Centre hospitalier universitaire vaudois
Département universitaire de médecine
et de santé communautaires

Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Lausanne

BONNES PRATIQUES DE PROMOTION DE LA SANTE DES PERSONNES AGEES

Développement des théories d'action des interventions

BEST PRACTICE GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM ALTER (BPGF)

Entwicklung von Wirkungsmodellen

Brenda Spencer, Brigitte Ruckstuhl

Etude financée par Promotion Santé Suisse, Berne

Citation suggérée Spencer B, Ruckstuhl B. Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées. Développement des théories d'action des interventions / Best practice Gesundheitsförderung im Alter (BPGF). Entwicklung von Wirkungsmodellen. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne 2010.

Remerciements A toutes les institutions qui ont participé à l'évaluation

Date d'édition Décembre 2010

Nom du fichier : Rapport-Bonnes pratiques promotion santé personnes âgées.docx

Table des matières

1 Résumé / Zusammenfassung 6

2 Introduction / Einleitung 8
2.1 Das Projekt « Best Practice Gesundheitsförderung im Alter » 8
2.2 Der Auftrag 8

3 Méthode / Methoden 10
3.1 Le Modèle de catégorisation des résultats (SMOC) 10
3.2 Démarche de l'application du SMOC au projet BPGFA 10
3.3 Présentation des résultats 12

4 Résultats / Ergebnisse 14
4.1 Mesures visant à stimuler l'activité physique / Bewegungs-und Sportförderung im alter 14
4.1.1 Analyse de la situation 15
4.1.2 Théorie d'action 16
4.1.3 Indicateurs 17
4.2 Prévention des chutes / Sturzprävention 20
4.2.1 Situationsanalyse 20
4.2.2 Wirkungsmodell 21
4.2.3 Indikatoren 22
4.3 Participation du corps médical / Partizipation der Hausärzte 25
4.3.1 Situationsanalyse 25
4.3.2 Wirkungsmodell 26
4.3.3 Indikatoren 27
4.4 Conseils en matière de santé, manifestations, cours / Gesundheitsförderung im Alter durch Beratung, Veranstaltungen und Kurse 30
4.4.1 Situationsanalyse 30
4.4.2 Wirkungsmodell 31
4.4.3 Indikatoren 32
4.5 Accès aux groupes-cible et Outils de recrutement / Zugang zu Zielgruppen und Rekruitierungs-Tools 35
4.5.1 Situationsanalyse 35
4.5.2 Wirkungsmodell 36
4.5.3 Indikatoren 37
4.6 Théorie d'action globale / Gesamtwirkungsmodell 40

5 Conclusions / Schlussbemerkungen 44
5.1 Anmerkungen zur gewählten Methodik 44
5.2 Weiteres Vorgehen 44
5.3 Best Practice Dimensionen 44

6 Annexe : Calendrier des ateliers / Anhang : Workshopstermine 47

1 RESUME / ZUSAMMENFASSUNG

Le projet « Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées » vise à définir des recommandations pour promouvoir la santé des personnes âgées dans les différents cantons suisses adhérents au projet. Cinq instituts suisses ont ainsi été mandatés à produire un rapport faisant état de la situation relative à cinq domaines :

- mesures visant à stimuler l'activité physique
- prévention des chutes
- participation du corps médical (médecins de famille)
- conseils en matière de santé, manifestations, cours
- accès aux groupes-cibles et outils de recrutement.

Dans le but de définir les bases pour une évaluation future des interventions recommandées, le présent rapport, sollicité par Promotion Santé Suisse, détaille le travail effectué avec les équipes responsables de chaque domaine pour élaborer une série de trois synthèses de leur travail, à savoir

- une analyse de la situation en question (problèmes constatés)
- une théorie d'action définissant les objectifs intermédiaires et finaux à atteindre à partir des recommandations faites dans leur domaine
- une liste des indicateurs associés aux objectifs prioritaires.

Ces synthèses ont été réalisées à l'aide du modèle de catégorisation des résultats de promotion de la santé et de la prévention (SMOC) un outil développé conjointement par les Instituts universitaires de médecine sociale et préventive de Berne et de Lausanne, en collaboration avec Promotion Santé Suisse.
Les théories d'action ainsi élaborées ont ensuite été intégrées dans une théorie d'action globale correspondant à l'ensemble du projet « Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées ».

Das Projekt « Best Practice Gesundheitsförderung im Alter » hat zum Ziel, Empfehlungen zur Förderung der Gesundheit älterer Menschen für die am Projekt teilnehmenden Kantone zu formulieren. Es wurden fünf Institute beauftragt, je einen Grundlagenbericht für folgende Bereiche zu erstellen:

- Bewegungs- und Sportförderung
- Sturzprävention
- Partizipation der Hausärzte
- Gesundheitsförderung im Alter durch Beratung, Veranstaltungen und Kurse
- Zugang zu Zielgruppen und Rekrutierungs-Tools.

Gesundheitsförderung Schweiz hat einen Auftrag erteilt, Grundlagen für die künftige Evaluation der empfohlenen Interventionen zu erarbeiten. Der vorliegende Bericht fasst die in Zusammenarbeit mit den Instituten entwickelten Ergebnisse zusammen. Erstellt wurden:

- eine Ausgangslage mit formulierten Problemstellungen
- ein Wirkungsmodell mit den intermediären und finalen Zielen auf der Basis der jeweiligen Empfehlungen
- eine Liste von Indikatoren für die prioritären Ziele.

Diese Arbeiten wurden auf der Basis des Ergebnismodells (SMOC), das von Gesundheitsförderung Schweiz in Zusammenarbeit mit den Instituten für Sozial- und Präventivmedizin in Lausanne und Bern entwickelt wurde, erstellt.
Aus den fünf Wirkungsmodellen wurde anschliessend ein übergeordnetes Wirkungsmodell für das Projekt **«**Best Practice Gesundheitsförderung im Alter **»** erarbeitet.

2 INTRODUCTION / EINLEITUNG

2.1 DAS PROJEKT « BEST PRACTICE GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM ALTER »

Das Projekt « Best Practice Gesundheitsförderung im Alter » (BPGF) will die Potenziale der Gesundheitsförderung für die älteren Menschen besser nutzen. Dazu werden notwendige Grundlagen systematisch entwickelt, Empfehlungen daraus abgeleitet und erfolgsversprechende Massnahmen umgesetzt. Die Massnahmen sollen auf ihre Wirkung hin überprüft und kontinuierlich weiterentwickelt werden, um so in einem längerfristigen Prozess eine Best Practice in der Gesundheitsförderung im Alter erreichen zu können.

2009 haben der Kanton Bern und die Stadt Zürich ein Vorprojekt initiiert mit dem Ziel, zusammen mit anderen interessierten Kantonen und Institutionen eine Auslegeordnung über mögliche Handlungsoptionen im Bereich Gesundheitsförderung im Alter zu erstellen (Konzept). Im Januar 2010 wurde das Hauptprojekt „Best Practice Gesundheitsförderung im Alter" gestartet. Ziel des Projekts ist es, die Lebensqualität der Zielgruppe „ältere Menschen" insgesamt zu verbessern. Insbesondere sollen Massnahmen umgesetzt werden, die die Autonomie und das Wohlbefinden stärken, damit ältere Menschen möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung bleiben können (Konzept).

Die Grundlagen und die daraus abgeleiteten Empfehlungen werden in einem ersten Schritt für die im Vorprojekt ausgewählten Themenbereiche entwickelt: Bewegungs- und Sportförderung, Sturzprävention, Beratung, Veranstaltungen und Kurse, Zugang zu den Zielgruppen und Partizipation der Hausärzte.

Vorgesehen ist, dass für die verschiedenen Themenbereiche auf der Basis der Best Practice Empfehlungen Module entwickelt werden, die von den Akteuren wenn nötig mit fachlicher Unterstützung mit hoher Qualität umgesetzt werden können.

Parallel zu der Erarbeitung der Grundlagen, entwickelt Gesundheitsförderung Schweiz ein Konzept für das Monitoring und die Evaluation, um die Wirkungen der Umsetzung der Module überprüfen zu können und eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung zu ermöglichen. Dazu werden Wirkungsmodelle und Indikatoren entwickelt.

2.2 DER AUFTRAG

Für die Erstellung der Wirkungsmodelle und der Indikatoren als Grundlage für das Evaluationskonzept hat Gesundheitsförderung Schweiz einen entsprechenden Auftrag an das ISPM Lausanne erteilt.

Der Auftrag umfasst die Erstellung von je einem Wirkungsmodell und einem Indikatorenset für die fünf Teilbereiche in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Instituten. Die Erarbeitung der Indikatoren wird auf der Basis des Ergebnismodells von Gesundheitsförderung Schweiz entwickelt. Die fünf Wirkungsmodelle und Indikatorensets werden in einem übergeordneten Wirkungsmodell synthetisiert.

Der vorliegende Bericht fasst die Resultate aus diesem Prozess zusammen.

Als Grundlage für die Erarbeitung der Wirkungsmodelle und der Indikatoren standen uns das Projekt- und das Evaluationskonzept und die jeweiligen Zwischenberichte aus den fünf Teilbereichen zur Verfügung.

3 METHODE / METHODEN

3.1 LE MODÈLE DE CATÉGORISATION DES RÉSULTATS (SMOC)

Le modèle de catégorisation des résultats[a] de promotion de la santé et de la prévention[1,2] (SMOC) est un outil développé conjointement par les Instituts universitaires de médecine sociale et préventive de Berne et de Lausanne, en collaboration avec Promotion Santé Suisse, mandant du projet. Le SMOC a trois utilisations possibles : faciliter l'analyse de la situation et aider à la planification d'interventions ainsi qu'à leur évaluation. Sa construction théorique s'appuie sur la Charte d'Ottawa[b] et cet outil peut être appliqué au niveau de projets, de programmes ou de stratégies.

L'outil[c] (Figure 1) comporte quatre colonnes : les activités et mesures s'inscrivent dans la colonne A et les résultats successifs de ces activités qui contribuent progressivement à une amélioration de la santé (c'est à dire : facteurs qui influencent les déterminants de la santé ; effets sur les déterminants de la santé ; bénéfice pour la santé de la population) sont classés dans les colonnes B, C et D. Les colonnes A et B sont structurées selon quatre approches : les activités destinées à avoir un effet sur les infrastructures et les prestations ; les activités qui visent des changements au niveau législatif, administratif, et organisationnel ou en termes de réseaux institutionnels ; les activités destinées à des groupes, à des populations spécifiques ou à la population générale ; les activités impliquant un contact direct en cherchant à améliorer les compétences des individus. Les déterminants de la santé sont classés en trois catégories : l'environnement physique ; l'environnement social ; les ressources personnelles et types de comportement. Les sept catégories de résultats dans les colonnes B et C sont en outre subdivisées en 3 à 4 sous-catégories différentes, indiquant des objectifs plus précis.

Le modèle propose une façon systématique de prévoir et de suivre l'enchaînement des résultats intermédiaires à obtenir en partant des activités pour arriver aux résultats mesurés en termes de modification de l'état de santé, et sert ainsi à ouvrir la « boîte noire » entre ces deux points. Il a également comme objectif de servir de « langage commun » entre les différents acteurs autour d'une intervention, à savoir, les intervenants, les mandants et les évaluateurs.

3.2 DEMARCHE DE L'APPLICATION DU SMOC AU PROJET BPGFA

Dans un premier temps, des ateliers ont été organisés avec les responsables des projets BPGFA dans chacun des cinq instituts. Afin de préparer l'atelier, aux responsables ont été envoyés des documents explicatifs concernant le SMOC avec une explication du processus à suivre lors de l'atelier. Par ailleurs, l'équipe d'évaluation a pris connaissance des rapports intermédiaires des instituts et a procédé à l'identification et à l'extraction de divers éléments à intégrer à l'atelier : problèmes, obstacles, et barrières mis en évidence dans le domaine (matériel pour définir l'analyse de la situation); objectifs intermédiaires et finaux visés par les recommandations de Best Practice (matériel pour la définition de la théorie d'action).

L'atelier a été mené en une demie journée et a consisté en quatre étapes : familiarisation avec l'outil; élaboration de l'analyse de la situation, de la théorie d'action, et des indicateurs des objectifs définis. La

---

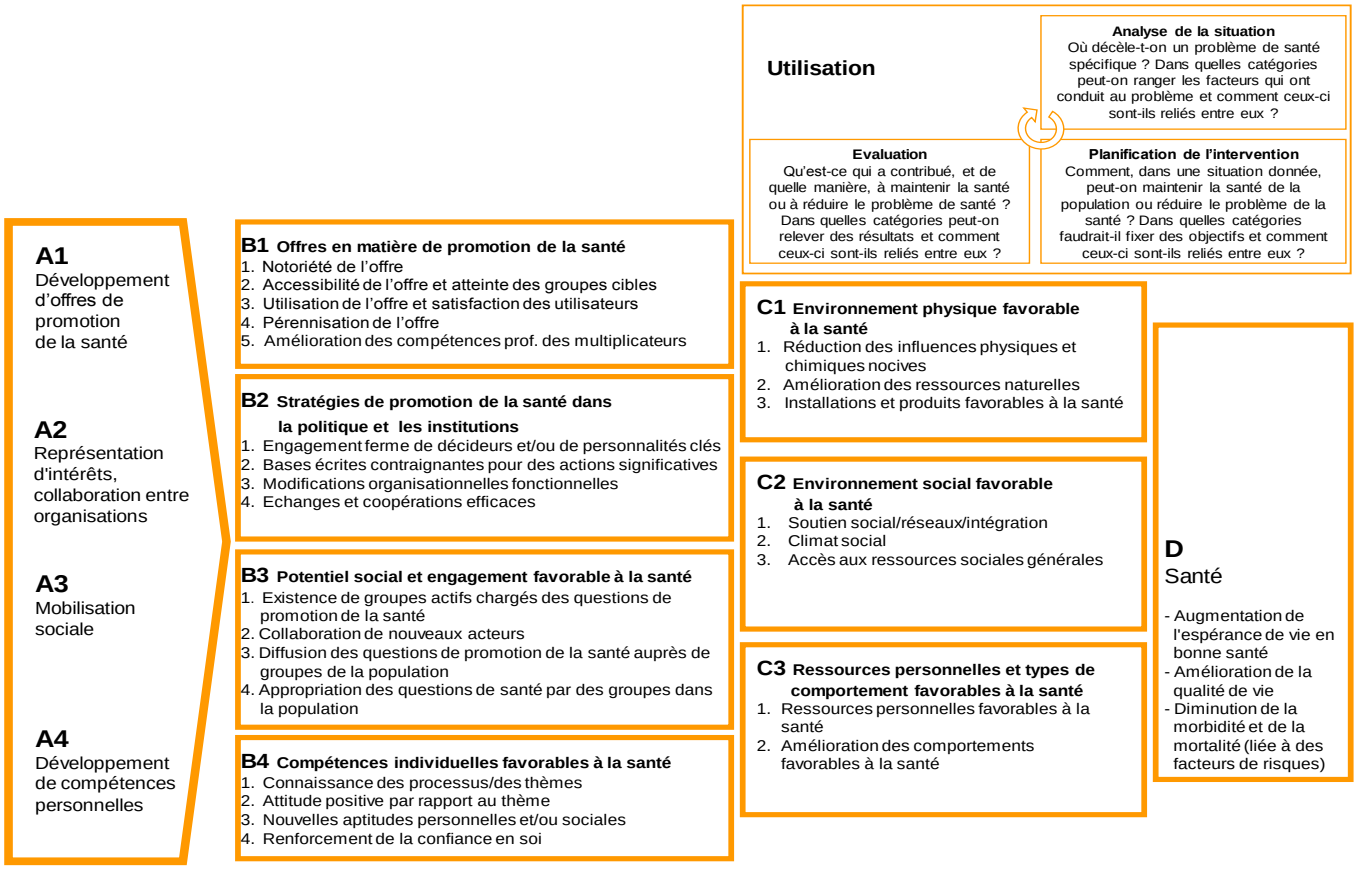
[a] Titre formel depuis 2006 : Swiss Model for Outcome Classification ou SMOC.

[b] http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_HPR_HEP_95.1.pdf (Accédé le 02.12.10).

[c] http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung_und_Praevention/Tipps_Tools/ergebnismodell.php (Accédé le 02.12.10).

méthode de travail était interactive ; chaque élément défini faisant l'objet d'un consensus entre les participants. Les éléments ont été posés manuellement sur une affiche sur laquelle figurait le cadre du SMOC. Suite à l'atelier, les trois schémas élaborés ont été informatisés et les indicateurs synthétisés par l'équipe d'évaluation. Ces documents ont été transmis aux instituts pour validation. Les commentaires reçus ont été discutés et intégrés par l'équipe d'évaluation et les documents retravaillés envoyés aux instituts pour une deuxième validation. Sur la base des théories d'action revalidées, une théorie d'action globale a été élaborée par l'équipe d'évaluation. Elle représente une synthèse, effectuée pour chaque catégorie de l'outil, des éléments fournis dans les cinq théories d'action.

Figure 1 Aperçu général de l'outil de catégorisation des résultats (SMOC)



3.3 PRESENTATION DES RESULTATS

Dans la suite du rapport ci-dessous, les résultats sont présentés par domaine. Chaque domaine est brièvement expliqué et les trois schémas élaborés (analyse de la situation, théorie d'action, indicateurs) présentés. Le schéma des indicateurs est complété par une liste plus détaillée et argumentée des indicateurs.

A la suite des domaines individuels, un modèle global est proposé synthétisant l'ensemble des objectifs des théories d'action des différents domaines. Ce schéma du modèle global est également complété par une liste annotée des objectifs.

Il est à noter que pour des raisons de lisibilité le choix a été fait de ne pas inclure des flèches indiquant les liens entres les objectifs. La logique de l'enchainement est essentiellement assurée par le cadre du modèle. Par ailleurs, les activités de la colonne A ne sont pas indiquées dans ce document. C'est les Best Practices indiquées dans les rapports des différents instituts qui constituent les activités de la colonne A.

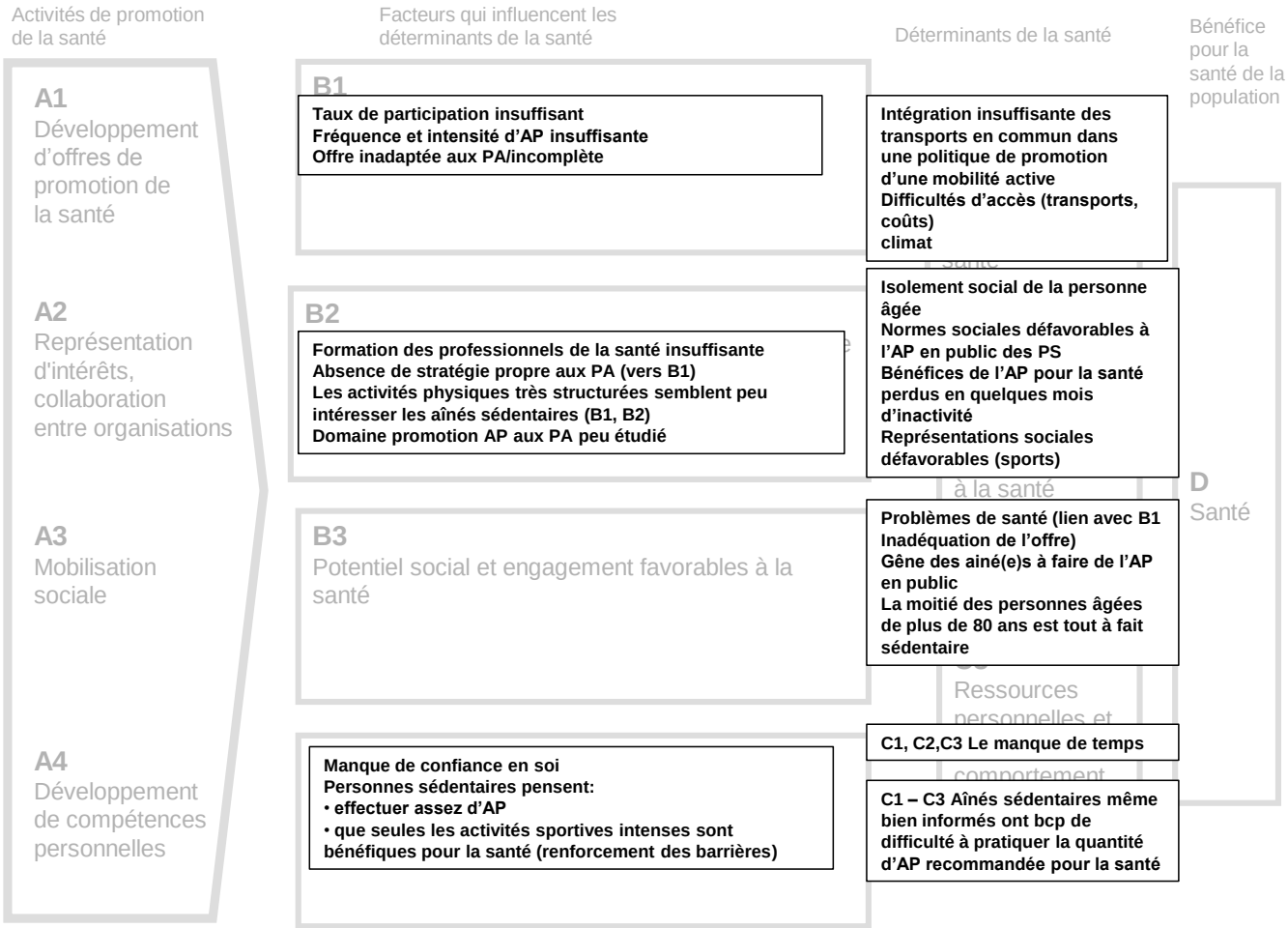
4 RESULTATS / ERGEBNISSE

4.1 MESURES VISANT À STIMULER L'ACTIVITÉ PHYSIQUE / BEWEGUNGS-UND SPORTFÖRDERUNG IM ALTER

Le Centre d'Observation et d'Analyse du Vieillissement à l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive à Lausanne en collaboration avec le Service de Gériatrie et Réadaptation Gériatrique du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois ont été chargés de dresser l'état des connaissances quant aux interventions de promotion de l'activité physique chez les personnes âgées. La population cible est constituée de personnes âgées en bonne santé ou préfragiles (les personnes fragiles, le plus souvent âgées de plus de 80 ans et vivant en établissement médico-social, sont exclues de cette recherche). Une revue de la littérature a été effectuée afin d'identifier, d'une part, les interventions efficaces des programmes d'activité physique et, d'autre part, les interventions destinées à promouvoir l'intégration de l'activité physique dans les activités quotidiennes.

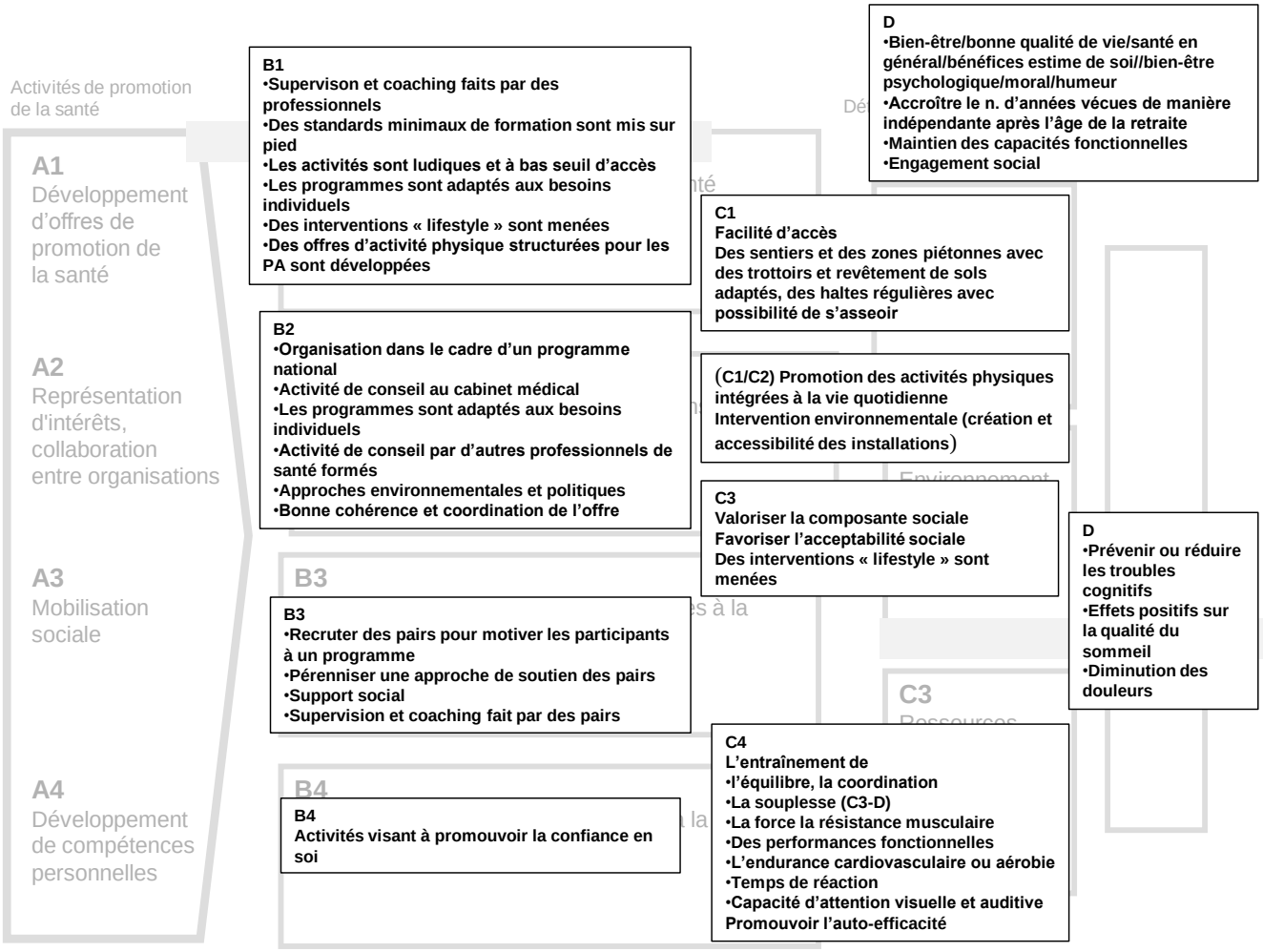
4.1.1 Analyse de la situation

Figure 2 Activité physique : analyse de la situation



4.1.2 Théorie d'action

Figure 3 Activité physique : la théorie d'action



4.1.3 Indicateurs

Figure 4 Activité physique : indicateurs

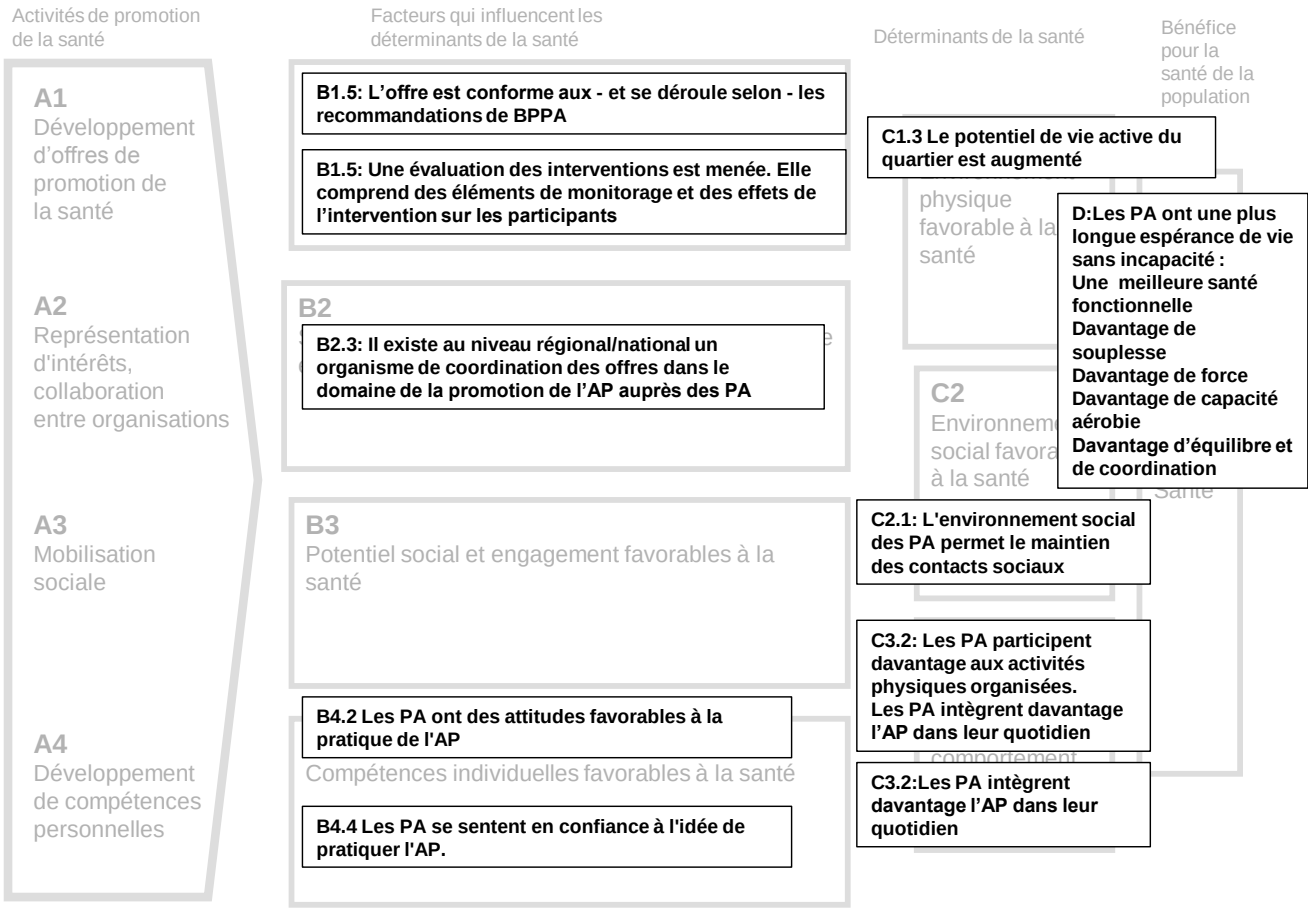


Tableau 1 Activité physique : descriptif et logique des indicateurs proposés

Indicateur	(a) Descriptif (b) Logique
B1.5: L'offre est conforme aux - et se déroule selon - les recommandations de BPPA	a) L'offre suit les recommandations émises dans le rapport "*Best Practice Gesundheitsförderung im Alter* : Promotion de l'activité physique" décembre 2010. b) L'élaboration des critères de qualité en fonction des *Best Practices* définies permettra d'évaluer la conformité de l'offre. Il s'agit d'un indicateur global de qualité de l'offre.
B1.5: Une évaluation des interventions est menée. Elle comprend des éléments de monitorage et des effets de l'intervention sur les participants	a) Les interventions doivent être systématiquement évaluées. L'évaluation doit porter sur le déroulement de l'intervention ainsi que sur les résultats obtenus en termes de modification des habitudes en matière d'AP des participants et de modification de la condition physique ou de certains de ses paramètres. b) L'évaluation fournit des informations pour l'indicateur ci-dessus ainsi que sur l'efficacité en termes de mesures au niveau "D".
B2.3: Il existe au niveau régional/national un organisme de coordination des offres dans le domaine de la promotion de l'AP auprès des PA	a) Un organisme coordonnera et diffusera des informations concernant l'ensemble des offres dans une région/dans le pays. b) Etant donné la multiplicité des acteurs et des contextes impliqués, il est essentiel de centraliser les informations afin d'établir une distribution de prestations adéquate et d'assurer un bon lien entre la demande et l'offre.
B4.2 : Les PA ont des attitudes favorables à la pratique de l'AP	a) Les PA estiment que la pratique de l'AP est souhaitable même à un âge plus avancé. b) L'AP des PA n'est pas forcément la norme en Europe, ni son utilité reconnue. Des mesures seraient nécessaires pour stimuler des attitudes positives à cet égard.
B4.4 : Les PA se sentent en confiance à l'idée de pratiquer l'AP.	a) Les PA ont confiance en elles; elles s'estiment capables de pratiquer l'AP et ne ressentent pas de la gêne à l'idée d'en faire. b) Au-delà d'une attitude positive, la pratique de l'AP nécessite également un sentiment de confiance, d'*empowerment*.
C1.3 : Le potentiel de vie active du quartier est augmenté.	a) La planification urbanistique du quartier favorise les possibilités de déplacement à pied ou à vélo pour les PA. Des données pour cet indicateur global peuvent être obtenues à l'aide des instruments déjà élaborés : marchabilité, micro recensement transports... b) La façon dont le quartier est conçu peut soit favoriser soit défavoriser la facilité de déplacement de la PA. Plusieurs facteurs ont été mis en évidence et peuvent faire l'objet d'une évaluation.
C2.1: L'environnement social des PA permet le	a) Les PA bénéficient de divers contacts sociaux (famille, proches, amis, voisins, ONG...) grâce à un

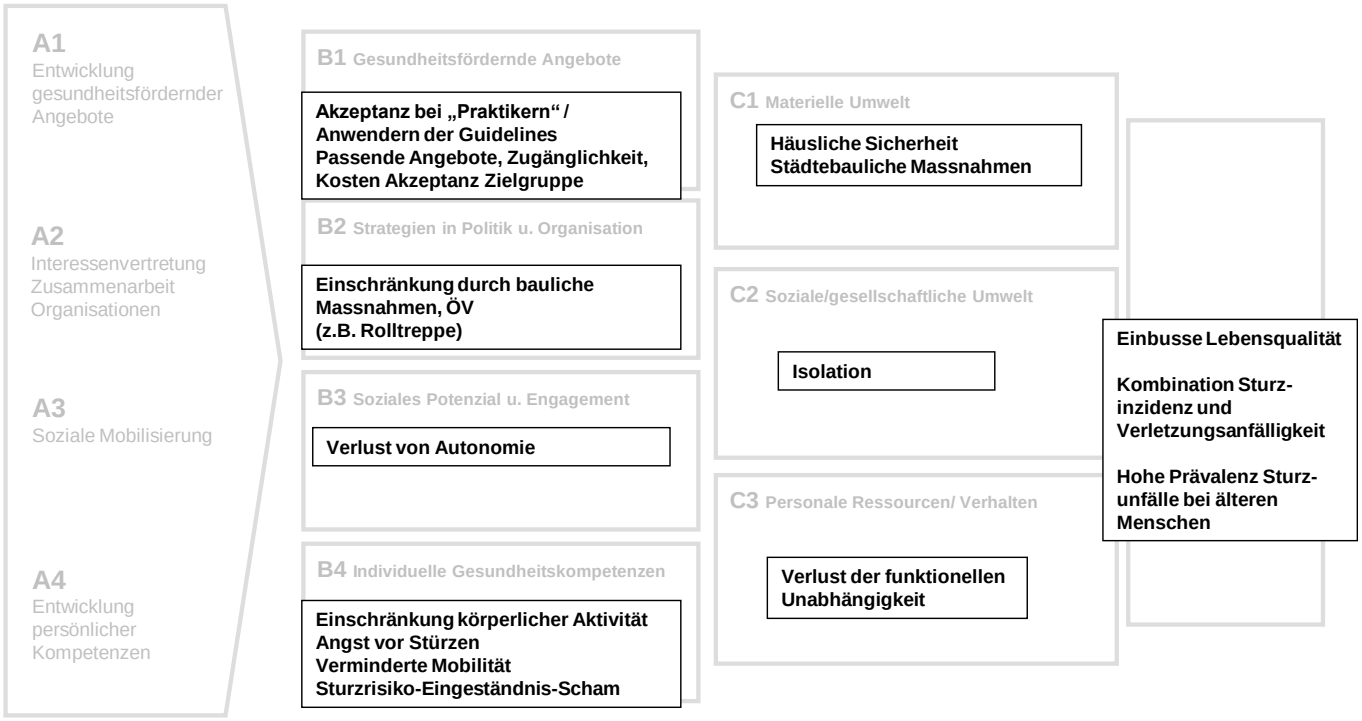
maintien des contacts sociaux.	environnement social favorable. Le "Global Social Network Scale" est un instrument qui permet de mesurer l'importance des contacts sociaux des individus. b) Le maintien d'un réseau social contribue à la qualité de vie et permet d'éviter les problèmes dus à l'isolement. Il permet à la PA de vivre de façon indépendante (hors institution). Il peut également favoriser la pratique d'AP par émulation.
C3.2: Les PA participent davantage aux activités physiques organisées. (données ESS)	a) Les PA suivent des cours et d'autres activités structurées pour favoriser l'AP. (possibilité d'utiliser des données de l'ESS) b)Le lien entre l'AP et plusieurs aspects de la santé physique et psychique a clairement été mis en évidence.
C3.2: Les PA intègrent davantage l'AP dans leur quotidien	a) Le quotidien des PA est organisé de façon à intégrer systématiquement l'AP. (possibilité d'utiliser des données de l'ESS) b)Le lien entre l'AP et plusieurs aspects de la santé physique et psychique a clairement été mis en évidence.
D: Les PA ont une plus longue espérance de vie sans incapacité : • Une meilleure santé fonctionnelle • Davantage de souplesse • Davantage de force • Davantage de capacité aérobie • Davantage d'équilibre et de coordination	a) L'indicateur couvre les différents aspects de la santé des PA identifiés comme déterminants d'une vie sans incapacité. b) Il s'agit d'un indicateur se situant au niveau D, but ultime des interventions. L'incapacité nuit à la qualité de vie.

4.2 PREVENTION DES CHUTES / STURZPRÄVENTION

Der Teilbereich Sturzprävention liegt in der Verantwortung der Akutgeriatrie des Universitätsspitals Basels. Auf der Grundlage von Reviews und Literaturrecherchen werden Programme und Projekte identifiziert, die hinsichtlich der Reduktion von Sturzvorfällen einen möglichst grossen Nutzen aufzeigen.

4.2.1 Situationsanalyse

Figure 5 Sturzprävention : Situationsanalyse



4.2.2 Wirkungsmodell

Figure 6 Sturzprävention : Wirkungsmodell

4.2.3 Indikatoren

Figure 7 Sturzprävention : Indikatoren

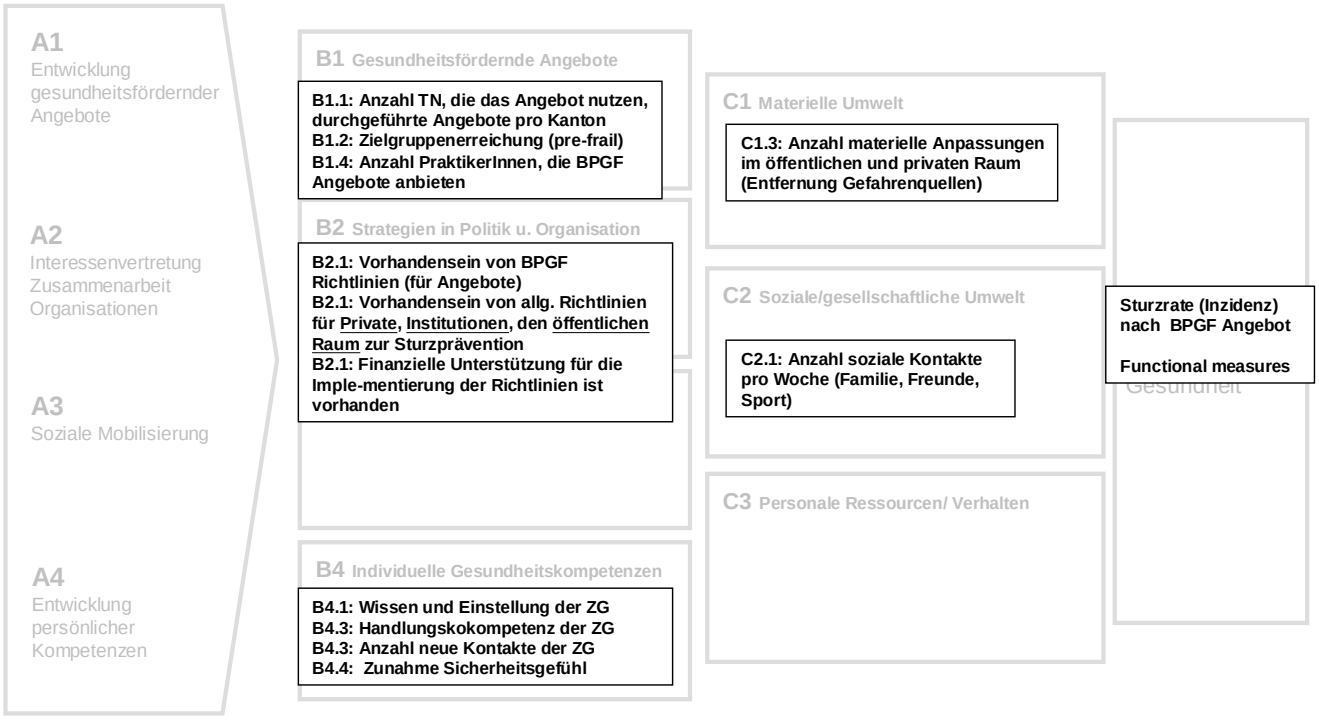


Tableau 2 Sturzprävention : Beschreibung und Begründung der vorgeschlagenen Indikatoren

Indikatoren	a) Beschreibung b) Begründung
B1. 1: Anzahl TN, die das Angebot nutzen, durchgeführte Angebote pro Kanton	a) Es soll erfasst werden, wie viele Angebote unter Berücksichtigung der BPGF Richtlinien durchgeführt werden und wie viele Personen diese Angebote nutzen. b) Es ermöglicht die Verbreitung und die Akzeptanz der Angebote und deren Entwicklung zu beobachten. Damit wird eine kontinuierliche Entwicklung unterstützt.
B1. 2: Zielgruppenerreichung (pre-frail)	a) Es sollen insbesondere die Gruppen erreicht werden, die physisch noch nicht stark eingeschränkt sind. b) Es zögert die beeinflussbaren physischen Einschränkungen hinaus. Bei dieser Zielgruppe ist die Prävention besonders lohnenswert.
B1. 4: Anzahl PraktikerInnen, die BPGF Angebote anbieten	a) Der Anspruch ist, dass genügend und regelmässige Angebote vorhanden sind. b) Eine langfristige Verankerung und nachhaltige Entwicklung erfordert eine bestimmte Anzahl von Angeboten und AnbieterInnen.
B2. 1: Vorhandensein von BPGF Richtlinien (für Angebote)	a) Die Richtlinien helfen, die Angebote zu verankern und sie professionell umzusetzen. b) Sie erhöhen die Verbindlichkeit und führen zu mehr Professionalität.
B2. 1: Vorhandensein von allgemeinen Richtlinien für Private, Institutionen, öffentlichen Raum zur Sturzprävention	a) Diese Richtlinien sollen in einem möglichst breiten, umfassenden Kontext angewendet werden (Sicherheit von Wohnräumen und im öffentlichen Raum). b) Die Richtlinien unterstützen mit dem verpflichtenden Charakter eine nachhaltige Entwicklung.
B2. 1: Finanzielle Unterstützung für die Implementierung der BPGF Richtlinien ist vorhanden	a) Es soll festzuhalten werden wie viele finanzielle Ressourcen für die Sturzprävention im Rahmen des BPGF-Projekts gesprochen resp. budgetiert werden. b) Um Richtlinien wirkungsvoll und nachhaltig umsetzen zu können, sind entsprechende Finanzen erforderlich.
B4. 1: Wissen und Einstellung der ZG	a) Den älteren Menschen soll spezifisches Wissen vermittelt werden, damit sie sich entsprechend Verhalten können. b) Das Wissen und die Einstellung ist Voraussetzung für die Anpassung eines Verhaltens.
B4. 3: Handlungskompetenz der ZG	b) Sturzprävention erfordert spezifische Handlungskompetenzen, damit Menschen Sicherheit entwickeln können.

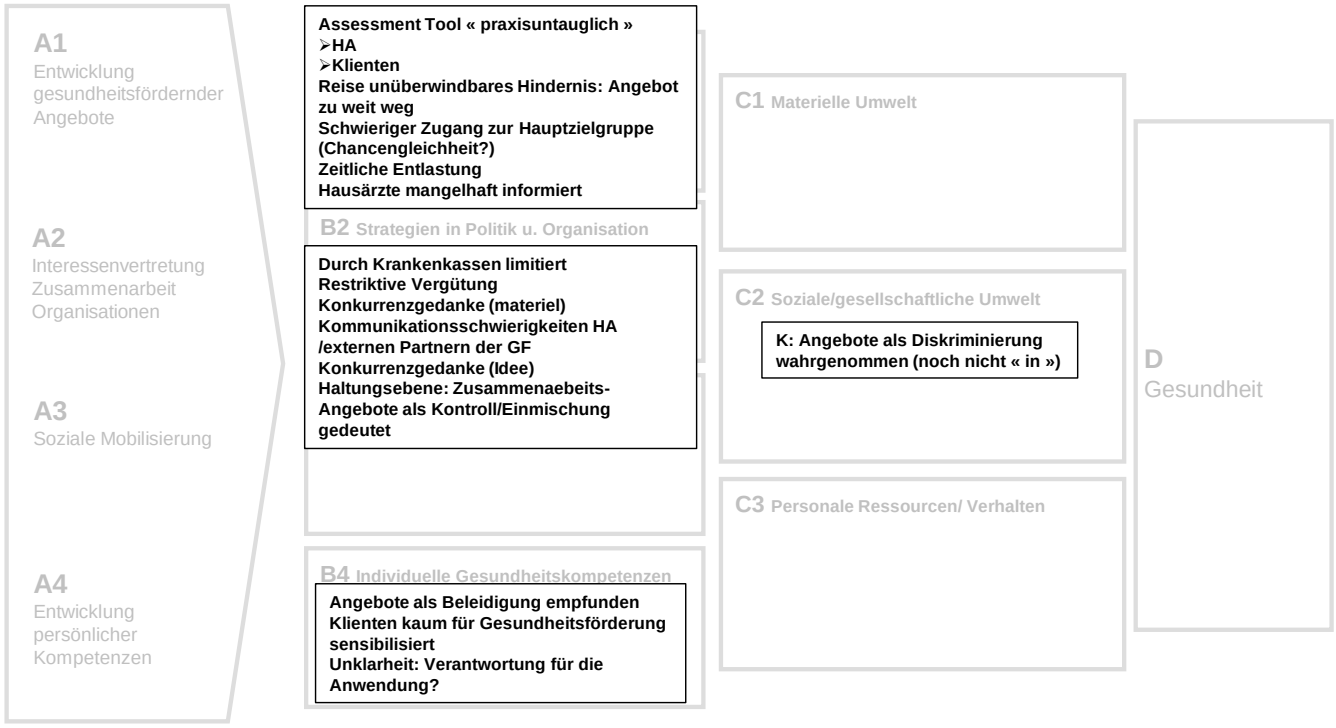
	b) Eine hohe Sensibilität gegenüber der Sicherheit (dass etwas getan werden und kann und wie) ermöglicht erweiterte Massnahmen für die Sturzprävention.
B4. 3: Anzahl neue Kontakte der ZG	a) Ziel von Angeboten ist auch, neue Kontakte zu knüpfen. b) Soziale Kontakte fördern das Wohlbefinden.
B4. 4: Zunahme Sicherheitsgefühl	a) Die Abnahme der Sturzangst soll gemessen werden. b) Ein Sicherheitsgefühl ist eine wichtige Voraussetzung für physische Aktivitäten.
C1. 3: Anzahl materielle Anpassungen im öffentlichen und privaten Raum (Entfernung Gefahrenquellen)	a) Sowohl im öffentlichen wie im privaten Raum sind Vorkehrungen zu treffen, die die Gefahrenquellen für Stürze minimieren. b) Mit baulichen Massnahmen kann die Sturzgefahr stark reduziert werden.
C2. 1: Anzahl soziale Kontakte pro Woche (Familie, Freunde, Sport, usw.)	a) Mit diesem Indikator werden die nicht professionellen Kontakte beschrieben. b) Soziale Kontakte und Netzwerke sind für das Wohlbefinden, die Integration, aber auch für ein Gefühl des Aufgehobenseins wichtig.
D: Functional measures	a) Es bedeutet die messbaren körperlichen Funktionen und Fähigkeiten (Funktionalität). b) Diese Grundfunktionen (Aktivitäten des täglichen Lebens) sind wichtige Grundvoraussetzungen für das Verhindern von Stürzen.
D: Sturzrate (Inzidenz) nach BPGF Angebot	a) Anzahl der Stürze, die durch Kurse verhindert werden konnten.

4.3 PARTICIPATION DU CORPS MEDICAL / PARTIZIPATION DER HAUSÄRZTE

Das Institut für Hausarztmedizin in Zürich hat den Auftrag erhalten, Erfolgsfaktoren zu identifizieren, welche die Partizipation der Hausärzte in Projekten zur Gesundheitsförderung im Alter (z.B. Sturzprophylaxe, präventive Hausbesuche, Steigerung der körperlichen Aktivität) anregen und fördern. Zudem sollen Barrieren sowie Anreize für eine aktive Mitarbeit eruiert und Empfehlungen für die Einbindung der Hausärzte im Projekt BPGFA entwickelt werden. Dazu wurden eine Literaturanalyse sowie zwei Fokusgruppendiskussionen durchgeführt.

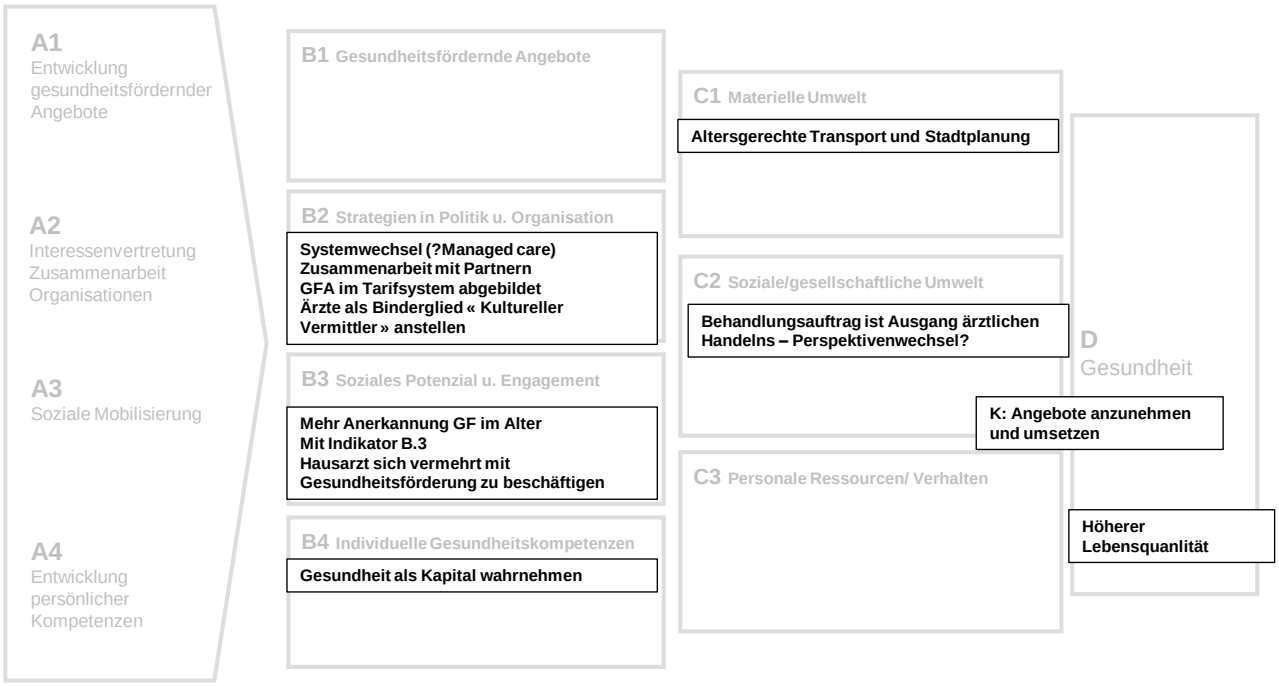
4.3.1 Situationsanalyse

Figure 8 Partizipation der Hausärzte : Situationsanalyse



4.3.2 Wirkungsmodell

Figure 9 Partizipation der Hausärzte : Wirkungsmodell



4.3.3 Indikatoren

Figure 10 Partizipation der Hausärzte : Indikatoren

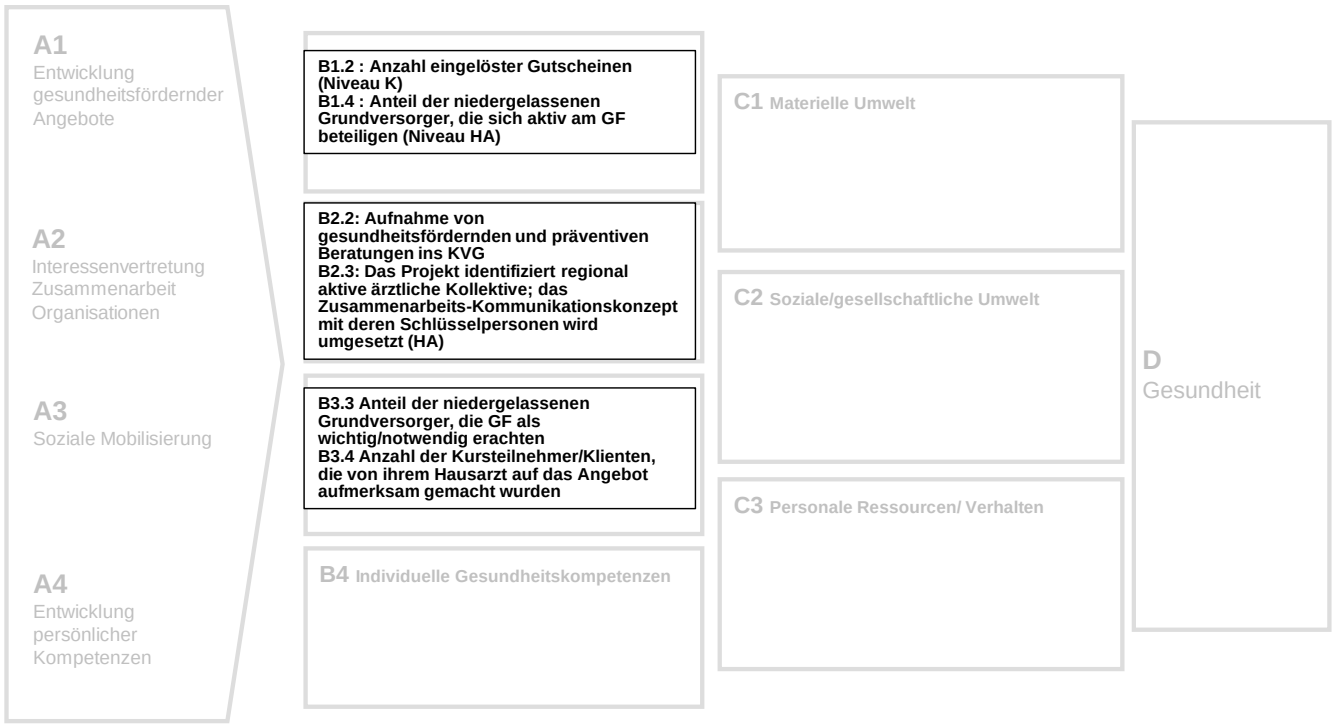


Tableau 3 Partizipation der Hausärzte : Beschreibung und Begründung der vorgeschlagenen Indikatoren

Indikatoren	(a) Beschreibung (b) Begründung
B1.2: Anzahl eingelöster Gutscheine (K)	a) Eine zentrale Stelle verteilt Gutscheine für einen Hausarztbesuch zum Thema Gesundheitsförderung oder für ein Assessment gezielt an die entsprechende Zielgruppe. Um zu messen, welcher Anteil dieser Zielgruppe das Angebot in Anspruch nimmt, wird die Anzahl eingelöster Gutscheine erfasst. b) Diese Gutscheine sollen den Klienten den Zugang zu Gesundheitsförderungsangeboten erleichtern und sie für eine aktive Teilnahme motivieren.
B1.4: Anteil der niedergelassenen Grundversorger, die sich aktiv am GF beteiligen.	a) Aktive Beteiligung bedeutet beispielsweise, dass die Hausärzte sensibilisiert sind für das Thema Gesundheitsförderung und es in ihre Praxis integrieren (eigene Empfehlungen abgeben oder auf externe Angebote aufmerksam machen). b) Ärzte sind eine der Hauptkontaktpersonen zu den älteren Menschen und deshalb wichtig als Zugang zu dieser Gruppe. Sie sind deshalb auch wichtig für die Nachhaltigkeit.
B2.2: Aufnahme von gesundheitsfördernden und präventiven Beratungen ins KVG	a) Die Leistung soll in Tarmed integriert werden. b) Im aktuellen System besteht kein systematischer Rahmen für die Abrechnung von Gesundheitsförderung und Prävention (unbezahlte Leistung).
B2.3: Das Projekt identifiziert regional aktive ärztliche Kollektive; das Zusammenarbeits-Kommunikationskonzept mit deren Schlüsselpersonen wird umgesetzt (HA)	a) Es sollte eine verantwortliche Stelle oder Person bestimmt werden, welche die Hausärzteschaft für das Mitmachen motiviert. Gemessen werden kann einerseits, ob die regionalen Institutionen identifiziert und angesprochen wurden und andererseits, ob in diesen Institutionen Schlüsselpersonen für die Kooperation gewonnen werden konnten. b) Die Peer-Ansprache ist bei den Medizinern von zentraler Bedeutung, insbesondere bezüglich der Glaubwürdigkeit.
B3.3: Anteil der niedergelassenen Grundversorger, die GF als wichtig/notwendig erachten	a) Es geht um die Bedeutung der Einstellung gegenüber Gesundheitsförderung. Wie bedeutsam wird Gesundheitsförderung eingeschätzt. b) Aktuell legen die Hausärzte das Gewicht deutlich stärker auf kurative als auf präventive Ansätze. Soll Gesundheitsförderung vermehrt von der Hausärzteschaft gefördert werden, muss eine Veränderung der Prioritätensetzung stattfinden.
B3. 4: Anzahl der Kursteilnehmer/Klienten, die von ihrem Hausarzt auf das Angebot aufmerksam gemacht wurden (K)	a) Dieser Indikator widerspiegelt die Tatsache, dass die Ärzte das Thema GF in ihrer Praxis integriert und die Empfehlung in einer wirksamen Weise umgesetzt haben.

	b) Das Ansprechen der älteren Menschen erfordert eine professionelle, klientenfreundliche Vorgehensweise.

4.4 CONSEILS EN MATIÈRE DE SANTÉ, MANIFESTATIONS, COURS / GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM ALTER DURCH BERATUNG, VERANSTALTUNGEN UND KURSE

Im Teilbereich « Gesundheitsförderung im Alter durch Beratung, Veranstaltungen und Kurse », werden Faktoren gesucht, die eine wesentliche Rolle für den Erfolg von Beratungen, Veranstaltungen und Kurse haben. Im Fokus stehen die angewendeten Konzepte und Methoden, die Zielgruppenauswahl und die –ansprache, aber auch die Rekrutierung, Zusammenarbeitsformen und die notwendigen Kompetenzen für die Fachpersonen. Für diesen Teilbereich verantwortlich zeichnet das Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich.

4.4.1 Situationsanalyse

Figure 11 Gesundheitsförderung im Alter durch Beratung, Veranstaltungen und Kurse : Situationsanalyse

4.4.2 Wirkungsmodell

Figure 12 **Gesundheitsförderung im Alter durch Beratung, Veranstaltungen und Kurse: Wirkungsmodell**

4.4.3 Indikatoren

Figure 13 Gesundheitsförderung im Alter durch Beratung, Veranstaltungen und Kurse : Indikatoren

Tableau 4 Gesundheitsförderung im Alter durch Beratung, Veranstaltungen und Kurse Beschreibung und Begründung der vorgeschlagenen Indikatoren

Indikator	a) Beschreibung b) Begründung
B1. 1: Bekanntheitsgrad der Angebote	a) Das Angebot muss in den spezifischen Zielgruppen bekannt sein. b) Die Bekanntheit ist die Voraussetzung für den Zugang zum Angebot.
B1. 2: Erreichungsgrad der Zielgruppe	a) Damit wird gemessen, inwiefern die angesprochene Zielgruppe erreicht wurde. b) Der Grad der Zielgruppenerreichung hängt davon ab, ob die Angebote den Bedürfnissen der ZG angepasst sind.
B1. 3: Zufriedenheit und Akzeptanz der ZG	a) Das Angebot muss der jeweiligen Lebenswelt angepasst und den Bedürfnissen der älteren Menschen entsprechen. b) Die älteren Menschen sehen einen Nutzen im Angebot, wenn es sie in der Bewältigung des Alltags unterstützt.
B1. 4: Vernetzung und Verankerung der Angebote	a) Es wird gemessen, wie die vorhandenen Angebote koordiniert, aufeinander abgestimmt, und wie stark sie verankert sind. b) Eine gute Koordination verhindert Doppelspurigkeiten und die Verankerung unterstützt die Nachhaltigkeit.
B1. 5: Hohe Qualität der Umsetzung	a) Die Angebote werden nach professionellen Standards umgesetzt, die geprüft werden können. b) Qualitätsgeprüfte Angebote kommen bei der Zielgruppe besser an und erhöhen den Wirkungsgrad.
B2. 2: Vorhandensein von Standards für die Umsetzung	a) Standards setzen einheitliche professionelle Anforderungen an die Umsetzung der Angebote. b) Sie ermöglichen eine gemeinsame Vorstellung, was eine professionelle Umsetzung bedeutet.
B2. 2: Gewährleistung der Umsetzung der Standards	a) Damit sind Massnahmen gemeint, die die Durchsetzung der Standards sichern. b) Sie ermöglichen langfristig eine Professionalisierung und erhöhen die Akzeptanz und die Wirksamkeit der Angebote.
B2. 4: Vernetzungsgrad und nachhaltige Verankerung	a) Es misst, wie stark ein Angebot in einem System integriert ist und einen festen Platz hat. b) Es fördert die Nachhaltigkeit und die kontinuierliche Weiterentwicklung von Angeboten.
B4. 1: Wissenszuwachs bei ZG	a) Die Zielgruppe verfügt über spezifisches, explizites

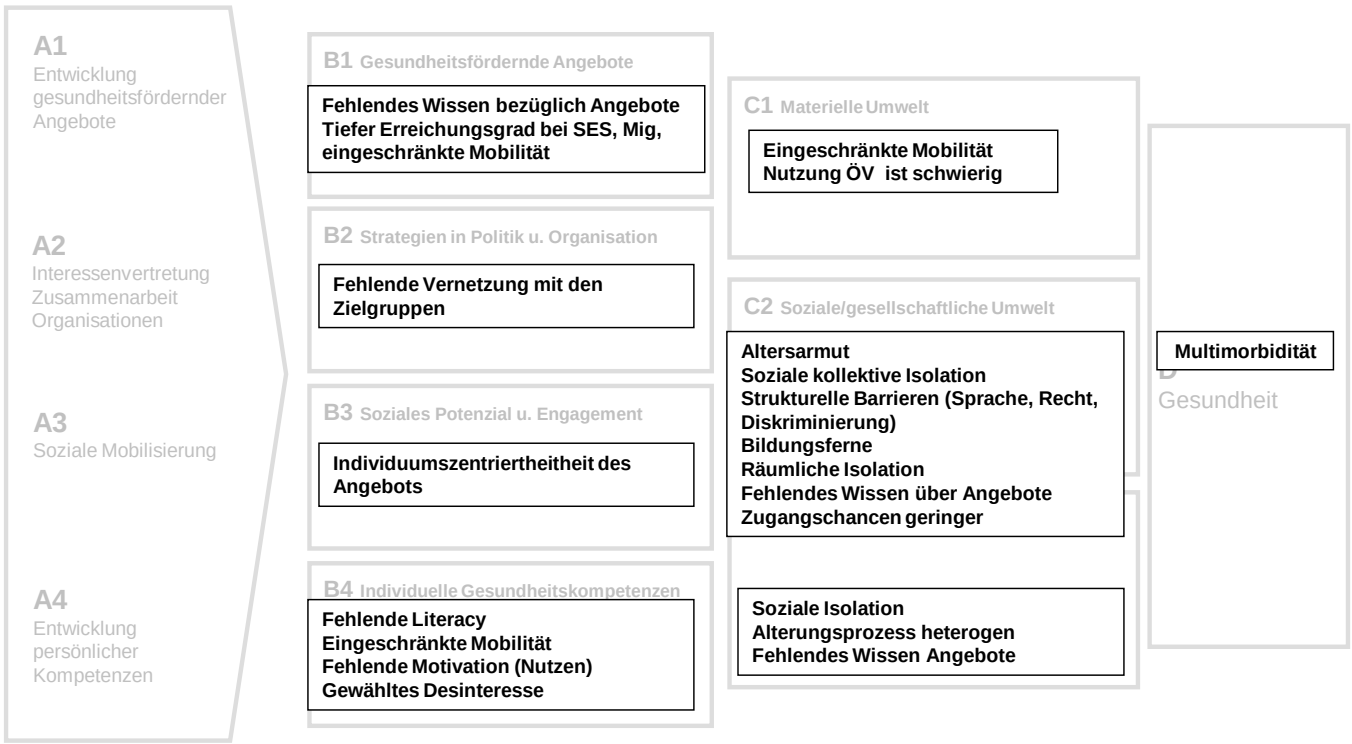
	Wissen. b) Es ist Voraussetzung für die Aneignung von Kompetenzen für die Bewältigung des Alltags.
B4. 3: Kompetenzen, Fertigkeiten sind vorhanden bei der ZG	a) Die Zielgruppe braucht spezifische Kompetenzen, um den Alltag entsprechend ihren körperlichen und geistigen Einschränkungen meistern zu können. b) Sie helfen den Alltag zu bewältigen und dadurch möglichst lange zu Hause in der gewohnten Umgebung selbstständig bleiben zu können.
C1. 3: Altersgerechter, barrierefreier Zugang (geogr. Verkehr)	a) Damit wird gemessen, wie klientenfreundlich und sicher das Umfeld gestaltet ist. b) Es ist die Voraussetzung, dass ältere Menschen das Haus verlassen und Angebote nutzen.
C2. 1: Vorhandensein und Umfang sozialer Netzwerke	a) Es bestehen funktionierende soziale Kontakte und soziale Netzwerke in der nahen Umgebung. b) Die sozialen Netzwerke verhindern eine Isolation und Vereinsamung der älteren Menschen.
C3. 1: Sicherheitsgefühl ist vorhanden bei ZG	a) Die älteren Menschen verfügen über die notwendigen Kompetenzen, dass sie sich sicher fühlen. b) Das Sicherheitsgefühl ist zentral für die Mobilität und die Teilhabe an Aktivitäten.
C3. 1: Selbstvertrauen / Selbstwertgefühl ist da bei ZG	a) Die älteren Menschen haben Vertrauen in die Bewältigung von neuen Erfordernissen. b) Es ermöglicht, sich länger in der eigenen Umgebung zurechtzufinden und zu Hause bleiben zu können.

4.5 ACCES AUX GROUPES-CIBLE ET OUTILS DE RECRUTEMENT / ZUGANG ZU ZIELGRUPPEN UND REKRUITIERUNGS-TOOLS

Das Teilprojekt « Erreichbarkeit der Zielgruppen », das vom Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ausgeführt wird, fokussiert auf die Fragestellung, wie insbesondere benachteiligte Menschen erreicht und unterstützt werden können. Es sind Menschen mit einem niederen sozioökonomischen Status, von Armut betroffen oder mit einem Migrationshintergrund. Ziel ist es, zu klären, welche Massnahmen und Vorgehensweisen in der Konzeption und in der Umsetzung berücksichtigt werden müssen, damit die gesundheitsbezogene Chancengleichheit bei benachteiligten älteren Menschen erhöht werden kann.

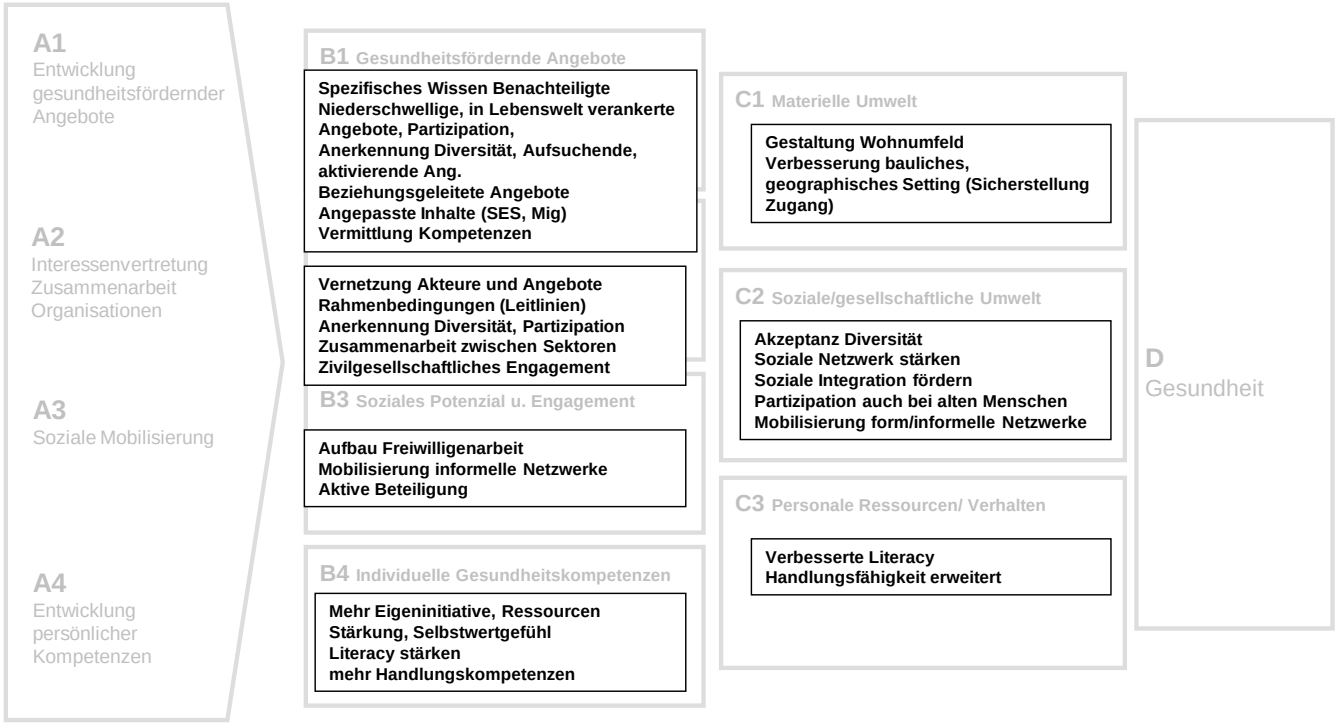
4.5.1 Situationsanalyse

Figure 14 Zugang zu Zielgruppen und Rekruitierungs-Tools: Situationsanalyse : Situationsanalyse



4.5.2 Wirkungsmodell

Figure 15 Zugang zu Zielgruppen und Rekruitierungs-Tools: Wirkungsmodell



4.5.3 Indikatoren

Figure 16 Zugang zu Zielgruppen und Rekruitierungs-Tools: Indikatoren

Tableau 5 Zugang zu Zielgruppen und Rekrutierungs-Tools: Beschreibung und Begründung der vorgeschlagenen Indikatoren

Indikatoren	a) Beschreibung b) Begründung
B1. 2: Zunahme Anzahl aufsuchende Angebote	a) Für die schwer erreichbaren Zielgruppen sollen insgesamt mehr aufsuchende Angebote entwickelt werden. b) Aufsuchende Angebote sind bedürfnisorientiert und dem Kontext angepasst. Sie erreichen dadurch besonders benachteiligte Menschen besser.
B1. 2: Erreichungsgrad der Benachteiligten	a) Ziel ist es, den Anteil der benachteiligten Personen bei strukturierten Angeboten zu erhöhen. b) Der Zugang dieser Zielgruppe ist erschwert. Deshalb braucht es besondere Anstrengungen und gezielte Massnahmen.
B1. 3: Anzahl partizipativ umgesetzte Projekte	a) Einbezug der Ressourcen, der Bedürfnisse und des Kontextes der Gruppen werden damit überprüft. b) Es besteht die These, dass die Teilnahme und die Zufriedenheit höher sind, wenn die älteren Menschen und ihre Umgebung in Prozesse miteinbezogen werden.
B2. 1: Existenz von Leitbildern	a) Empfehlungen für eine bessere Erreichung der benachteiligten Gruppen sollen auf der politischen Ebene (Kanton, Gemeinde, usw.) und bei den Anbietern verankert werden. b) Die Leitbilder betonen und unterstützen die Verpflichtung gegenüber Benachteiligten.
B2. 1: Entwicklung und Unterstützung von Strukturen für zivilgesellschaftliches Engagement	a) Die Politik unterstützt und ermöglicht zivilgesellschaftliche Strukturen als Voraussetzung für die Entwicklung von unterstützenden Netzwerken. b) Die Entstehung sozialer Netzwerke erfordert entsprechende Rahmenbedingungen.
B2. 4: Vernetzungsgrad mit der Zielgruppe und deren Organisationen	a) Vereine und Gruppierungen der Zielgruppen sollen in geplante Aktivitäten miteinbezogen werden. b) Es verbessert die Erreichbarkeit und die Akzeptanz bei der Zielgruppe.
B2. 4: Vernetzungsgrad der Akteure	a) Es wird vorausgesetzt, dass die verschiedenen Angebote gut koordiniert und aufeinander abgestimmt werden. b) Der Erreichungsgrad und die Wirksamkeit wird damit erhöht.
B3. 1: Bestehen von aktiven Gruppen	a) Es besteht der Nachweis von Gruppen, die spezifische Aufgaben in der Nachbarschaft oder im Quartier für ältere Menschen wahrnehmen. b) Sie gewährleisten eine nachhaltige Unterstützung in der lebensweltlichen Umgebung der älteren Menschen.

B3. 1: Existenz Foren zivilgesellschaftlicher Teilhabe	a) Damit gemeint sind nichtprofessionelle Gruppen und Netzwerke, die Leistungen für ältere Menschen übernehmen. b) Nachbarschaftliche Angebote und Unterstützung sind bei benachteiligten Personen erfolgreicher.
B4. 1: Wissenszuwachs bei ZG	a) Insgesamt wird ein lebensweltorientierter Wissenszuwachs angestrebt. b) Die Lebensweltorientierung erhöht den Nutzen und die Akzeptanz seitens der Zielgruppe.
B4. 3: Lebensweltorientierte Handlungsmöglichkeiten bei ZG	a) Menschen brauchen personale und soziale Fertigkeiten damit sie ihren Alltag trotz körperlichen Einschränkungen bewältigen können. b) Wenn diese Fertigkeiten direkt angewendet werden können, ist der Nutzen erlebbar und sichtbar.
C1. 3: Stadtentwicklung Wohnumfeld, benachteiligte Quartieren	a) Benachteiligte Quartiere sind oft so gestaltet, dass ältere Menschen weniger die Wohnung verlassen (Strassen, Grünflächen, Läden, usw.). Mit diesem Indikator wird die Qualität des Wohnumfelds beschrieben. b) Die unmittelbare Wohnumgebung ist wichtig, ob ältere Menschen die Umgebung nutzen. Es verhindert Isolation.
C1. 3: Infrastruktur für Aktivitäten im Wohnumfeld	a) In den benachteiligten Wohnumfeldern fehlen oft die notwendigen Treffpunkte, die es älteren Menschen erlaubt, andere Menschen zu treffen und im Quartier integriert zu sein. b) eine Infrastruktur ist eine Voraussetzung für die Erreichbarkeit und Integration der älteren Menschen.
C2. 3: Vorhandensein von Aktivitäten und Treffpunkte im Wohnumfeld	a) Es sind lebensweltorientierte Angebote vorhanden, die den Erfordernissen der älteren Menschen in der Umgebung angepasst sind. b) Aktivitäten im unmittelbaren Wohnumfeld erreichen insbesondere benachteiligte Menschen besser.
C3. 1 : Selbstkontrollüberzeugung	a) Ältere Menschen haben ein Selbstverständnis, dass Veränderungen möglich sind und dass sie auch im höheren Alter neue Dinge, die für die Bewältigung des Alltags wichtig sind, lernen können. b) Es braucht Grundkompetenzen, Selbstvertrauen und Selbstsicherheit, damit Veränderungen oder Anpassungen möglich sind.
C3. 2: Veränderung von Verhaltensweisen der ZG	a) Es sind insbesondere Verhalten, die die Gesundheit und das Wohlbefinden unmittelbar beeinflussen wie regelmässige Bewegung, abwechslungsreiche Ernährung und soziale Kontakte. b) Diese Verhaltensweisen helfen, die Mobilität möglichst lange aufrecht zu erhalten, Mangelernährung vorzubeugen und sozial integriert zu bleiben.

4.6 THEORIE D'ACTION GLOBALE / GESAMTWIRKUNGSMODELL

Figure 17 BFGA : Gesamtwirkungsmodell

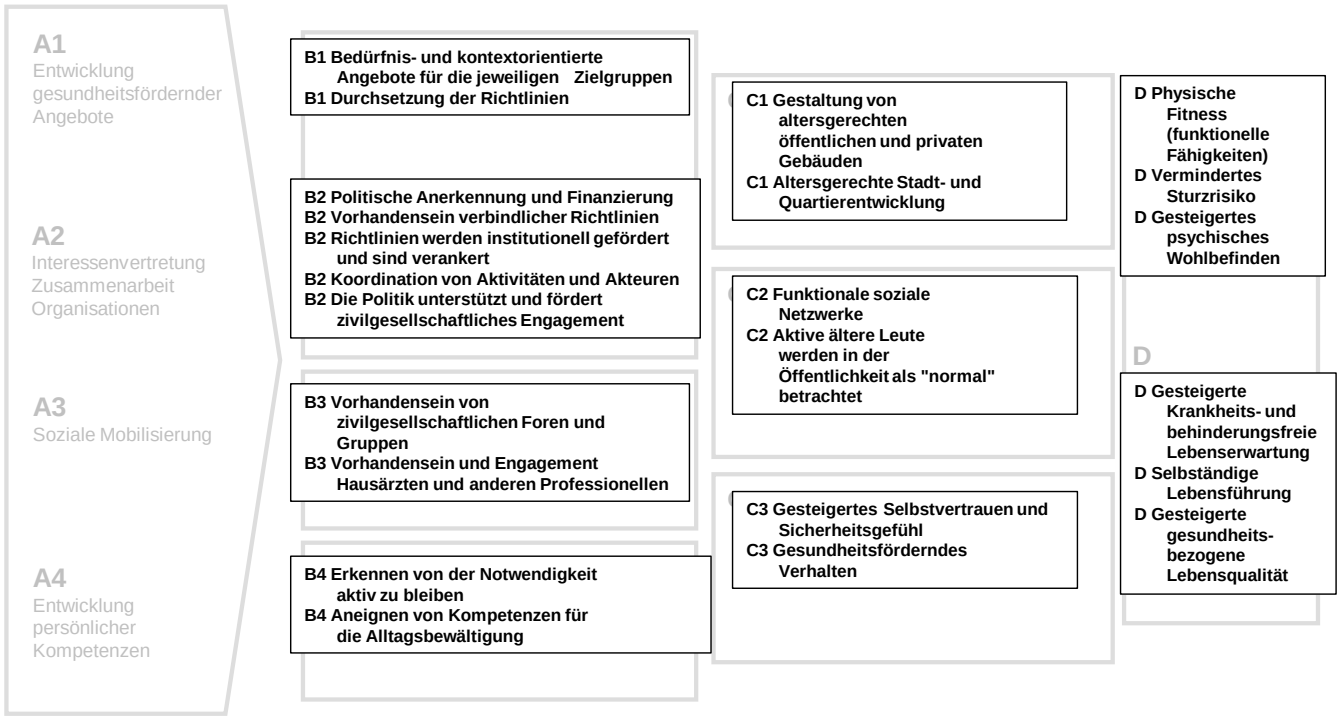


Tableau 6 Ziele vom Gesamtwirkungsmodell: Best Practices GFA eingeordnet im SMOC

Einordnung im SMOC	Ziel	Beschreibung
B1	Bedürfnis- und kontextorientierte Angebote für die jeweiligen Zielgruppen	Die Angebote sind grundsätzlich zielgruppenspezifisch ausgerichtet. Sie sind insgesamt niederschwellig, d.h. einfach zugänglich (geogr. sozial und strukturell) und berücksichtigen die jeweilige Lebenswelt (kontextorientiert), in der die älteren Menschen leben sowie deren Bedürfnisse. Das bedeutet, dass ältere Menschen in die Entwicklung und Umsetzung von Angeboten teilhaben, also partizipativ miteinbezogen werden.
B1	Durchsetzung der Richtlinien	Die neuen notwendigen Richtlinien im Rahmen des BPGF (B2) erfordern Massnahmen, damit sie in den Interventionen durchgesetzt werden und sich etablieren. Zusätzlich betrifft es Instrumente wie: Best Practice von GFS als normativer Rahmen, Quintessenz für die Qualitätsentwicklung, Kriterien für die Berücksichtigung von unterschiedlichen Zielgruppen (Diversität) wie SES, MigrantInnen, Gender und Kriterien für die Fachkompetenzen der Anbieter (spezifische altersgerechte Kompetenzen).
B2	Politische Anerkennung und Finanzierung	Politische Akzeptanz und politisches Engagement (C1) bedeutet auch finanzielle Unterstützung. Eine nachhaltige Etablierung insbesondere von Angeboten in der ärztlichen Praxis erfordern eine entsprechende Finanzierung und somit eine Verankerung im KVG. Auch für die anderen Anbieter sind genügend finanzielle Mittel für die Implementierung der Massnahmen zur Verfügung zu stellen.
B2	Vorhandensein verbindlicher Richtlinien	Damit sich GF im Alter durchsetzt, sind verbindliche Richtlinien Voraussetzung. Solche müssen definiert, entwickelt, durchgesetzt und verbreitet werden (siehe B1).
B2	Richtlinien werden institutionell gefördert und sind verankert	Das Vorhandensein von Richtlinien ist noch keine Garantie, dass sie sich etablieren. Es braucht Massnahmen, die diese Richtlinien gezielt fördern und verankern.
B2	Koordination von Aktivitäten und Akteuren	Es erfordert aufeinander abgestimmte Aktivitäten und Angebote, die sich in der Zielsetzung ergänzen. Es bedeutet aber auch, dass sich die Akteure koordinieren, Doppelspurigkeiten vermeiden und gegenseitig voneinander Lernen. In einem föderalistischen Land wie der Schweiz ist diese Koordination besonders notwendig.
B2	Die Politik unterstützt und fördert zivilgesellschaftliches Engagement	Nicht nur die professionellen Angebote sollen erweitert, sondern insbesondere zivilgesellschaftliche Aktivitäten sollen gefördert werden. Dazu sind gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen erforderlich, die solches Engagement ermöglichen und unterstützen.

B3	Vorhandensein von zivilge-sellschaftlichen Foren und Gruppen	Es umschreibt die Anzahl von Gruppen und Foren, die sich aktiv für die ältere Bevölkerung einsetzen und konkrete Unterstützungsarbeit leisten.
B3	Vorhandensein und Engagement Hausärzten und anderen Professionellen	Die Hausärzte und andere Professionelle sollen Gesundheitsförderung als wichtigen Aspekt ihrer Arbeit anerkennen und sich für eine Durchsetzung engagieren.
B4	Erkennen von der Notwendigkeit aktiv zu bleiben	Es ist zentral, dass ältere Menschen die persönliche Einstellung haben, dass sie Einfluss auf ihren Lebensalltag haben und Veränderungen bewältigbar sind.
B4	Aneignen von Kompetenzen für die Alltagsbewältigung	Gefordert sind lebensweltorientierte Angebote, das heisst, die älteren Leute sollen sich genau die Kompetenzen aneignen, die ihnen helfen den Alltag selbständig zu bewältigen.
C1	Gestaltung von altersgerechten öffentlichen und privaten Gebäuden	Die Gebäude sollen durch eine adäquate Architektur so konstruiert sein, dass sich ältere Menschen darin sicher bewegen können (weniger Stolpersteine). Es betrifft zudem die Gestaltung der Inneneinrichtung und die zur Verfügung stehenden Installationen und Produkte (Hebelift, Halter in Badewanne, usw.)
C1	Altersgerechte Stadt- und Quartierentwicklung	Ältere Menschen reagieren stark auf ihr Wohnumfeld und betrachten diese oft als eine Barriere für ihre Mobilität. Ziel ist es, den öffentlichen Raum durch Stadtplanung so zu realisieren, dass sich ältere Menschen gefahrlos und sicher bewegen, dass aber auch Möglichkeiten für soziale Kontakte geschaffen werden (ÖV, Stadt-, Quartierentwicklung, Treffpunkte).
C2	Funktionale soziale Netzwerke	Dies betrifft soziale Kontakte mit der Familie und Freunden, für Sport und Vereine. Gemeint sind aber auch lose und feste Gruppen, in denen sich ältere Menschen gegenseitig unterstützen sowie intergenerationelle Gruppen und Netzwerke.
C2	Aktive ältere Leute werden in der Öffentlichkeit als "normal" betrachtet	Damit sind die öffentlichen Normen angesprochen. Gefördert werden soziale Normen, die physische Aktivität im öffentlichen Raum positiv konnotieren (Beispiel Tai Chi in der Öffentlichkeit).
C3	Gesteigertes Selbstvertrauen und Sicherheitsgefühl	Ein selbständiges Leben in der eigenen Wohnung erfordert Selbstvertrauen und ein entsprechendes Sicherheitsgefühl, dass der Alltag gut bewältigt werden kann; dass entsprechende neue Kompetenzen angeeignet werden können oder dass, wenn nötig, Hilfe in Anspruch genommen werden kann.
C3	Gesundheitsförderndes Verhalten	Mit gesundheitsförderlichem Verhalten ist ein Lebensstil gemeint, der die Ernährung, die Bewegung, soziale Kontakte und das adäquate Inanspruchnahme professioneller Dienste mitberücksichtigt.
D	Physische Fitness (funktionelle Fähigkeiten)	Damit eingeschlossen sind unterschiedliche

		physische Fähigkeiten wie: - Balance und Koordinationsfähigkeit - Kraft - Beweglichkeit - Aérobe Kapazität, usw. (bestehende Indikatoren)
D	Vermindertes Sturzrisiko	Abnahme der Risiken, die für Stürze verantwortlich sind. (bestehende Konzepte und Indikatoren)
D	Gesteigertes psychisches Wohlbefinden	Dies betrifft das selbst eingeschätzte psychische Wohlbefinden (bestehende Konzepte und Indikatoren)
D	Gesteigerte Krankheits- und behinderungsfreie Lebenserwartung	Damit sind die zusätzlich gewonnenen Jahre gemeint, die ältere Menschen ohne Krankheit und Behinderung leben können. (bestehende Konzepte und Indikatoren)
D	Selbständige Lebensführung	Es gibt verschiedene Abstufungen von selbständiger Lebensführung. - es bedeutet, dass Menschen zu Hause leben können und alles alleine bewältigen - es bedeutet, dass Menschen zu Hause mit geringer Unterstützung zu Hause leben, usw. (bestehende Konzepte und Indikatoren)
D	Gesteigerte gesundheitsbezogene Lebensqualität	Es bedeutet, dass sich der Anteil derjenigen erhöht, die festgelegte Kriterien für gesundheitsbezogene Lebensqualität, erfüllen. (bestehende Konzepte und Indikatoren)

5 CONCLUSIONS / SCHLUSSBEMERKUNGEN

5.1 ANMERKUNGEN ZUR GEWÄHLTEN METHODIK

Für die Erarbeitung der Indikatoren in Zusammenarbeit mit den fünf Instituten stand insgesamt wenig Zeit zur Verfügung. Ein dreistündiger Workshop pro Institut, an dem auf der Basis des Ergebnismodells in einem gemeinsamen Prozess die Probleme situiert, ein Wirkungsmodell und Indikatoren erstellt wurden, hat sich sehr bewährt. Die jeweiligen Teams haben an diesen Workshops sehr engagiert mitgearbeitet, sodass die vorliegenden Tabellen in dem zur Verfügung stehenden Zeitrahmen ergänzt und vollständig erstellt werden konnten.

Ein bestimmendes Merkmal war die Heterogenität der Aufgabenstellung der Institute. Zwei Institute arbeiteten an inhaltlichen Themen (Bewegung und Stürze) und drei an Querschnittsthemen (Beratung, Zielgruppenerreichung und Partizipation Hausärzte). Je nach Thema unterschieden sich sowohl die Datenlage als auch die vorhandenen Evidenzen .

5.2 WEITERES VORGEHEN

Der vorliegende Bericht mit den Indikatoren der jeweiligen Institute ist eine Grundlage für das Evaluationskonzept. Die hier formulierten Indikatoren entsprechen eher operationalisierten Zielen als klar definierten Indikatoren. Diese müssen jeweils nach der Formulierung der konkreten Zielsetzung und den entsprechenden Massnahmen präzisiert und angepasst werden.

Die Indikatoren der Institute folgen einem Wirkungsmodell. Auf Pfeile wurde aber bewusst verzichtet, weil die Indikatoren noch sehr allgemein sind. Diese sind nach der Formulierung der konkreten Interventionen anzubringen.

In den Diskussionen wurden insbesondere zwei Aspekte betont, die in der Umsetzung berücksichtigt werden müssten. Der eine betrifft die Anwendung einer systematischen Qualitätsentwicklung bei den jeweiligen Interventionen. Je nach Interventionsbereich sind spezifische Qualitätskriterien zu entwickeln. Der zweite Aspekt betrifft das Aufeinanderabstimmen der Interventionen, damit Kohärenz im Gesamtprogramm entsteht und Synergien sinnvoll genutzt werden können.

5.3 BEST PRACTICE DIMENSIONEN

Wissen: Die Wissensebene wurde in den Grundlagenberichten insbesondere mit wissenschaftlicher Evidenz und teilweise mit Erfahrungswissen abgedeckt. Erfahrungswissen wurde speziell in einem Vorprojekt über Interviews eingeholt. Mit diesem wurden die fünf Teilbereiche festgelegt.

Kontext: Die Kontextdimension ist in der Phase der Grundlagenerstellung noch wenig relevant. Diese Dimension muss deshalb bei der Umsetzung ganz besonders beachtet werden.

Werte: Auch die Werte sind in den Berichten unterschiedlich berücksichtigt. Am explizitesten erwähnt sind sicher Empowerment und Partizipation, teilweise auch die Chancengleichheit. Die Werte müssen bei der Umsetzung entsprechend formuliert und explizit gemacht werden.

6 ANNEXE : CALENDRIER DES ATELIERS / ANHANG : WORKSHOPSTERMINE

Date de l'atelier	Thème	Instituts concernés	Responsables des instituts ayant participé
26.10.10	Mesures visant à stimuler l'activité physique / Bewegungs- und Sportförderung im Alter	Service de gériatrie et réadaptation gériatrique Centre d'observation et d'analyse du vieillissement Institut universitaire de médecine sociale et préventive, CHUV, Lausanne	Pr Christophe Büla Dr Laurence Seematter-Bagnoud Dr Raphael Bize
28.10.10	Participation du corps médical / Partizipation der Hausärzte	Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich	Dr Marco Zoller Dr Nina Badertscher
01.11.10	Sturzprävention/ Prévention des chutes	Akutgeriatrie, Basel Mobility Center, Universität Basel	Yves Gschwind Irene Wolf
04.11.10	GFA durch Beratung, Veranstaltungen und Kurse / Conseils en matière de santé, manifestations et cours	Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich	Dr Myriam Dellenbach Silvia Angst
10.11.10	Zugang zu Zielgruppen und Rekrutierungs-Tools / Accès aux groupes-cible et outils de recrutement	Institut für Sucht- und Gesundheitsförderung, Universität Zürich	Dr Eva Soom Amman Dr Corina Salis Gross