of a good quality of life in old age.

 Präventive Hausbesuche bieten dänischen Kommunen die Möglichkeit, frühzeitig den individuellen Unterstützungsbedarf ihrer älteren Bürgerinnen und Bürger zu erkennen. Werden bei einem Hausbesuch Unterstützungsbedarfe deutlich, können geschulte Fachkräfte mit einer entsprechenden Beratung gemeinsam mit den Betroffenen Lösungen entwickeln. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Erfassung der individuellen Mobilität. Sie ist ein wichtiger Indikator für eigenständiges und aktives Leben.

In Deutschland gibt es bisher keine rechtliche Regelung zur Umsetzung von präventiven Hausbesuchen. Sie gehören nicht zum Leistungsspektrum der Pflegekassen und sind keine Regelleistung der Kommunen. In den vergangenen Jahren wurden allerdings von unterschiedlichen Forschungseinrichtungen und Kommunen bereits Pilotprojekte und Studien zu präventiven Hausbesuchen bei älteren Menschen durchgeführt – Art, Umfang und die angewandten Assessments sowie die Qualifikation der ausführenden Personen zeigen ein breites Spektrum auf.

Die Stadt Flensburg hat sich mit vergleichbarem Hintergrund dem HANC Projekt angeschlossen, um die Übertragbarkeit und Umsetzung präventiver Hausbesuche nach dänischem Vorbild zu untersuchen. Die Projektbeteiligung ist ein Baustein zur Umsetzung des Gesundheitsziels „Gesund älter werden“, das 2010 als eines von drei Gesundheitszielen der Stadt Flensburg verabschiedet wurde. Die Umsetzung erfolgt innerhalb des Fachbereiches Jugend, Soziales, Gesundheit durch die

Fachstelle 50+. Diese führte von März bis Mai 2015 90 präventive Hausbesuche bei Menschen ab 65 Jahren durch. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten durch Informationsveranstaltungen für die Projektteilnahme gewonnen werden. Im Mittelpunkt der Hausbesuche standen Tests, die besonders die Mobilität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfassen. Ein Accelerometer, das an sieben Tagen getragen wurde, dokumentierte körperliche Aktivitäten. Auf diesem Weg können frühzeitig individuelle Risiken für gesundheitliche Beeinträchtigungen und in Folge dessen Mobilitätseinschränkungen erkannt werden. Nach individueller Auswertung der Daten folgten Beratungsgespräche über Möglichkeiten zum Erhalt bzw. Ausbau der Beweglichkeit. Es wurden den älteren Menschen Möglichkeiten aufgezeigt, eigeninitiativ ihre körperliche Aktivität zu erhöhen, um so die individuelle Mobilität aufrechtzuerhalten, die wiederum wesentlich zu einem gesunden Altern beiträgt (BMG, 2012).

In Flensburg wurden folgende Testverfahren genutzt:

- SPPB (Short physical performance battery)
- MMST (Minimal Mental Status Test)
- Erhebung von Müdigkeit und Erschöpfungszuständen
- SF-12-Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand
- Nutzung des Accelerometers

Für die Durchführung der Tests boten die fachlichen Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegstützpunktes in der Fachstelle 50+ gute

Voraussetzungen. Durchgängig liegen Doppelqualifikationen im pflegfachlichen und pädagogischen Bereich vor. Eine erste Einschätzung der präventiven Hausbesuche seitens der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeigt, dass ältere Menschen in der Regel positiv auf ein frühzeitiges Erfassungs- und Beratungsangebot reagieren. Die Seniorinnen und Senioren sind im Fall der Teilnahme motiviert und nehmen Anregungen auf, haben Interesse an Hilfen und Tipps bei Handicaps und Beschwerden.

Der Mobilitätserhalt durch Muskelaufbau wirkt u. a. als Sturzprophylaxe. So können stationäre Maßnahmen verhindert werden, welche mit Kosten für die Krankenkassen, Pflegekassen, den örtlichen Sozialhilfeträger und das Land einhergehen würden. Zum anderen können die Förderung eines veränderten Bewusstseins und die Stärkung von Selbstverantwortung durch die Hilfe zur Selbsthilfe wichtige positive Effekte präventiver Hausbesuche sein.

Neben den individuellen Effekten sind aber auch positive Auswirkungen für die Landes- und die kommunale Ebene zu erwarten: Durch eine Reduzierung bzw. Verzögerung der Pflegebedürftigkeit könnten neben den Pflegekassen auch die Sozialhilfeträger entlastet werden. Gesundheitsförderung und Prävention sind nach fachlicher Einschätzung der Projektbeteiligten zentrale Stellgrößen zur Vermeidung (Begrenzung/ Verzögerung des Anstiegs) von Pflegebedürftigkeit sowie zum Erhalt von Selbständigkeit und Lebensqualität im Alter.

Forebyggende hjemmebesøg giver danske kommuner mulighed for at tale med borgeren om sundhedsfremme, forebygge at sundhedsproblemer opstår og orientere om tilbud om aktivitet og/eller støtte både i kommunalt og frivilligt regi. Hvis det ved et husbesøg bliver helt klart, at der er behov for assistance, kan uddannet fagpersonale vha. en tilsvarende rådgivning udvikle løsninger sammen med borgeren. Af særlig betydning er derved registreringen af den individuelle mobilitet. Det er en vigtig indikator for et selvstændigt og aktivt liv.

I Tyskland findes der indtil videre intet juridisk regelsæt for gennemførelse af forebyggende hjemmebesøg. Det hører ikke til plejekassernes ydelsesspektrum og er ingen standardydelse i kommunerne. Der har dog været afprøvet, tiltager og pilotprojekter i kommuner med henblik på udvikling af forebyggende hjemmebesøg hos ældre mennesker – typen, omfanget og de anvendte evalueringer samt kvalifikationer af de udførende personer udgør et bredt spektrum.

Byen Flensborg har på et lignende grundlag sluttet sig til HANC-projektet for at undersøge overførligheden og gennemførligheden af forebyggende hjemmebesøg efter dansk forbillede. Projektdeltagelsen er et skridt på vejen mod realisering af sundhedsmålet „Sundhed i alderdommen“, der i 2010 blev vedtaget som ét af tre sundhedsmål for byen Flensborg. Gennemførelsen skete inden for

fagområderne Ungdom, Social, Sundhed gennem fagcenteret 50+. Dette førte fra marts til maj 2015 til 90 forebyggende hjemmebesøg hos mennesker fra 65 år. Deltagerne i projektet blev fundet gennem informationsarrangementer. Hovedpunktet ved de forebyggende hjemmebesøg var test, der specielt registrerede deltagernes mobilitet. Et accelerometer, der blev båret i syv dage, dokumenterede fysiske aktivitet. På den måde kan individuelle risici for sundhedsmæssige begrænsninger og dermed mobilitetsindskrænkninger identificeres. Efter individuel evaluering af data følger vejledningssamtaler om muligheden for opnåelse eller udvidelse af bevægelighed. De ældre vises muligheder for på eget initiativ at øge deres fysiske aktivitet med henblik på at bevare deres individuelle mobilitet, hvilket bidrager væsentligt til en sund alderdom (BMG, 2012).

I Flensborg blev følgende testproces fulgt:

- SPPB Short physical performance battery
- MMST MinimalMentalStatusTest
- Eliminering af trætheds- og udmattelsestilstande
- SF-12-spørgeskema om generel sundhedstilstand
- Anvendelse af accelerometeret

Til gennemførelsen af testene gav de faglige kvalifikationer af plejestøttepunktets medarbejdere i fagcenteret 50+ gode forudsætninger. Generelt findes dobbeltkvalifikationer i plejefagligt og pædagogisk område. En første vurdering af

de forebyggende hjemmebesøg foretaget af medarbejderne viser, at ældre mennesker normalt reagerer positivt på et tidligt registrerings- og vejledningstilbud. De ældre mennesker, der deltager, er motiverede og tager positivt imod ansporinger, har interesse i hjælpemidler og tip ved handicap og lidelser.

Mobilitetsopnåelsen gennem muskelopbygning virker bl.a. som faldforebyggelse. På den måde kan man forhindre hændelser, der ledsages af omkostninger for sygekasser, plejekasser, de lokale myndigheder, der er ansvarlige for socialhjælp, og delstaten. Samtidigt kan fremme af en bevidsthedsændring og styrkelse af eget ansvar gennem hjælp til selvhjælp være en vigtig positiv effekt af forebyggende husbesøg.

Ud over de individuelle effekter kan man også forvente positive virkninger på delstatsniveau og kommunalt niveau: Gennem en reduktion eller forsinkelse af plejebestanden kan ud over plejekasserne også de myndigheder, der er ansvarlige for socialhjælp, aflastes. Sundhedsfremme og forebyggelse er efter projektdeltagernes faglige vurdering et centralt parameter for uafvendt (begrænsning/forsinkelse) af plejebestanden og opnåelse af selvstændighed og livskvalitet senere i livet.

PREVENTIVE HOME VISITS IN FLENSBURG – OUTCOME OF PROJECT PARTICIPATION

37

PRÄVENTIVE HAUSBESUCHE IN FLENSBURG – FAZIT AUS DER PROJEKT BETEILIGUNG FOREBYGGENDE HJEMMEBESØG I FLENSBURG – ERFARINGER FRA PROJEKTDELTAGELSEN



The purpose of the project was to assess the effectiveness of use of the HANC concept 'preventive home visits' in the cross-border context of Schleswig-Holstein, using the town of Flensburg as an example.

A total of 90 individuals were recruited to receive preventive home visits. The screening tool was employed during the first visits; second visits were used to determine the specific needs of the participants and to provide them with advice on what measures would be appropriate (i.e. 180 home visits in total). It was possible to classify the collective of participants as whole in three separate groups. About 20% of participants were already sufficiently active prior to being surveyed while, through the visits, another 70% became interested in what was on offer and expressed a wish to receive guidance and recommendations. The other 10% of the senior citizens, although initially interested in participating in the project, were of the opinion that they did not need to change their lifestyles. Roughly 2.5 - 3 hours were required for the evaluation of data for each setting assessment per case.

The results of the tests were generated by two project personnel, each of whom had specialist qualifications

in both nursing and education – we considered this to be an essential requirement to guarantee the effectiveness of the preventive home visits. During the home visits, the need for certain forms of supportive help were identified that for the participants in question had little or no immediate relevance, but the provision of which would be essential to ensure that they could continue living in their own homes as self-reliant individuals. We had not previously been able to offer this form of prevention-related counselling. In contrast with the current care advice strategy in which only when an existing need for support arises, arrangements for the provision of care are made with the person in question, the preventive home visit concept is deliberately designed to be a service with a so-called 'go to structure' (i.e. a service that actively reaches out to people rather than one that simply passively reacts). In this case, the target group (senior citizens) is visited at a point of time before the individuals concerned become in need of support, the aim being to promote their own self-management skills.

Despite extensive attempts to demonstrate the benefits of care counselling to the public, the support unit in Flensburg has to date only been able to achieve limited success


in preventing the need for support care arising. One of the problems is the use of the term 'care counselling'. This implies that those addressed are already in need of care and thus seems designed to deal with an existing deficit.

The term 'preventive home visit', on the other hand, creates a more positive impression and appears to be more resource-orientated. The result was that access to other age groups was facilitated. In general, those who participated in the project were found to have become more responsive to the idea behind the Flensburg 'Remain healthy in old age' (Gesund älter werden) programme.

Our initial conclusion/impression is that preventive home visits with use of the current screening tool represent a valuable addition to our existing care support services. In order to obtain conclusive data that demonstrates the effectiveness (or otherwise) of the preventive home visit strategy in Germany, it will be necessary to continue the project and monitor results for a period of at least 3 years.

Specialists who are part of the 'Gesundheitsregion Nord' in Germany and work in the assisted living sector view regular preventive home visits as an effective means of reaching at an early stage individuals who would not take advantage of counselling services or use health-promoting measures on their own initiative. There is considerable willingness to provide collaborative support to the preventive home visit model through, for example, the distribution of information, advertising and the coordination of events in assisted

living complexes, so that the idea can be disseminated throughout the region and in the more rural areas. The currently favoured 'entry age' for eligibility for home visits is the retirement age.

 Ziel war die Überprüfung einer grenzüberschreitenden Übertragbarkeit des HANC-Instruments „Präventive Hausbesuche“ auf schleswig-holsteinische Kommunen am Beispiel der Stadt Flensburg.

Es konnten 90 Einzelpersonen für die Teilnahme an präventiven Hausbesuchen gewonnen werden. Auf einen Erstbesuch mit Einsatz der Screeningtools folgte ein zweiter Besuch bei dem die individuellen Ergebnisse erläutert und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu empfehlenswerten Maßnahmen beraten wurden (180 Hausbesuche). Im Ergebnis gliederte sich die Gesamtgruppe in drei Teilbereiche. Etwa 20% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren auch vor der Befragung schon aktiv, rund 70% haben durch das Projekt Interesse entwickelt und den Wunsch geäußert, Anregungen / Empfehlungen zu erhalten. 10% der Älteren, die interessiert waren, sahen keinen Änderungsbedarf für sich. Der Zeitrahmen für das Setting pro Fall belief sich auf 2,5 - 3 Stunden zuzüglich der Datenauswertung.

Die Durchführung der Tests erfolgte durch zwei Mitarbeiterinnen mit jeweils einer pflegefachlichen / pädagogischen Doppelqualifikation, die aus unserer Sicht unabdingbar ist, um die Wirkung der präventiven Hausbesuche zu gewährleisten.


Durch die präventiven Hausbesuche konnten Unterstützungsbedarfe erkannt werden, die für die Betroffenen im Vorfeld oft keine oder nur geringe Relevanz hatten, allerdings für den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit von erheblicher Bedeutung waren. Diese Form des präventiven Beratungsangebots konnten wir bislang nicht vorhalten. Im Gegensatz zum bestehenden Angebot der Pflegeberatung, das auf einen vorhandenen Unterstützungsbedarf reagiert und ein Pflegearrangement mit den Betroffenen entwickelt, richtet sich der präventive Hausbesuch mit einer bewussten „Geh-Struktur“, in Form aufsuchender Beratung an eine Zielgruppe im Vorfeld von Pflegebedarf und zielt auf die Stärkung der Selbstmanagementkompetenzen der älteren Menschen ab.

Trotz intensiver Öffentlichkeitsarbeit kann mit der Pflegeberatung des Pflegestützpunktes in der Stadt Flensburg kaum präventive Wirkung im Vorfeld einer Pflegebedürftigkeit erzielt werden. Hinderlich wirkt der Begriff der Pflegeberatung. Dieser intendiert bei Ratsuchenden das Vorliegen eines Unterstützungsbedarfes und wirkt eher defizitorientiert. Demgegenüber erzeugte der Begriff „Präventiver Hausbesuch“ einen positiven Eindruck mit Ressourcenorientierung. So konnten neue Zugänge zu anderen Altersgruppen geschaffen werden. Insgesamt signalisierten die Testteilnehmer/innen eine Sensibilisierung für das Thema: Gesund älter werden.

Als erstes Ergebnis / erster Eindruck stellen präventive Hausbesuche mit dem vorliegenden Screeningtool für

uns eine sinnvolle Weiterentwicklung der bestehenden Pflegeberatung dar. Um die Wirkung präventiver Hausbesuche auf deutscher Seite mit validen Daten (belegbare Ergebnismwirkung) unterlegen zu können, ist ein weitere Erprobung und Begleitung über mindestens 3 Jahre erforderlich.

Expertinnen aus dem Bereich des betreuten Wohnens und der Gesundheitsregion Nord sehen in regelmäßigen präventiven Hausbesuchen ein hohes Potential, um frühzeitig Menschen zu erreichen, die eigeninitiativ keine Beratung oder gesundheitsförderliche Maßnahmen in Anspruch nehmen würden. Es wird eine große Bereitschaft signalisiert, das Modell präventiver Hausbesuche kooperativ zu unterstützen z.B. durch Informationsveranstaltungen, Werbung sowie Koordination von Terminvereinbarungen in betreuten Wohnanlagen, durch die Verbreitung der Idee in die Region und in den ländlichen Raum. Als "Einstiegsalter" für die Hausbesuche wurde der Beginn des Rentenalters favorisiert.

 Målet var at efterprøve den grænseoverskridende overførlighed af HANC-instrumentet "Forebyggende hjemmebesøg" fra schleswig-holsteinske kommuner til for eksempel byen Flensborg.

Der blev fundet 90 enkeltpersoner til deltagelse i de forebyggende husbesøg. Efter et første besøg med anvendelse af screening-værktøjerne fulgte et andet besøg, hvor de individuelle resultater blev uddybet, og de kvindelige og mandlige deltagere blev vejledt i anbefalelsesværdige

forholdsregler. (180 husbesøg). I resultatet blev den samlede gruppe opdelt i tre delområder. Omkring 20 % af deltagerne var allerede aktive før forespørgslen, omkring 70 % har udviklet nye interesser gennem projektet og har ytret ønske om at få ansporinger/anbefalinger. 10 % af de ældre, der var interesserede, så intet behov for ændringer for sig selv. Tidsrammerne pr. sted og situation var 2,5-3 timer samt dataanalyser.

Gennemførelsen af testene blev foretaget af to kvindelige medarbejdere, der begge har plejefaglig/pædagogisk dobbeltkvalifikation, hvilket efter vores mening er absolut nødvendig for at kunne garantere virkningen af de forebyggende hjemmebesøg. Gennem de forebyggende hjemmebesøg blev afdækket assistancebehov, der for de berørte umiddelbart ikke havde nogen eller kun ringe relevans, men som dog viste sig var af stor betydning for muligheden for at forblive i sit eget hjemmemiljø. Denne form for forebyggende vejledningstilbud kunne vi hidtil ikke opnå. I modsætning til bestående tilbud om plejevejledning, der reagerer på et eksisterende assistancebehov, og som udvikler et plejearrangement med de berørte, er de forebyggende hjemmebesøg med en bevidst "gå-struktur" i form af opsøgende vejledning rettet mod en målgruppe, der først nu begynder at have et plejebehov, og er rettet mod styrkelsen af de ældre menneskers selvstyrringskompetencer.

På trods af intensivt offentlighedsarbejde kan der med plejevejledningen fra plejehjælpepunkterne i byen Flensborg næppe opnås en forebyggende

virkning i tilfælde, hvor plejebehovet først begynder at opstå. Begrebet "plejevejledning" har en hindrende effekt. Intentionen med dette er, at mennesker, der søger råd, skal præsentere et hjælpebehov og virker snarere mangelorienteret. Til sammenligning opnåede begrebet "Forebyggende hjemmebesøg" et positivt indtryk med ressourceorientering. På den måde blev der opnået nye tilgange til andre aldersgrupper. Samlet set udviser deltagerne i testen en sensibilitet over for temaet: Sundhed i alderdommen.

Som første resultat/indtryk udgør forebyggende husbesøg med de eksisterende screening-værktøjer en meningsfuld videreudvikling af den eksisterende plejevejledning. For at kunne give belæg for virkningen af forebyggende husbesøg i Tyskland med gyldige data (bevisbar virkning) kræves en yderligere afprøvning og opfølgning over mindst 3 år.

Kvindelige eksperter fra området for plejeboliger og sundhedsregion Nord ser et stort potentiale i regelmæssige forebyggende hjemmebesøg for at nå tidligt ud til mennesker, der ikke på eget initiativ ville søge vejledning eller sundhedsfremmende tiltag. Der udvises et stort beredskab til at understøtte og samarbejde om modellen for forebyggende hjemmebesøg, f.eks. gennem informationsarrangementer, reklame samt koordination af indgåelse af mødeaftaler i plejeboliger gennem udbredelsen af ideen i landområder i regionen. Som "indgangsalder" for hjemmebesøgene blev starten af pensionsalderen foretrukket.

OUTLOOK: EXPERIENCES AND QUESTIONS FOR THE FUTURE

AUSBLICK: ERFHRUNGEN UND FRAGEN FÜR DIE ZUKUNFT
OVERBLIK: ERFARINGER OG SPØRGSMAÅL OM FREMTIDEN

IDENTIFY RESOURCES – FOSTER POTENTIAL – DEVELOP STRENGTHS

Today, preventive concepts for the elderly play a subordinate role in preventive strategies and their implementation. The demographic change in the age structure of society, the growing desire of people to retain their independence and remain living in their own domestic environment in their declining years, the fact that greater stress is now being placed on the potential of care to activate patients and the cost-associated pressures arising in connection with health and nursing care insurance mean that preventive strategies for the elderly must be given priority.

According to the WHO (2010), physical inactivity is a major cause of mortality worldwide. Senior citizens benefit in many respects from being physically active and this also has a positive impact on their health. “[...] adults of the 65 years and above age group who are physically active have higher levels of cardiorespiratory fitness, a lower risk profile for developing a number of disabling medical conditions, and lower rates of various chronic noncommunicable diseases than do those who are inactive.”⁽¹⁾

The only conclusion that can be drawn from these insights is that it is imperative to promote the awareness of the importance of an active lifestyle, particularly among the elderly, and to design target group-orientated fitness programs that will appeal to senior citizens. “In their community and domestic settings, elderly people can be readily recruited for preventive programs if what is offered is tailored to their needs. This means they need to be conveniently and simply achievable, of a form that can be readily incorporated in the daily routine, appropriate to their capabilities and also designed to promote social intercourse,” explains Wolfgang Klink of the Barmer GEK health insurance organisation.

In order to encourage the elderly to become more active and thus maintain their mobility, it is important to identify the personal resources of each individual, promote their potential and strengthen their existing capabilities.

Empowerment involves giving (back) to people the right to determine how to live their own lives.⁽²⁾ To ensure that they choose a healthy lifestyle, they need to be personally contacted as early as possible and provided with individually tailored counselling (e.g. on realistic and practicable

exercise measures) that is based on a knowledge of their personal circumstances. Personal contact creates a situation that can motivate the elderly to become more active. It is desirable in this connection to combine these measures with a holistic approach that – in addition to promoting exercise – covers other aspects, such as the promotion of social skills. This perception is shared by the German Ministry of Health (BMG): “[...] by bringing elderly people together with other senior citizens in their neighbourhood, it is possible to encourage them to become involved in other activities, such as physical fitness programmes.”⁽³⁾

This strategy of linking together those involved and the related measures is important in many different respects. The recommendations of the associations of local authorities and the statutory health insurance providers with regard to collaboration in the sectors of primary prevention and health promotion at the community level dated May 2013 lay the groundwork for this in that the partners advocate that their members should “ensure that their primary preventive and health-promoting measures within their own community are coordinated as far as possible and are sustainable and future-orientated.” The recommendations further emphasise “the significance of a living environment-orientated approach at the community level, particularly for disadvantaged target groups in their specific social setting.” And additionally propose that they “should expressly invite providers of other setting-orientated primary prevention and health-promoting services to participate in their community-

based programmes.” Although these strategies clearly set out the path that needs to be taken, in practice there are still major deficiencies that need to be overcome. Kerstin Wilimzig of the ‘Growing older’ (Älter werden) coordination centre of Kiel has repeatedly discovered that “(communication-based) interaction between those involved is often impossible because they are each far too absorbed in working on their own particular project.” There is a wide range of possible reasons for this; in many cases, it comes down to the desire to enhance profiles and competition for resources. But the capacities for intercommunication and cooperation must be put in place and supported. What is needed is evidence that a collaborative approach on all local levels is to the advantage of everyone: the associations and organisations and – last but not least – the senior citizens themselves. Kerstin Wilimzig points out: “At the local level, we need full-time representatives in each local district who have an overview of what services are available to the elderly, who are able to create collaborative structures and who can work with stakeholders and organisations on developments.”

Although we are now confronted by a daily flood of information, this actually obscures the fact that there is inadequate targeted information on preventive measures and the related services that are available. It is not only the target group that is insufficiently aware of these options with regard to preventive measures; the same is true of potential disseminators, such as general practitioners and those who work

in social services for the elderly, the carers and the carer institutions. As Dr. Ingeborg Kreuz, a GP specialising in geriatric care, asserts: “General practitioners can act as important motivators of older people. They are aware of their personal circumstances and physical status and can thus help set things on the right track; our elderly patients now tend to be healthier as they grow older although the usual generalised disorders continue to crop up.”

Information and counselling of patients and their relatives are important to ensure that a hospital stay does not terminate in direct admission to a care home. In the view of Anna Meiners of the Germany charity DER PARITÄTISCHE: “As a guiding principle, it is always important to try rehabilitation before assigning someone to full-time care. Multidisciplinary, mobile teams of carers in which are incorporated, for example, physiotherapists, speech therapists and occupational therapists, can be very effective in this respect. Setting-based intervention requires cross-sectoral collaboration between stakeholders on the various levels,” to ensure that those involved in prevention, rehabilitation and care provision do not act independently. “It is also important that the various responsibilities of the collaborating stakeholders are clearly demarcated to avoid possible misunderstandings.”⁽⁴⁾

Intensified collaboration can help bridge the gap between what is designated in Germany the ‘first health market’ (i.e. the standard healthcare services that are covered by statutory health insurance) and

the 'second health market' through which services and products are privately purchased. This extends to include the sectors sport, nutrition and exercise.

To ensure that strategies and projects are sustainable, quality assurance measures must be implemented and it is in any case appropriate to determine the effectiveness of any employed strategy. By combining subjective impressions and data for objective parameters, a precise picture of effects achieved can be obtained.

But there can be no doubt that if optimised access to preventive measures is to be provided at individual levels and within the community and domestic settings, not only a coordinated approach is necessary; the required financial means must also be made available. Such an investment would be repaid in the form of increased efficiency, the elimination of parallel structures and reduced outgoings of the health and nursing insurance providers.

"Not all elderly people are internet-savvy"

A short daily exercise show transmitted by regional TV broadcasters that would encourage viewers to join in and would be entertaining, fun and make people feel good is likely to reach and motivate many elderly people. The same applies in the case of the radio, which is also a preferred medium of those more advanced in years. In cooperation with daily newspapers and weekly magazines, an exercise-friendly ambience

is being created that can meet the requirements of a life phase-orientated approach.

And for those who know their way around digital devices, there are already health and fitness apps.

 RESSOURCEN ERKENNEN - POTENTIALE FÖRDERN - FÄHIGKEITEN STÄRKEN

Prävention im Alter spielt bei den bisherigen Präventionsstrategien und Umsetzungen eine untergeordnete Rolle. Der demographische Wandel, der Anspruch an ein möglichst langes eigenständiges Leben im häuslichen Umfeld, ein zunehmend potenzialorientiertes Verständnis von Pflege zur Aktivierung der Patienten sowie der Kostendruck der Kranken- und Pflegekassen, erfordern verstärkt präventive Strategien für älter werdende Menschen.

Nach Angaben der WHO (2010) ist körperliche Inaktivität ein starker Risikofaktor für die weltweite Sterblichkeit: Insbesondere ältere Menschen profitieren in vielfältiger Weise von körperlicher Aktivität und sind gesundheitlich deutlich besser gestellt. „[...] adults of the 65 years and above age group, who are physically active, have higher levels of cardiorespiratory fitness, a lower risk profile for developing a number of disabling medical conditions, and lower rates of various chronic noncommunicable diseases than those who are inactive“⁽¹⁾

Die Konsequenzen aus diesen Erkenntnissen können nur sein, das Bewusstsein für einen „bewegten

Lebensstil“ besonders auch bei älteren Menschen deutlich zu fördern und zielgruppenorientierte Bewegungsangebote für Seniorinnen und Senioren zu schaffen. „In den Settings Kommune und Wohnen sind ältere Menschen gut für Präventionsmaßnahmen erreichbar, wenn die Angebote passgenau sind. Das bedeutet, sie müssen gut und einfach erreichbar, leicht in den Tagesablauf zu integrieren und auf ihre Fähigkeiten zugeschnitten sein sowie soziale Kontakte fördern.“ Wolfgang Klink, Barmer GEK.

Um die körperliche Aktivität älterer Menschen zu fördern und ihre Mobilität zu erhalten, ist es wichtig, die individuellen Ressourcen des Einzelnen zu (er)kennen, seine Potenziale zu fördern und vorhandene Fähigkeiten zu stärken. Empowerment - ist das Anstiften zur (Wieder-)Aneignung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Lebens.² Diese Fähigkeit zur Gestaltung eines gesundheitsförderlichen Lebensstils wird durch eine frühzeitige persönliche Ansprache und individuelle Beratung, z.B. über sinnvolle und umsetzbare Bewegungsmaßnahmen auf der Basis personenbezogener Daten gestärkt. Die persönliche Ansprache schafft ein motivierendes Klima um ältere Menschen zu aktivieren. Diesbezüglich ist es zielführend, Maßnahmen einem ganzheitlichen Ansatz anzugliedern, der neben der Bewegungsförderung weitere Ansatzpunkte, wie z.B. die Stärkung sozialer Kompetenzen, beinhaltet. Dies bekräftigt ebenfalls das BMG: „[...] nicht zuletzt wirkt auch beispielsweise die soziale

Vernetzung älterer Menschen in ihrer Nachbarschaft befähigend und ermöglichend für viele weitere Aktivitäten, so auch für körperliche Bewegung.“⁽³⁾

Vernetzung von Akteuren und Maßnahmen ist in unterschiedlichen Zusammenhängen relevant. Die Empfehlungen der kommunalen Spitzenverbände und der gesetzlichen Krankenkassen zur Zusammenarbeit im Bereich Primärprävention und Gesundheitsförderung in der Kommune vom Mai 2013 stellt die richtigen Weichen, in dem die Partner ihren Mitgliedern empfehlen, „ihre primärpräventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen in der jeweiligen Kommune möglichst weitgehend aufeinander abzustimmen sowie nachhaltig und tragfähig auszugestalten“. Die Empfehlungen betonen „die Bedeutung eines an der kommunalen Ebene ausgerichteten, lebensweltorientierten Ansatzes, insbesondere für benachteiligte Zielgruppen in ihrem jeweiligen Lebensumfeld.“ Sie „laden ausdrücklich andere Träger von setting-orientierter Primärprävention und Gesundheitsförderung in die Kommune ein, sich an der jeweiligen Kooperation zu beteiligen.“ Die Strategien weisen zwar den richtigen Weg, die Realität zeigt aber noch große Defizite auf. K. Wilimzig, Leitstelle „Älter werden“ der Landeshauptstadt Kiel, stellt immer wieder fest, dass „die (kommunikative) Vernetzung manchmal auf der Strecke bleibt, weil die Akteure sehr mit ihren eigenen Projekten beschäftigt sind.“ Die Gründe dafür sind vielfältig, oft

geht es um eigene Profilierungen und finanzielle Ressourcen. Und die Fähigkeiten zur Vernetzung und für Kooperation müssen gebildet und gefördert werden. Es braucht positive Erfahrungen, dass ein gemeinsames Vorgehen auf lokaler Ebene allen dient: den Vereinen und Organisationen und erst recht den älteren Bürgerinnen und Bürgern. Kerstin Wilimzig weist darauf hin: „Auf lokaler Ebene braucht es in den Stadtteilen hauptamtliche Kümmerer, die den Überblick über Angebote für ältere Menschen haben, vernetzen können und mit den Akteuren und Organisationen Entwicklungen voranbringen.“

Die Informationsflut des täglichen Lebens verdeckt, dass es gleichzeitig einen Mangel an zielgerichteter Information über präventive Maßnahmen und die Möglichkeiten der Inanspruchnahme gibt. Präventionsangebote sind sowohl der Zielgruppe nicht ausreichend bekannt, als auch den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, wie z.B. Hausärztinnen und Hausärzte, Akteuren der offenen Altenarbeit, Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen. Dr. Ingeborg Kreuz, Hausärztin mit geriatrischem Schwerpunkt unterstreicht: „Der Hausarzt ist ein wichtiger Partner, um ältere Menschen zu motivieren. Er kennt die Lebensumstände, die körperlichen Bedingungen und kann die richtigen Weichen stellen, denn unsere betagten Patienten werden immer gesünder älter, bei natürlich immer auftretenden allgemeinen Erkrankungen.“ Informationen und Beratung für Patienten und Angehörige sind wichtige Maßnahmen, damit ein Kranken-

hausaufenthalt nicht direkt ins Pflegeheim führt. Anna Meiners, DER PARITÄTISCHE, weist darauf hin: „Reha vor Pflege ist ein wichtiger Grundsatz. Multiprofessionelle, ambulante Pflegeteams mit z.B. Physio-, Logo- und Ergotherapeuten können hier viel leisten.“ „Setting-Interventionen erfordern eine sektorenübergreifende Vernetzung der Akteure auf den verschiedenen Ebenen“ damit Prävention, Rehabilitation und Pflege nicht getrennt handeln. „Hierbei ist es wichtig, dass die thematischen Zuständigkeiten der Netzwerkakteure geklärt sind, um Missverständnissen vorzubeugen.“⁽⁴⁾

Eine stärkere Vernetzung kann die Lücke zwischen dem sogenannten ersten Gesundheitsmarkt, der klassischen Gesundheitsversorgung und dem sogenannten zweiten Gesundheitsmarkt, den privat finanzierten Dienstleistungen und Produkten schließen. Dazu zählen die Lebensbereiche Sport, Ernährung und Bewegung.

Für die Nachhaltigkeit von Maßnahmen und Projekten ist die Qualitätssicherung ein wichtiges Instrument. Es ist sinnvoll den Erfolg einer durchgeführten Maßnahme zu ermitteln. Durch die Verbindung von subjektiven Eindrücken und objektiven Messgrößen ergibt sich ein genaues Bild über erzielte Effekte.

Der optimierte Zugang zu präventiven Maßnahmen auf der individuellen Ebene und in den Settings Kommune und Wohnen erfordert neben einem abgestimmten Vorgehen finanzielle Mittel. Die Investition kann sich

über eine höhere Effektivität, Vermeidung von Parallelstrukturen und durch Einsparungen im Bereich der Kranken- und Pflegekassen amortisieren.

„Nicht alle Älteren sind im Internet unterwegs.“

Eine kurze tägliche Bewegungsshow bei regionalen Fernsehsendern zum Mitmachen, die Freude, Spaß und ein gutes Gefühl vermittelt, würde viele ältere Menschen erreichen und motivieren. Das gleiche gilt für Radiosender, die von „älter werdenden Menschen“ häufig gehört werden. In Kooperationen mit den Tageszeitungen und Wochenblättern entsteht ein bewegungsfreudiges Klima, das auch den Anspruch eines lebensphasenorientierten Ansatzes erfüllen kann.

Und für die sogenannten Smartuser gibt es inzwischen Apps mit Bewegungsangeboten.

for den globale dødelighed: Specielt ældre mennesker drager fordel af fysisk aktivitet på forskellig vis er betydeligt bedre stillet rent sundhedsmæssigt. „[...] adults of the 65 years and above age group, who are physically active, have higher levels of cardiorespiratory fitness, a lower risk profile for developing a number of disabling medical conditions, and lower rates of various chronic noncommunicable diseases than do those who are inactive“⁽¹⁾

Konsekvenserne af denne viden kan kun være, at bevidstheden om en „livsstil i bevægelse“ skal fremmes særligt stærkt hos ældre mennesker, og der skal oprettes målgruppeorienterede bevægelsestilbud for ældre. „Når stedet og situationen er kommunen og boligen, er det muligt at nå ud til de ældre mennesker med forebyggelsesforanstaltninger, når tilbuddene er tilpasset optimalt. Det betyder, at løsninger skal være lette og mulige at opnå, lette at integrere i dagligdagen og være tilpasset den ældres færdigheder samt fremme social kontakt“. Wolfgang Klink, Barmer GEK

For at fremme ældre menneskers fysiske aktivitet og bevare deres mobilitet er det vigtigt, at (er)kende den enkeltes individuelle ressourcer, fremme dennes potentiale og styrke eksisterende færdigheder. Empowerment – er anstiftningen til (gen-)tilegnelse af selvbestemmelsen over omstændighederne i ens eget liv.⁽²⁾ Denne evne til at skabe en sundhedsfremmende livsstil styrkes gennem tidlige personlige samtaler og individuel rådgivning, f.eks. via meningsfulde og realiserbare

bevægelsesforanstaltninger på grundlag af personrelevante data. Den personlige samtale skaber et motiverende miljø for at aktivere ældre mennesker.

I denne forbindelse er det afgørende at tilpasse tiltagene efter en systemisk tilgang, der ud over fremme af bevægelse omfatter yderligere punkter, f.eks. styrkelse af sociale kompetencer. Dette bekræfter BMG også: „[...] ikke mindst virker også f.eks. ældre menneskers sociale netværk i deres nabolag færdighedsfremmende, og giver mulighed for mange yderligere aktiviteter, og det gælder også for fysisk bevægelse“.⁽³⁾

Forbindelse mellem aktører og tiltag er relevant i forskellige sammenhænge. Anbefalingerne fra de kommunale organisationer og de lovpligtige sygekasser til samarbejde inden for områderne primær forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen fra maj 2013 viser den rigtige vej, hvorved partnere anbefaler til deres medlemmer „afstem primære forebyggende og sundhedsfremmende tiltag i den pågældende kommune så vidt muligt med hinanden, samt arranger dem vedvarende og bæredygtigt“. Anbefalingerne betoner „betydningen af et på kommunalt arrangeret, levemiljøorienteret tiltag, og specielt for fordele målgrupper i deres pågældende levemiljø“. Der „inviteres udtrykkeligt andre udbydere af sted- og situationsbaseret primær forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen til deltagelse i det pågældende samarbejde“. Strategierne viser godt nok den rigtige vej, men realiteten viser stadig store mangler. K. Wilimzig,

■ IDENTIFICERING AF RESSOURCER – FREMME AF POTENTIALE – STYRKELSE AF FÆRDIGHEDER

Forebyggelse for ældre spillede i de tidligere forebyggelsesstrategier og gennemførelser en mindre rolle. Den demografiske forandring, kravet om et så vidt som muligt selvstændigt liv i hjemligt miljø, en tiltagende potentialeorienteret forståelse af forebyggelse til aktivering af patienter samt omkostningsreduktion på syge- og plejekasser kræver forstærkede forebyggende strategier for personer, der bliver ældre.

Efter WHO's angivelser (2010) er fysisk inaktivitet en stærk risikofaktor

koordinationscenteret „Älter werden“ (At blive ældre) understreger, at „den (kommunikative) netværksopbygning ofte kun bliver ved tanken, fordi aktørerne er meget beskæftiget med sine egne projekter“. Grundene hertil er mange, men ofte handler det om egne profileringer og finansielle ressourcer. Desuden skal færdighederne til indgåelse i netværk og til samarbejde læres og fremmes. Der kræves positive erfaringer med, at en samlet tilgang på lokalt plan er til fordel for alle: foreningerne og organisationerne og først og fremmest de ældre medborgere. Kerstin Wilimzig påpeger: „På lokalplan kræves der i de forskellige bydele faglige tilsynsførende/plejere, der har overblikket over tilbuddene til ældre, kan skabe netværk, og som sammen med aktørerne og organisationerne udvikler nye tiltag“.

Informationsstrømmen i dagligdagen skjuler, at der samtidig er en mangel på målrettede oplysninger om forebyggende tiltag og muligheder for at gøre brug af disse. Forebyggelsestilbud er ikke tilstrækkeligt kendte af målgruppen, men heller ikke af øvrige aktører som familielæger, aktører i det offentlige ældrearbejde, plejetjenester og plejeindretninger. Dr. Ingeborg Kreuz, familielæge med speciale i geriatri understreger: „Familielægen er en vigtig partner for motivationen af ældre mennesker. Han/hun kender deres livssituation, de kropslige betingelser og kan vise den rigtige

vej, fordi vores ældre patienter bliver stadig sundere i alderdommen med naturligt normalt forekommende generelle sygdomme“. Oplysning til og rådgivning af patienter og pårørende er vigtige tiltag, så et sygehuseophold ikke fører direkte til plejehjemmet. Anna Meiners, DER PARITÄTISCHE, henviser til: „Reha før pleje er en vigtig grundsætning. Multi-faglige, ambulante plejeteam med f.eks. fysio-, logo- og ergoterapeuter kan her gøre en stor forskel“. Steds- og situationsbetingede interventioner kræver et sektordækkende netværk af aktører på de forskellige niveauer“ så forebyggelse, rehabilitation og pleje ikke håndteres separat. „Herved er det vigtigt, at de tematiske omstændigheder for netværksaktører afklares for at undgå misforståelser.“⁽⁴⁾

En stærkere netværksforgrening kan lukke hullet mellem det såkaldte første sundhedsmarked, den klassiske sundhedsforsyning, og det såkaldte andet sundhedsmarked, de privat finansierede tjenesteydelser og produkter. Dertil tæller livsområderne sport, ernæring og bevægelse.

Et vigtigt instrument for den vedvarende tilgang af tiltag og projekter er kvalitetssikringen. Det giver mening at formidle succes af et gennemført tiltag. Gennem forbindelse af subjektive indtryk og objektive målinger dannes et nøjagtigt billede over opnåede virkninger.

Den optimerede tilgang til forebyggende tiltag på individuelt niveau, når stedet og situationen er kommunen og boligen, kræver ud over en koordineret fremgangsmåde finansielle midler. Investeringen kan lønne sig gennem højere effektivitet, undgåelse af dobbeltstrukturer og gennem besparelser inden for området syge- og plejekasser.

„Ikke alle ældre færdes på internettet“.

Et kort, dagligt bevægelsesshow på regionale fjernsynskanaler til deltagere, hvor der formidles glæde, sjov og en god fornemmelse, ville nå ud til og motivere mange ældre mennesker. Det samme gælder for radiokanaler, der ofte høres af „ældre mennesker“. I samarbejde med dagbladene og ugeaviserne opstår et bevægelsesopfordrende klima, der også kan opfylde kravet om en livsfaseorienteret tilgang.

Og til den såkaldte „smartuser“ findes der nu apps med bevægelsestilbud.

⁽¹⁾ WHO, 2010, s.32).

⁽²⁾ <http://www.empowerment.de/grundlagen/>

⁽³⁾ BMG (Sundhedsministeriet) 2012; nationalt sundhedsmål: Sundhed i alderdommen. Sundhedsministeriet: Berlin. s.61

⁽⁴⁾ Ibid.

GET IN CONTACT WITH HANC

IHR KONTAKT ZU HANC
KOM I KONTAKT MED HANC



WWW.HEALTHY-AGEING-NETWORK.EU

