

Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter

Rahmenbedingungen zur Förderung von Autonomie im Alter schaffen – Erfahrungen aus dem Projekt Via

Günter Ackermann und Bettina Schulte-Abel
Gesundheitsförderung Schweiz

Lausanne, 15. Nationale Gesundheitsförderungskonferenz, 30. Januar 2014

Das Projekt «Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter»

- Aus der Praxis für die Praxis - mit wissenschaftlicher Basis
- Erste Projektphase 2010-2013, rund CHF 500'000.-/Jahr
- Zweite Projektphase 2014-2016, CHF 700'000.-/Jahr
- Gesundheitsförderung Schweiz, bfu und



- Netzwerk: >700 Fachleute, ca. 200 NGO/Fachorganisationen



Dienstleistungen und Themen

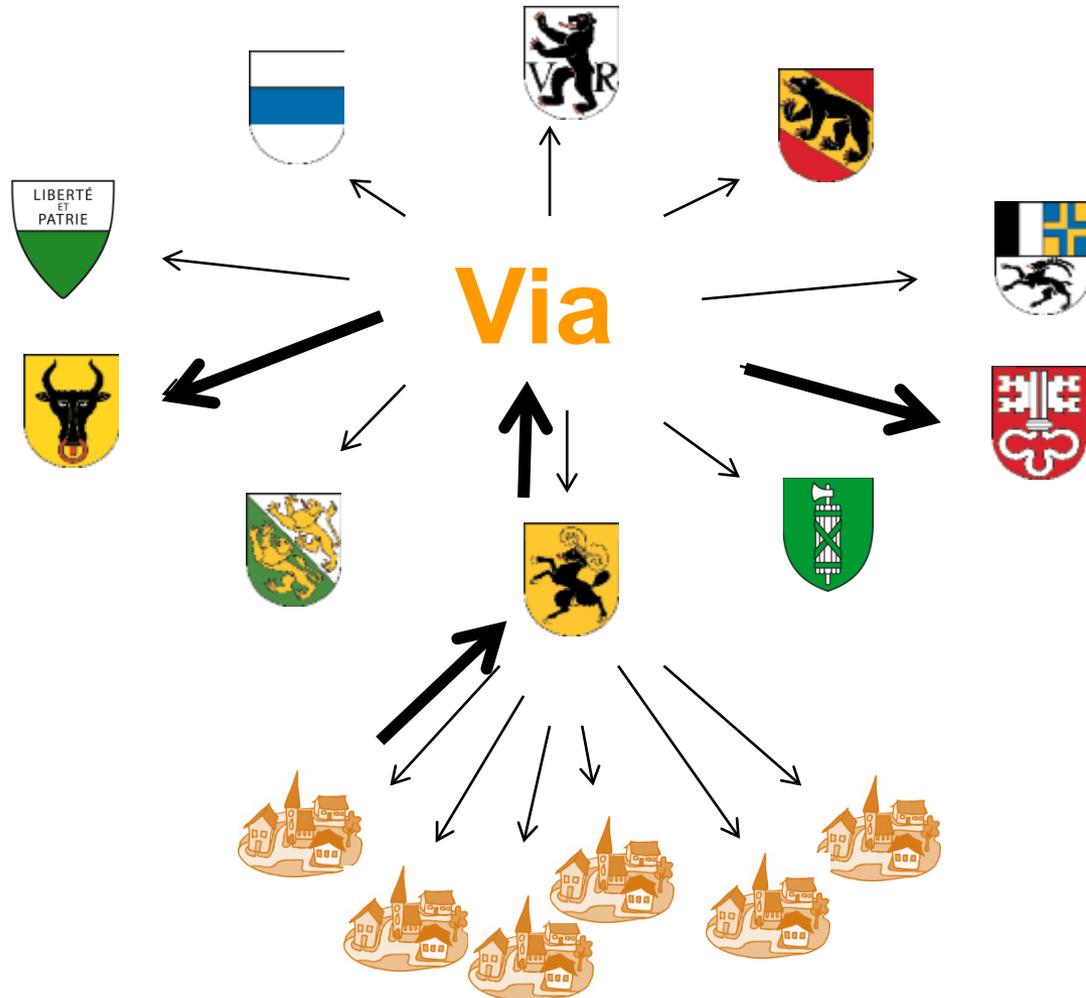
- Wissenschaftliche Grundlagen und Praxishilfen
- Beratung und Begleitung
- Information und Vernetzung

Bewegungs- förderung	Sturz- prävention	Ernährung	Soziale Teilhabe
Diversität und Chancengleichheit			
Partizipation der älteren Menschen			
Partizipation der Hausärztinnen und Hausärzte			
Beratung, Veranstaltungen, Kurse			

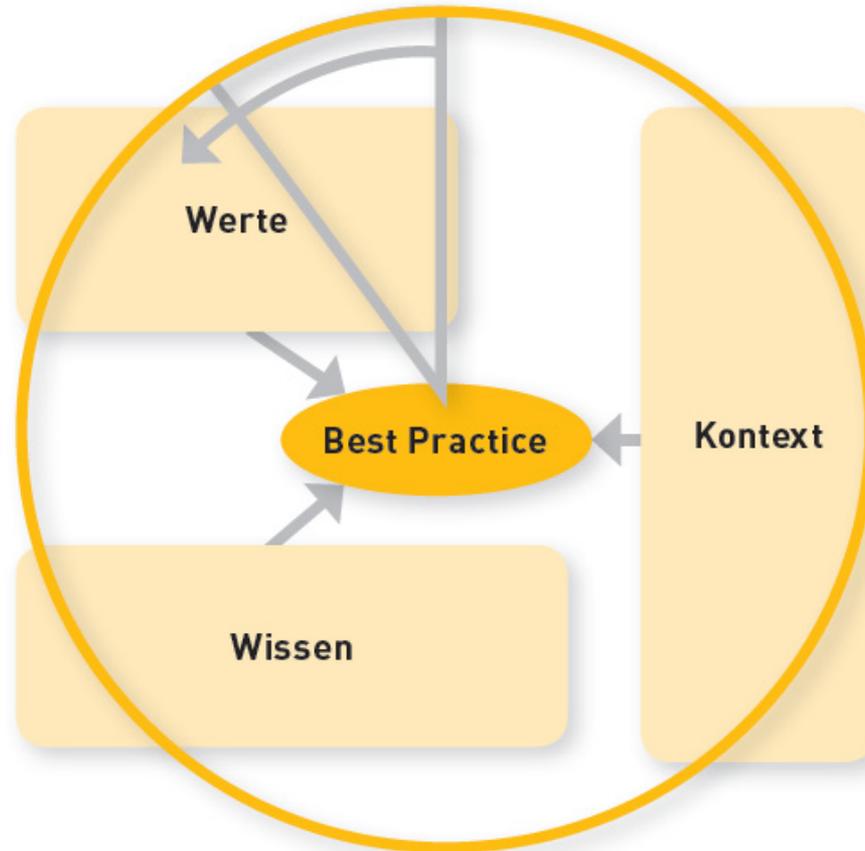
Modul-Baukasten Via 2014–2016: www.gesundheitsfoerderung.ch/via

- Qualitätssicherung/-entwicklung, Evaluation & Monitoring

Über die Kantone an die Gemeinden



Das Konzept «Best Practice»



Das **Bestmögliche** tun unter Berücksichtigung des zu diesem Zeitpunkt verfügbaren Wissens, unter den gegebenen Umständen und im Einklang mit den Werten und Prinzipien von Public Health/Gesundheitsförderung.

Wissen: gemeinsame Lernprozesse etablieren

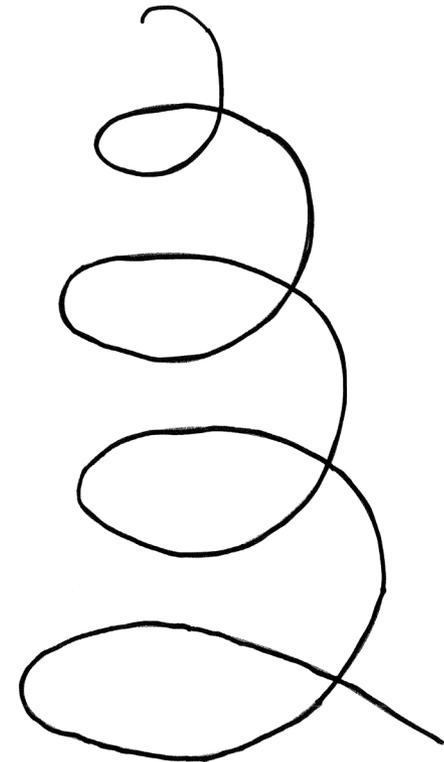
Herausforderungen

- Zugang zu wissenschaftl. Wissen
- Umsetzung in die Praxis
- Aufarbeitung von Praxiswissen

Erfahrungen Via (Evaluation)

- Wiss. Grundlagen hilfreich für fachliche Akzeptanz und politische Legitimation
- Wissenschaftliches Wissen fliesst in Angebote ein
- Insgesamt eher zu viel Wissen: Bündelung und zielgruppen-spezifische Aufarbeitung wichtig

Wissenschaft



Politik/Praxis

z.B. mittels Praxishilfen,
Beratung, Erfahrungsaustausch

Werte: Autonomie durch Mitwirkung fördern

Herausforderungen

- Werte und Prinzipien der Gesundheitsförderung an sich
- Schwer erreichbare Zielgruppen
- Partizipation älterer Menschen und HausärztInnen

Erfahrungen Via (Evaluation)

- Weiterhin grosser Bedarf bei der Erreichbarkeit
- Respektierung der persönlichen Freiheit als Erfolgsfaktor
- Verhältnisansatz berücksichtigen
- Erfahrungsaustausch bewährt sich

Soziale Verantwortung

Autonomie

Transparenz

Empowerment

Chancengleichheit

Nachhaltigkeit

Settingansatz

Partizipation

Gender

etc.

Kontext: in bestehenden Systemen wirken

Herausforderungen

- Verschiedene kantonale und kommunale Modelle
- unterschiedliche Akteure und Kontexte in den Gemeinden
- Begrenzte Standardisierung

Erfahrungen Via (Evaluation)

- Bewährter Kontext-Check zur Situationsanalyse
- Auf Bestehendem aufbauen, vorhandene Zugänge nutzen
- Beziehungsarbeit, Vernetzung
- Einbindung Behörden -> Argumente
- Kontextspezifische Dienstleistungen

Via – Anleitung zu den Instrumenten für den Kontext-Check Gesundheitsförderung im Alter

Version Januar 2013

Kurzbeschreibung

Ein Kontext-Check eignet sich in erster Linie dazu, die Situation zur Gesundheitsförderung im Alter in einer Gemeinde oder einer Region abzuklären, wenn das Thema dort neu breit lanciert werden soll. Er dient dazu, einen Überblick über relevante Akteure und Aktivitäten in der Gemeinde bzw. der Region zu erhalten, sich gegenseitig kennenzulernen, eine wertschätzende Beziehungsgrundlage für vernetztes Arbeiten zu schaffen und das Potenzial für künftige Zusammenarbeiten auszuloten. Ein Kontext-Check kann das Thema Gesundheitsförderung im Alter ganz allgemein ausloten oder aber thematisch fokussiert sein (z. B. Bewegungsförderung oder psychische Gesundheit, ...). Je nachdem treten andere zu befragende Akteure in den Vordergrund. Ein Kontext-Check hilft, von Beginn weg eine Systematik in das neue Arbeitsfeld hineinzubringen, Doppelspurigkeiten zu vermeiden, Synergien zu erkennen und entsprechende Kooperationen aufzubauen. Er soll die Voraussetzung schaffen, die Angebote zu Gesundheitsförderung im Alter gut in bestehende Strukturen zu integrieren. Ein Kontext-Check ist allerdings nur ein erster Schritt, durch den Kontext-Check allein entsteht keine Vernetzung. Die neuen Beziehungen müssen aufgebaut und gepflegt werden. Der Kontext-Check, so wie er hier vorgeschlagen wird, beinhaltet zwei Hauptelemente, welche auch einzeln durchgeführt werden können. In jedem Fall sollte vorab eine Recherche über die Situation bezüglich Gesundheitsförderung im Alter in der Gemeinde bzw. in der Region gemacht werden.

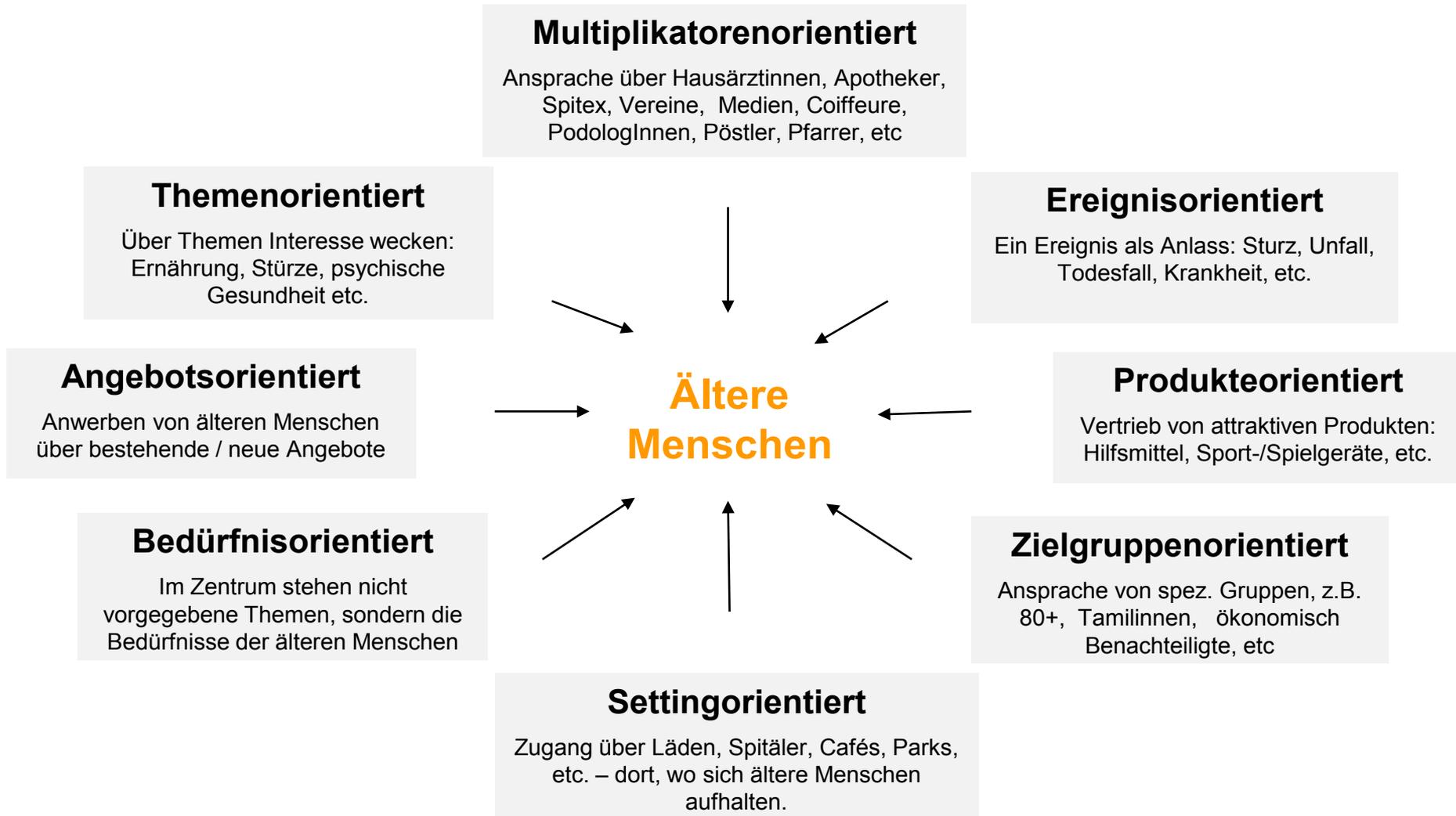
Persönliche Befragung von Schlüsselpersonen (Interviews)

Persönliche Einzelinterviews mit Akteuren, die in der Altersarbeit tätig und in der Gemeinde bezüglich des Themas (potenziell) bedeutend sind. Dies können z. B. Verantwortliche in spezifischen Organisationen, Leiter/-innen von Gesundheitsförderungsangeboten oder Behördenvertreter/-innen sein.

Befragung von älteren Menschen

Die Bedürfnisse der älteren Menschen in der Gemeinde können grundsätzlich mit unterschiedlichen Methoden erhoben werden, mittels schriftlicher oder mündlicher Befragungen, Arbeitsgruppen oder Workshops etc. Im vorliegenden Kontext-Check wird ein Workshop mit Vertreter/-innen der Zielgruppe älterer Menschen vorgeschlagen.

Zugänge zu älteren Menschen





Gesundheitsförderung Schweiz

Gesundheitsförderung im Alter – Handeln lohnt sich!

Wozu Gesundheitsförderung im Alter?



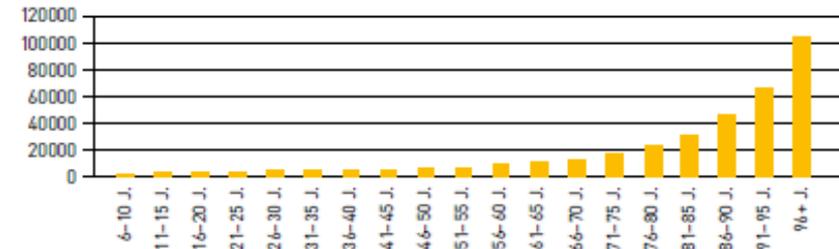
Gesundheitsförderung im Alter ist notwendig

Der Anteil der älteren Menschen an unserer Gesellschaft wird in den nächsten Jahrzehnten weiterhin stark wachsen. Bis im Jahr 2060 wird ein Drittel der erwachsenen Personen über 65 Jahre alt sein (Bundesamt für Statistik 2013a), im 2012 waren es rund 22%. Um möglichst lange selbständig bleiben und zu Hause wohnen zu können, ist eine gute Gesundheit entscheidend. Zudem ist ein Gesundes Altern auch volkswirtschaftlich interessant: Wenn die Gesundheit im Alter länger stabilisiert werden kann, können Gesundheitskosten in Milliardenhöhe gespart werden (Vuilleumier et al. 2007).

Gesundheitsförderung im Alter wirkt

Die Wirksamkeit von Massnahmen der Gesundheitsförderung im Alter ist in vielen Bereichen wissenschaftlich gut belegt. Regelmässige körperliche Aktivität fördert die allgemeine Gesundheit und beugt z.B. Herzinfarkten, Hirnschlägen, Diabetes oder Depression vor (Bundesamt für Sport 2013). Bewegungsförderung wirkt sich positiv auf Muskelkraft, Gleichgewicht, Beweglichkeit und Ausdauer aus. Die Häufigkeit von Stürzen kann mit speziellen Trainings stark reduziert werden. Die positive Wirkung sozialer Unterstützung auf die körperliche und psychische Gesundheit ist wissenschaftlich ebenfalls gut belegt.

Gesundheitskosten pro Einwohner im Jahr 2011 in der Schweiz (Bundesamt für Statistik 2013c)



Gesundheitsförderung im Alter spart Kosten

Die Gesundheitskosten steigen mit dem Alter stark an (s. Grafik). Mit einem einzigen vermiedenen Pflegeheimjahr können Kosten von rund 73 000 eingespart werden (Bundesamt für Gesundheit 2007), mit einem einzigen vermiedenen Oberschenkelhalsbruch ca. 15 000 Franken an Spalkkosten (Bundesamt für Statistik 2013b). Insgesamt trägt die öffentliche Hand über die Steuerzahler zwischen 35–40% der Gesundheitskosten und entsprechend hoch ist das Sparpotenzial für Bund, Kantone und Gemeinden.

GESUNDHEIT IM ALTER HEISST BEWEGUNG UND BEGEGNUNG!

Starten Sie ein Netzwerk. Motivieren Sie die lokalen Akteure zur Kooperation. Informieren Sie die ältere Bevölkerung über die Angebote und Möglichkeiten zu BEWEGUNG und BEGEGNUNG. Nehmen Sie Kontakt auf mit Via. Wir unterstützen Sie gerne!



«Wenn wir heute proaktiv Lösungen suchen, können wir später Probleme vermeiden. Es ist daher wichtig, immer in Bewegung zu bleiben.»

Alain Berset, Bundesrat

Aufgearbeitetes Wissen exemplarisch

- **Kosten:** Mit einem einzigen vermiedenen Pflegeheimjahr können Kosten von rund 73 000 eingespart werden (Bundesamt für Gesundheit 2007), mit einem einzigen vermiedenen Oberschenkelhalsbruch ca. 15'000 Franken an Spitalkosten (Bundesamt für Statistik 2013)
- **Sturzprävention:** Die Häufigkeit von Stürzen kann mit entsprechenden Trainings um rund 30–50% reduziert werden (Gschwind et al. 2011)
- **Soziale Teilhabe:** Ältere Menschen mit guter sozialer Unterstützung haben im Vergleich zu Menschen mit geringer sozialer Unterstützung gleichen Alters eine um 50% erhöhte Überlebenschance über einen bestimmten Zeitraum betrachtet (Holt-Lunstad et al. 2010)
- Als wirksam gegen soziale Isolation und Vereinsamung erweisen sich insbesondere **Gruppenaktivitäten** mit aktiver Beteiligung der Teilnehmenden (Cattan et al. 2005, Dickens et al. 2011)
- Aktivitäten, welche einem Verlust der Mobilität vorbeugen, eignen sich auch sehr gut zur Prävention **sozialer Isolation** (Rosso et al. 2013)

HANDLUNGSBEDARF

Bereits heute sind 22% der erwachsenen Bevölkerung über 65 Jahre alt. Und der Anteil älterer Menschen wächst ständig. Die Gemeinde tut gut daran, sich für das Wohl älterer Menschen zu engagieren. Nicht nur zwecks Erhalt von Lebensqualität und Selbständigkeit älterer Menschen, sondern auch aus volkswirtschaftlichen Gründen.



Eine gute medizinische Versorgung vor Ort unterstützt die Gesundheit im Alter



Unterstützungsdienste in der Gemeinde ermöglichen ein langes Leben zu Hause



Begegnungsmöglichkeiten beugen Isolation und Vereinsamung vor

HANDLUNGSFELDER FÜR DIE GEMEINDE

NUTZEN

weniger

- ... Pflegeaufwand und -personal
- ... Alters- und Pflegeheimplätze
- ... Krankheitskosten

mehr

- ... Lebensqualität
- ... Selbständigkeit
- ... gesunde Lebensjahre



Geeignete Infrastrukturen und Angebote in der Gemeinde fördern Bewegung und Begegnung.



Regelmässige Bewegung fördert die Gesundheit und verhindert Stürze



Informationsangebote zu Gesundheitsthemen sensibilisieren und motivieren zu einem gesunden Lebensstil

Zusammenhänge zwischen Wissenschaft und Praxis

Bettina Schulte-Abel

Besten Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Für weitere Informationen:

guenter.ackermann@promotionsante.ch

Gesundheitsförderung Schweiz

Dufourstrasse 30, Postfach 311, CH-3000 Bern 6

Telefon +41 (31) 350 04 04 - Telefax +41 (31) 368 17 00

www.gesundheitsfoerderung.ch

Zitierte Quellen

- Bundesamt für Gesundheit BAG (2007) Pflegefinanzierung: Ermittlung der Pflegekosten. Schlussbericht. Infrac (Anna Vettori, Judith Trageser, Rolf Iten). [Link](#)
- Bundesamt für Statistik BFS (2013b) Spezialauswertung für Gesundheitsförderung Schweiz zu den Behandlungskosten von Oberschenkelhalsfrakturen in Schweizer Spitälern im Jahr 2011
- Gschwind, Y.J. ; Pfenninger, B. (2013) Training zur Sturzprävention – Manual für Kraft- und Gleichgewichtstraining zur Sturzprävention im Alter. Bern: bfu – Beratungsstelle für Unfallverhütung.
- Holt-Lunstad, Julianne; Smith, Timothy B.; Layton, J. Bradley (2010): Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. In: *PLoS Med* 7 (7).
- Cattan, Mima; White, Martin; Bond, John; Learmouth, Alison (2005): Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. In: *Ageing & Society* 25 (01), S. 41–67.
- Dickens, Andy P.; Richards, Suzanne H.; Greaves, Colin J.; Campbell, John L. (2011): Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. In: *BMC Public Health* 11 (1).
- Rosso, Andrea L.; Taylor, Jennifer A.; Tabb, Loni Philip; Michael, Yvonne L. (2013): Mobility, Disability, and Social Engagement in Older Adults. In: *J Aging Health* 25 (4), S. 617–637



15. Nationale Gesundheitsförderungskonferenz 2014

Die Schweizer Ernährungsstrategie – wie wird die Vision zur Realität?

Michael Beer

Abteilung Lebensmittel & Ernährung



Schweizer Ernährungsstrategie

Vision

Alle Menschen in der Schweiz können sich aufgrund der Lebensbedingungen und ihrer eigenen Kompetenzen nachhaltig und gesund ernähren und einen gesundheitsfördernden Lebensstil pflegen; unabhängig von ihrer Herkunft, ihrem sozio-ökonomischen Status und ihrem Alter.





Schweizer Ernährungsstrategie

Problemfelder

- Übergewicht und Folgekrankheiten
- Ernährungssituation
- Ernährungsempfehlungen & Ernährungskompetenz
- Gesundheitsförderndes Umfeld
- Konsumenteninformation
- Evidenz und Wirksamkeit





Schweizer Ernährungsstrategie



Handlungsfelder

- Sichere, nachhaltig produzierte Lebensmittel und ein ausreichendes Lebensmittelangebot
- Gesundheit schützen und Krankheiten vermeiden
- Information und Kommunikation
- Zielgruppen und Chancengleichheit
- Zusammenarbeit, Koordination und multisektoraler Ansatz
- Forschung und Datengrundlage



Schweizer Ernährungsstrategie



Handlungsfelder

- Information und Kommunikation

Die Bevölkerung in der Schweiz ist über die Ernährungsempfehlungen sowie grundsätzlich über die Merkmale eines gesundheitsfördernden und nachhaltigen Lebensstils informiert, versteht diese Informationen und setzt sie in der Praxis um. Die Lebensmittelkennzeichnung unterstützt die Bevölkerung, eine bewusste und gesunde Wahl zu treffen.



6. Schweizerischer Ernährungsbericht

Ernährung: Gut informierte Menschen sollen immer öfter eine gesunde Wahl treffen

Bern, 22.01.2013 - Bundesrat Alain Berset hat heute den 6. Schweizerischen Ernährungsbericht und die Ernährungsstrategie für die Jahre 2013 bis 2016 vorgestellt. Der Ernährungsbericht zeigt, wie sich die Menschen in der Schweiz ernähren, wie sich ihr Ernährungsverhalten verändert hat und wie sich dies auf ihre Gesundheit auswirkt. Diese Erkenntnisse bilden die Grundlage für die Schweizer Ernährungsstrategie 2013 – 2016. Mit ihr soll ein Umfeld geschaffen werden, in dem Menschen immer öfter eine gesunde Wahl treffen können. Massgebend sind der Zugang zu gesunden Lebensmitteln und ein guter Informationsstand. Eine gesunde Ernährung zusammen mit Bewegung verbessert die Lebensqualität und senkt damit indirekt die Gesundheitskosten.

Der 6. Schweizerische Ernährungsbericht (SEB) zeigt, dass die Bevölkerung die wichtigsten Empfehlungen zur Ernährung kennt. Sie ist sich aber zu wenig bewusst, wie wichtig eine ausgewogene Ernährung für die Gesundheit wirklich ist und setzt diese Empfehlungen denn auch ungenügend um. Zudem hat die Verpflegung ausser Haus in den letzten Jahren massiv an Bedeutung gewonnen; ebenso der Verzehr von Fertiggerichten und Convenience-Produkten. Diese Speisen enthalten oft hohe Mengen an Fett, Salz und Zucker. Weiter hält der SEB fest, dass die Menschen in der Schweiz gleich viel Energie zu sich nehmen wie vor 30 Jahren, sich aber immer weniger bewegen.

Diese Kombination mit hat Auswirkungen auf die Gesundheit: Die Zahl der Übergewichtigen und Adipösen bleibt sowohl bei den Erwachsenen als auch den Kindern konstant hoch. Die Folge sind Krankheiten wie Diabetes und damit steigende Kosten im Gesundheitswesen.

Das Umfeld optimieren und die Kompetenzen der Menschen stärken

Die Schweizer Ernährungsstrategie 2013 - 2016 beruht auf den Ergebnissen des 6. Schweizerischen Ernährungsberichtes. Dank ihr sollen die Einwohnerinnen und Einwohner



Der 6. SEB zeigt, dass die Bevölkerung die wichtigsten Empfehlungen zur Ernährung kennt. Sie ist sich aber zu wenig bewusst, wie wichtig eine ausgewogene Ernährung für die Gesundheit wirklich ist und setzt diese Empfehlungen denn auch ungenügend um.



Neues Lebensmittelgesetz

Art. 1 Zweck

...

d. den Konsumentinnen und Konsumenten die für den Erwerb von Lebensmitteln oder Gebrauchsgegenständen notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen.

Art. 13 Besondere Kennzeichnung

Der Bundesrat kann weitere Angaben vorschreiben, namentlich über:

...

h. Nährwert.



Neues Lebensmittelgesetz

Art. 24 Information der Öffentlichkeit

Die zuständigen Bundesbehörden können in der Öffentlichkeit und in den Volksschulen ernährungswissenschaftliche Erkenntnisse von allgemeinem Interesse vermitteln, welche namentlich für die Gesundheitsvorsorge, den Gesundheitsschutz und die nachhaltige Ernährung von Bedeutung sind.



Ernährungsempfehlungen



Alter	Körperliche Aktivität in kcal/Tag					
	(PAL-Wert 1,4) ^{1,*}		(PAL-Wert 1,6) ^{2,*}		(PAL-Wert 1,8) ^{3,*}	
	m	w	m	w	m	w
Jugendliche und Erwachsene						
15 bis unter 19 Jahre	2500	2000	2900	2300	3300	2600
19 bis unter 25 Jahre	2500	1900	2900	2200	3300	2500
25 bis unter 51 Jahre	2400	1900	2800	2100	3100	2400
51 bis unter 65 Jahre	2200	1800	2500	2000	2800	2300
65 Jahre und älter	2000	1600	2300	1800	2500	2100



Werkzeuge



Die Ergebnisse des Berichts „Ein Label für die Schweiz“ zeigen, dass die Bevölkerung in der Schweiz detaillierte Informationen (Nährwertangaben) zusammen mit einer leicht verständlichen Orientierungshilfe, zum Beispiel dem „Healthy Choice“ Label bevorzugt und auch richtig anwendet.

→ die Bereitschaft zur Einführung eines freiwilligen Labels ist bei der LM-Industrie und –handel klein



Kennzeichnung hat Grenzen

Nährwertinformationen	pro 100ml	ETD *
Energiewert	170 kJ 41 kcal	
Eiweis	4g	
Kohlenhydrate	5g	
davon Zucker	4,5g	
Fett	0,2g	
davon gesättigte Fettsäuren	0,1g	
Ballaststoffe	< 0,5g	
Natrium	0,04g	
Calcium	160mg	20%

ETD * = Empfohlene Tagesdosis

Zutaten: Joghurt (aus pasteurisierter Magermilch) 85%, Erdbeerpüree aus Konzentrat 7%, Wasser, Fructose, Verdickungsmittel: Pektin, Zitronensaftkonzentrat, färbender Randensaft, Calciumchlorid, Süssungsmittel: Acesulfam-K, Aroma, enthält kulturen von Lactobacillus acidophilus und Bifidobakterien

Aufbewahren bei max. 5°C

i | Allergie
Enthält Milch

Drink-Leicht Joghurt

Erdbeer

Joghurtherzeugnis mit Erdbeerbereitung, energiereduziert mit 0.05% Fett im Milchanteil, mit einer Zuckerart und Süssungsmittel



CH
9999

500ml



Rosa's Feinkost
Milchverarbeitung
CH-3000 Bern

Hergestellt in der Schweiz

Angereichert mit Calcium

energiereduziert

Vor dem Konsumieren gut schütteln

verkaufen bis 09.03.12
verbrauchen bis 15.03.12

(X) schliessen



Was tun? Vision begraben?

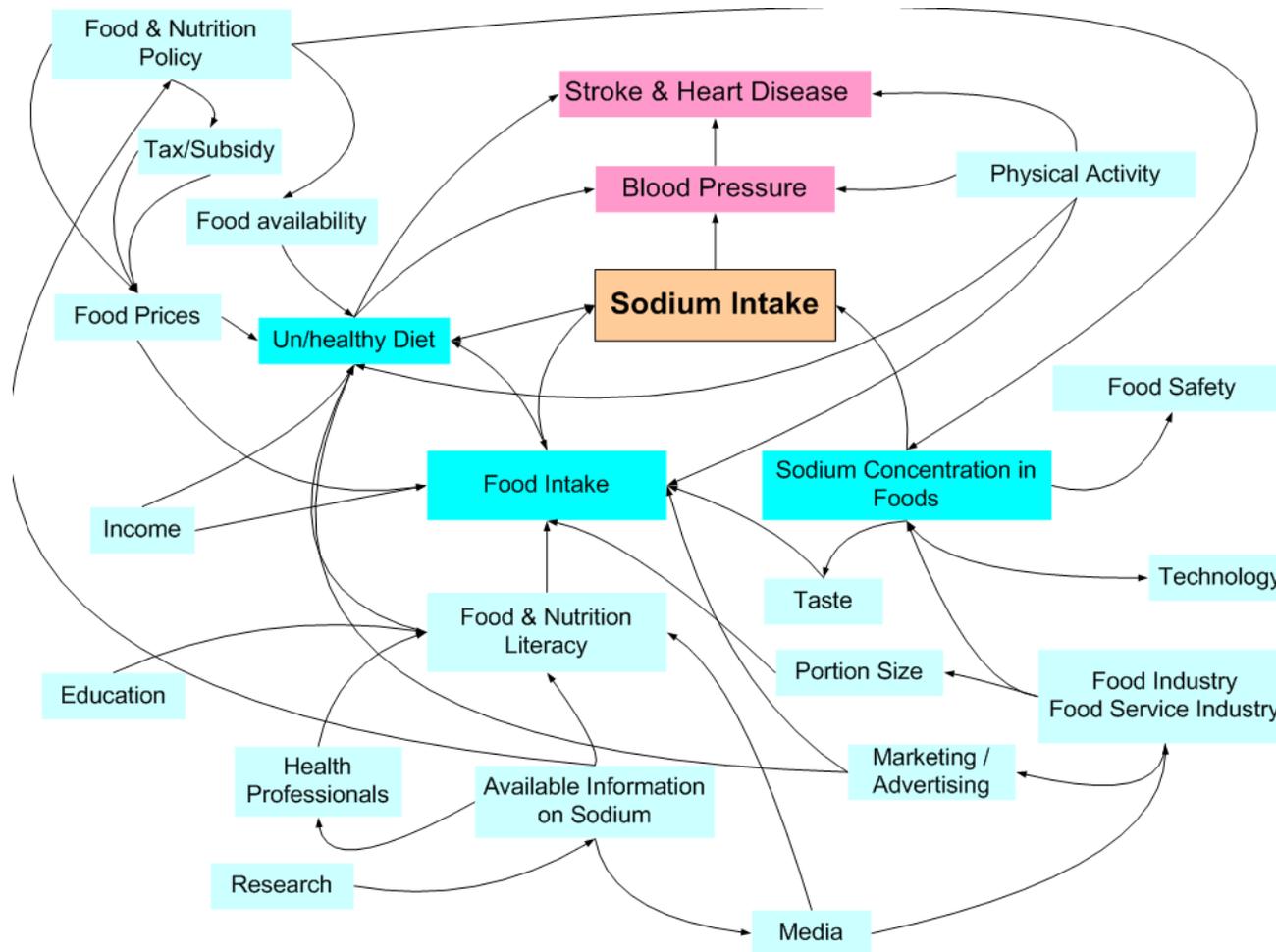
Thema der Konferenz

"Autonomie als Herausforderung für die Gesundheitsförderung und Prävention,,

„... Autonomie setzt für die Gesundheitsförderung das Vorhandensein von Kenntnissen und Kompetenz zum Treffen von Entscheidungen voraus, daneben *aber auch eines Umfelds, das die optimalen Entscheidungen für die Gesundheit ermöglicht oder sogar begünstigt...*“



Was tun? Vision begraben?





Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen BLV
Abteilung Lebensmittel und Ernährung

Was tun? Vision begraben?



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

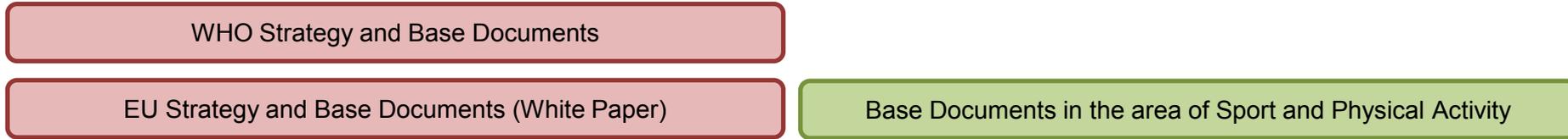
Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Verbraucherschutz

Salz Strategie 2013 - 2016

Strategiepapier zur Reduktion des Kochsalzkonsums



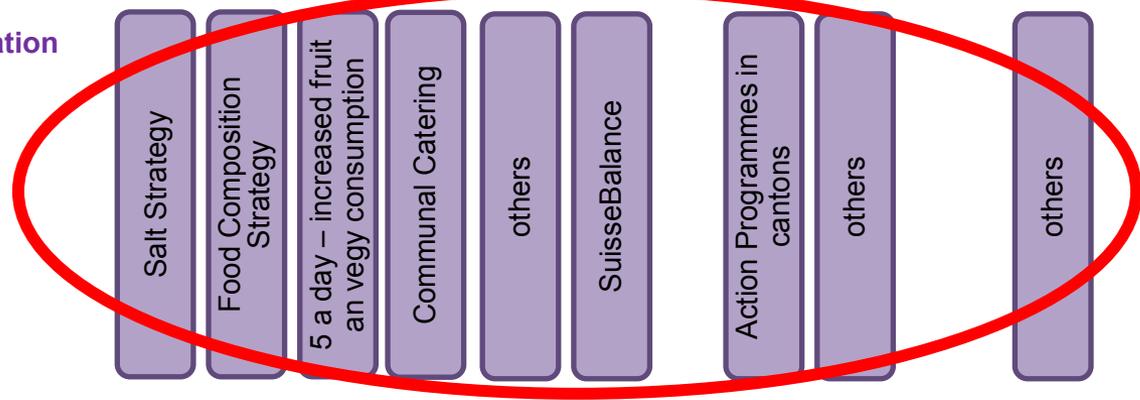
International Level



National Level Strategy



Implementation (Examples)





"Wer Visionen hat, soll zum Arzt gehen."

Helmut Schmidt, Im Bundestagswahlkampf 1980



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen BLV
Abteilung Lebensmittel und Ernährung





Maastricht University

*Leading
in Learning!*

Health literacy – Gesundheitskompetenz als europäische Notwendigkeit

Helmut Brand

Jean Monnet Professor in European Public Health

Dept. of International Health, Maastricht University, the Netherlands



Should I get vaccinated if I am offered the pandemic vaccine?



The modern health society is characterized by:

- An increasing life and health expectancy
- An expansive health and medical care system
- A rapidly growing private health market
- The prevalence of health as a dominant theme in social and political discourse
- The establishment of health as a major personal goal in life and as a right of citizenship

International Encyclopedia of Public Health, First Edition (2008), vol. 3, pp. 204-211

- Health literacy is an essential life skill for individuals
- Health literacy is a public health imperative
- Health literacy is an essential part of social capital
- Health literacy is a critical economic issue

International Encyclopedia of Public Health, First Edition (2008), vol. 3, pp. 204-211

Citoyen

The European Health Literacy Project

HLS • EU

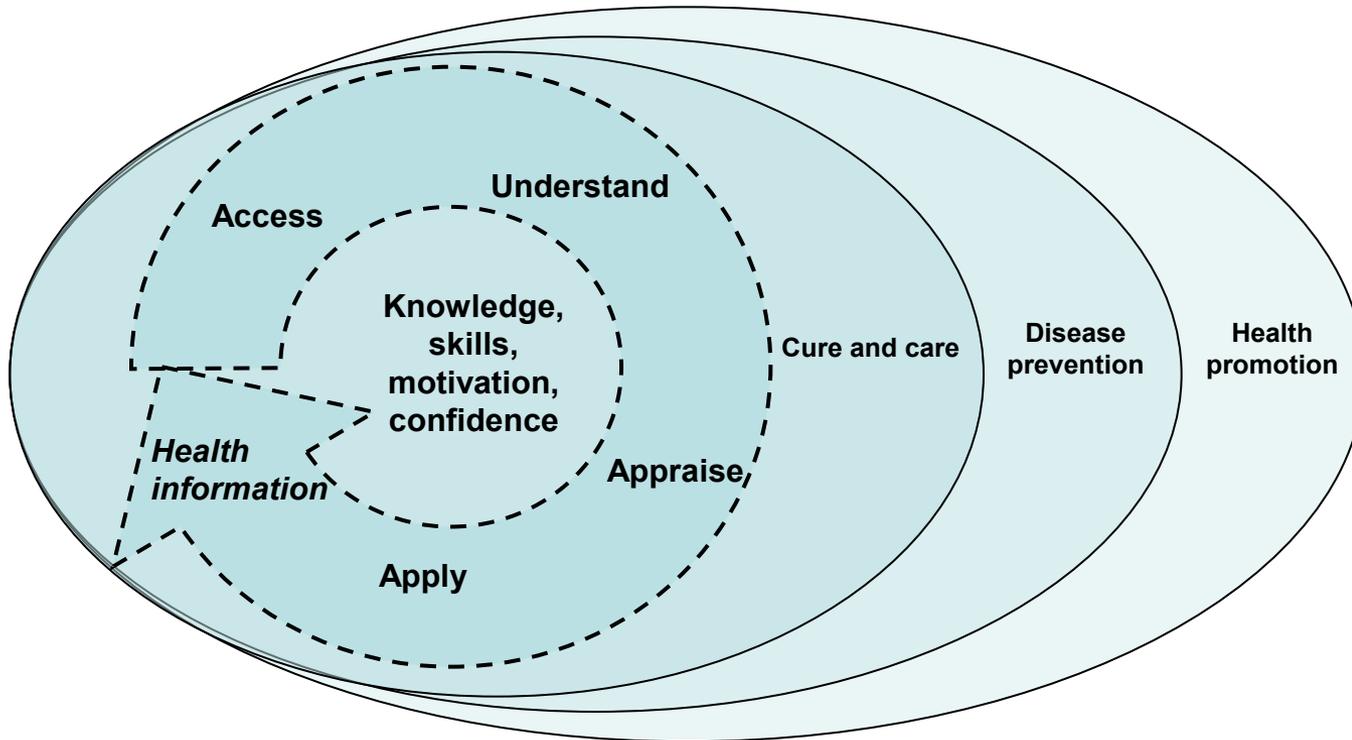
2009-2012



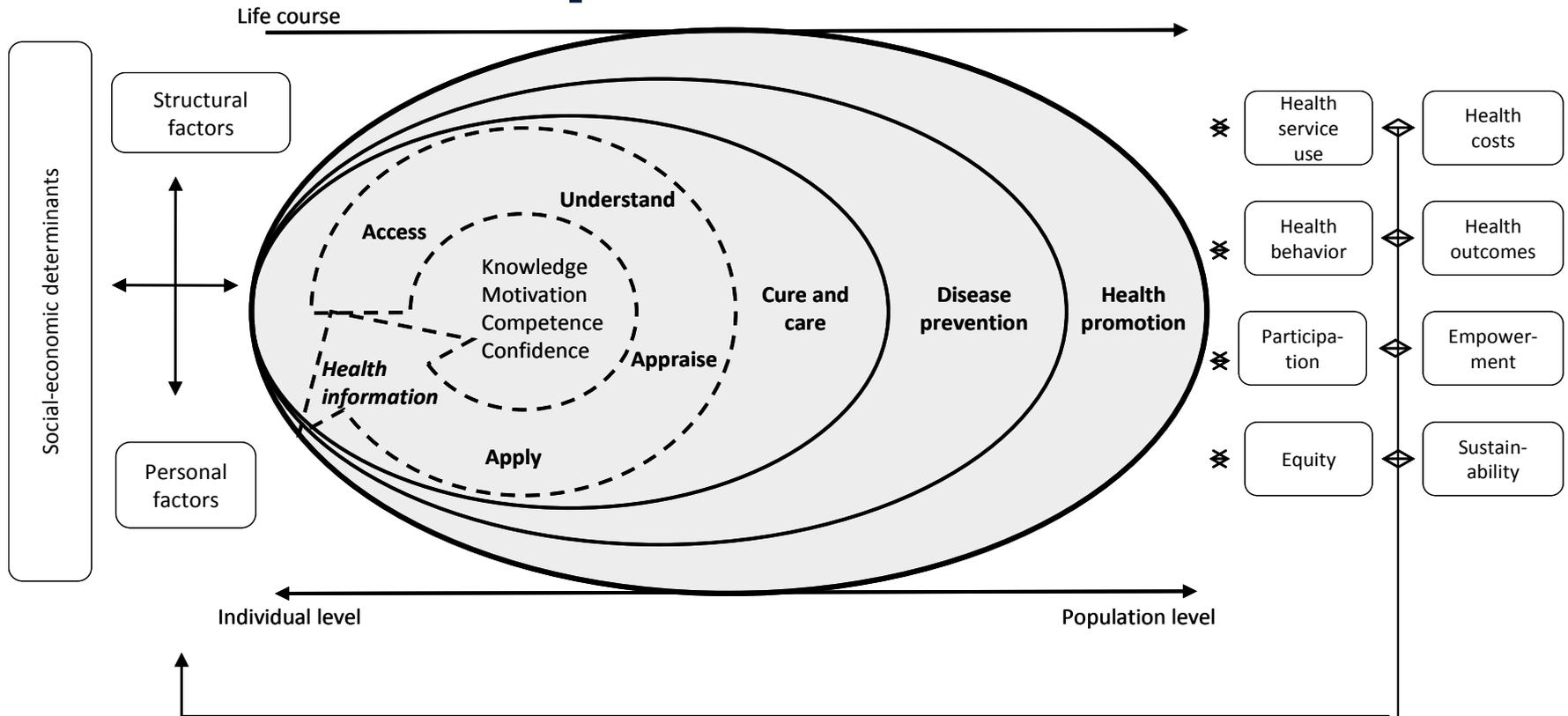
Health literacy is linked to literacy and it entails people's
knowledge, motivation and competences
to access, understand, appraise and apply
information
to take decisions in everyday life
in terms of healthcare, disease prevention and
health promotion
to maintain and improve quality of life during
the life course.

Sørensen et al. 2012

Health literacy in a nutshell



HLS-EU Conceptual model



Sorensen et al. 2012. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health

From information to action...?!

Health literacy – decision making on health in daily life	Access	Understand	Appraise	Apply
Cure and care				
Disease prevention				
Health promotion				

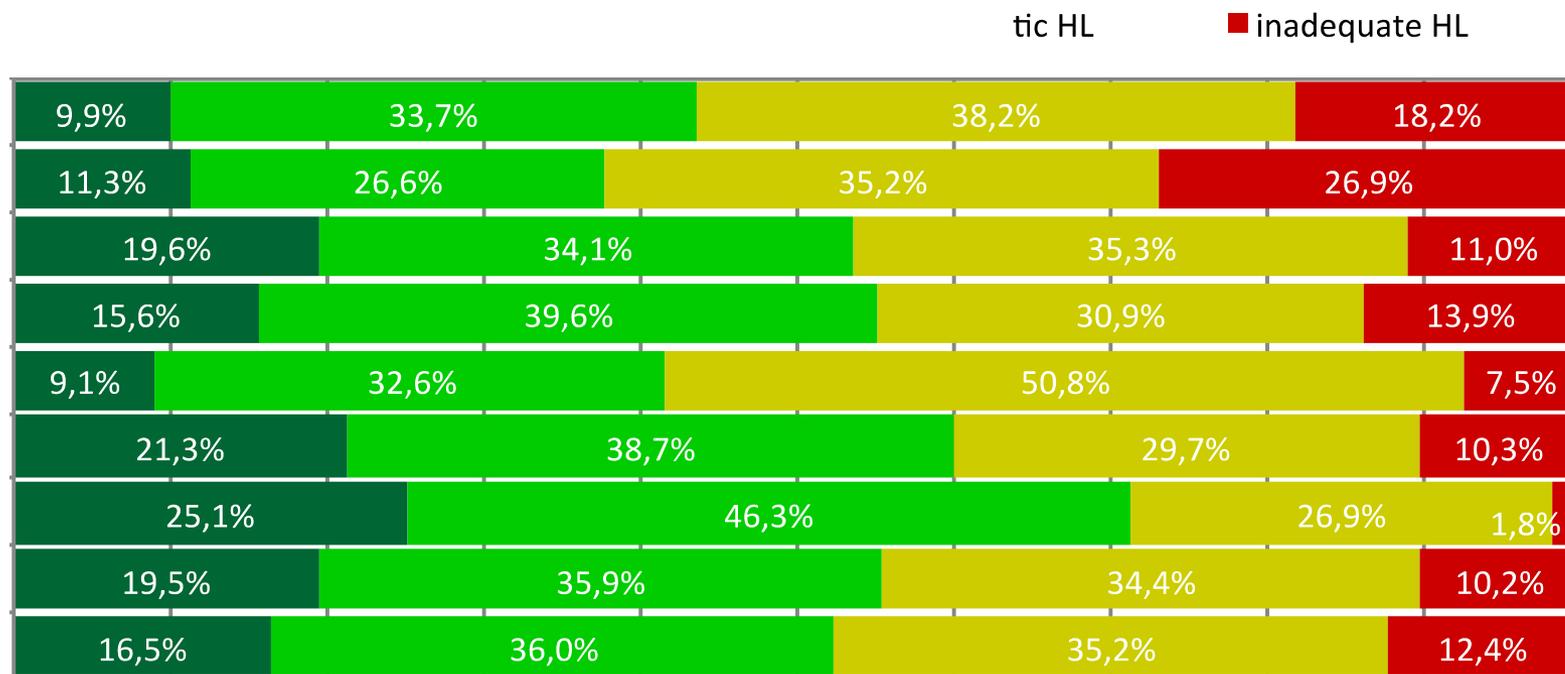
Health literacy matrix	Access/ obtain	Understand	Appraise	Apply
Cure & Care	Are you able to find information about symptoms that concern you?	Are you able to understand your doctor's or pharmacist's on how to take prescribed medicine?	Are you able to judge how information from your doctor applies to you?	Are you able to follow the instructions on medication?
Disease prevention	Are you able to find information on vaccinations and health screenings, that you should have?	Are you able to understand why you should need health screenings?	Are you able to judge when you should go to a doctor for a health check-up?	Are you able to decide if you should have a flu vaccination?
Health promotion	Are you able find information on healthy activities such as exercise, healthy food and nutrition?	Are you able to understand information on food packaging?	Are you able to judge how where you live affects your health and well-being?	Are you able to make decisions to improve your own health?

The HLS-EU-Q scale

47 items converted to a 50 point scale

- 0-25 pts: 'inadequate' (50%; 1/2)
- >25 to 33 pts.: 'problematic' (66%; 2/3)
- >33 to 42 pts: for 'sufficient' (80%; 5/6)
- >42 to 50 pts. for 'excellent' (top 20%; above 5/6)

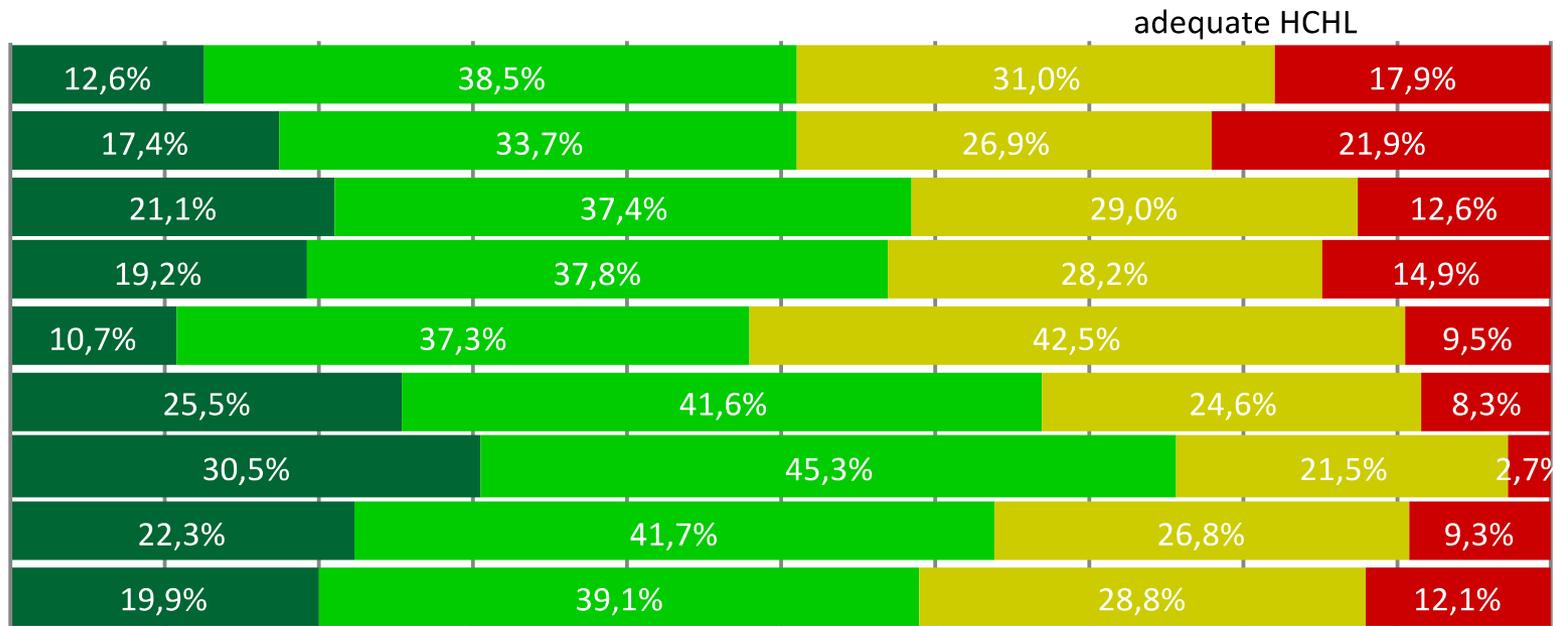
General health literacy



AT [N=979] | BG [N=925] | DE (NRW) [N=1045] | EL[N=998] | ES[N=974] | IE[N=959] | NL[N=993] | PL[N=921] | TOTAL[N=7795]

*only NRW

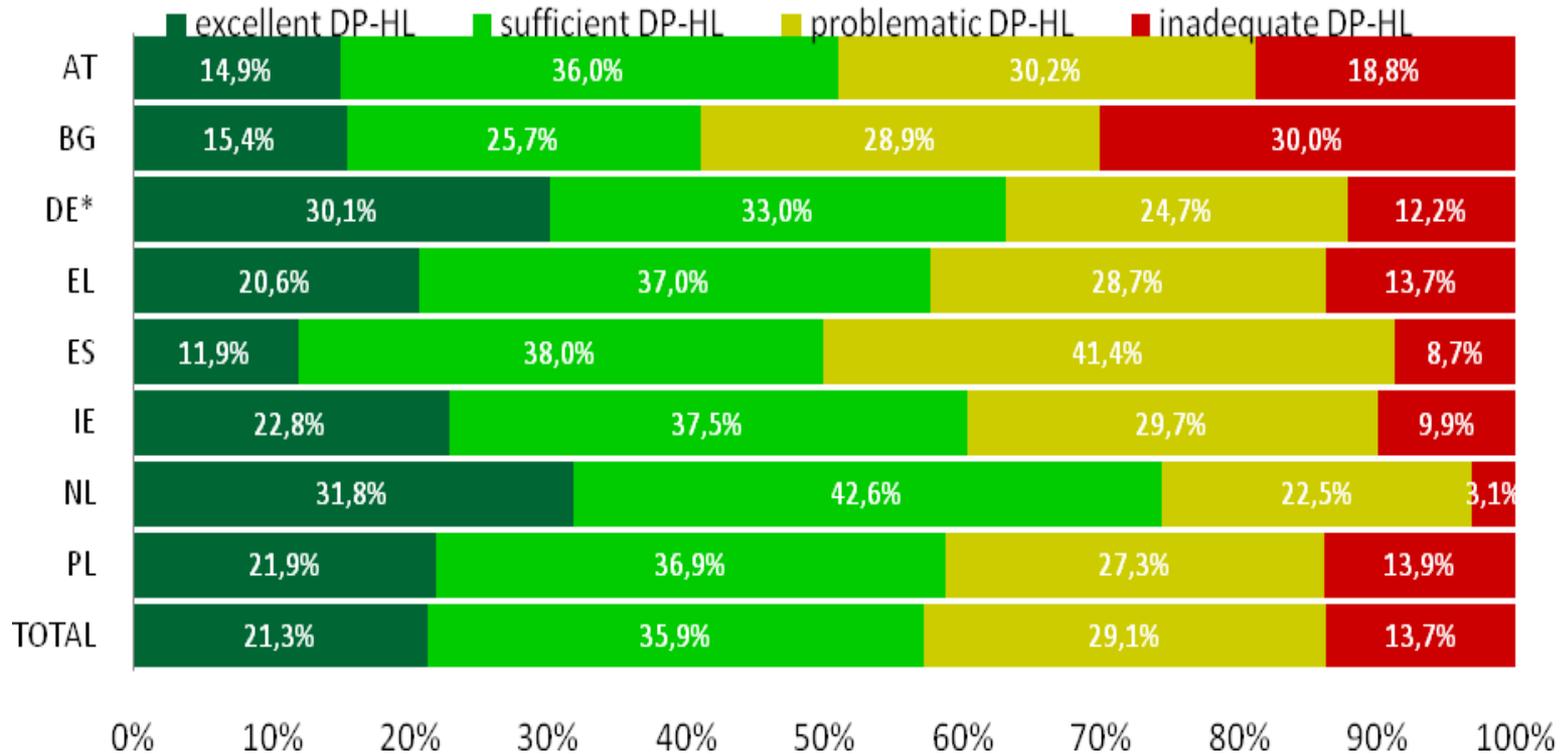
Graph 2: Health Care Literacy



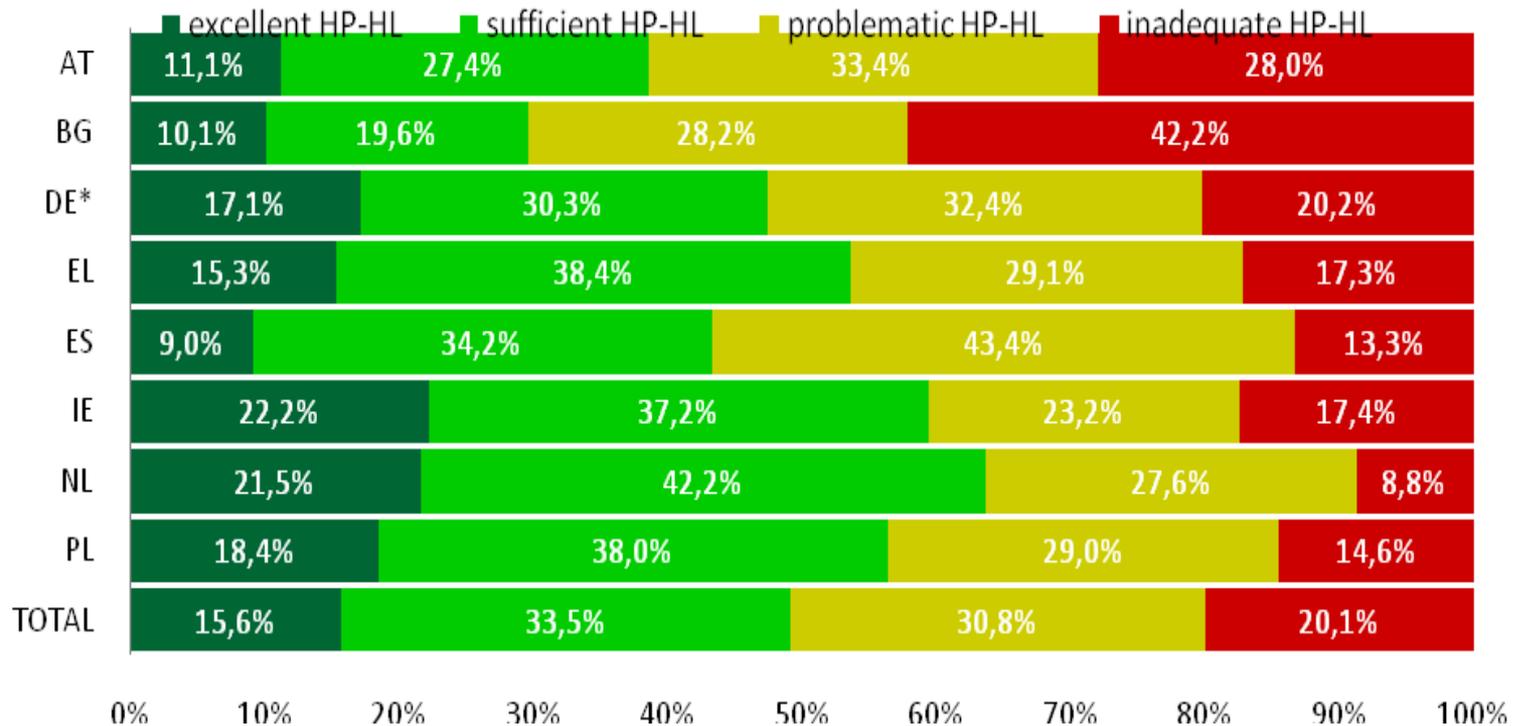
AT [N=996] | BG [N=955] | DE (NRW) [N=1041] | EL[N=998] | ES[N=981] | IE[N=972] | NL[N=993] | PL[N=946] | TOTAL[N=7883]

*only NRW

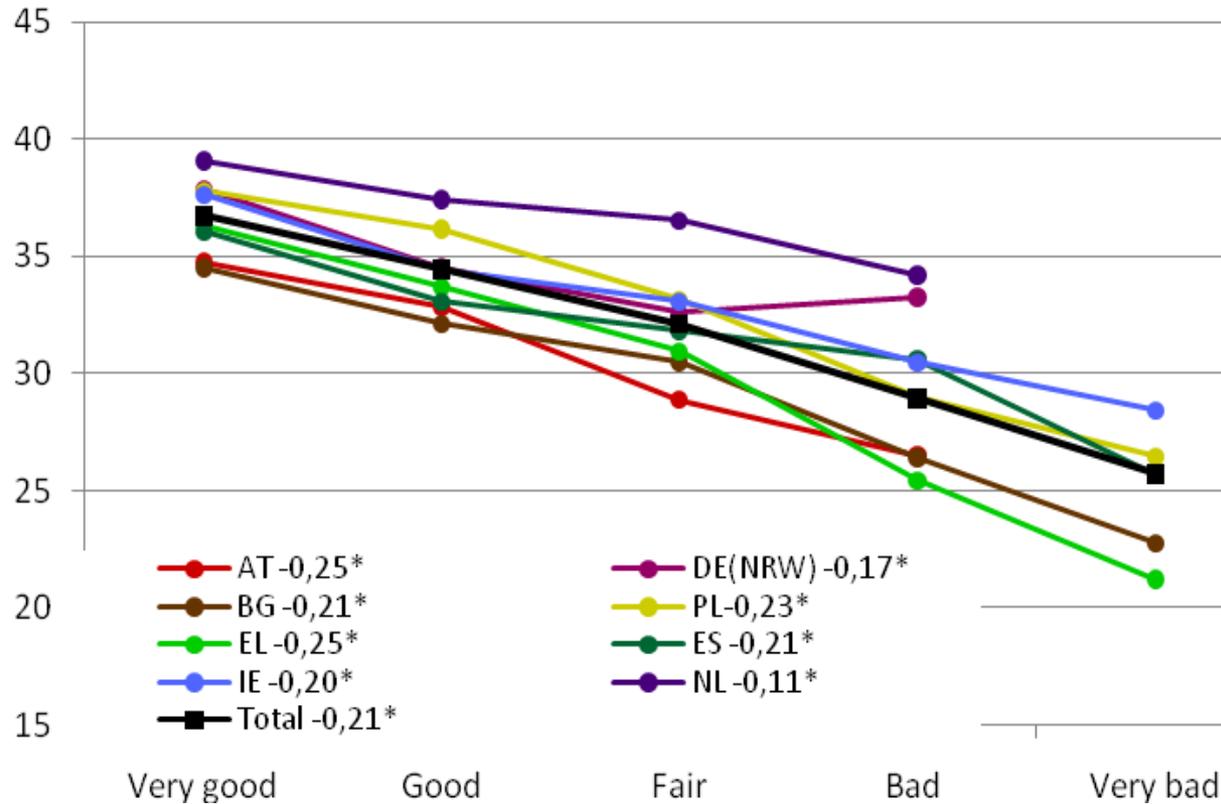
Disease prevention related health literacy



Health promotion related health literacy

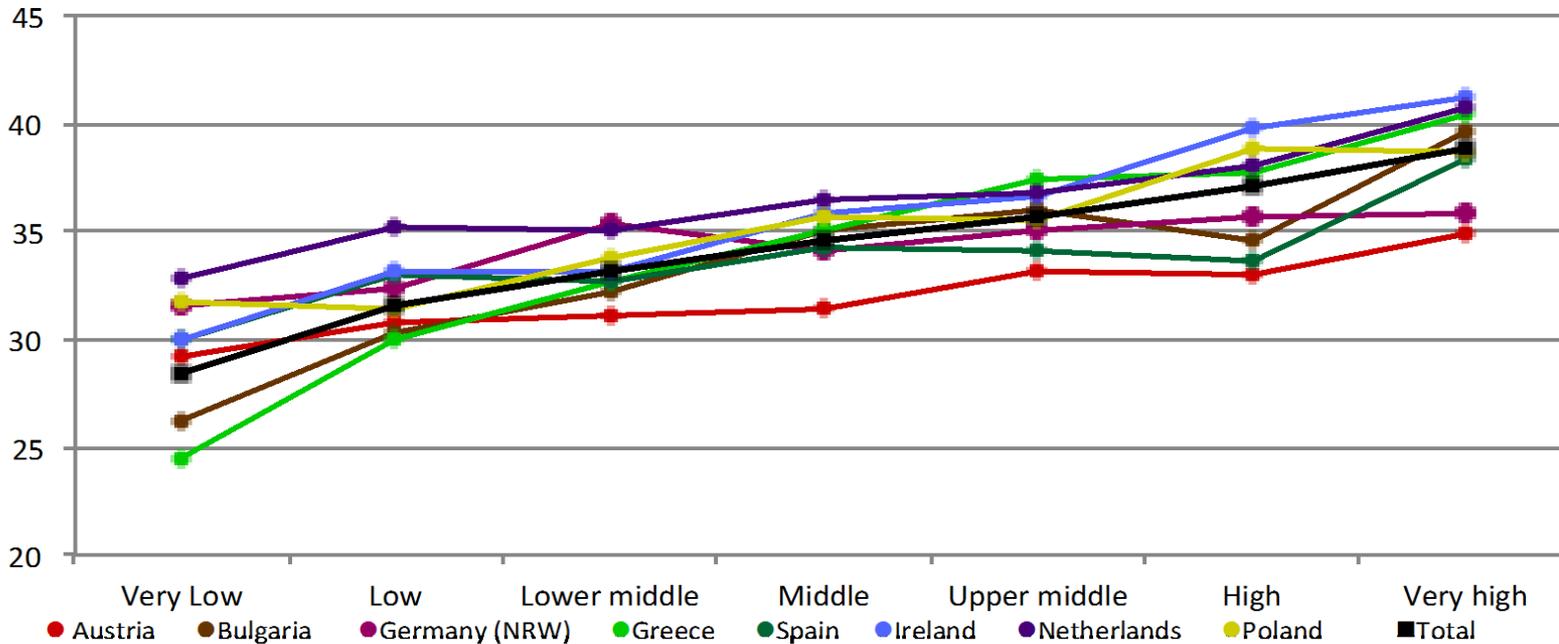


Strong correlation between Health Literacy and Self Perceived Health

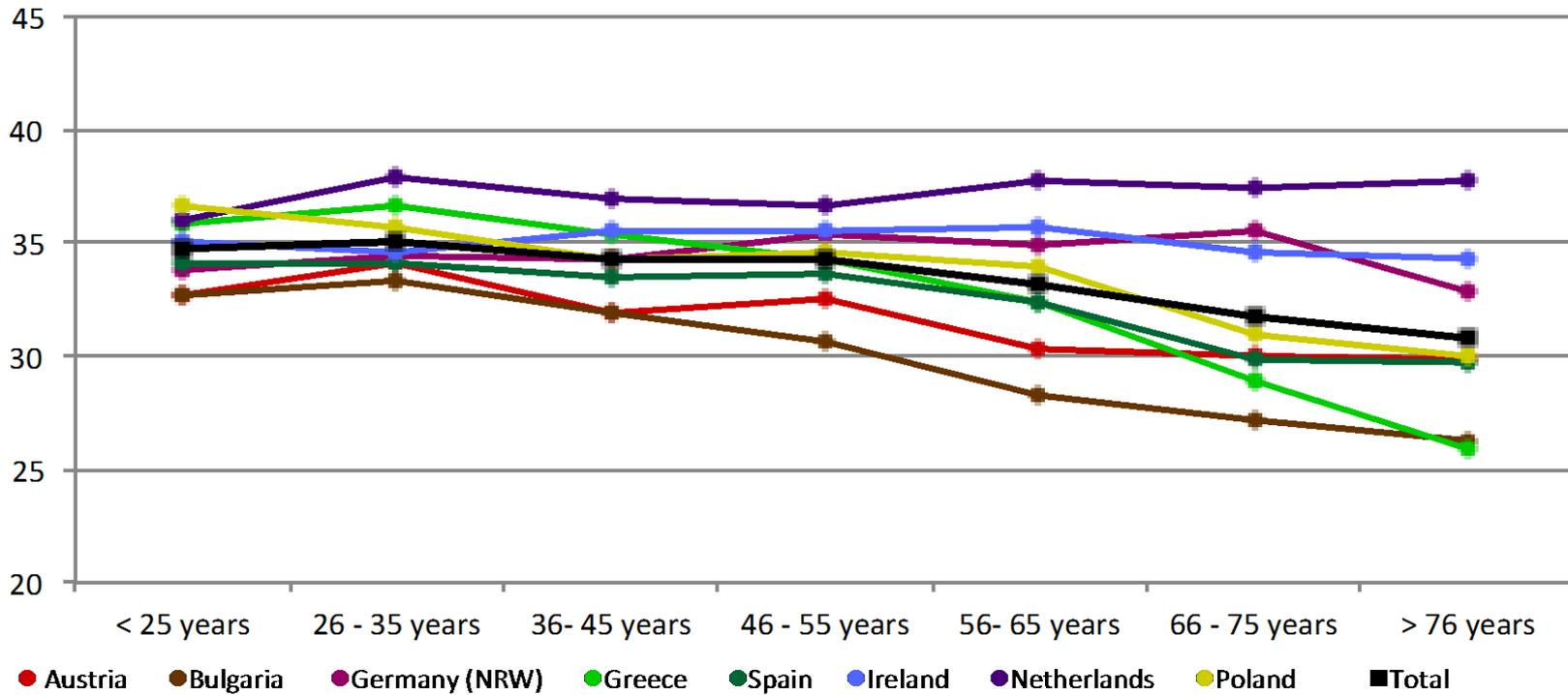


In general a strong social gradient

Graph 6: General Health Literacy Distribution by Social Status



Graph 5: General Health Literacy by Age



Key messages from the HLS-EU survey

- An average of 47% had risks of limited health literacy
- Results vary across countries
- A social gradient is clear in terms of health literacy
- Strong correlation with self-perceived health
- Health literacy has impact on healthy ageing!

The European Health Literacy Network

HEALTH LITERACY
EUROPE

- 378 members
- Quarterly newsletters
- Meet & Greet events
- Linked-in group
- www-health-literacy.eu

Literature:

- 1: Sørensen K, Brand H. Health literacy: the essential catalyst for the responsible and effective translation of genome-based information for the benefit of population health. *Public Health Genomics*. 2011;14(4-5):195-200. doi: 10.1159/000324241. Epub 2011 Jul 5.
- 2: Sørensen K, Brand H. Health literacy--a strategic asset for corporate social responsibility in Europe. *J Health Commun*. 2011;16 Suppl 3:322-7. doi: 10.1080/10810730.2011.606072.
- 3: Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012 Jan 25;12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
- 4: Sørensen K, Brand H. Health literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary. *Health Promot Int*. 2013 Mar 11. [Epub ahead of Print].
- 5: Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, Kondilis B, Stoffels V, Osborne RH, Brand H; HLS-EU Consortium. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*. 2013 Oct 10;13:948. doi: 10.1186/1471-2458-13-948.



Maastricht University *Leading in Learning!*

For more information:

www.health-literacy.eu

K.Sorensen@MaastrichtUniversity.NL

Helmut.Brand@MaastrichtUniversity.NL





RAHMEN-GESUNDHEITSZIELE

FÜR ÖSTERREICH



RAHMEN-GESUNDHEITSZIELE
www.gesundheitsziele-oesterreich.at

Rahmen-Gesundheitsziele

Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich
Langfassung

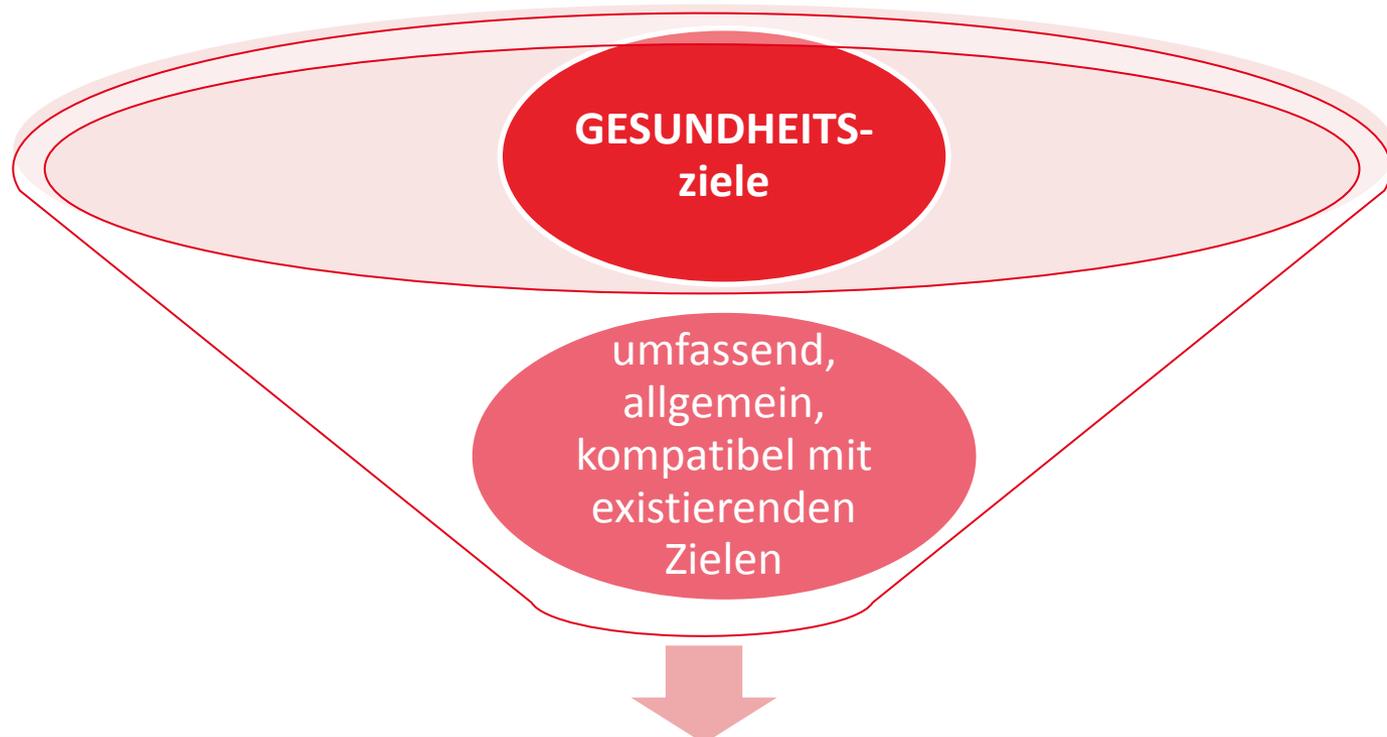


RAHMEN-GESUNDHEITSZIELE FÜR ÖSTERREICH

Mag.^a Judith delle Grazie

Leiterin der Abt. für Prävention und Gesundheitsförderung
Bundesministerium für Gesundheit, Wien

R-GZ für die nächsten 20 Jahre



- ✓ **Verbesserung der Gesundheit aller in Österreich lebender Menschen, unabhängig von Bildungsstatus, Einkommenssituation oder Lebensumständen**
- ✓ **Steigerung der in Gesundheit verbrachten Lebensjahre um zwei**

Wer/Was beeinflusst Gesundheit?



Gesundheit wird im Alltag
hergestellt – dort wo
Menschen leben, arbeiten,
lieben und spielen

Ottawa Charter 1986



Grundprinzipien Rahmen-Gesundheitsziele

Grundprinzipien aus Phase 1

- **Determinantenorientierung**
- **Health in All Policies**
- Förderung von Chancengerechtigkeit
- Ressourcenorientierung
- Public Health-Orientierung
- Zukunftsorientierung + Nachhaltigkeit
- Evidenzbasierung, Wirkungsorientierung + Relevanz
- Verständlichkeit



Grundprinzipien für Phase 2

- Umsetzbarkeit / Leistbarkeit / Verbindlichkeit
- Messbarkeit / Evaluierbarkeit

40 Institutionen...

Beteiligte Institutionen zur Erarbeitung der Rahmen-Gesundheitsziele:

Arbeiterkammer Wien



Aks Austria – Forum österreichischer Gesundheitsarbeitskreise



ARGE Patientenanwälte



ARGE Selbsthilfe Österreich



Armutskonferenz



BAG freie Wohlfahrt



Caritas Diakonie



Berufsverband Österreichischer PsychologInnen



4 Bundesländervertreterinnen nominiert von der Verbindungsstelle der Bundesländer



Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger



Industriellenvereinigung



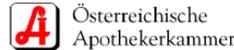
KFA – Krankenfürsorgeanstalt der Stadt Wien



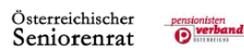
MTD-Austria



Österreichische Apothekerkammer



Österreichischer Seniorenrat/Pensionistenverband Österreichs



Österreichische Ärztekammer



Österreichischer Gewerkschaftsbund



Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz



Bundesministerium für Finanzen



Bundesministerium für Gesundheit



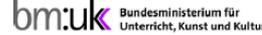
Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft



Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport



Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur



Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend



Bundesjugendvertretung



Bundesverband der Elternvereine



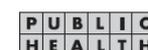
Oberösterreichische Gebietskrankenkasse



Österreichischer Gemeindebund



Österreichische Gesellschaft für Public Health



Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit



Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband



Österreichischer Städtebund



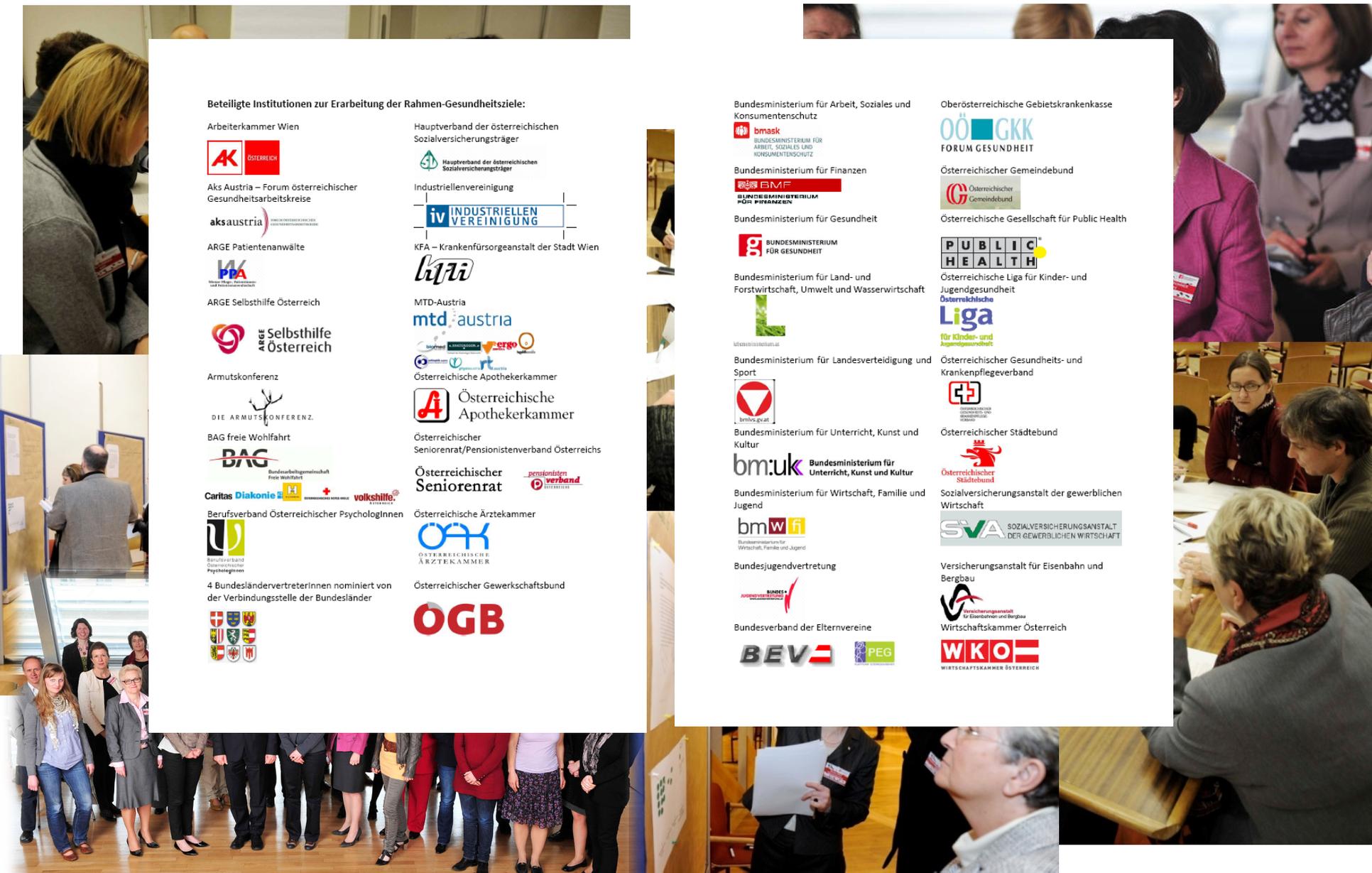
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft



Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau



Wirtschaftskammer Österreich



Phase 1



Säulen der Phase 1



**Bundes-
gesund-
heits-
konferenz**

Mai 2011



Website

www.gesundheitsziele-oesterreich.at



**Online-
Konsul-
tation**

~ 4300
Einträge



**Inter-
sektorales
Plenum**

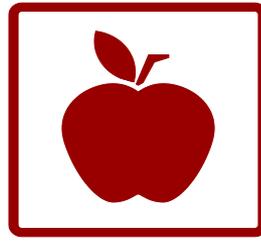
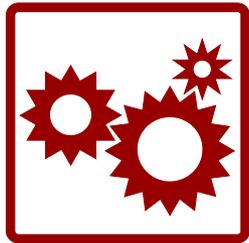
40
Institutionen

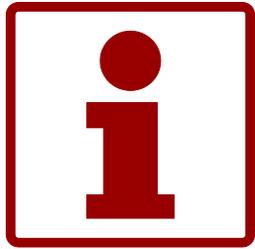


**Bundes-
gesund-
heits-
konferenz**

Mai 2012

Die 10 Rahmen-Gesundheitsziele

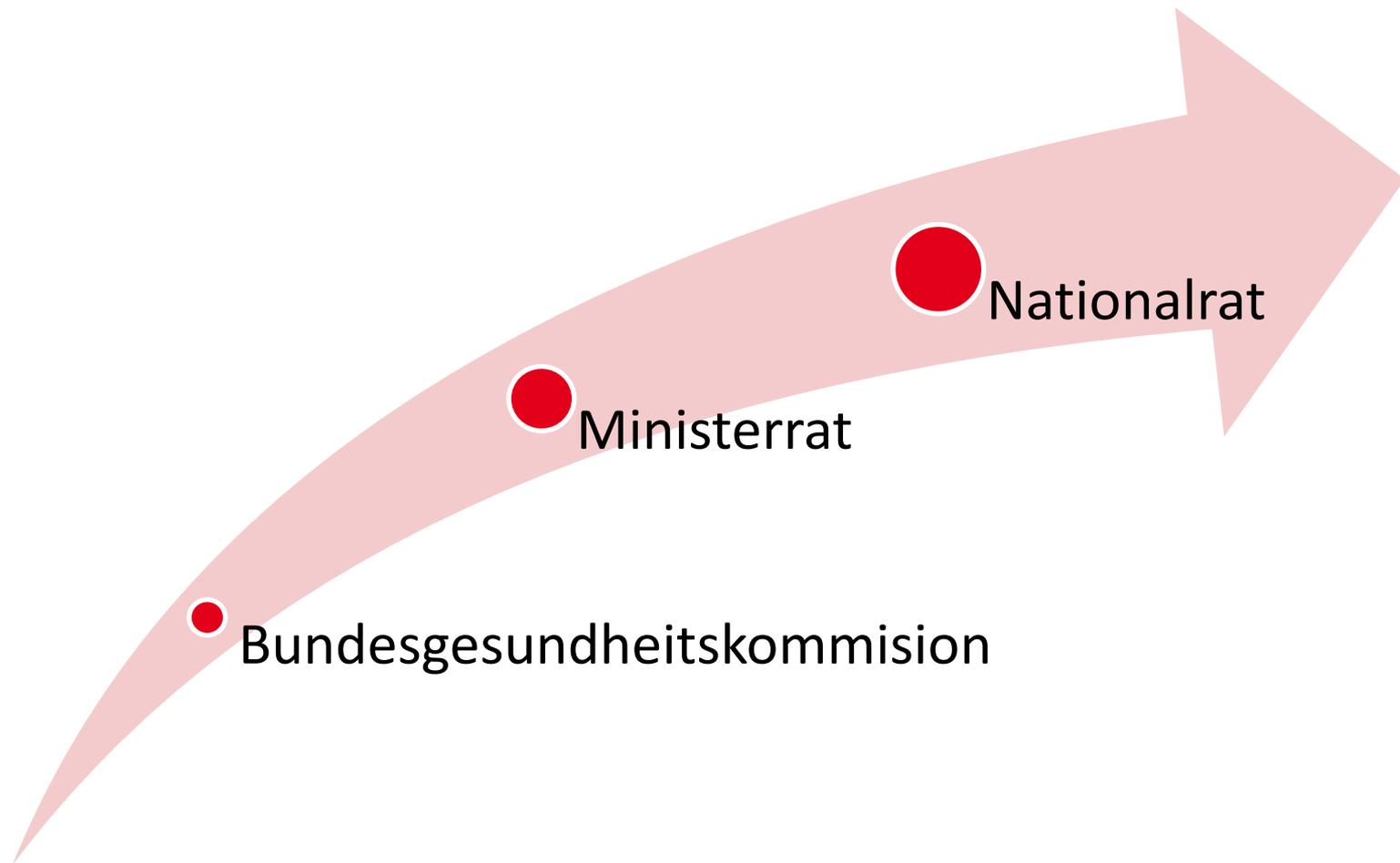




Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) ist ein wichtiger Eckpunkt zur Förderung der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit der Bevölkerung. Sie soll die Menschen dabei unterstützen, im Alltag eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, die ihre Gesundheit fördern. Dazu gilt es unter anderem, bei allen Bevölkerungsgruppen, insbesondere bei benachteiligten Gruppen, die persönlichen Kompetenzen und das Verantwortungsbewusstsein zu stärken, den Zugang zu verständlicher, unabhängiger und qualitätsgesicherter Information zu erleichtern sowie das Bewusstsein für Gesundheitsvorsorge zu fördern. Im Gesundheitssystem soll die Rolle der Patientinnen und Patienten bzw. Nutzer/innen und damit auf die Patientensouveränität gestärkt werden. Für die Menschen soll es auf einfache Weise möglich sein, sich im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem zurechtzufinden und die Rolle als verantwortliche Partner/innen im System wahrzunehmen.

Relevante Beschlüsse



Phase 2



Säulen der Phase 2



Ist-Analyse

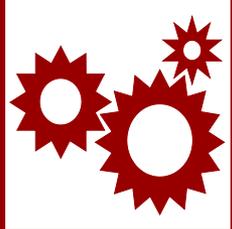


Festlegen
von
Indikatoren



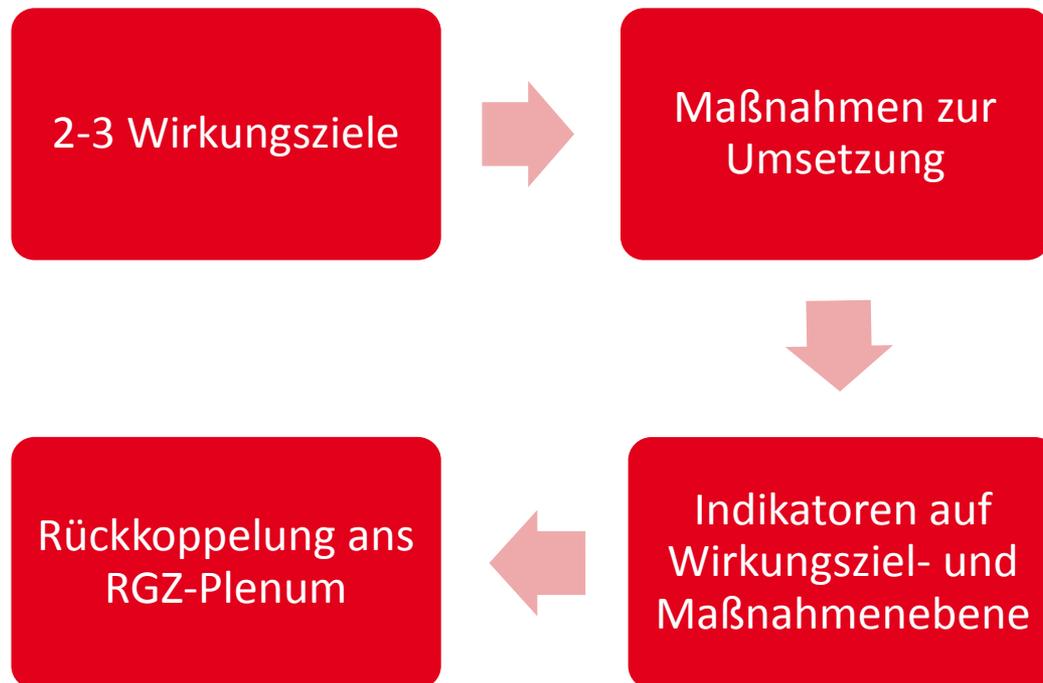
Arbeits-
gruppen

Priorisierung von Zielen und Einrichtung von Arbeitsgruppen

- 1** Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken (Ziel 3) 
- 2** Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen (Ziel 6) 
- 3** Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen (Ziel 1) 
- 4** Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen (Ziel 2) 

Arbeitsgruppen

- Intersektorale Leitung
- Teilnehmer/innen: im Plenum vertretene Institutionen und beratende Expertinnen/Experten



Rahmen-
Gesundheitsziele

**Strategie- und
Maßnahmenkonzept,
Schwerpunktsetzungen,
Indikatoren**

Umsetzung und begleitendes Monitoring

Phase 3





RAHMENGEUNDHEITSZIELE

FÜR ÖSTERREICH



Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich

R-GZ - ARBEITSGRUPPE GESUNDHEITSKOMPETENZ Mai – Oktober 2013

AG Gesundheitskompetenz



Leiterin:

Mag.ª Judith delle Grazie



Stellvertreterin:

Univ.Prof.ª Dr.ª Beate Wimmer-Puchinger



40 Teilnehmer/innen:

im Plenum vertretene Institutionen
und beratende
Expertinnen/Experten

Zeitplan AG Gesundheitskompetenz 2013

2. Mai	AG-GK WS 1	Konstituieren der AG, Identifizieren von Handlungsfeldern, Formulieren von Wirkungszielen
5. Juni	AG-GK WS 2	Formulieren von Wirkungszielen; Ist-Stand GK in Österreich; Priorisieren von Wirkungszielen; Bilden von Think Tanks zu priorisierten Wirkungszielen; Hinzuziehen von Expertinnen und Experten; Beginn Befüllen der Wirkungsziel-Vorlage
12.-13. August	AG-GK Sommerakademie	Arbeit in Think Tanks; Erarbeiten von (Starter-) Maßnahmen
17. September	AG-GK WS 3	Überprüfen und Konkretisieren der Maßnahmen inkl. Messgrößen und Indikatoren
10. Oktober	AG-GK WS 4	Finalisierungen, Feinschliff

Vom Rahmen-Gesundheitsziel zu Priorisierung & Startermaßnahmen



Wirkungsziele Gesundheitskompetenz



WZ 1

- Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen.

WZ 2

- Die persönliche Gesundheitskompetenz, unter besonderer Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen, stärken.

WZ 3

- Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor verankern.



RAHMENGEUNDHEITSZIELE

FÜR ÖSTERREICH

Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich

AG GESUNDHEITSKOMPETENZ SOMMERAKADEMIE, 12.-13. AUGUST 2013



3 Think Tanks



TT 1

- **Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen. (WZ 1)**
- Vorsitzender: Werner Bencic

TT 2

- **Die persönliche Gesundheitskompetenz, unter besonderer Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen, stärken. (WZ 2)**
- Vorsitzende/r: Jürgen Horschinegg, Ingrid Wallner

TT 3

- **Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor verankern. (WZ 3)**
- Vorsitzende: Beate Wimmer-Puchinger

Think Tank Hopping



- **Runde 1:**
 - TN entscheiden sich für einen TT
 - Maßnahmenentwicklung in den TTs anhand des Leitfadens für die Arbeit in Think Tanks
- **Runden 2 & 3:**
 - TN lernen die Ergebnisse der anderen Think Tanks kennen und bringen ihre Inputs ein
- **Runde 4:**
 - Rückkehr der TN in ihre TTs aus Runde 1
 - Finalisieren der TT Ergebnisse unter Berücksichtigung der eingebrachten Inputs
- **Präsentation der Ergebnisse im AG-Plenum**

Leitfaden zur Arbeit in den Think Tanks



Leitfaden zum Ablauf der Think Tanks

Sommerakademie R-GZAG Gesundheitskompetenz, 12.-13.8.2013

Ausstattung des Arbeitsraumes

- Mischstool
- Steward
- Mediationstafel
- Szenario
- Netzbook mit folgenden Daten:
 - o Liste mit bisher eingereichten Maßnahmen-Vorschlägen
 - o Text zu „Bündelungen/Neuaufstellungen“ (Subthemen nach Abstimmung im AG-Plenum am 12.8.)
 - o Wirkungszieldabelle
- Printdokumente:
 - o Leitfaden zum Ablauf der Think Tanks
 - o Liste mit bisher eingereichten Maßnahmen
 - o Analyse Gesundheitskompetenz
 - o Solid Facts Health Literacy (IHK)
 - o Langfassung Rahmen-Gesundheitsziele
 - o Open Access „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken (Wissenschaftlicher Beirat/Beirat, ÖGD)“
 - o Bundesbildungsungsvertrag „Bildung der Gesundheitskompetenz“
 - o Wirkungszieldabelle

12. August

1. Einstieg in den Think Tank

- Vorves auf die heute bereits diskutierten Themenstellungen - zu dem in diesem Think Tank behandelten Wirkungszield. (Vorfragen der Arbeit in den Think Tanks werden im AG-Plenum die Teilergebnisse der ÖGD und die dazu eingegangenen Rückmeldungen zu den „Bündelungen und Neuaufstellungen“ zu den einzelnen Wirkungszielden diskutiert. Wenn sind die Konzepte, um die in den Wirkungszielden geht und auf die die Maßnahmen abzielen sollen, bereits erörtert.)
- Fragen an die TeilnehmerInnen:
 - > Was ist für Sie der wichtigste Nebep?>
 - > Wie will Ihre Organisation aktiv werden?

2. Erarbeiten von Maßnahmen zum Erreichen des Wirkungsziels

Ausgehend von der Liste mit den bisher bereits eingereichten Maßnahmen-Vorschlägen soll bewirkt werden, welche Maßnahmen zum Erreichen des Wirkungsziels, die in diesem Think Tank behandelt sind, erörtert werden sollten. Die bisher eingereichten Maßnahmen-Vorschläge können dabei bestätigt, verändert, oder gestrichelt und um weitere ergänzt werden.

Wichtig zu beachten: Ziel ist es, ganz konkrete Maßnahmen zu erörtern, deren Umsetzung machbar ist. Nicht Ziel ist eine lange Wunschliste an Maßnahmen, zu deren Umsetzung es keinerlei Zusagen gibt.

Im Idealfall ist das Ergebnis des Think Tanks ein guter Mix von folgenden Maßnahmen-Typen:

- Aktuelle politische Zielgruppen
- Themen, wo es bereits gute Vorarbeiten gibt und die noch zusätzliche Schöpfung brauchen können
- Themen, wo es wichtig ist, erste Initiativen zu setzen, weil sie noch (kaum) ergriffen werden

3. Prüfen der Maßnahmen-Vorschläge auf ihre Eignung als Umsetzungs-Maßnahmen des Rahmen-Gesundheitsziele-Prozesses

Jeder Maßnahmen-Vorschlag ist folgendes zu klären:

- Bezieht sich der Teilnehmer/innen Konsens, dass die Maßnahme zur Erreichung des Wirkungsziels geeignet ist?
 - Ja Nein
- Gibt es eine Institution (oder mehrere Institutionen), die konkret bereit ist/sind, in der Umsetzung des Lead und der Finanzierung zu übernehmen?

Lead in der Maßnahmen-Realisation:

- Ja
- Lead gültig, erfolgt durch:
- Nein
- Lead nicht gültig, empfohlene Institution:

Finanzierung:

- Ja
- Finanzierung gültig, erfolgt folgendermaßen:
- Nein
- Finanzierung nicht gültig, Ideen zur Finanzierung:

- Wie ist der erwartete Outcome? (Im Sinne von: ersehnter Anteil der Bevölkerung und erwartete Gesundheitsverbesserung; die Bewertung soll sich auf Basis der bisherigen Erfahrungen erfolgen)
 - hoch mittel niedrig

Auf Basis der durchgeführten Prüfung werden 3 Arten von Maßnahmen unterschieden:

- 1. Hochbewertete Maßnahmen:**
 - Hochbewertete Maßnahmen sind jene, die als Maßnahmen innerhalb des Rahmen-Gesundheitsziele-Prozesses (potenziell) geeignet sind; mehrbündig; bedeutet, dass die ersten beiden unter Punkt 2 erfüllt sind; Fragen mit „Ja“ beantwortet sind und der erwartete Outcome hoch oder mittel eingeschätzt wird.
 - Diese Maßnahmen sind in der Wirkungszieldabelle **grün** zu hinterlegen.
- 2. Maßnahmen, über die Konsens besteht und deren erwarteter Outcome hoch oder mittel eingeschätzt wird, deren Umsetzung aber noch nicht konkret genug ist**
 - Die Umsetzung dieser Maßnahmen ist momentan noch nicht konkret genug. Dennoch sollen sie aber nicht verloren gehen, da Konsens darüber besteht, dass sie wichtig zur Erreichung des Wirkungsziels seien. Hier sind weitere Details nötig.
 - Diese Maßnahmen sind in der Wirkungszieldabelle **gelb** zu hinterlegen.
- 3. Maßnahmen, über die kein Konsens besteht und/oder deren erwarteter Outcome niedrig eingeschätzt wird:**
 - Diese Maßnahmen sind für den Rahmen-Gesundheitsziele-Prozess nicht geeignet und daher auch nicht in die Wirkungszieldabelle anzugeben.

4. Aus hochbewerteten Maßnahmen Starter-Maßnahmen auswählen

Ziel ist es, pro Wirkungszield mindestens eine Starter-Maßnahme zu definieren. Nach oben hin ist die Zahl der Starter-Maßnahmen nicht beschränkt. Starter-Maßnahmen sind aus den hochbewerteten Maßnahmen auszuwählen.

Starter-Maßnahmen sind in der Wirkungszieldabelle **blau** zu hinterlegen.

Starter-Maßnahmen erfüllen möglichst viele der folgenden Kriterien:

- es gibt politischen Support (Staats, Bundes, Länder, SV), es handelt sich um aktuelle politische **Dringlichkeiten**
- entsprechende Vorarbeiten liegen vor (Modell, guter Praxis etc.)
 - die Maßnahme ist noch stärker (als für ein Modell)
 - die Maßnahme ist schon bewiesen und umsetzbar, wurden bereits gemacht
- die Maßnahme verfügt über hohe Akzeptanz
 - o in der Zielgruppencommunity
 - o in der massenmedialen Öffentlichkeit
- mehr Erfolg sind wahrscheinl. (Lage, begünstigt, etc.)

5. Befüllen der Wirkungszieldabelle

In die Wirkungszieldabelle werden nun = erstein nicht bereits erfüllt = die konkreten Maßnahmen-Vorschläge des Think Tanks eingetragen. Hierbei sind 2 Arten von Maßnahmen zu unterscheiden = bitte hinterlegen Sie die Maßnahmen in den entsprechenden Farben:

- **Hochbewertete Maßnahmen**
- **Starter-Maßnahmen**
- **Maßnahmen, über die Konsens besteht und deren erwarteter Outcome hoch ist, deren Umsetzung aber noch nicht konkret genug ist**

Der **erwartete Outcome** (d.h. die Durchführung und Finanzierung) nach im Rahmen der Bundesbildung zu klären sind, ist in der Wirkungszieldabelle unter „Überlegungen zur Finanzierung“ der Vorkonkretisierung an die Bundesbildungsministerien) anzugeben und unter „Maßnahmenkoordinatoren“ eine Beauftragung zu befragen, wer das Lead übernehmen sollte.

6. Ergebnisse des Think Tanks in eine präsentierbare Form bringen

Am 12. August werden im Rahmen des Think Tank **publiziert** die Ergebnisse des Think Tanks der TeilnehmerInnen und Teilnehmer der beiden anderen Think Tanks und danach das AG-Plenum vorgestellt. Dazu sind sie bitte in eine gut präsentierbare Form zu bringen. Jeder/Alle soll die Wirkungszieldabelle fertig ausgefüllt mit den entsprechenden farblichen Markierungen eingereicht werden. Nach ihrer eigenen Einschätzung sollten Sie bitte zusätzlich auch noch andere geeignete Präsentationsformen.

13. August

7. Think Tank Hopping

Der/der Think Tank Vorstands bleibt mit einer weiteren Person aus dem Think Tank im Arbeitsraum.

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| Runde 1: | Runde 2: |
| TT 1 wechselt zu TT 2 | TT 2 wechselt zu TT 1 |
| TT 2 wechselt zu TT 1 | TT 1 wechselt zu TT 2 |
| TT 1 wechselt zu TT 1 | TT 2 wechselt zu TT 2 |

Runde 3:
Alle TeilnehmerInnen befragen sich wieder in ihren ursprünglichen Think Tanks. Die von den TeilnehmerInnen und Teilnehmer der anderen Think Tanks eingereichten Inputs werden diskutiert und - sofern sie auf positive Resonanz stößen - in die Ergebnisse des Think Tanks integriert.

8. Präsentation der Ergebnisse des Think Tanks im AG-Plenum

Der/der Think Tank Vorstands präsentiert die Ergebnisse des Think Tanks im AG-Plenum.



RAHMENGEUNDHEITSZIELE

FÜR ÖSTERREICH

Maßnahmen Preview

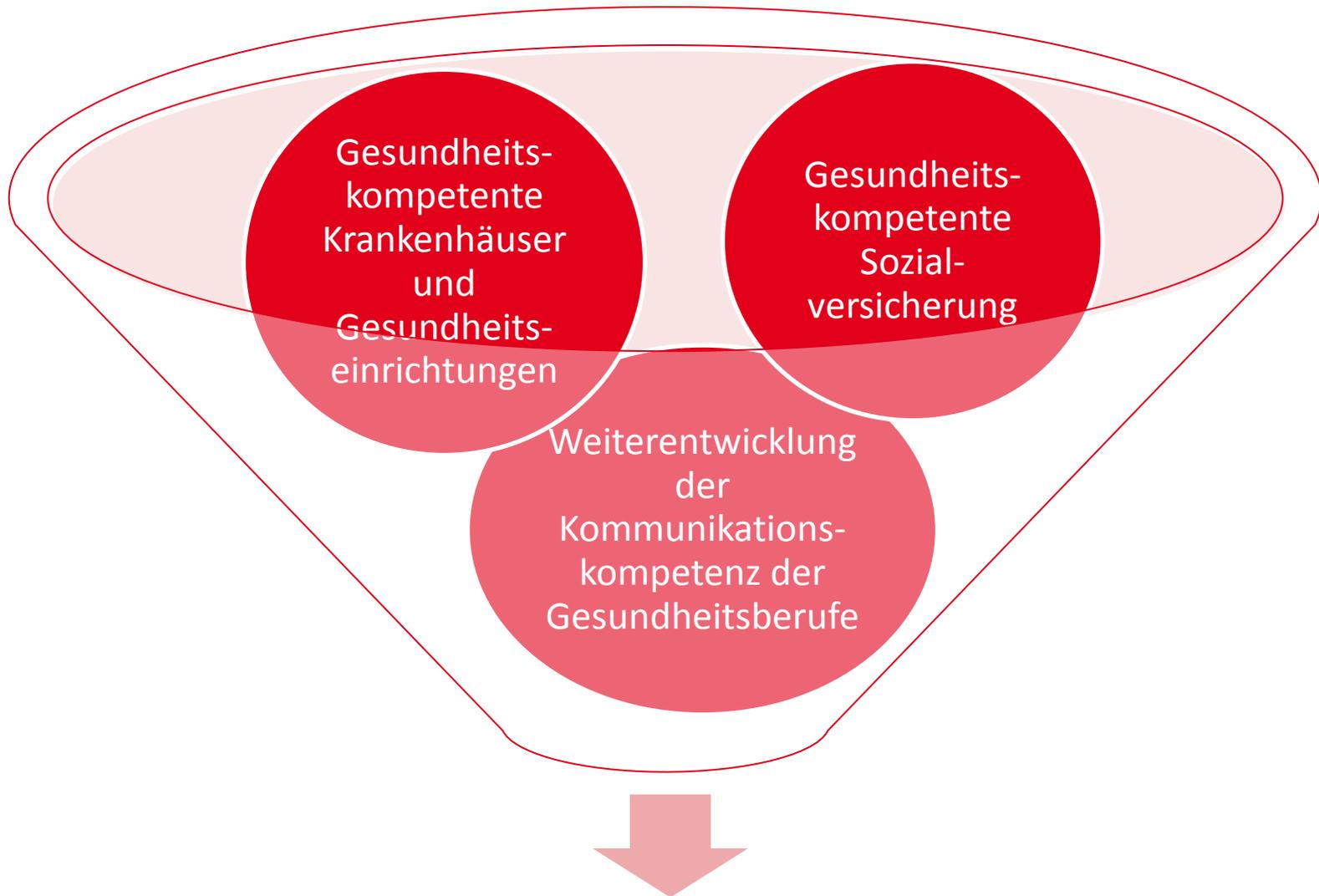
Bundeszielsteuerungsvertrag

Zielsteuerung Gesundheit

M A S S N A H M E N

- Prioritäre Maßnahmen entsprechend dem im Rahmen des R-GZ 3 zu erarbeitenden Umsetzungsprogramms bis Ende 2013 festlegen und schrittweise umsetzen
- Laufender Ausbau des Gesundheitsportals www.gesundheit.gv.at
- Health Literacy Kriterien bei Elga-Ausgestaltung sicherstellen
- Teilnahme an allfälligen EU-Health Literacy Surveys
- Konzipierung eines bundesweit einheitlichen Rahmens für ein telefon- und webbasiertes Erstkontakt- und Beratungsservice bis Ende 2014 und Implementierung (...) bis Ende 2015; Einrichtung von Pilotprojekten auf Landesebene
- Die in der BGK beschlossene Patientensicherheitsstrategie schrittweise umsetzen

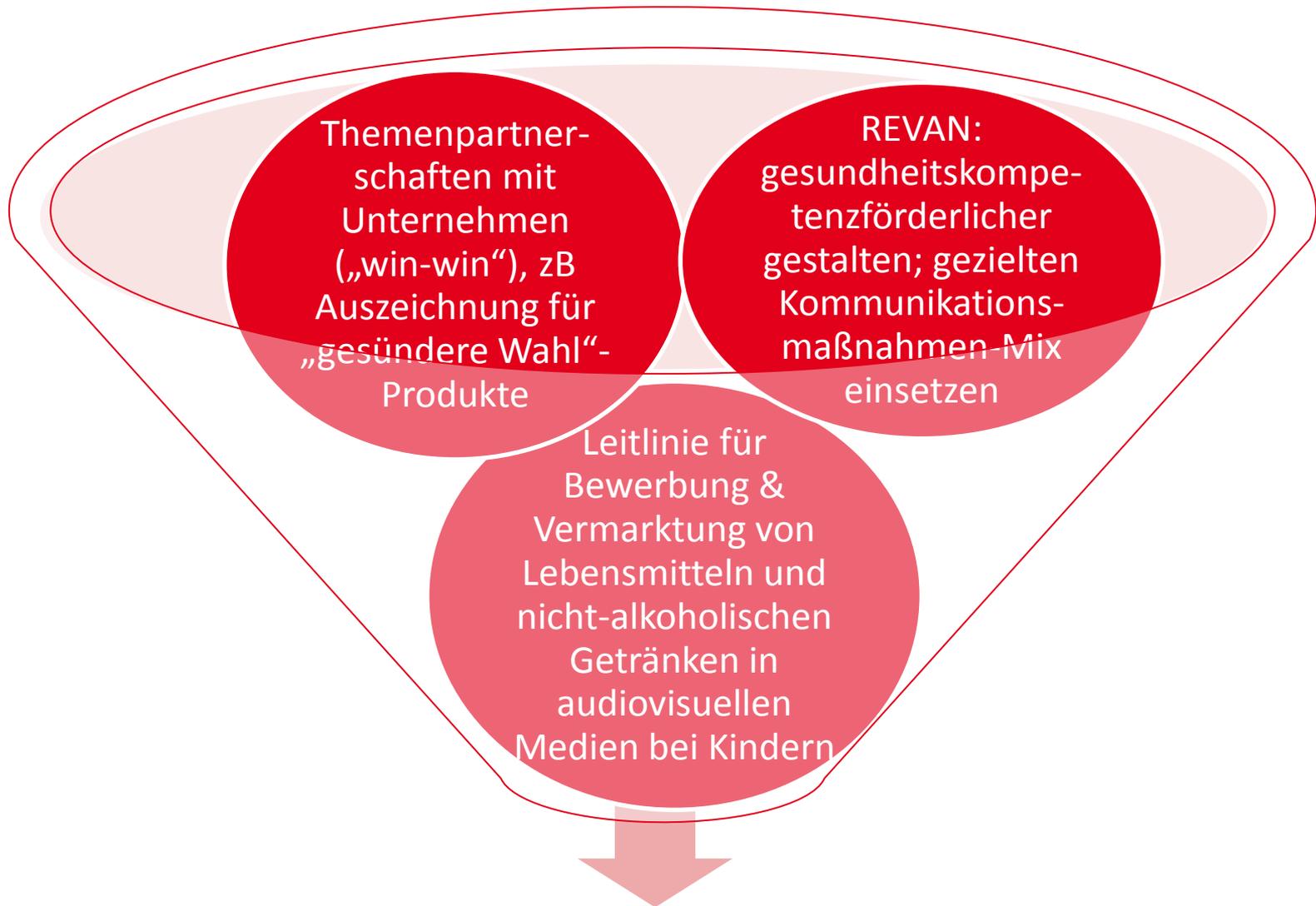




Das Gesundheitssystem unter Einbeziehung der Beteiligten und Betroffenen gesundheitskompetenter machen.



Die persönliche Gesundheitskompetenz, unter besonderer Berücksichtigung von vulnerablen Gruppen, stärken.



Gesundheitskompetenz im Dienstleistungs- und Produktionssektor verankern.

Einrichtung einer
Plattform
Gesundheits-
kompetenz

Teilnahme an
weiteren Health
Literacy Surveys

**Nachhaltige
Umsetzung aller
drei Wirkungsziele
zur Stärkung der
Gesundheits-
kompetenz**

We proudly present...





Rahmen-Gesundheitsziele

Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich
Langfassung

Vielen Dank!



Promotion de la santé et Internet : peut-on se fier au Dr Google?

L'autonomie, défi pour la promotion de la santé et la
prévention

15e Conférence nationale sur la promotion de la santé

Lausanne, Beaulieu, jeudi 30 janvier 2014

Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la Revue Médicale Suisse

Désenchantement

- Fin de la santé
- Fin d'une limite claire entre santé et médecine, entre prévention, promotion de la santé et soins

- 
- Le corps devient le système de donnée
 - Une réalité augmentée
 - La carte et le territoire
-
- Surtout : la médecine des soins s'hybride avec une médecine de la connaissance
 - Transformation de l'idée que nous nous faisons de nous-mêmes et de la maladie

EXTRAIT DU
Cours de médiologie générale

	ÉCRITURE (LOGOSPHERE)	IMPRIMERIE (GRAPHOSPHERE)	AUDIOVISUEL (VIDÉOSPHERE)
MILIEU STRATÉGIQUE (PROJECTION DE PUISSANCE)	LA TERRE	LA MER	L'ESPACE
IDÉAL DE GROUPE (ET DÉRIVE POLITIQUE)	L'UN (Cité, Empire, Royaume) absolutisme	TOUS (Nation, Peuple, État) nationalisme et totalitarisme	CHACUN (population, société, monde) Individualisme et anomie
FIGURE DU TEMPS (ET VECTEUR)	CERCLE (Éternel, répétition) Archéocentré	LIGNE (histoire, Progrès) Futurocentré	POINT (actualité, événement) Autocentré : culte du présent
ÂGE CANONIQUE	L'ANCIEN	L'ADULTE	LE JEUNE
PARADIGME D'ATTRACTION	MYTHOS (mystères, dogmes, épopées)	LOGOS (utopies, systèmes, programmes)	IMAGO (affects et fantasmes)
ORGANON SYMBOLIQUE	RELIGIONS (théologie)	SYSTÈMES (idéologies)	MODÈLES (iconologie)
CLASSE SPIRITUELLE (DÉTENTRICE DU SACRÉ SOCIAL)	ÉGLISE (prophètes et clercs) Sacro-saint : LE DOGME	INTELLIGENTSIA laïque (professeurs et docteurs) Sacro-saint : LA CONNAISSANCE	MÉDIAS (diffuseurs et producteurs) Sacro-saint : L'INFORMATION
RÉFÉRENCE LÉGITIME	LE DIVIN (il le faut, c'est sacré)	L'IDÉAL (il le faut, c'est vrai)	LE PERFORMANT (il le faut, ça marche)
MOTEUR D'OBÉDIENCE	LA FOI (fanatisme)	LA LOI (dogmatisme)	L'OPINION (relativisme)
MOYEN NORMAL D'INFLUENCE	LA PRÉDICATION	LA PUBLICATION	L'APPARITION
CONTRÔLE DES FLUX	ECCLÉSIASTIQUE, DIRECT (sur les émetteurs)	POLITIQUE, INDIRECT (sur les moyens d'émission)	ÉCONOMIQUE, INDIRECT (sur les messages)
STATUT DE L'INDIVIDU	SUJET (à commander)	CITOYEN (à convaincre)	CONSOUMMATEUR (à séduire)
MYTHE D'IDENTIFICATION	LE SAINT	LE HÉROS	LA STAR
DICTON D'AUTORITÉ PERSONNELLE	DIEU ME L'A DIT (vrai comme parole d'évangile)	JE L'AI LU DANS LE LIVRE (vrai comme un mot imprimé)	JE L'AI VU À LA TÉLÉ (vrai comme une image en direct)

EXTRAIT DE
Vie et mort de l'Image

L'IMAGERIE A POUR...	EN LOGOSPHERE (après l'écriture) RÉGIME IDOLE	EN GRAPHOSPHERE (après l'imprimerie) RÉGIME ART	EN VIDÉOSPHERE (après l'audiovisuel) RÉGIME VISUEL
PRINCIPE D'EFFICACITÉ (OU RAPPORT À L'ÊTRE)	PRÉSENCE (transcendante) L'image est voyante	REPRÉSENTATION (illusoire) L'image est vue	SIMULATION (numérique) L'image est visionnée
MODALITÉ D'EXISTENCE	VIVANTE L'image est un être	PHYSIQUE L'image est une chose	VIRTUELLE L'image est une perception
RÉFÉRENT CRUCIAL (SOURCE D'AUTORITÉ)	LE SURNATUREL (Dieu)	LE RÉEL (La nature)	LE PERFORMANT (La machine)
SOURCE DE LUMIÈRE	SPIRITUELLE (du dedans)	SOLAIRE (du dehors)	ÉLECTRIQUE (du dedans)
BUT ET ATTENTE DE...	PROTECTION (et salut) L'image capture	DÉLECTATION (et prestige) L'image captive	INFORMATION (et jeu) L'image est captée
CONTEXTE HISTORIQUE	de la MAGIE au RELIGIEUX (Temps cyclique)	du RELIGIEUX à l'HISTORIQUE (Temps linéaire)	de l'HISTORIQUE au TECHNIQUE (Temps ponctuel)
DÉONTOLOGIE	EXTÉRIEURE (direction théologico- politique)	INTERNE (administration autonome)	AMBIANTE (gestion techno-économique)
IDÉAL ET NORME DE TRAVAIL	JE CÉLÈBRE (une force) d'après l'Écriture (canon)	JE CRÉE (une œuvre) d'après l'Antique (modèle)	JE PRODUIS (un événement) d'après Moi (mode)
HORIZON TEMPOREL (ET SUPPORT)	L'ÉTERNITÉ (répétition) dur (pierre et bois)	L'IMMORTALITÉ (tradition) souple (toile)	L'ACTUALITÉ (innovation) immatériel (écran)
MODE D'ATTRIBUTION	COLLECTIVE = ANONYMAT (Du sorcier à l'artisan)	PERSONNELLE = SIGNATURE (De l'artiste au génie)	SPECTACULAIRE = Griffes, Logo, marque (De l'entrepreneur à l'entreprise)
FABRICANTS ORGANISÉS EN...	CLÉRICATURE → CORPORATION	ACADÉMIE → ÉCOLE	RÉSEAU → PROFESSION
OBJET DU CULTE	LE SAINT (Je vous sauvegarde)	LE BEAU (Je vous plais)	LE NOUVEAU (Je vous surprends)
INSTANCE DE GOUVERNEMENT	1) CURIALE = l'Empereur 2) ECCLÉSIASTIQUE = Monastères et cathédrales 3) SEIGNEURIALE = le Palais	1) MONARCHIQUE = ACADÉMIE 1500-1750 2) BOURGEOISE = SALON + CRITIQUE + GALERIE → 1968	MÉDIA/MUSÉE/MARCHÉ (arts plastiques) PUBLICITÉ (audiovisuel)
CONTINENT D'ORIGINE ET VILLE-PONT	ASIE-BYZANCE (entre Antiquité et chrétienté)	EUROPE-FLORENCE (entre chrétienté et modernité)	AMÉRIQUE-NEW YORK (entre moderne et post- moderne)
MODE D'ACCUMULATION	PUBLIQUE : le Trésor	PARTICULIER : la Collection	PRIVÉ/PUBLIC : la Reproduction

- 
- La médecine récente comme mouvement de sortie du paternalisme
 - Autonomie –consentement éclairé (fin des années 80)
 - Empowerment (1995-2000) : réaction à l'efficacité de la médecine, renforcement du pouvoir des individus
 - Health literacy : la médecine devient trop complexe pour se passer d'une collaboration avec les patients. L'autonomie n'est plus considérée comme un a priori, mais aussi comme un but.
 - La médecine doit avoir le souci des conditions de l'autonomie
 - S'intéresse aux capacités qui font des individus des êtres capables de devenir pleinement eux-mêmes.



Eight in 10 online health inquiries start at a search engine

Looking more broadly at the online landscape, 72% of internet users say they looked online for health information of one kind or another within the past year. This includes searches related to serious conditions, general information searches, and searches for minor health problems. For brevity's sake, we will refer to this group as "online health seekers."

When asked to think about the last time they hunted for health or medical information, 77% of online health seekers say they began at a search engine such as Google, Bing, or Yahoo. Another 13% say they began at a site that specializes in health information, like WebMD. Just 2% say they started their research at a more general site like Wikipedia and an additional 1% say they started at a social network site like Facebook.

Web Images Maps Shopping More ▾ Search tools

About 768,000 results (0.26 seconds)

[Comment arrêter de fumer - Doctissimo](#)

www.doctissimo.fr/.../comment-arreter-de-fumer.htm ▾ Translate this page

Dec 8, 2010 - **Arrêter de fumer** n'est pas chose facile, c'est une évidence ! Pour savoir quelle méthode vous permettra le plus facilement de relever ce défi, ...

[Arrêter de fumer, quelle ... - J'arrête de fumer - Tabac : je veux arrêter seul\(e\)](#)

[Comment arrêter de fumer et gérer son stress. Dépendance à la ...](#)

www.jarrete.qc.ca/fr/fiches/stress.html ▾ Translate this page

La nicotine rend les gens non seulement très rapidement dépendants mais elle crée aussi une multitude de réactions dans le corps, comme la sensation de ...

[25 moyens d'arrêter de fumer la cigarette | Cesser de fumer | Ma ...](#)

www.plaisirssante.ca › Ma santé › Cesser de fumer ▾ Translate this page

Voici 25 moyens d'**arrêter de fumer** la cigarette, des moyens d'arrêter pour de bon, ...

Comment une habitude peut-elle valoir de s'exposer à tant de risques?

[Comment arrêter de fumer? | Tabacstop](#)

www.tabacstop.be/fumeurs/comment-arreter-de-fumer ▾ Translate this page

La plupart des **fumeurs** arrêtent sans aide. Avez-vous déjà essayé mais sans succès? Ne vous en faites pas! De chaque tentative, vous pouvez tirer des ...

[Comment s'y prendre pour cesser de fumer : L'Association Pulmonaire](#)

www.poumon.ca › ... › Tabagisme › Cesser de fumer ▾ Translate this page

Oct 1, 2012 - Explique **comment** s'y prendre pour écraser. Décrit les moyens ont fait leurs preuves, dans l'abandon du tabagisme. Avec des liens utiles aux ...

[Les astuces pour arrêter de fumer - Santé-Médecine](#)

sante-medecine.commentcamarche.net/.../143-les-astu... ▾ Translate this page

Prévenir ses amis et sa famille et demandez leurs d'éviter de fumer en votre présence. ... **Comment** faire pour **arreter de fumer** · Conseil pour **arreter de fumer** ...

[Comment arrêter de fumer ? \[Résolu\] - Santé-Médecine](#)

sante-medecine.commentcamarche.net/.../affich-1487... ▾ Translate this page

- 
- Hypochondrie ? Mais il s'agit d'une étape
 - Le problème du « tous malades » : apprendre à mettre des limites ...
 - Informations fausses, biaisées, soumises à des intérêts industriels, économiques, idéologiques ...
 - Mais la population commence à apprendre à apprendre



le sucre est-il mauvais pour la santé ?



webmaster@medhyg.ch ▾

Web

Images

Maps

Shopping

More ▾

Search tools



About 2,040,000 results (0.48 seconds)

[Le sucre est-il \(si\) mauvais pour la santé ? - Aujourd'hui.com](#)

[nutrition.aujourd'hui.com/...sucre/sucre-sante.asp](#) ▾ [Translate this page](#)

Jul 26, 2012 - Caries, obésité, diabète... **Le sucre est** accusé de tous les maux. Et pourtant, pas question de l'éliminer de notre alimentation quotidienne, car ...

[Sucre - Le sucre, ami ou ennemi ? - Doctissimo](#)

[www.doctissimo.fr/html/nutrition/aliments/sucre.htm](#) ▾ [Translate this page](#)

Dec 18, 2013 - **Le sucre roux est** plus vitaminé que **le sucre blanc** ... Faut-il déclarer la guerre au **sucre** ? ... Certains sont-ils dangereux **pour la santé** ?

[Pourquoi le sucre est aussi mauvais pour votre peau que pour votre ...](#)

[quebec.huffingtonpost.ca/.../pourquoi-le-sucre-est-aus...](#) ▾ [Translate this page](#)

Oct 11, 2013 - Nous savons tous que **le sucre est mauvais pour** le tour de taille, mais que ... Le yogourt peut être un aliment **santé**, à condition qu'il soit nature, ...

[L'abus de sucre est aussi mauvais pour la santé que l'alcool - Le P...](#)

[www.lepoint.fr > Les invités du Point](#) ▾ [Translate this page](#)

Mar 14, 2012 - L'abus de **sucre est aussi mauvais pour la santé** que l'alcool ! ... Il serait aussi utile d'offrir au consommateur une information plus claire sur la ...

[Le sucre, un poison | Sans sucre](#)

[sanssucre.org/le-sucre-un-poison](#) ▾ [Translate this page](#)

Dire que **le sucre est mauvais pour la santé est** facile mais inutile, car tout est potentiellement dangereux **pour la santé**. Il est pourtant facile en quelques.

[Le sucre est-il mauvais pour la santé des enfants ? - Nutri - Ma famille](#)

[www.cafedesmamans.com > Ma famille > Nutri](#) ▾ [Translate this page](#)

May 28, 2013 - Dire que **le sucre est mauvais pour la santé est** facile, car consommé

Topics: immunisation, tanya plibersek, vaccination

Dr Google leading many astray on vaccination: Minister

APN Newsdesk | 27th May 2013 12:31 PM

Comments (25) »



Iain Curry

AUSTRALIA'S health minister has condemned the amount of misinformation around vaccination, including so-called links between autism and immunisation.

STORY TOOLS



Twee

f Like 0

Use this content

RELATED ITEMS

- » Her daughter died, now anti-vaccination crowd attacks her
- » Vaccination refusal: like putting a child on a freeway

LOCAL PARTNERS

ADVERTISE WITH US

Take your business message to online readers.

ADVERTISEMENT



New! Europe Cruising 2015

Save up to
\$6,400
per couple*

FLY FREE*
BOOK NOW

*Conditions apply.



[Web](#)[Images](#)[Maps](#)[Shopping](#)[Discussions](#)[More ▾](#)[Search tools](#)

About 1,290,000 results (0.25 seconds)

[Comment se suicider sans souffrir? - Santé-Médecine](#)

[sante-medecine.commentcamarche.net/.../affich-1385...](#) ▾ [Translate this page](#)

Aug 6, 2013 - 20 posts - 10 authors

Meilleure réponse: Tu commets une grave erreur. Pourquoi vouloir abandonner? plusieurs aides sont possibles, pourquoi ne pas sortir de cet ...

[Comment se suicider sans douleur ?](#)

21 posts 11 Jan 2014

[Comment se suicider rapidement et sans douleur \[Résolu\]](#)

7 posts 23 Sep 2013

[Moyen de me suicider rapidement sans douleur](#)

12 posts 27 Dec 2012

[Se suicider rapidement. \[Résolu\]](#)

11 posts 6 Oct 2012

[More results from sante-medecine.commentcamarche.net](#)

[Mode de suicide - Wikipédia](#)

[fr.wikipedia.org/wiki/Mode_de_suicide](#) ▾ [Translate this page](#)

Vous pouvez partager vos connaissances en l'améliorant ([comment ?](#)) ... Le **suicide** par noyade est l'acte de **se** submerger indirectement dans l'eau ou dans un ...

[Suicide: 10 idées fausses | Psychologies.com](#)

[www.psychologies.com/.../Suicide/.../Comment...suici...](#) ▾ [Translate this page](#)

Se suicider, « c'est faire preuve de lâcheté », « c'est héréditaire », « c'est souffrir ...
Articles et Dossiers · **Comment** prévenir le suicide; Suicide: 10 idées fausses.

[Comment se suicider proprement ? - BoringDay](#)

[www.boringday.fr/comment-se-suicider-proprement/](#) ▾ [Translate this page](#)

Feb 26, 2012 - Aujourd'hui est donc un grand jour puisque j'ai rédigé pour toi une belle liste des différentes manières de **se suicider**. Tu vas enfin pouvoir faire ...

[Comment se suicider sans douleur ? - Yahoo Questions/Réponses](#)

[fr.answers.yahoo.com/question/index?qid...](#) ▾ [Translate this page](#)

Apr 9, 2013 - Bonsoir je voudrais me **suicider** sans douleur car j'ai des problèmes en ce moment de copine et de boulot et j'aimerais avoir des technique ...

[comment se suicider sans courage - Dépression, déprime, stress ...](#)

[forum.doctissimo.fr > ... > Dépression, déprime, stress](#) ▾ [Translate this page](#)

Jul 31, 2011 - 23 posts - 10 authors

- 
- Le problème de la domination absolue de Google
 - Prime aux grands sites commerciaux
 - Les labels (type HON) peu utiles et peu suivis

 - Quasi invisibilité des petits sites de bonne qualité
 - Et des sites romands ou alémaniques



Mon compte Qui sommes-nous? Nos partenaires

Rechercher dans tout le site

HOME

MAG SANTÉ EN SAVOIR PLUS

QUE FAIRE SI ... ? AIDE À LA DÉCISION

MALADIES COMPRENDRE L'ESSENTIEL

FORUM



Les enfants «ressort» Déficit d'attention et hyperactivité.

Cinq toxiques à long terme Les perturbateurs endocriniens inquiètent.

Des fibres contre le diabète L'enjeu de la flore intestinale.

Repères anti-boulochage Un stop inconscient et en couleur.

INSCRIPTION À LA NEWSLETTER Adresse email

SUIVEZ-NOUS SUR Facebook Twitter RSS

AGENDA

- 5 JUIN Magazine santé 13:35 France 5 Télévision / Radio
5 JUIN Allo Docteur 14:35 France 5 Télévision / Radio
5 JUIN Le vernis à ongle 20:10 ABE Télévision / Radio
5 JUIN Erreurs médicales 20:35 Enquête de santé Télévision / Radio

QUE FAIRE SI...?

MALADIES

MAG SANTÉ: PARTENAIRES

J'ai un grain de beauté / une tache qui m'inquiète

Vertiges

Soins à l'étranger: prudence et bon sens



	Sujet	Dern. page	Auteur du sujet	Nombre de Rép. Lues		Date du dernier message
	A lire avant de poster [modération et Animation]		Modératrice5	0	769	29-03-2013 à 18:13 Modératrice5
	Je veux maigrir absolument.		moi1802	2	20	14-01-2014 à 20:06 moi1802
	Début régime 2 janvier 2014	7	kynnies2011	304	2169	14-01-2014 à 19:40 mei-milisa
	Vélo elliptique et magic leg		melillou	1	37	14-01-2014 à 19:36 melillou
	Programme sportif minceur	9	LilyEllen78	443	4912	14-01-2014 à 18:25 natago
	J'ai perdu 19 Kg en 2 mois et demi	2	karen4914	67	1421	14-01-2014 à 16:20 edwigebru76
	Perte de poids en groupe ! :)	14	celtic-fairy	682	6537	14-01-2014 à 16:13 jcroquelavie
	1 janvier 2013 début régime qui veut me suivre?	30	laetitia710	1457	19563	14-01-2014 à 14:48 natago
	On se suit sur CoachClub ?	28	Akimichi	1357	19219	14-01-2014 à 10:22 carola
	[Débutant] Comment bien maigrir ?		elensar-geek	4	143	14-01-2014 à 00:51 claulol
	Ventre gonflé et poignées d'amour		Lolipop44	5	119	13-01-2014 à 23:14 Lolipop44
	23kg a perdre ...qui me suis	4	ineshugo	195	2540	13-01-2014 à 22:13 carola
	Christmas Challenge=) 9 semaines !!!	9	appealsecret	400	4700	13-01-2014 à 22:06 carola
	Perdre 30kg : Mon programme est-il raisonnable?		RoseObscure	14	338	13-01-2014 à 20:13 KevinPhilippe
	Veut affiner cuisses avec des exos mais peur d'augmenter la masse musculaire		DSBEA	1	32	13-01-2014 à 19:49 KevinPhilippe



La chaîne Forme de Doctissimo
10 minutes de sport par jour

Mon stretching avant de dormir

Intérieur des cuisses

[Toutes les vidéos Forme](#)

Test & Quiz

- >
- >
- >
- >
- >

[Tests Forme >](#)

Blog Bien-être

Le vélo en ville : une solution pour l'environnement, mais un risque pour la santé



Le cyclisme dans les villes fortement embouteillées s'avère réellement...

Doctissimo.ch

un article

un médicament

- Santé
- Médicaments
- Grossesse / bébé
- Psychologie
- Famille
- Nutrition
- Beauté
- Mode
- Forme
- Sexualité
- Recettes
- Vidéos
- Test - Quiz

- Accidents domestiques
- Arrêter de fumer
- Chirurgie esthétique
- Contraception
- Diabète
- Dépression
- Grossesse mois par mois
- Maquillage
- Minceur
- Médecines douces
- Programmes minceur
- Santé dans l'assiette
- Santé dentaire
- Soins de bébé
- Sommeil
- Thalasso
- Troubles de l'érection

Forums

Rechercher

un article

OK

un médicament

OK

Votre santé

- Votre fiche santé
- Affaire Mediator
- Prothèses PIP
- Grippe
- Encyclopédie médicale
- Atlas du corps humain
- Dictionnaire médical
- Principales maladies

Sélectionnez

- Dossiers santé

Sélectionnez

Grossesse

- Dico de la grossesse
- Enceinte
- Grossesse mois

La recherche se mobilise contre le cancer du sein



Les news de Doctissimo

- Un AVC toutes les 4 minutes en France
- Un verre chaque jour et la mémoire flanche
- Doctissimo lance une appli grossesse pour iPhone
- Trop de caféine dans les boissons énergisantes ?
- Katy Perry incarne la nouvelle identité GHD

Malocclusion dentaire

Attention au meulage sélectif



Un mauvais positionnement des dents du bas et du haut, source de douleurs diverses, peut être traité par un meulage. Une pratique irréversible.

[Lire notre article](#)

Psychologie de l'enfant

Comment réagir quand votre enfant ment ?



Comment savoir quels sont les silences normaux et ceux qui cachent une difficulté ? Quand s'inquiéter quand mon enfant ment ?

[Lire notre article](#)

Maquillage

Mascaras : ouvrez l'oeil !



Le regard est au coeur de notre beauté. Le mascara est ainsi le produit de make-up fétiche de notre vanity. Alors, ouvrez l'oeil

Publicité



Big Data (et médecine personnalisée)

- Récolter et stocker les données médicales des patients
- Les croiser entre elles et en sortir de la signification (data mining)
- Mais aussi, au-delà, les lier à une large palette d'offres commerciales : de soins, de produits, d'informations, de conseils, de médicaments, de mesures préventives, de cliniques et de médecins
- Mélange promotion de la santé et business

- Patients toujours plus transparents et entreprises toujours plus opaques (l'envers du souhaitable)

Web 2.0

- Web 2.0 : rien à voir avec l'ambiance des projets de l'Etat ou de la vieille économie
- Positif : une démarche communautaire. Une rencontre de gens aux intérêts similaires. Discussions. Temps passé ensemble. Echange de savoir, de vécu et de solutions pratiques
- Négatif : le Big data utilise des principes du Web 2.0 pour court-circuiter le rôle de l'Etat et de la communauté médicale. En réalité, le Web 2.0 sert de cheval de Troie aux grandes entreprises du Net pour pénétrer au cœur de l'organisation sociale et l'adapter à leur vision

Want to Join?
PatientsLikeMe is only open to current members as we upgrade the website. Want us to email you when the doors reopen? [Learn more.](#)



Find Patients Just Like You >>

"I wish [this site] was around years ago as I lost so much time and money doing what didn't work."
—PatientsLikeMe member

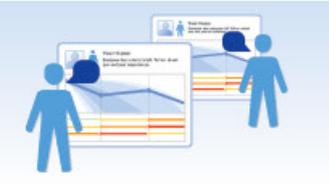
Want to know more about PatientsLikeMe?
Learn all [about us](#). Ask us anything. Why do we embrace [openness](#), and what about your [privacy](#)? How do we [make money](#) and who are...



Share your health profile >>
Answer simple questions to create a shared health profile to see how you're doing over time.



Find patients like you >>
Search by gender, age, treatments, symptoms, and time since diagnosis to easily connect with patients like you.



Learn from others >>
Learn from real-world treatment and symptom reports, forum discussions, health profiles, one-on-one conversations and more.

CONDITIONS AT PATIENTSLIKEME

Cancer
[Breast, Lung, Liver...](#)

Developmental and Chromosomal
[Tay-Sachs, Autism Spectrum, Down Syndrome](#)

Digestive and Intestinal
[Crohn's Disease, IBS...](#)

Endocrine
[Diabetes: Type I, Type II, Thyroid Disease...](#)

Eye, Ear, Nose and Throat
[Hearing Loss, Glaucoma, TMJ...](#)

Heart, Blood and Circulatory
[Heart Disease, Anemia, Raynaud's Syndrome...](#)

Immune, Inflammatory and Infections
[Rheumatoid Arthritis, Lupus, HIV, Lyme Disease...](#)

Kidneys and Urinary

Liver, Pancreas and Gallbladder
[Hepatitis, Liver Impairment...](#)

Lungs and Respiratory
[Asthma, COPD, Cystic Fibrosis...](#)

Men's Health
[Infertility, Erectile Dysfunction...](#)

Mental Health and Behavior
[Depression, Bipolar I, Bipolar II, Social Anxiety...](#)

Metabolism and Nutrition
[Hypercholesterolemia, Hemochromatosis...](#)

Muscle, Bone and Joint
[Fibromyalgia, OA, Osteoporosis, Muscular Dystrophy](#)

Neurological and Brain
[ALS, MS, PD, Epilepsy, RLS, CFS...](#)

Skin, Hair and Nails

- ▼ What's New
 - Tommy Maker's Journal
- ▼ Charts
 - Tommy Maker's Charts
- ▼ About
 - Tommy Maker's Summary



ALS: 4 yrs

Tommy Maker
 Male, 50 years
 London, United Kingdom

Primary Condition: [ALS](#)
First symptom: Dec 2007 • **Diagnosis:** Jun 2009
Interests: [Advocacy](#), [Parenting](#) and 2 more ▾

See more

Display charts from

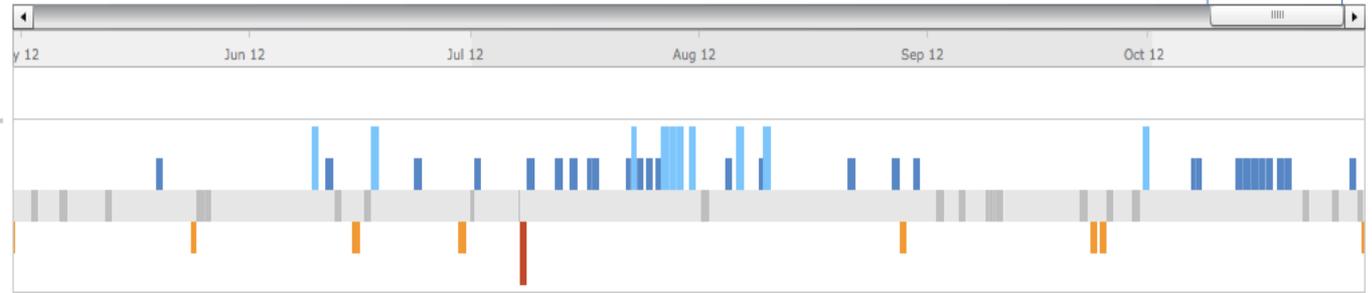
PLM 1 mo 6 mo

1 yr 2 yr All

Apr 29, 2012 Oct 29, 2012

InstantMe

- Very Good
- Good
- Neutral
- Bad
- Very Bad



InstantMe History

Showing 72 InstantMe entries, from Apr 29, 2012 to Oct 29, 2012

Date/Time	Status	Why?
Jul 1, 2012 10:42 AM	Good	Coffer shot first, super shot, so feel good and ready for the day.
Jun 30, 2012 9:53 PM	Neutral	Slow and lethargic, my top speed!!
Jun 29, 2012 8:26 AM	Bad	Work and walking are soon to be things of the past. Even the simplest things have become a cause for anxiety. I have friends and family around me all the time
Jun 23, 2012 7:12 AM	Good	Out with friends after trip into work. Steps everywhere but plenty of people to lift me in and out. Used the taxi takes electrical wheelchairs for the first time.
Jun 17, 2012 1:11 PM	Very Good	Fathers Day UK. All the family here and we intend to have a nice day doing nothing. Given the unseasonal weather, a roast dinner, seems perfect. I think that
Jun 16, 2012 3:56 PM	Neutral	Bloomsday. Three years, to the day, since I was diagnosed. 36 months since the day I was told I had 14 months to live. Feeling lucky? I'm glad I'm still here, but
Jun 14, 2012 10:56 PM	Bad	Now for something completely different. Ireland knocked out of the European Championships already. Its almost a relief to have something other than MND/ALS
Jun 12, 2012 12:57 PM	Neutral	My days are dominated at present by a stream of social workers and care assistants who are assessing my day-to-day needs, in order to draw up a care plan.
Jun 11, 2012 8:51 AM	Good	Made it safely home having faced and overcome more challenges than we expected. Rain is bucketing down and is extracted to do so all week!
Jun 9, 2012 9:45 AM	Very Good	Heading down to Exeter to collect my daughter from University. I can no longer drive but going along for the ride. The house will be full again so lots of scraping



Smart Patients is an online community where cancer patients and caregivers learn from each other about treatments, clinical trials, the latest science, and how it all fits into the context of their experience.

Use our **built-in clinical trial search engine** to find relevant trials and discuss them with the community.

Get **help and advice** from patients who have your same cancer and similar complications or treatments.

Patients with cancer often become extraordinarily knowledgeable and **get better care** by learning from each other. **You can, too.**

Join the conversation

Request an invitation to join Smart Patients. We will never share your email.

If you're not a patient or caregiver, [click here](#).

What Smart Patients Are Saying

"Being in the Smart Patients community has been transformative for me – it's one thing to

"There are some smart doctors and medical researchers around and there are even more

"A friend has multiple myeloma. She takes thalidomide and has had two autologous

Mobile Health

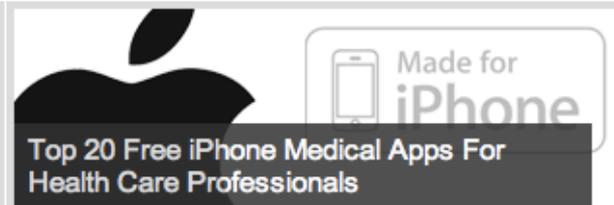




Top 10 free iPad Medical Apps



The most innovative Medical Apps of 2012



Top 20 Free iPhone Medical Apps For Health Care Professionals

Join iMedicalApps!

Subscribe to receive customized content and product giveaways

It's easy. Click here.

Visit our **mHealth** page



Advertisement

iMedicalApps' focus on what's happening in the world of mobile health.

www.imedicalapps.com/mhealth



All

iPhone

Android

iPad

Blackberry

Forums

Videos

Top Apps

About

Contact

search

by **App Type**

by **Medical Specialty**

Visit our **mHealth** page

New!

Epocrates Cardio Tool asks a lot of the user without giving enough in return

2 hours ago by **Satish Misra, MD**

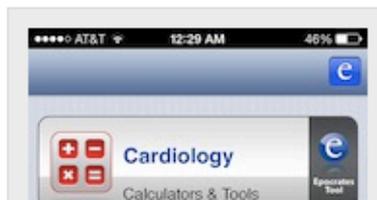
App Review



Tweet 12

Like 3

0



From the estimation of 10-year cardiovascular disease risk to the calculation on echo of a shunt fraction, cardiology is a field riddled with formulas and scoring tables.

Come see the **iMedicalApps** Forum page

www.imedicalapps.com/forum

Quantified Self

- Mouvement créé en 2008 par Gary Wolf et Kevin Kelly de San Francisco
- Rassembler et de partager tout ce qui concerne la capture, l'analyse et la collaboration autour des données personnelles
- Créer une communauté (et une émulation)



MEETUPS • FOLLOW: • ABOUT

What We Are Reading

Posted on September 10, 2012 by Alexandra Carmichael

Here is some fun and provocative Monday morning reading for you, from Gary, Alex, and Ernesto. Enjoy!

[From 0 to 100 Years in 150 Seconds](#)

An Amsterdam filmmaker collected tiny video clips of 100 people on the street from ages 0 to 100. It's like witnessing a startling progression of human life, and motivates me (Alex) to work on solving aging!

[Empowerment Through Numbers: Biomedicalization and The Quantified Self](#)

In this interesting post from the Cyborgology blog, sociologist Whitney Erin Boesel describes some important ambiguities in the Quantified Self movement. How empowering is it, really? Whitney will be at the conference and invites comment and discussion.

[Addiction by Design: Machine Gambling in Las Vegas](#)

This amazing book by Natasha Dow Schüll, the product of more than a decade of research, describes in detail one context where behavioral science appears to yield genuine control over human beings: the design of machine gambling systems such as video poker.

"[Ubicomp's Colonial Impulse](#)" (pdf), by Paul Dourish and Scott Mainwaring is a welcome, explicit call for those of us interested in ubiquitous computing to think about the colonialism implicit in our methods and vocabulary. I (Gary) liked it especially because it is accessible (in the sense of not being polluted by jargon or academic point-scoring) while also very challenging to conventional practice.

[Reinventing Society in the Wake of Big Data](#) (video)

MIT researcher Sandy Pentland talks about the streams of hidden data all around us -what it means for predicting trends and how it forces us to reinvent ourselves in a data-driven human society.

[Men and Women Really Do See Things Differently](#)

A fascinating study out of Brooklyn College discovered that women are better at differentiating between shades

About the Quantified Self

A place for people interested in self-tracking to gather, share knowledge and experiences, and discover resources. [Learn more](#)

QS 2012 Conference
Register Now!

Get Started Here...

[QS Show&Tell Videos](#)

[QS Forums](#)

[Ernesto's QS 101 Posts](#)

[Raj's Toolmaker Talks](#)

Global QS Event Calendar*

Thursday, September 13

3:00pm [Boston QS meetup at M](#)

Monday, September 17

12:30am [Sydney QS meetup - F](#)

Wednesday, September 19

4:00pm [Triangle QS meetup at](#)

Thursday, September 20

10:00am [Dublin QS meetup at S](#)

Saturday, September 22

[Beijing QS Event](#)

Tuesday, September 25

Google Calendar

*Note: All times in PST!



- 
- Outils, applications mobiles ou gadgets pour suivre et analyser son corps, son humeur, sa nutrition ou même son environnement
 - Mobile health
 - Gestion de comportement, autoévaluation, autodiagnostic
 - Transparence totale de toutes les activités de l'individu
 - Banques de données, Apps, système de calcul de calories



[News from Google](#)

[Images and B-roll](#)

[Blog directory](#)

[Google+ directory](#)

[Twitter directory](#)

[Facebook directory](#)

[YouTube directory](#)

Google announces Calico, a new company focused on health and well-being



MOUNTAIN VIEW, CA – September 18, 2013 – Google today announced Calico, a new company that will focus on health and well-being, in particular the challenge of aging and associated diseases. [Arthur D. Levinson](#), Chairman and former CEO of Genentech and Chairman of Apple, will be Chief Executive Officer and a founding investor.

Announcing this new investment, [Larry Page](#), Google CEO said: "Illness and aging affect all our families. With some longer term, moonshot thinking around healthcare and biotechnology, I believe we can improve millions of lives. It's impossible to imagine anyone better than Art—one of the leading scientists, entrepreneurs and CEOs of our generation—to take this new venture forward." Art said: "I've devoted much of my life to science and technology, with the goal of improving human health. Larry's focus on outsized improvements has inspired me, and I'm tremendously excited about what's next."

Art Levinson will remain Chairman of Genentech and a director of Hoffmann-La Roche, as well as Chairman of Apple.

Commenting on Art's new role, Franz Humer, Chairman of Hoffmann-La Roche, said: "Art's track record at Genentech has been exemplary, and we see an interesting potential for our companies to work together going forward. We're delighted he'll stay on our board."

Tim Cook, Chief Executive Officer of Apple, said: "For too many of our friends and family, life has been cut short or the quality of their life is too often lacking. Art is one of the crazy ones who thinks it doesn't have to be this way. There is no one better suited to lead this mission and I am excited to see the results."

Contact

Leslie Miller
Google Corporate Communications
press@google.com

Checking up on Dr. Google: How the search giant has tackled health and wellness

By: Jonah Comstock | Nov 20, 2013 [Tweet](#) 213 [Share](#) 66 [Share](#) 45

Tags: Google | Google Body | Google Calico | Google Dengue Trends | Google Flu Trends | Google Glass | Google MyTracks | Google Now | Keas | MyTracks | personal health records | Roni Zeiger | Zygote Body |

Google made big news recently when it announced **Google Calico**, a new venture that would apply "some longer term, moonshot thinking around healthcare and biotechnology," putting the minds at Google toward the problems of aging and illness.

Calico is far from Google's first venture into health or wellness, however. The company's (ultimately failed) PHR venture Google Health was one high profile example, as were 3D anatomy-viewer Google Body and Google Flu Trends. The company has always had a background participation in activity tracking, debuting an Android app called MyTracks in 2009, and incorporating passive activity tracking into first Google Now and then the Android OS in general. And perhaps most importantly, Google has introduced health-related features into its original core offering: search. As well it should, **since Pew data indicates** that eight in 10 health inquiries start at a search engine like Google.

During the recent Healthcare.gov debacle, Google has been evoked more than once. Donald Trump said the tech giant **should have run the site from the beginning** and the federal government brought in **Michael Dickerson**, a site reliability engineer at Google, to help address some of the glitches in the health insurance exchange.

From 2006 to 2012, most of Google's health initiatives fell under the jurisdiction of Dr. Roni Zeiger,



Sign up for our weekly newsletter:

Subscribe

103
FDA REGULATED
MOBILE
MEDICAL
APPS

A new
report from
MobiHealthNews



Now available for \$295 | [more info here](#)

Boost Patient Satisfaction
with User-Friendly
Hospital Mobile Apps

FULLY CUSTOMIZABLE
NO CODING REQUIRED!

MobileSmith
Your Quickest Path from Idea to App





Checking up on Dr. Google: How the search giant has tackled health and wellness



SHARE

November 27th, 2013 in [Breaking News, Insights](#) by [Klick Wire](#)

Google is the number one starting point on the internet for health information and, while doctors are more trusted, it is more often used. So, keeping tabs on what the search engine is doing regarding health is critical for healthcare marketers.

This story at [MobiHealthNews](#) looks at Google's recent moves in the health field:

- 2013: there is no current Chief Health Strategist at Google. This could indicate that they feel it is not important, but that is so unlikely as to be laughable. More likely they are supporting health information in different ways.
- 2009: the addition of special results for poison- and suicide-related searches.
- 2012: the expansion of medical symptom searches to include a note to consult a doctor and the presentation of related conditions
- 2012: the inclusion of medicines in the Google Knowledge Graph and the automatic display of content, often extracted from Wikipedia, on the search results page
- 2013: the addition of foods to the Google Knowledge Graph and the automated display of relevant nutritional information
- 2008-2011: review of Google's defunct Google Health personal health record
- 2008-present: Google Flu Trends with its automated flagging of search terms and popularity to predict population health
- 2009-present: Google MyTracks used for exercise activities on Android devices
- 2013: Google added a lower-power step tracker to Android, probably in response to Apple's M7 co-processor
- 2010-2012: Google Body reference tool, which has become the Zygote Body app
- 2013: Google Helpouts, this is a special version of Google Hangouts that taps experts for one-on-one video sessions, including some health experts. Google has gone out of its way to ensure the platform is

ePatients
The age of the empowered patient is here



Katalyst
High order thinking on digital strategy for healthcare



About the author

Klick Wire

This is the Klick Wire blog account. Here you will find archived versions of all your favorite Klick Wire stories. To get these stories delivered to your inbox every week, use the sign up form at the bottom of this page.



FOLLOW ON TWITTER



FRIEND ON FACEBOOK



VIEW ON LINKEDIN

Google is the number one starting point on the internet for health information and, while doctors are more trusted, it is more often used. So, keeping tabs on what the search engine is doing regarding health is critical for healthcare marketers.

This story at [MobiHealthNews](#) looks at Google's recent moves in the health field:

- 2013: there is no current Chief Health Strategist at Google. This could indicate that they feel it is not important, but that is so unlikely as to be laughable. More likely they are supporting health information in different ways.
- 2009: the addition of special results for poison- and suicide-related searches.
- 2012: the expansion of medical symptom searches to include a note to consult a doctor and the presentation of related conditions
- 2012: the inclusion of medicines in the Google Knowledge Graph and the automatic display of content, often extracted from Wikipedia, on the search results page
- 2013: the addition of foods to the Google Knowledge Graph and the automated display of relevant nutritional information
- 2008-2011: review of Google's defunct Google Health personal health record
- 2008-present: Google Flu Trends with its automated flagging of search terms and popularity to predict population health
- 2009-present: Google MyTracks used for exercise activities on Android devices
- 2013: Google added a lower-power step tracker to Android, probably in response to Apple's M7 co-processor
- 2010-2012: Google Body reference tool, which has become the Zygote Body app
- 2013: Google Helpouts, this is a special version of Google Hangouts that taps experts for one-on-one video sessions, including some health experts. Google has gone out of its way to ensure the platform is HIPAA-compliant.
- 2013: Google Calico, the spin-off company devoted to health, and Google Glass which is still looking for its first big impact in healthcare but which has a lot of activity

[Page d'accueil de Google.org](#) (en anglais)

[Suivi de la dengue](#)

Suivi de la grippe

Accueil

Suisse

National

[Télécharger des données](#)

[Comment ça marche ?](#)

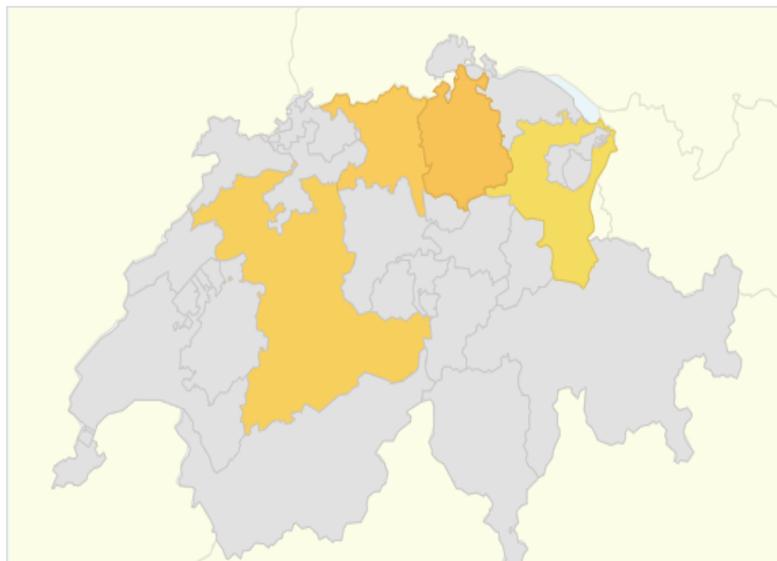
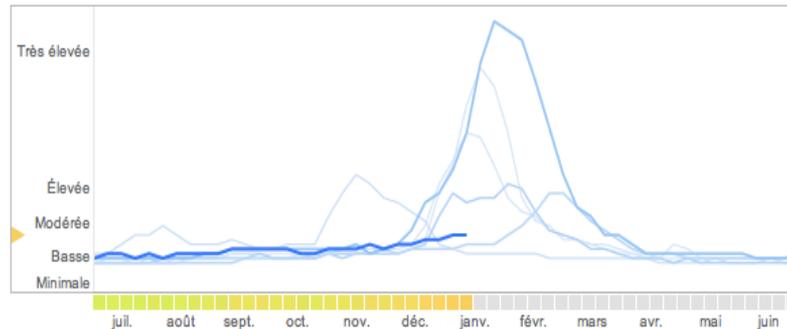
[FAQ](#)

Évolution de la grippe - Suisse

Certains termes de recherche semblent être de bons indicateurs de la propagation de la grippe. Afin de vous fournir une estimation de la propagation du virus, ce site rassemble donc des données relatives aux recherches lancées sur Google. [En savoir plus »](#)

National

● 2013-2014 ● [Années précédentes](#) ▼



Grippez la grippe

La grippe se propage par les éternuements et la toux. Il existe trois manières simples de réduire le risque :

1. Toussez/éternuez dans un mouchoir ou placez votre bras devant votre bouche et votre nez lorsque vous toussiez ou éternuez.
2. Lavez-vous les mains fréquemment.
3. Restez à domicile en cas de maladie.

Si nécessaire, consultez un médecin et conformez-vous à ses recommandations.



Version animée des données recueillies par Google Suivi de la grippe dans Google Earth

[Téléchargez et consultez](#) les données Google Suivi de la grippe dans Google Earth. Vous n'avez pas encore téléchargé Google Earth ? [Téléchargez-le ici.](#)

Intégrer ce graphique

Pour afficher ce graphique sur votre site Web, utilisez ce [code d'intégration](#).

Fin de la vie privée

- En août 2010, Eric Schmidt, le patron de Google annonçait que la vie privée touche à sa fin.
- «Je ne crois pas que la société comprenne ce qui se passe lorsque tout devient disponible, tout peut se savoir et tout peut être enregistré en tout temps».
- Savoir prédictif : «Si j'observe attentivement vos messages et votre situation, et que j'utilise un système d'intelligence artificielle, affirme Schmidt, je peux prédire où vous allez».
- La seule manière, selon Schmidt, de prévenir l'utilisation «criminelle ou antisociale» de l'information, c'est justement de parvenir à cette «transparence totale» qui exclut tout «anonymat».

- 
- Sauf que, heureusement, il y a les marges, les interstices. Il y a le mensonge, les pseudos qui prolifèrent, et avec eux tout ce qui dérange le mécanisme des données
 - Le Web 2.0 n'est pas que le monde de la transparence : il est aussi le royaume du faux-semblant.
 - Aux intérêts économiques qui avancent masqués, les internautes répondent par des travestissements continuels
 - Ce jeu de cache-cache est une résistance, généralement inconsciente, des individus qui ne veulent pas être réduits aux données les concernant
 - D'un côté, donc, une avancée vers la transparence absolue
 - De l'autre, un sujet qui raconte des histoires, ment, biaise, triche, joue à mêler le vrai et le faux pour tâcher d'exister. Tout soignant connaît cela. La médecine repose sur des récits de soi, des tentatives d'inscrire la maladie dans une fiction qui lui donne sens

- 
- Vision Big data : avancer vers une meilleure prédiction de l'avenir ou un contrôle optimisé de sa santé
 - L'information liée à l'accumulation de données n'est pas une compréhension
 - Rôle de la médecine : interpréter, adapter, personnaliser
 - Ce qui suppose un langage symbolique et une culture.

Promotion de la santé

Demande :

Une compréhension

Une appropriation-interprétation

Une éthique, une science (démarche dans la réalité)

Une médiation entre patient et technique

Une gestion de l'incertitude

Une capacité (enseignement) en littératie

Une critique de l'information

Une indépendance d'esprit

Futur de la promotion de la santé (selon le Dr Google)

- Zéro souffrance, prolongation de la vie, intensification de soi
- De la mort (la maladie, l'échec) à la vie
- Production, transformation, optimalisation de la vie

Questions au Dr Google

- Vers une extension de la transparence des individus, une disparition de la vie privée et du secret médical ? Ou individus trichant et créant de l'obscurité au moyen d'avatars ?
- Vers une disparition du sujet, au profit d'individus standardisés, prévisibles, obéissants ? Ou transformation du sujet, augmentation de ses capacités, de son savoir, de sa liberté ?
- Davantage d'autonomie ? Ou autonomie se déplaçant vers les machines ?

- 
- Georges Canguilhem : « La santé est une façon d'aborder l'existence en se sentant non seulement possesseur ou porteur mais aussi au besoin créateur de valeur, instaurateur de normes vitales »

* Le sens contrasté
d'*autonomie* dans les
politiques sociales

René Knüsel, Institut des sciences sociales Université de
Lausanne

15^e Conférence nationale sur la promotion de la santé 2014, 30 janvier 2014

- Introduction
- Qu'entendre par autonomie?
- Les enjeux de l'autonomie
- De quelques usages du terme en politique sociale

* **Organisation du
propos**

- * Recours à la terminologie d'autonomie
- * Qu'est-ce qu'une personne autonome?
- * « Est autonome celui qui se détermine selon des règles librement choisies »

*** Comment
comprendre
l'autonomie?**

* La société pose la valeur de l'autonomie personnelle (Durkheim)

* Elle lui enjoint d'être autonome (Elias)

* C'est de la qualité de l'autonomie des personnes que naît l'importance de l'interdépendance entre les individus

*** Tensions entre autonomie
et règles sociales**

*** L'autonomie ne peut se concevoir qu'en rapport avec la dépendance**

Nous-mêmes, nous construisons notre autonomie psychologique, individuelle, personnelle, à travers les dépendances que nous avons subies qui sont celles de la famille, la dure dépendance au sein de l'école, des dépendances au sein de l'Université. Toute vie humaine est un tissu de dépendances incroyables (E Morin)

*** Autonomie et dépendance**

- * L'individu est *agi* par des déterminants sociaux
- * Il bénéficie toutefois de marges de manœuvre susceptible d'orienter son destin
- * Sa condition personnelle peut primer celle de la société elle-même
- * Il bénéficie d'une liberté de pensée

* **Autonomie et
individualisme**

** Loger en soi la responsabilité de son propre destin peut soit:*

1. Stimuler la personne

2. Avoir des conséquences néfastes (Ehrenberg)

*** Autonomie et
responsabilité**

- * Injonction paradoxale: *Soyez autonome!*
- * Dans les politiques d'insertion, l'autonomie est *une fiction nécessaire au développement d'un projet.*

* **Autonomie dans le
travail social**

- * L'autonomie doit être *intériorisée*
- * L'autonomie peut être *contrariée*
- * L'autonomie peut être vécue comme un *refus de la dépendance* (Devaux)

*** L'autonomie vécue
par le bénéficiaire**

* L'autonomie a été et demeure un axe fort de l'Etat-Providence qui a des visées comme :

1. la dé-stratification (lutter contre les inégalités)
2. la dé-familiarisation (lutter pour plus d'égalité entre les sexes en particulier)
3. la dé-marchandisation (lutter contre les dépendances liées au marché) (Anderson)

*** Autonomie au cœur
de l'Etat-providence**

* L'autonomie est un objectif essentiel dans les politiques sociales mais au cœur d'enjeux importants

* Poussée à l'excès sa quête peut cependant avoir des conséquences sociales inquiétantes:

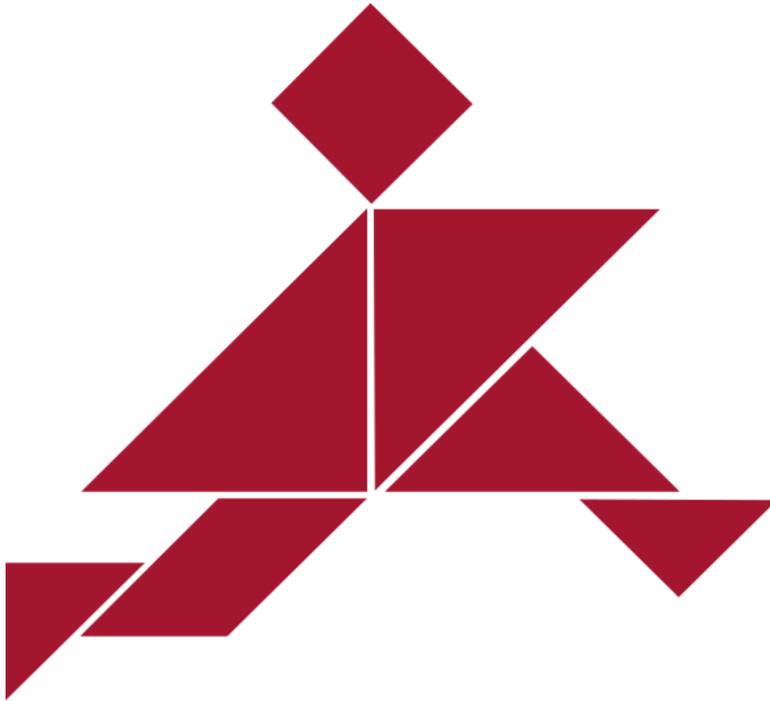
✓ L'affaiblissement des institutions sociétales

✓ La montée de l'appel sécuritaire.

* **Conclusion**

La santé des aînés en Suisse

Peut-on encore faire reculer la dépendance?



MICHEL ORIS
Université de Genève, Pôle LIVES, IP 13

15^E CONFÉRENCE NATIONALE SUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ
L'AUTONOMIE, DÉFI POUR LA PROMOTION
DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION
JEUDI 30 JANVIER 2014, CENTRE DE CONGRÈS DE BEAULIEU,
LAUSANNE



Swiss National Centre of Competence in Research

OVERCOMING VULNERABILITY: LIFE COURSE PERSPECTIVES

Une source nouvelle: Vivre-Leben-Vivere



Les échantillons VLV

- L'échantillon principal : 3600 participants de 65 ans et +
 - Stratifiés par sexe et groupe d'âge
 - 360 femmes et 360 hommes dans chaque région
 - 6 groupes d'âges (de 65-69 ans à 90 ans et +)
 - ...incluant des personnes affectées par des troubles cognitifs
 - 3100 participants "aptes"
 - 500 participants avec troubles cognitifs (proxy)
 - Les sur-échantillons : 360 immigrants
 - issus de 3 flux migratoires vers la Suisse
 - Italie, Espagne et Portugal
 - âgés de 65 à 79 ans
-

Les objectifs de VLV

- “Démocratisation de la grande vieillesse”. Progrès et inégalités
- Comparaison 1979 - 1994 - 2011/12

CIG Survey 1994

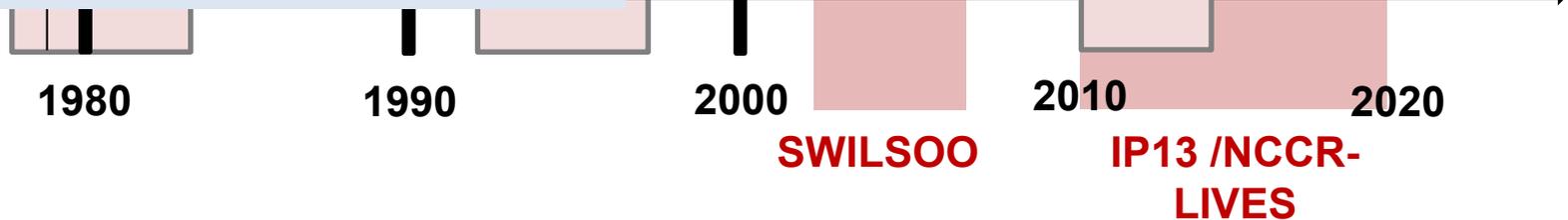
Autonomie et environnement socio-culturel des aînés
Lalive d'Épinay et al.

GUGRISPA Survey 1979

Exclusion et dépendance parmi les personnes âgées
Lalive d'Épinay et al.

VLV Survey 2011

*Démocratisation de la vieillesse ?
Progrès et inégalités en Suisse*
Oris et al.



LA SANTÉ FONCTIONNELLE

Les «activités de la vie quotidienne» (ADL) 8 items (Katz et al. 1970)

- ADL de base (5 items)
 - Se coucher et se lever
 - S’habiller et se déshabiller
 - Manger et couper les aliments
 - Faire sa toilette
 - Se déplacer d’une pièce à l’autre
- ADL incluant la mobilité (3 items)
 - Monter ou descendre un escalier
 - Se déplacer à l’extérieur du logement
 - Parcourir à pieds 200 m

Résultats :

dépendants
en difficulté
indépendants

•

LA SANTÉ FONCTIONNELLE : UNE COMPARAISON TEMPORELLE DÉLICATE

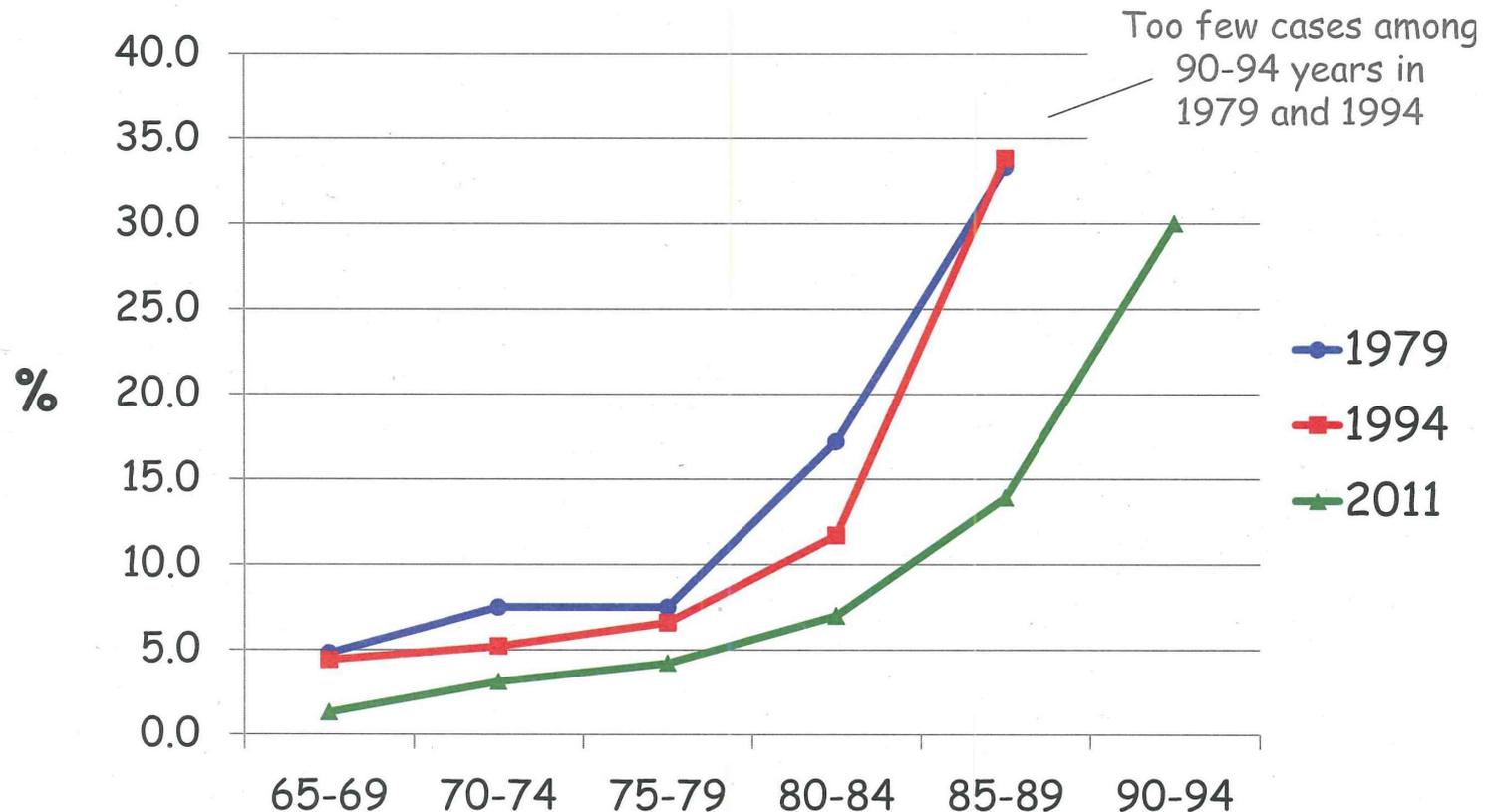
Structure des échantillons

- 1979 : n=1'519
 - 65 ans et + stratifiés par sexe et région
 - Genève et Valais
 - Pas de procédure proxy, pas EMS
- 1994 : n=2'101
 - de 60 à 94 ans, stratifiés par âge, sexe et région
 - Genève et Valais
 - Procédure proxy et EMS (questionnaire différent)
- 2011 . N=3'634
 - 65 ans et + stratifiés par âge, sexe et région
 - Genève, Valais + Bern, Basel, Ticino
 - Questionnaire proxy plus petit mais avec les mêmes questions

•

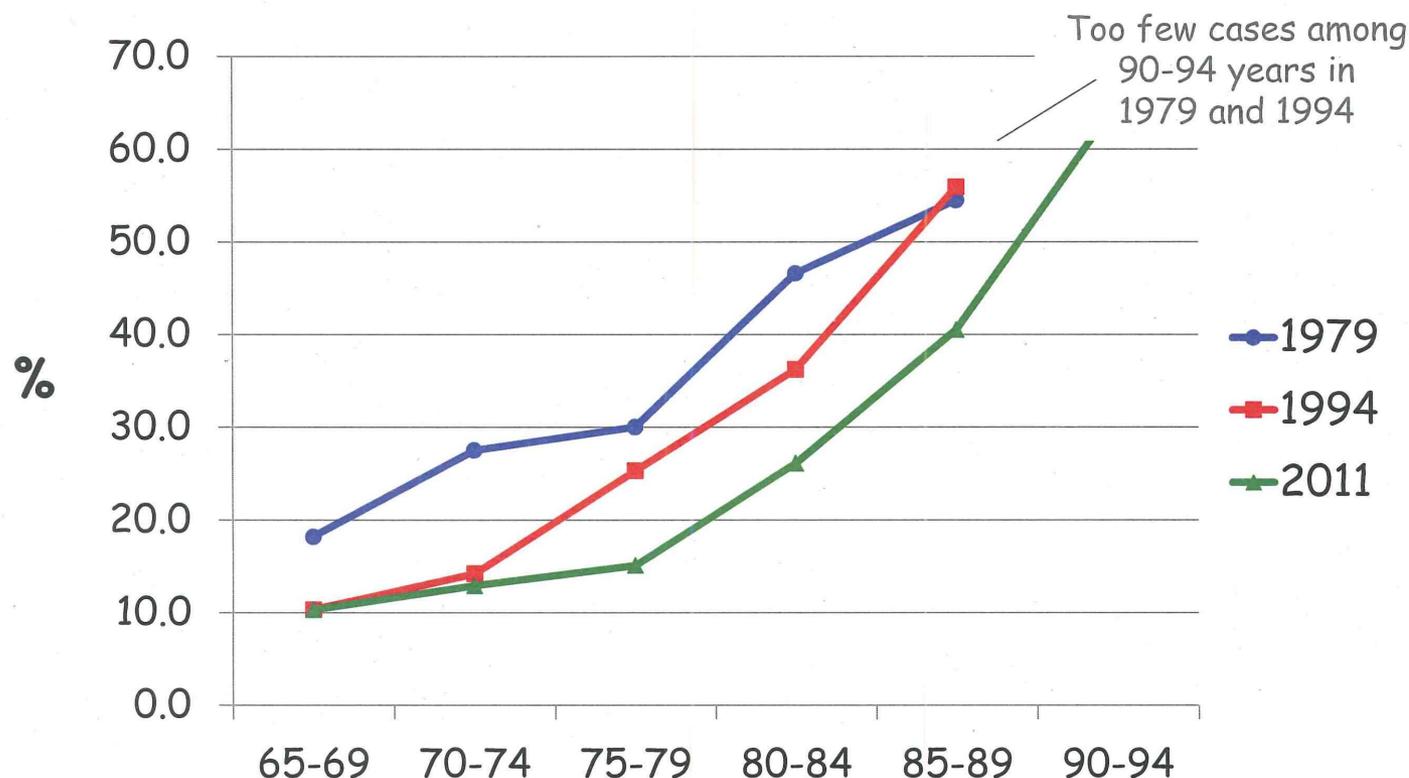
Evolution de la santé fonctionnelle 1979-2011 (participants vivant à domicile et «aptes»)

Proportion de dépendants



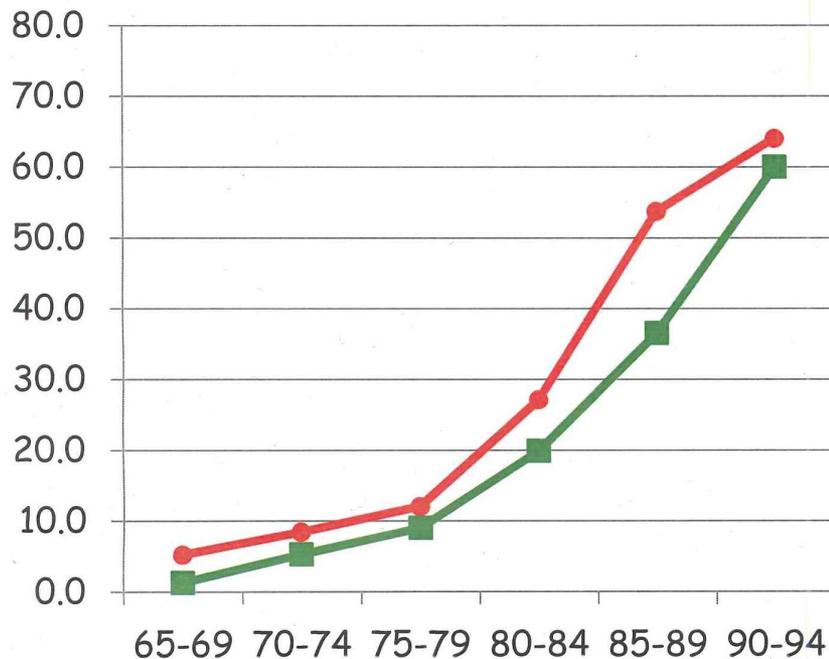
Evolution de la santé fonctionnelle 1979-2011 (participants vivant à domicile et «aptes»)

Proportion de dépendants et en difficulté

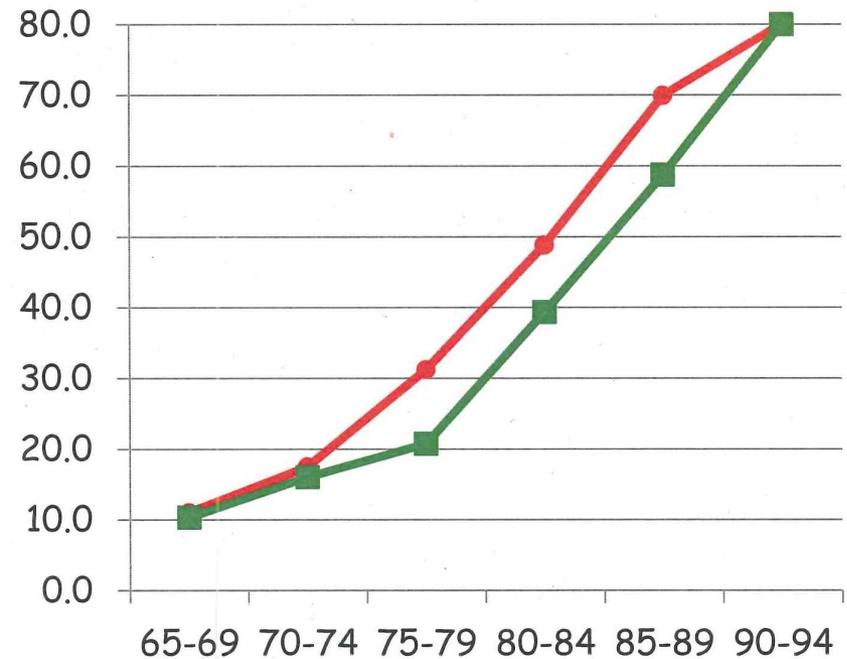


Evolution de la santé fonctionnelle 1994-2011 (incluant proxys et EMS)

Dépendants



Dépendants et en difficulté



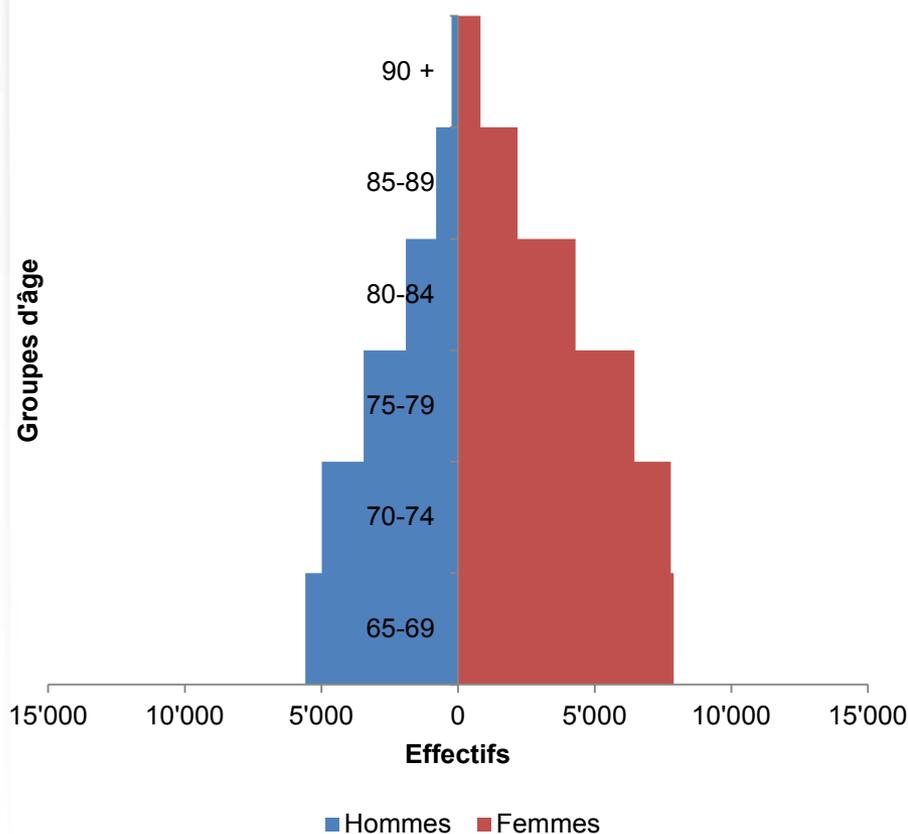
● 1994 ■ 2011

Evolution de la santé fonctionnelle 1979-2011

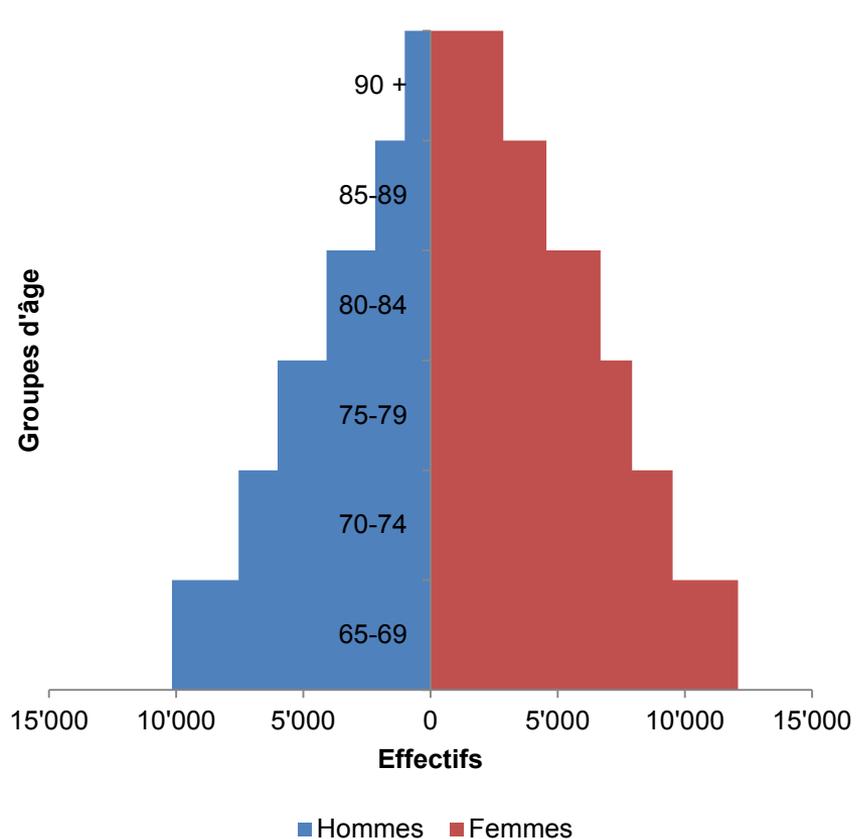
Participants vivant à domicile et « aptes »	Statuts de santé fonctionnelle	1979	1994	2011
	Indépendants	72.0	79.8	83.1
	En difficulté	19.2	12.7	12.5
	Dépendants	8.8	7.5	4.4
	Total	100	100	100
<hr/>				
Tous participants, incluant EMS et proxys	Statuts de santé fonctionnelle	1979	1994	2011
	Indépendants	-	71.7	75.1
	En difficulté	-	12.6	13.1
	Dépendants	-	15.7	11.8
	Total	-	100	100

«Vieillessement de la population âgée», Genève 1980-2011

Genève, 1980

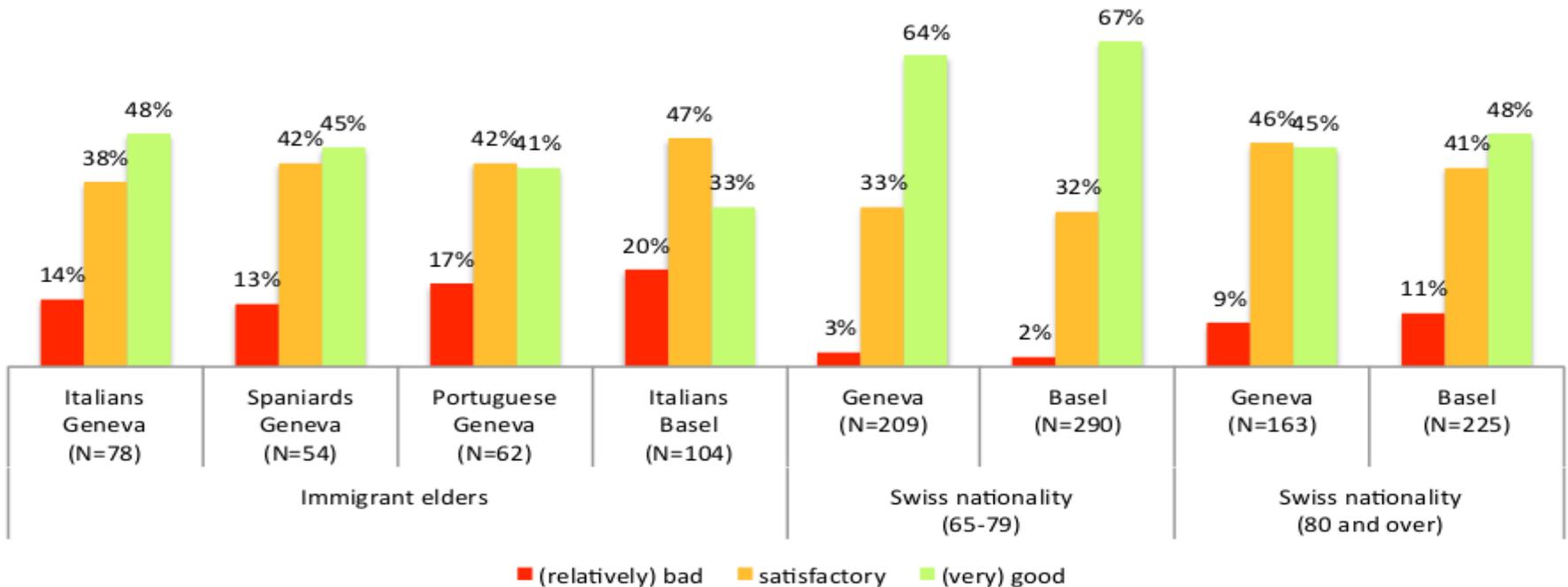


Genève, 2011



La situation de santé des migrants âgés : premiers résultats

Self-assessed health, by nationality and canton

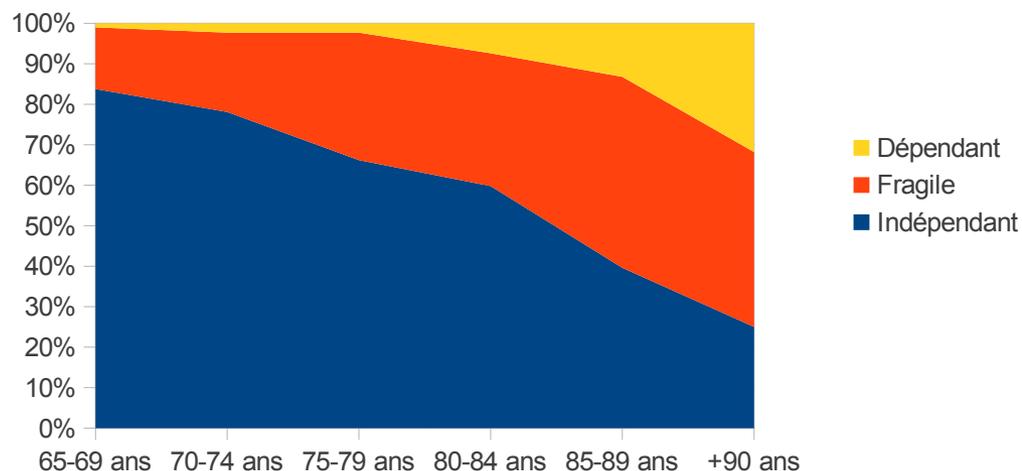


Mesurer la fragilité

- Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest Old (SWILSOO)
- Processus de fragilisation et état de fragilité
- Statuts de santé : indépendant, fragile, dépendant
- Indice de fragilité : 5 dimensions, 32 items
- Seuil d'atteinte

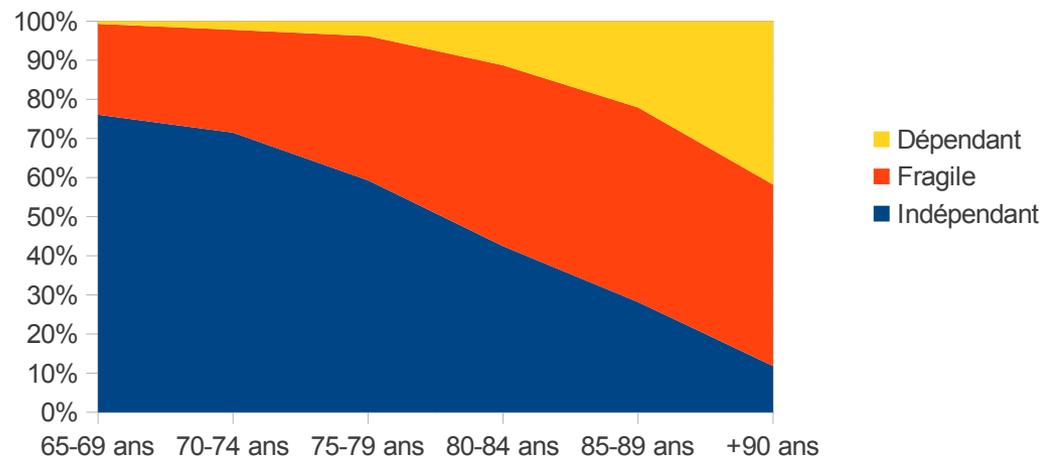
- Repris dans l'étude VLV

Statuts de santé des hommes selon la classe d'âge
VLV 2011/12



Résultats

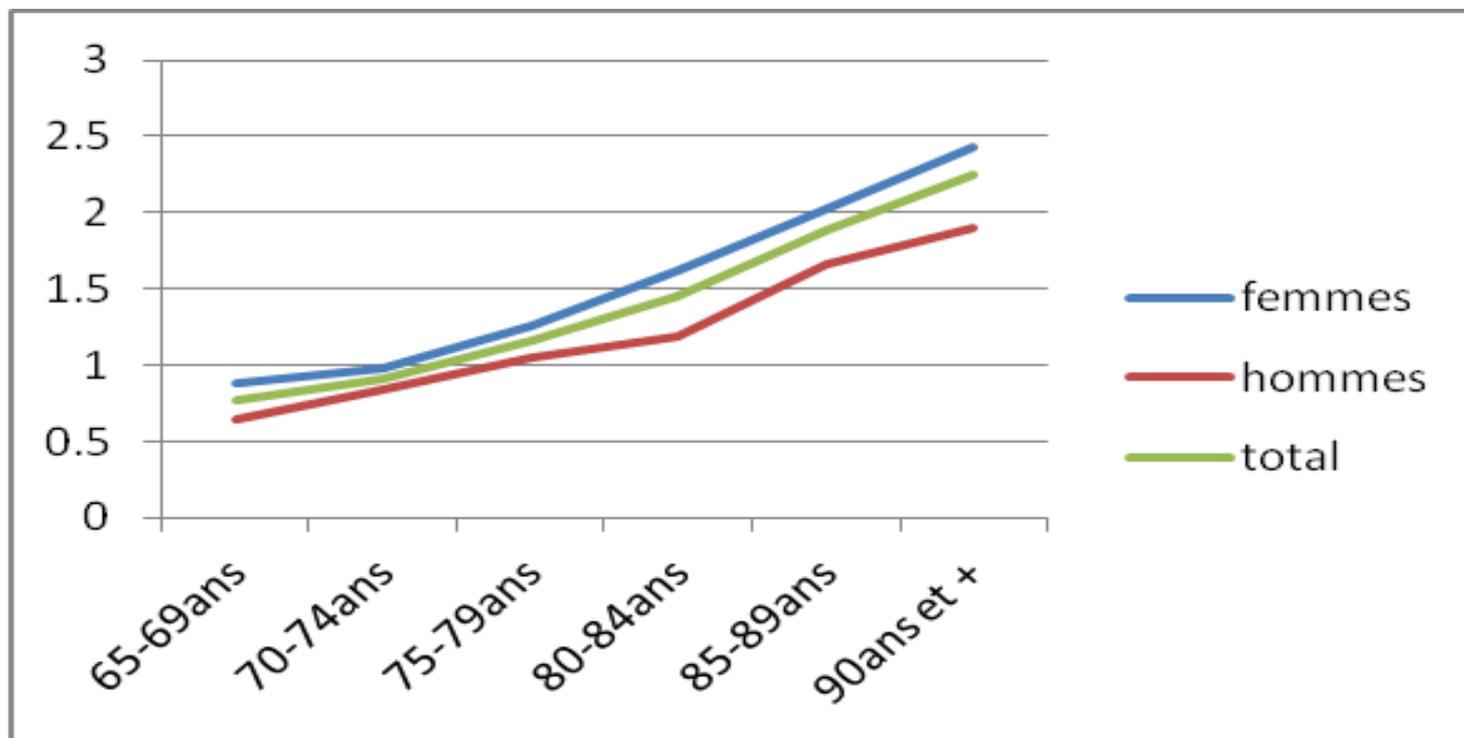
Statuts de santé des femmes selon la classe d'âge
VLV 2011/12



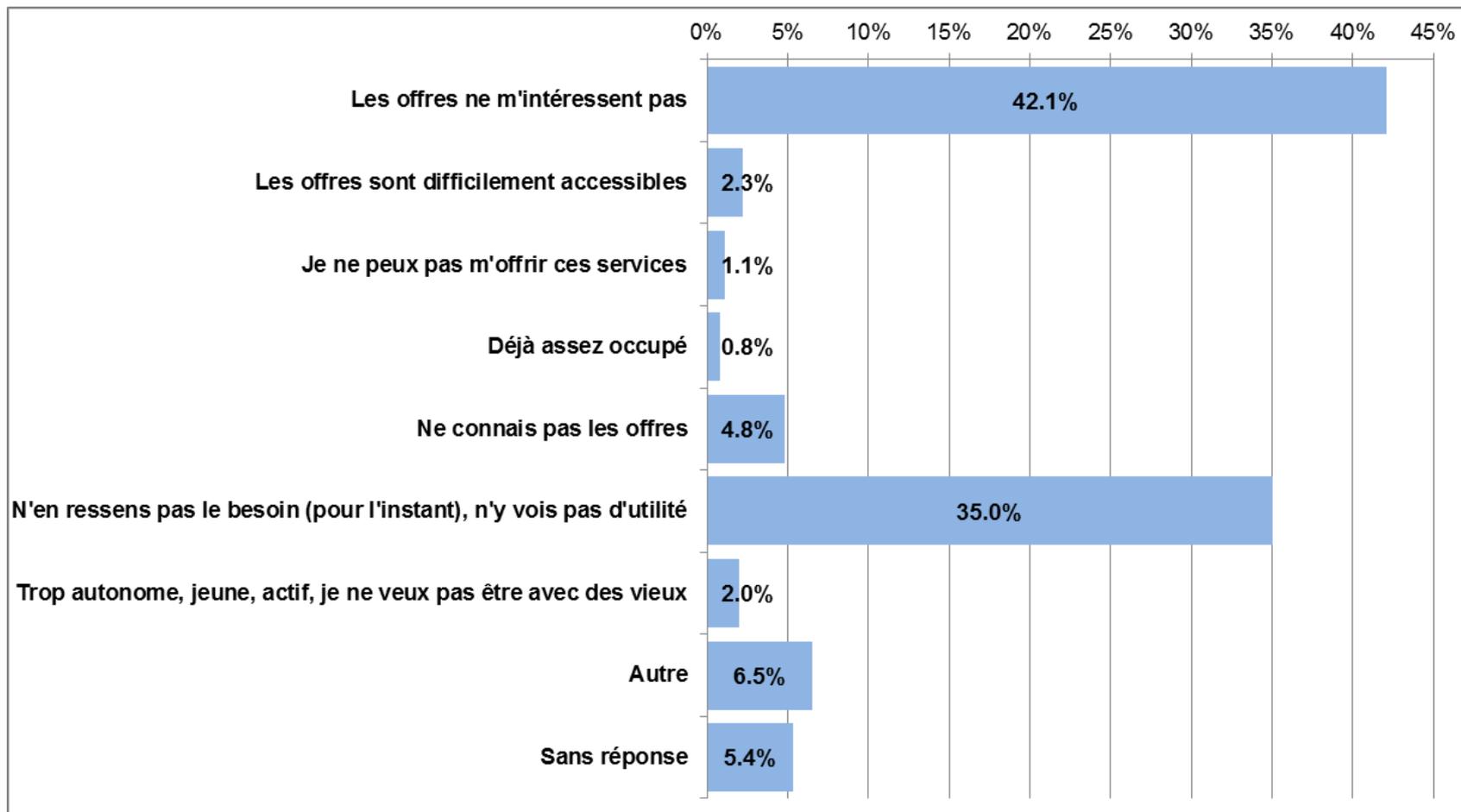
Fragilité et multimorbidité parmi les 65 ans et

+

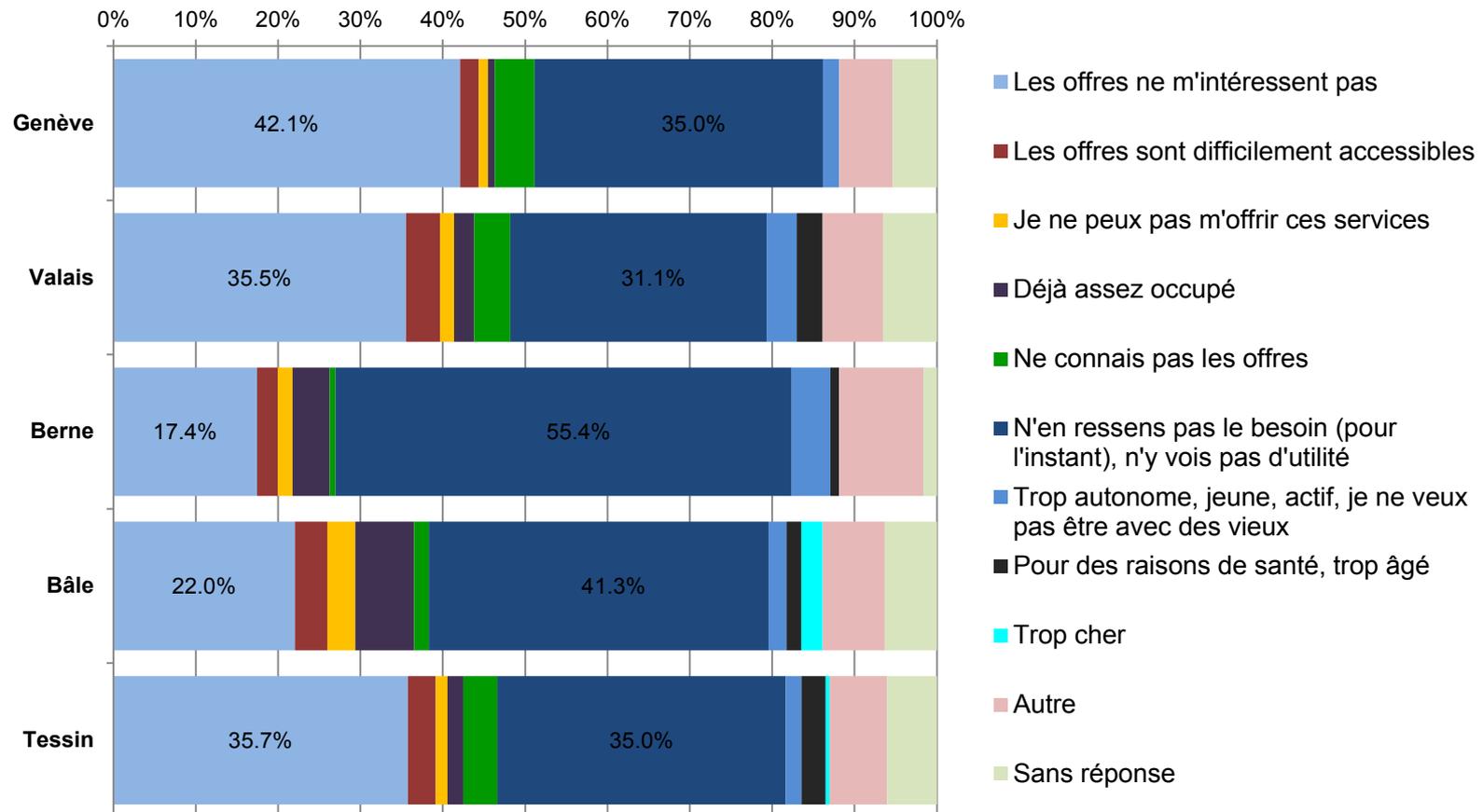
Moyenne du nombre de dimensions de fragilité atteintes
par sexe et en fonction de l'âge



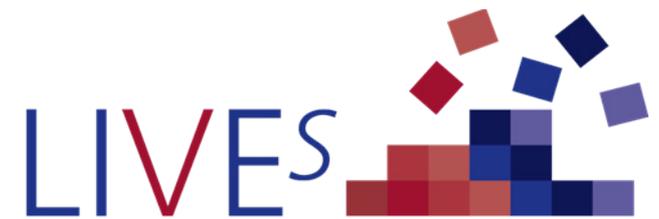
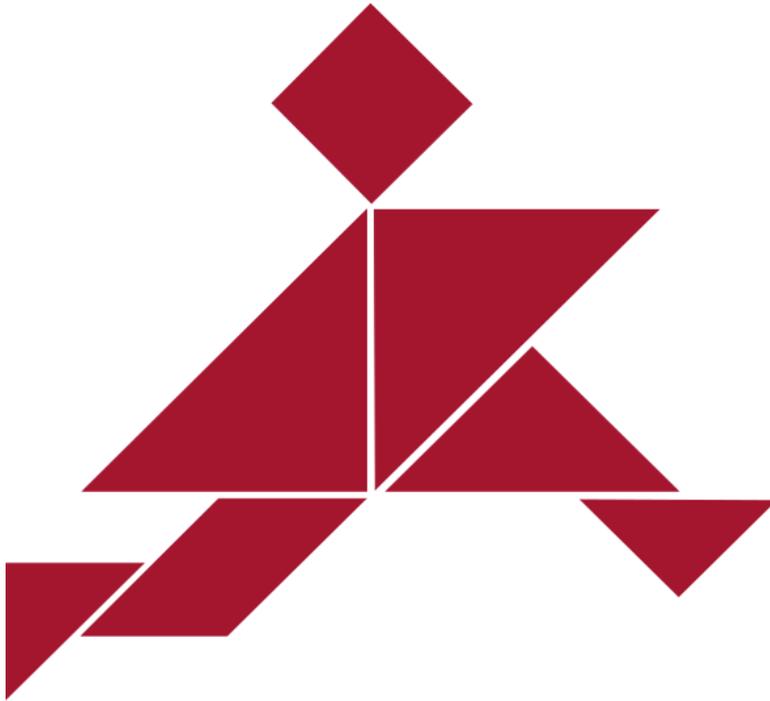
Raisons de ne PAS utiliser les services de Pro Senectute (Genève)



RAISONS DE NE PAS UTILISER LES SERVICES DE PRO SENECTUTE



MERCI DE VOTRE ATTENTION



Swiss National Centre of Competence in Research

OVERCOMING VULNERABILITY: LIFE COURSE PERSPECTIVES

Zuhause wohnen bleiben bis zuletzt

– Autonome Pflegebedürftige und ihre Netzwerkpersonen statt Heimspirale?

Prof. Dr. habil. Ulrich Otto

FHS St. Gallen (CH)
Leiter Kompetenzzentrum Generationen

Im Kooperationsprojekt InnoWo mit:

- Prof. Dr. A. Hedtke-Becker (HS Mannheim, D)
 - R. Hoevels (HS Mannheim, D)
 - S. Beck (FHS St. Gallen, CH)
- Dr. G. Stumpp (HS Mannheim, D)

30.01.2014

Nationale Gesundheitsförderungs-
Konferenz Lausanne

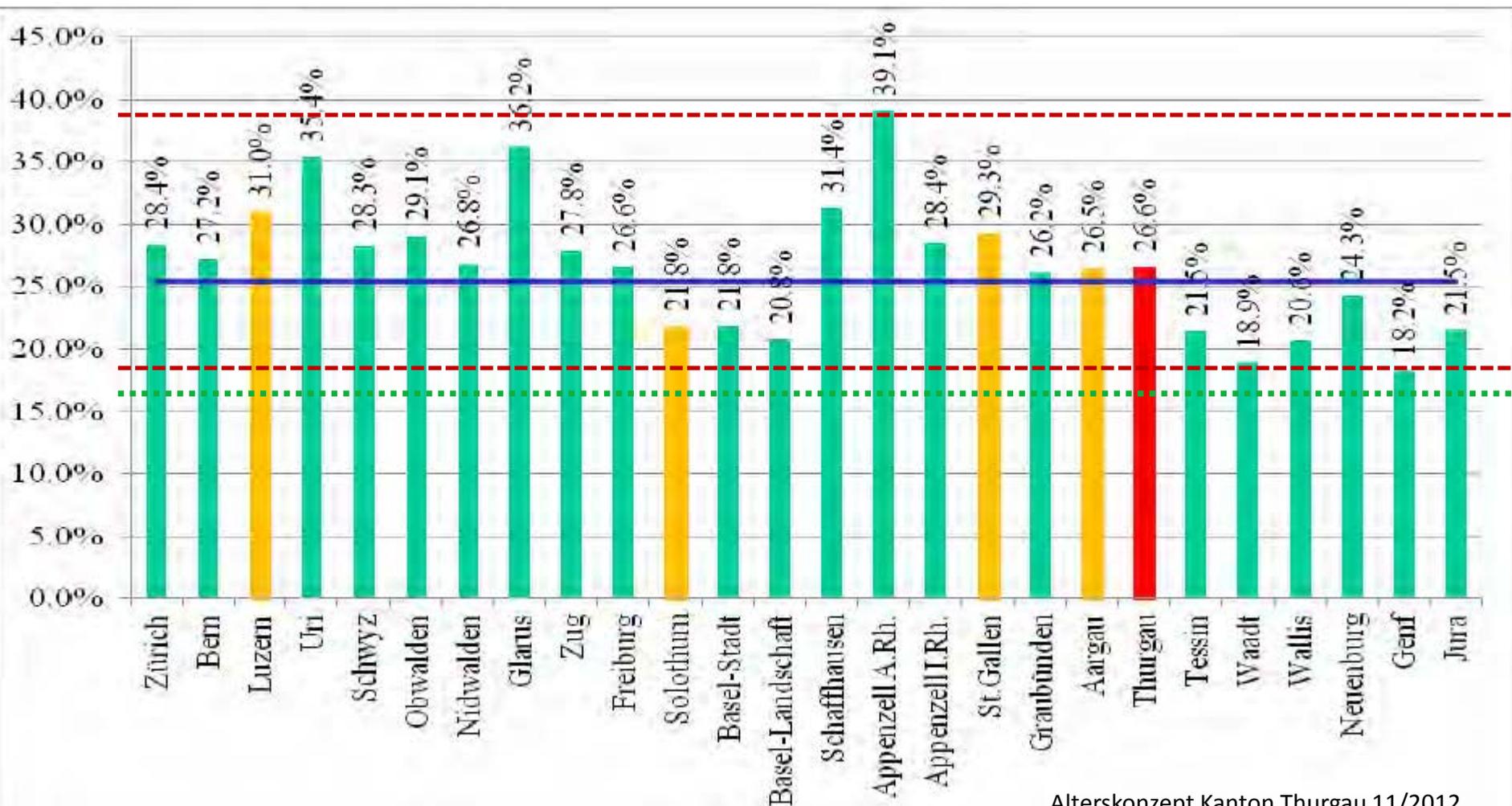




1. Einige Daten und Fakten – Schlaglichter

- Bsp. Deutschland: Hier leben 2,25 Mio. pflegebedürftige Menschen.
 - Davon werden 68% zu Hause versorgt, 32% leben im Heim.
 - Die durchschnittliche Pflegedauer beträgt 5 bis 8 Jahre.
- In der Schweiz leben ca. 110.000 demenzkranke Menschen.
 - Jährlich kommen ca. 25.000 Neuerkrankungen hinzu,
 - 2030 werden es über 190.000 sein.
- SwissAgeCare zum zeitlichen Umfang der Angehörigenpflege:
 - pflegende Angehörige investieren wöchentlich zwischen 64 (PartnerInnen) und 26 Stunden (Söhne / Töchter).
 - Das ist mehr als doppelt so viel, als sie eigentlich möchten.
- Trotz grosser Forschungsanstrengungen gibt es noch keinen Durchbruch in Prävention und medizinischer Therapie.

Wieviele Pflegeheimplätze für über 80-Jährige brauchen wir? Die Kantone im Vergleich



**Quoten
 Pflegebedürftige
 CH 2010-2030
 4 Szenarien**

		2010	2015	2020	2025	2030	Zunahme 2010 bis 2030 in %
Szenario I (Referenz)	mit 5 AK	120841	123209	140436	151703	167941	39.0%
	mit 6 AK	124885	127575	147077	161060	181914	45.7%
Szenario II (pessimistisch)	mit 5 AK	120841	137748	156811	178957	208099	72.2%
	mit 6 AK	124885	144523	166475	191788	221972	77.7%
Szenario III (optimistisch)	mit 5 AK	120841	123575	135309	146946	162128	34.2%
	mit 6 AK	124885	127575	141949	155704	176101	41.0%
Szenario IV (verstärkte Alterung)	mit 5 AK	121084	139134	159645	183763	215758	78.2%
	mit 6 AK	125170	146244	170144	198252	232299	85.6%

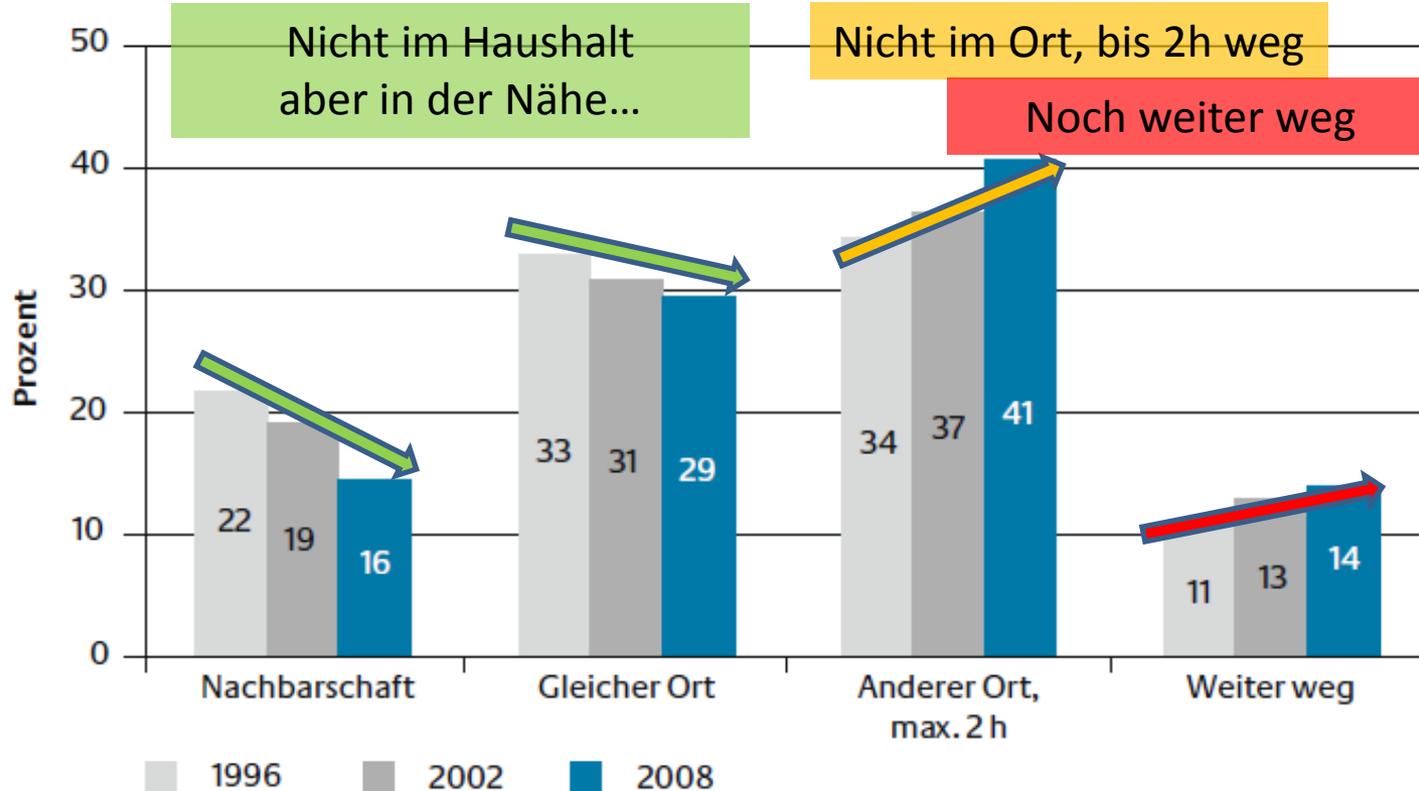
Anmerkungen

5 AK: Pflegequoten für 5 Altersgruppen (bis 85plus) berechnet, vgl. Tabelle D im Anhang.

6 AK: Pflegequoten für 6 Altersgruppen (85-89, 90plus) berechnet, vgl. Tabelle E im Anhang.

Schweizer. Gesundheitsobs. (Höpflinger et al. 2011, 61)

Abbildung 18: Wohnentfernung zum nächstwohnenden Kind



Quelle: Deutscher Alterssurvey, Deutsches Zentrum für Altersfragen.

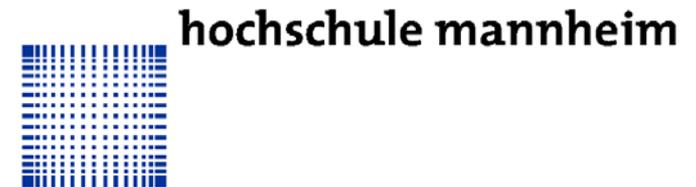
Die Abbildung zeigt für die Jahre 1996, 2002 und 2008, wie viel Prozent unter den 40- bis 85-Jährigen ein erwachsenes Kind haben, das in der Nachbarschaft, am gleichen Ort, an einem anderen Ort mit maximal zwei Stunden Fahrtzeit oder weiter entfernt wohnt.

2. Das F+E-Projekt „InnoWo“: Zuhause wohnen bleiben bis zuletzt – in innovativen Wohnformen bzw. mit innovativ-ganzheitlichen Diensten

**BMBF-Forschungs- und
Entwicklungsprojekt**
(2009-2013; Silqua)



Hochschule Mannheim (D)
Prof. Dr. Astrid Hedtke-Becker,
Rosemarie Hoevels,
Dr. Gabriele Stumpp



FHS St. Gallen (CH)
Prof. Dr. Ulrich Otto,
Sylvia Beck



Demenzdorf Wiedlisbach (CH, geplant)



- Inszenierte Dorfgemeinschaft; «die geschrumpfte Stadt»; Personal lebt mit
- Lifestyle-Auswahl: rustikal, urban, christlich, wohlhabend, indonesisch, kulturell-
versiert, häuslich
- Ängste nehmen – überall frei bewegen können – Coiffeur, Laden usw. alles da

Demgegenüber: Unter welchen Bedingungen ist „Zu Hause Wohnen bis zuletzt“ möglich?

Forschungsziele:

- Passförmiger „Hilfe-Maßanzug“
- Genaues Nachzeichnen der Kooperation von informellen und formellen Unterstützungsquellen
- Identifizierung von „KannBruchStellen“
- Prozessbegleitend: Feed-Back mit Praxis und Lehre (Workshops, Seminare, etc.)



Forschungssettings: Drei innovative Wohn / Care-formen

1. Wohnen zuhause

Beratungsstelle Viva e.V. Mannheim (D)

2. Mehrgenerationenwohnen (top-down) mit Gemeinwesenarbeit

Lebensräume für jung und alt (Stiftung Liebenau) (D+A)

3. Selbstorganisierte Alterswohnprojekte

Wohnprojekte Segeno und Hirschen (CH)

Demenz mitten unter uns

- die Stimme von Menschen mit Demenz hörbar machen, ihre Lebenswelten erschließen.
- ihnen die Teilhabe am Leben in der Stadt & der Gesellschaft ermöglichen.
- „Türen öffnen“ – Formen der Begegnung zwischen Menschen mit und ohne Demenz schaffen.
- das Thema „Demenz“ enttabuisieren.
- die Abschottung und Isolierung der Betroffenen entschärfen.
- Öffentlichkeit, Medien, Kulturschaffende und besonders auch Politiker sensibilisieren
- und zum Handeln bewegen....





Forschungsmethodik vergleichend in den drei Settings

- Intensive Längsschnitt-Fallstudien über 18 Monate
 - „Viva MA“: 10
 - „Lebensräume für jung und alt“: 4
 - Gemeinschaftliches Wohnen CH: 4
- Interviews mit AdressatInnen sowie anderen relevanten Personen
- Fortlaufende Monatsdokumentationen
- Standardisierte Assessments (Soc-Test, Geriatric Depression Scale, Barthel Index, Minimental Status Test)
- Netzwerkanalysen



**ganz genau
hinsehen**
Forschungsmethodik
vergleichend in den drei Settings

**Wendepunkte
analysieren**

- Intensive Längsschnitt-Fallstudien über 18 Monate
 - „Viva MA“: 10
 - „Lebensräume für jung und alt“: 4
 - Gemeinschaftliches Wohnen CH: 4

- Verläufe
Justierungen
nachzeichnen**
- Interviews mit AdressatInnen sowie anderen relevanten Personen
 - Fortlaufende Monatsdokumentationen
 - Standardisierte Assessments (50+ Test, Geriatric Depression Scale, Barthel Index, Minimental Status Test)

**Interpretative
Tiefenbohrungen**

- Netzwerkanalysen

„Entlastung pflegender Angehöriger“

> Dringlich, aber zu mantrahaft.

> Zu kurz gegriffen, wenn nur „additive Koproduktion“

Ein Bsp: Fr. C. will, dass ihre 98-jährige Mutter auch während ihrer Abwesenheit optimal umsorgt ist.

„Ich habe intensiv nach Unterstützung gesucht. Dabei suchte ich zum einen eine Ferienbetreuung und andererseits auch stundenweise Unterstützung, die sich um meine Mutter kümmern konnte, wenn ich wegen dem Beruf verhindert war. Lange habe ich nicht gefunden, was ich gesucht habe, bis ich auf das «Home Instead» gestossen bin. Dort war man in der Lage, genau meine Bedürfnisse abzudecken. Ich fühlte mich vom ersten Augenblick an gut aufgehoben. Herr A. kam zu einem unverbindlichen Gespräch zu uns nach Hause, und ich konnte ihm schildern, welche Art der Dienstleistung ich für meine Mutter suchte. Bislang war kein Anbieter flexibel genug, auf unsere Wünsche eingehen zu können, nun änderte sich dies.“



Arbeitsweise von VIVA e.V. I

- **psychosoziale Beratung** unter Beachtung der bio-psycho-sozialen Dimensionen
- **Klärungsschritte** hinsichtlich der Bedürfnislage, der Wünsche und der Hoffnungen und Ziele der Klienten
- Je nach Bedarf und Dringlichkeit werden **Prozesse** in Gang gesetzt, nach Abklärung der tatsächlich erforderlichen Maßnahmen.
- in einem verkraftbaren Tempo **entschleunigt**
„Spiralen wachsenden Drucks“ aufhalten (M. Wissert: Unterstützungsmanagement)
- Dabei werden **situationsadäquate Interventionen** baldmöglichst initiiert, und ihre Umsetzung wird weiter beachtet
- Ständig dynamisierte **doppelte Prozessperspektive**:
Pflegebedürftigkeits- und Betreuungsprozess



Arbeitsweise von VIVA e.V. II

- Mit dem Angebot einer kontinuierlichen professionellen **Bezugssozialarbeit** erfahren Klienten, dass eine beständige Ansprechperson zur Verfügung steht.
 - Erfolgsfaktor Personalmix: BeraterIn  HelferInnen
 - flexible Arbeitszeiten als Maßanzug
 - Arbeitsprinzip: Personenkontinuität und -passung
- Nur so können sie **Vertrauen** und darauf aufbauend **Perspektiven und Umsetzungsbereitschaft** entwickeln.
- In der Reflexion der Bezugssozialarbeit durch **Supervision der MitarbeiterInnen** können wichtige Elemente wie Nähe und Distanz, Wünsche und Übertragungen geklärt werden:
Klientenzentrierung bleibt erhalten, die um die Aspekte der Verhaltensmodifikation und der Systembezüge erweitert wird.



Arbeitsweise von VIVA e.V. III

Beratung als biografische Begleitung / Brücke zur Hilfeannahme:

- In der Beratung schälen sich Richtungen der unterschiedlichen Versorgungsbedürftigkeit heraus – in wieweit
 - es eher um **einen psychosozialen Entscheidungs- und Klärungsprozess** geht, der Klienten zu weiterem selbständigen Handeln befähigt?
 - Oder um die **Art und Weise, wie ein sich ständig modifizierender Unterstützungsbedarf umzusetzen** ist?
- Die so erweiterte Beratung wird zur **biografischen Begleitung**, in der die Betroffenen angeregt werden, sich mit ihren eigenen Erfahrungen konkret und emotional einzubringen, so dass es zu einem erweiterten Verstehen und zu einem Sich-Verständigen kommt.
- Auf diesem Wege kann **begleitende Hilfe** besser angenommen und zu einem festen Bestandteil im Rahmen der Beratung werden.



Grundhaltung
zu «es geht
nicht mehr»

Respekt als
Grundhaltung

Arbeitsweise von VIVA e.V. III

Beratung als biografische Begleitung / Brücke zur Hilfeannahme:

- In der Beratung schälen sich Richtungen der unterschiedlichen Versorgungsbedürftigkeit heraus – in wie weit es eher um einen psychosozialen Entscheidungs- und Klärungsprozess geht, der Klienten zu weiterem selbständigen Handeln befähigt? Oder um die Art und Weise, wie ein sich ständig modifizierender Unterstützungsbedarf umzusetzen ist?

Bedürfnis-
orientierung

welfare mix –
Koproduktion

- Die so erweiterte Beratung wird zur **biografischen Begleitung**, in der die Betroffenen angeregt werden, sich mit ihren eigenen Erfahrungen konkret und emotional einzubringen, so dass es zu einem erweiterten Verstehen und zu einem Sich-Verständigen kommt.
- Auf diesem Wege kann **begleitende Hilfe** besser angenommen und zu einem festen Bestandteil im Rahmen der Beratung werden.

Sorgsam
angeleitete
Semi-Profis

systemischer
Ansatz

3. Was verhindert, dass pflegebedürftige und demenzkranke alte Menschen bis zuletzt zu Hause bleiben? („Kann-Bruchstellen“)



Fallvignette 2 Herr Großer

- **Herrmann Großer**, 83 Jahre alt, verwitwet, lebt seit 20 Jahren mit seiner 73-jährigen Lebensgefährtin Edith Stiel zusammen
- **Familie/Soziale Kontakte:** 2 eigene Söhne, 2 Enkelkinder, 1 Sohn und 1 Enkel der Lebensgefährtin. 2 ältere Brüder und deren Familien; Familie von Frau Stiel
- Nach Demenzerkrankung weiter bestehende Kontakte in Familie und mit Freundeskreis.
- Gesundheitlicher Zustand: Herz-/Lungenerkrankung, Frontotemporale Demenz (Beginn ca. 2007), Pflegestufe II seit 2009.
- Lebensgefährtin Stiel erhält 2009 die Generalvollmacht.
- VIVA-Begleitung von 2008 bis zum Lebensende.



Fallvignette 2 Herr Großer: Kann-Bruchstellen I

Übermäßige
psychische und
physische
Belastung der
Angehörigen

Unerreichbarkeit
des Pflegedienstes
zur Einschätzung,
ob ein Notarzt
kommen muss

Fehlender Bereit-
schaftsdienst der
kooperierenden Dienste
bei dringendem ambul.
Hilfebedarf außerhalb
der Dienstzeiten

Mangelnde Bereitschaft
Professioneller zu
Überstunden trotz akuter
Dringlichkeit, bspw. wenn
der Notarzt kommt, führt
zu unnötigem
Heimeinweisung



Fallvignette 2 Herr Großer: Kann-Bruchstellen II

Handlungsdruck in Akutsituationen bewirkt ungenügende Absprachen der Akteure/ unüberlegten Aktionismus/ fachliche Fehleinschätzungen, die in Richtung unnötiger stationärer Einweisung gehen.

Für Angehörige und ambulante Dienste unerwartet schnelle stationäre Entlassung

an der Schnittstelle stationär-ambulant: Unreflektierte, unhaltbare Empfehlungen (fachlich, rechtlich ethisch) des mediz./ pflegerischen Personals führen zu irreversiblen Weichenstellungen (Heimeinweisung).

Chronische Unterversorgung frühmorgens, abends und in der Nacht.



Kann-Bruchstellen insgesamt I – psychisch

Psychische Faktoren:

- Fortschreitende Defizite durch die Demenz
- **Starke Überlastung der Angehörigen (Bsp. Großer)**
- **Scham und Ärger der Angehörigen über rufschädigendes Verhalten**
- Psychische Labilität und Suizidalität
bspw. auch bei Menschen mit Migrationshintergrund
- Psychische Destabilisierung durch die Erkrankung
- **Verstärktes sozial auffälliges Verhalten (Verwahrlosungstendenzen, Körpergerüche, Geräusche machen etc.)**



Kann-Bruchstellen insgesamt II – sozial

Soziale Faktoren

- **Zeitmangel beim Entscheidungsprozess**
- Wegfall der Unterstützung durch den Partner
- **Unzureichendes Soziales Netz**
- **Mangel an Zeit beim Umgang mit den Bezugspersonen und mangelnde innere und äußere Präsenz der Bezugspersonen**
- **Nicht zu bewältigende Veränderungen und Umstellungen im Alltag**
- Verzögerte Bewilligung von Geldern
- Probleme, wenn die Kosten der ambulanten Hilfe die eines Heimaufenthaltes übersteigen



Kann-Bruchstellen insgesamt III – pflegerisch

Pflegerische Faktoren

- **Mangelndes Einstellen auf den Rhythmus des erkrankten Menschen**
- **Mangel an Zeit beim Umgang und mangelnde innere und äußere Präsenz der professionellen Bezugspersonen**
- **Unzureichende Aufsicht Professioneller (z.B. bei Erstickungsgefahr)**
- **Verzögerte Reaktionen bei ungeklärten Zuständigkeiten**
- **Versorgungslücken am Wochenende**
- **Chronische Unterversorgung frühmorgens, abends und in der Nacht**



Kann-Bruchstellen insgesamt IV – medizinisch

Medizinische Faktoren

- **Unreflektierte, fachlich, rechtlich und/oder ethisch unhaltbare Empfehlungen des medizinisch/pflegerischen Personals an der Schnittstelle stationär-ambulant**
- Falsche Diagnosen und Behandlungen
- Sturz und Sturzgefahr
- Starke gesundheitliche Einschränkungen des pflegenden Partners
- Sich verstärkende gerontopsychiatrische Symptomatik



Kann-Bruchstellen insgesamt V – Kooperation

Faktoren in der Kooperation der beteiligten Netzwerkpartner:

- Konkurrenzen und schwelende Konflikte, z.B. zwischen Pflege und Hauswirtschaft
- Mangelnde Bereitschaft Professioneller, bei akuter Dringlichkeit Überstunden zu machen, beispielsweise wenn der Notarzt kommt, kann dies zu unnötiger Heimeinweisung führen.
- Fehlender Bereitschaftsdienst der kooperierenden Dienste bei dringendem ambulanten Hilfebedarf außerhalb der üblichen Dienstzeiten



Kann-Bruchstellen im O-Ton – Viva-Beraterin

Entscheidungssituationen Heim Ja / Nein...

- *„Krankenhaus ist ganz schlimm“ (Klein, 694)*
- *Angehörige: „Heimeinweisungen können Heimzahlungen“ sein.*
- *Durch Angehörige können Drucksituationen auf die AdressatInnen entstehen. „Angehörige sind die Zwiespältigsten in der Regel.“ (ebd. 721)*
- *„Druck von außen“ (ebd. 794) (Familie, Gesetzliche Betreuer, Nachbarn, Wohnungseigentümer, Wohnungsgesellschaften)*
- *VIVA: „Wenn wir die Leute noch nicht lange kennen“ (ebd. 1278)*
- *„Wenn Ärzte Unsicherheit reingeben, kommen die Leute ins Schleudern.“ (ebd. 1279)*
- *„Leute gehen zu spät ins Spital, weil sie Angst haben, danach ins Heim zu kommen, sie versuchen das rauszuzögern und das macht es dann schwieriger“ (ebd. 1461)*

... dank dem smarthome
ist eine Haushilfe nun nur noch
einmal im Jahr notwendig
– um die Uhr nachzustellen





4. Was ermöglicht pflegebedürftigen (auch demenzkranken) Menschen, bis zuletzt zu Hause zu bleiben? I

Psychische Faktoren

- Gut unterstützte Angehörige
- Gut informierte und vernetzte Angehörige
- Eigene psychische Stabilität
- Sich viel Zeit bei den notwendigen Entscheidungsprozessen lassen
- Veränderungen und Umstellungen im Alltag langsam vornehmen und akzeptieren lernen

Kritisch wird's
... wenn wir nun alle «ja klar» sagen ...



4. Was ermöglicht pflegebedürftigen (auch demenzkranken) Menschen, bis zuletzt zu Hause zu bleiben? II

Soziale Faktoren:

- Vielfältige und möglichst frühzeitige Informationen
- Unterstützung durch den Partner
- Gut informierte Angehörige
- Gutes und verlässliches Soziales Netz
Viel hilft viel? Strength of weak ties?
Netzwerke >finden, >erweitern, >ergänzen, >einbinden,
>balancieren, >entwirren
(auch: gut eingebundene Non-Kins)
- Gute finanzielle Situation
- Rechtzeitig Gelder beantragen



4.a Exkurs: Die „Helferinnen“ I – qualitativ gewonnene Arbeitshypothesen

- Die VIVA-HelferInnen sind in ihrer Arbeitshaltung / ihren Einstellungen von Emotionalität und Altruismus geleitet. Der ganzheitliche Arbeitsansatz ist – im Vergleich zu anderen Diensten – langsam getaktet, berücksichtigt den Rhythmus der alten Menschen, aber auch die Lebenssituation der einzelnen Helferin. Dies fördert deren Gefühl von Sinnhaftigkeit und Erfüllung.
- Gratifikation? Wenn Helferinnen bereit sind, bspw. Arbeitszeiten großzügig zu überschreiten ohne Entlohnung, zeigt das, dass sie nichtmonetäre Gratifikationen fühlen – durch positive Reaktionen von Freude und Dankbarkeit ihrer Klientel, durch das soziale Miteinander in kleinen oftmals gewachsenen Teams mit manchmal halbprivaten Bezügen sowie durch den kontinuierlichen wertschätzenden „Rückhalt“ und die Rückversicherung durch die Beraterinnen.



4.a Exkurs: Die „Helferinnen“ II – qualitativ gewonnene Arbeitshypothesen

- Das vorherrschende Grundverständnis über alte Menschen und deren (gerontopsychiatrische) Erkrankungen und das Bemühen um einen sorgsamem Umgang mit den Adressaten beruhen auf konsequenter und kontinuierlicher Praxisanleitung und Supervision im Rahmen von person-zentrierten Teamgesprächen und in Einzelkontakten mit und durch die Beraterinnen.
- In unterschiedlicher Ausgestaltung richten die Helferinnen ihr Handeln an dem von den Beraterinnen weitergegebenen VIVA-Konzept und an deren praktischem Tun aus. Ihre Arbeitsweisen beinhalten so Humor, Flexibilität, den respektvollen Umgang miteinander, reflektierten Körperkontakt etc. und Methoden (Biografiearbeit, personzentrierte Gesprächskontakte). Sie werden dabei unterstützt und ermuntert, in diesem Rahmen ihren persönlichen Arbeits- und Beziehungsstil zu entwickeln.



4.a Exkurs: Die „Helferinnen“ III – qualitativ gewonnene Arbeitshypothesen

- Wie gelingt die bei VIVA geforderte hohe Verbindlichkeit und andererseits ein gewisser Spiel- und Freiraum? Sicher auch dadurch, dass sich die Helferinnen als Partner in einem Kreis von Mitarbeiterinnen sehen, die sich einbringen mit ihren Ideen, die Verantwortung mittragen und den Versorgungsprozess mitgestalten.
- Über die Zusammenarbeit mit Pflegediensten gibt es wenig eindeutige Aussagen. Allerdings besteht ein gewisses Verständnis, vielleicht auch eine gewisse Genugtuung seitens der Helferinnen, dass die kurzgetaktete Pflege tiefere Bezüge zu AdressatInnen seltener möglich werden lässt.



4.a Exkurs: Die „Helferinnen“ IV – qualitativ gewonnene Arbeitshypothesen

- Schnittstelle Medizin: Die Helferinnen halten sich fern von medizinischen und medikamentösen Fragen. Damit bleiben ihre Möglichkeiten ungenutzt, bspw. Symptome oder die Wirkung eines neuen Medikaments zu beobachten (obwohl sie hier im Alltag der Betroffenen näher dran sind als alle Beteiligten).
- Die Helferinnen widmen dem Halten der Balance zwischen Partnern, die noch zusammenleben, viel Aufmerksamkeit. Sie machen die Erfahrung, dass sie mit ihrem Vorgehen die Balance bzw. Disbalance entscheidend mitbeeinflussen können, dass dies aber auch ein schwieriges Unterfangen ist.
- Die Helferinnen sehen die Problematik, die an der Schnittstelle zwischen ambulant-stationär besteht und tragen deshalb Krankenhausbesuche selbstverständlich mit.

4. Was ermöglicht pflegebedürftigen (auch demenzkranken) Menschen, bis zuletzt zu Hause zu bleiben? III

Pflegerische Faktoren

- Einstellen auf den Rhythmus des erkrankten Menschen
- Begleitung als aktivierende, ressourcenmobilisierende Begleitung
- Genügend Zeit beim Umgang und innere und äußere Präsenz der professionellen Bezugspersonen
- Ausreichende Aufsicht und Begleitung durch Fachkräfte (z.B. bei Erstickungsgefahr)
- Geklärte Zuständigkeiten
- Gewährleistung der Versorgung und Begleitung am Wochenende
- Gewährleistung der Versorgung frühmorgens, abends und in der Nacht



4. Was ermöglicht pflegebedürftigen (auch demenzkranken) Menschen, bis zuletzt zu Hause zu bleiben? IV

Medizinische Faktoren

- Korrekte Diagnosen und Behandlungen
- Sturz und Sturzgefahr abklären
- Starke gesundheitliche Einschränkungen des pflegenden Ehepartners beachten und Lösungen dafür suchen



4. Was ermöglicht pflegebedürftigen (auch demenzkranken) Menschen, bis zuletzt zu Hause zu bleiben? V

Kooperation der beteiligten Netzwerkpartner:

- Konkurrenzen und schwelende Konflikte rechtzeitig beachten und abklären,
z.B. zwischen Pflege und Hauswirtschaft
(vgl. Stellenwert hauswirtschaftl. Beiträge der Helferinnen)
z.B. zwischen HelferIn und Angehörigem
z.B. zwischen gesetzl. Betreuer und Beraterin
- Bereitschaft von Diensten und Fachkräften, bei akuter Dringlichkeit Überstunden zu machen, um überstürzte Krankenhaus- und Heimeinweisungen zu verhindern
- Bereitschaftsdienst der kooperierenden Dienste bei dringendem ambulanten Hilfebedarf außerhalb der üblichen Dienstzeiten



5. Ein dickes Brett kritisch hinterfragen und die richtigen Bohrstellen finden – über den Haushalt hinaus

- An welchen „Kannbruchstellen“ endet heute das Zuhause-wohnen-bleiben oft? Können wir diese Bruchstellen systematisch entschärfen?
- Säen weit vor dem Helfen? – gibt es präventive Strategien, welche lohnen sich, braucht es hier nicht die Generationen- statt Seniorenpolitik vor Ort?
- früher helfen um weniger helfen zu müssen? – von Niedrigschwelligkeit, Nicht-Inanspruchnahme einerseits, fürsorglicher Belagerung andererseits
- Soziale Netzwerke besser einbeziehen – aber welche? "Wahlverwandtschaften" zwischen überzogenen Erwartungen und verpassten Chancen
- Auf mehr Schultern verteilen? – wie können besser balancierte "welfare mixe" aussehen?
- Welche Rolle spielt dabei auch „long distance caring“ usw.
- Integrierter helfen? – vom Versuch, die unterschiedlichen Logiken, Aufmerksamkeiten, Rationalitäten der Hilfen – da wo sie noch versäult solitär agieren – besser auf das eine Ziel zu beziehen
- Betreutes Wohnen con variazione – wie können wir das Spektrum des Wohnens in der Pflege und des Pflegens in der Wohnung immer wieder hinterfragen und dynamisieren?
- Aus der Isoliertheit des Einzelhaushalts herausholen? – wie lässt sich auch häusliche Pflege wieder mehr bürgerschaftlich abzustützen, "einzugemeinden"
- Quartiersorientierung durch Technik statt durch Sozialprofis? – wie denken wir technische Assistenz (u.a. AAL-Modelle) und soziale Assistenz spannender zusammen?



Zuhause wohnen bleiben bis zuletzt...

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

Prof. Dr. Ulrich Otto,
Prof. Dr. Astrid Hedtke-Becker,
Dr. Gabriele Stumpp,
Rosemarie Hoevels,
Sylvia Beck

FHS St. Gallen (CH)
HS Mannheim (D)
HS Mannheim (D)
HS Mannheim (D)
FHS St. Gallen (CH)

Kontakt: ulrich.otto@fhsg.ch

Gesundheitskompetenz in Zeiten des Internets

Peter J. Schulz
Institute of Communication & Health
Università della Svizzera italiana

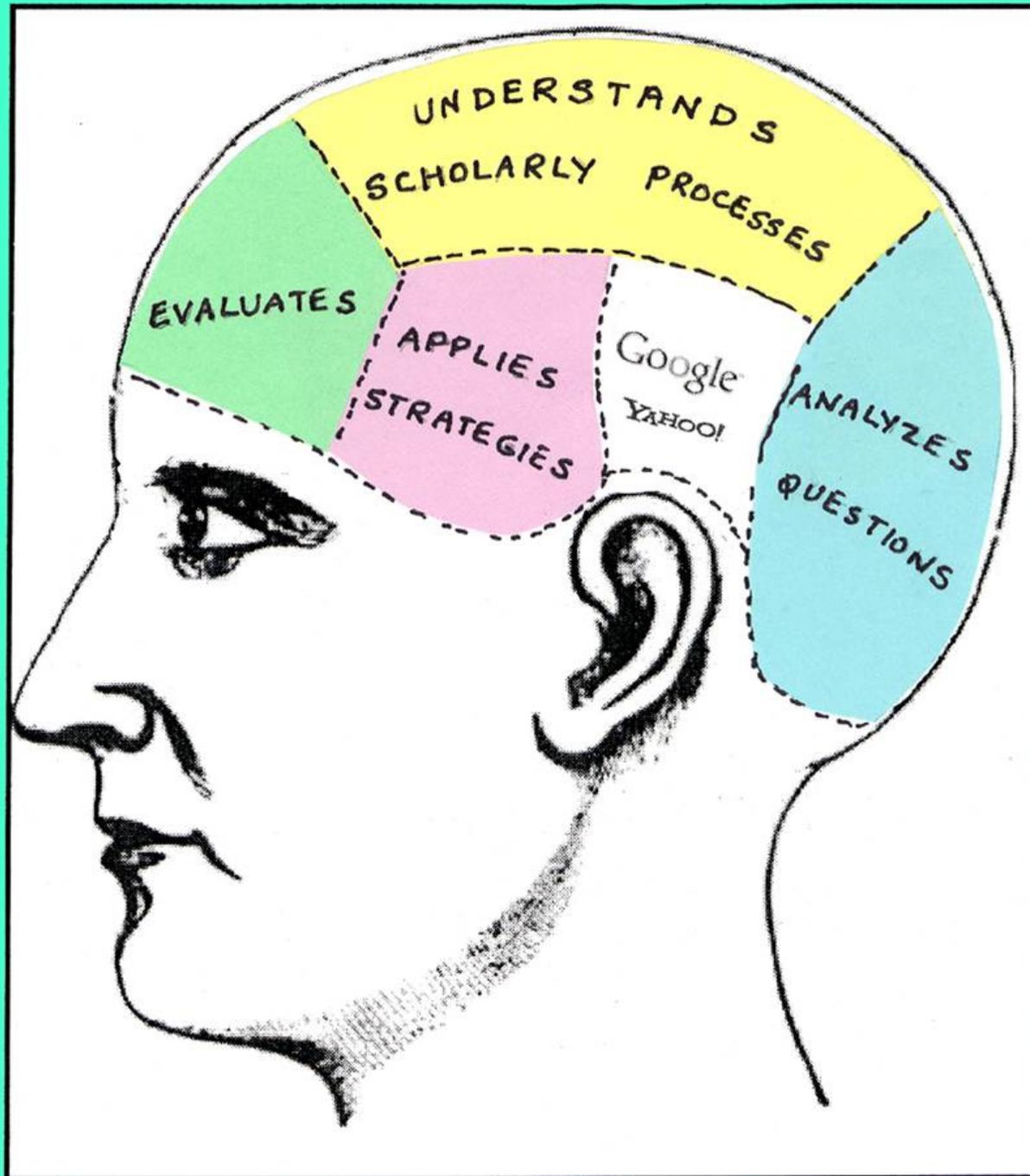
15^e Conférence nationale sur la promotion de la santé 2014
„L'autonomie, défi pour la promotion de la santé et de la prévention“
Jeudi 30 janvier 2014, Beaulieu Lausanne



Health Literacy

... “is the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions.” (Healthy People 2010)

The Locus of Health Literacy



Why does Health Literacy matter?

Health Outcomes/Services

- General health Status
- Hospitalization & Rehospitalization
- Emergency department use
- Asthma Control
- COPD
- Depression
- Diabetes control*
- HIV control*
- Prostate cancer stage
- Mammography*
- Pap smear
- Pneumococcal immunization
- Influenza immunization
- STD screening
- Cost
- Mortality

Behaviors

- Substance abuse
- Breastfeeding
- Behavioral problems
- Adherence to medication*
- Smoking*
- Consent Process
- End-of-life decision making

Knowledge

- Birth control
- Pap screening
- Emergency department instructions
- Asthma
- Hypertension
- Diabetes
- And many more

Towards new concepts of Health Literacy

Consensus among scientists and policy makers:

- Health literacy is more than functional literacy (reading, writing, and numeracy skills) in the health domain.
- There is a need for validated measurements to reflect the extended conceptualizations of health literacy. (e.g. Mancuso 2009)

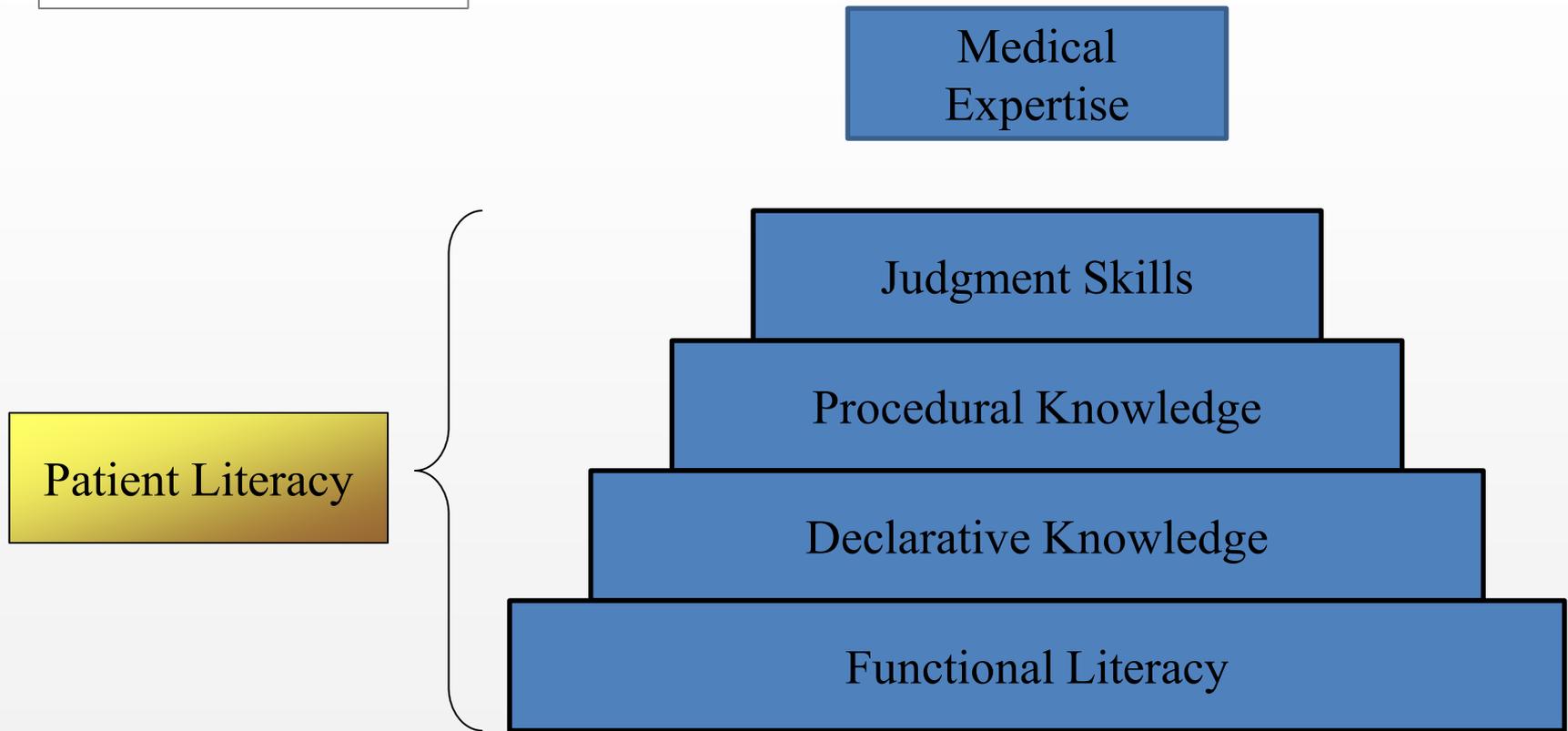
Expanding the concept of Health Literacy

What type of information does the patient need to build his health literacy?

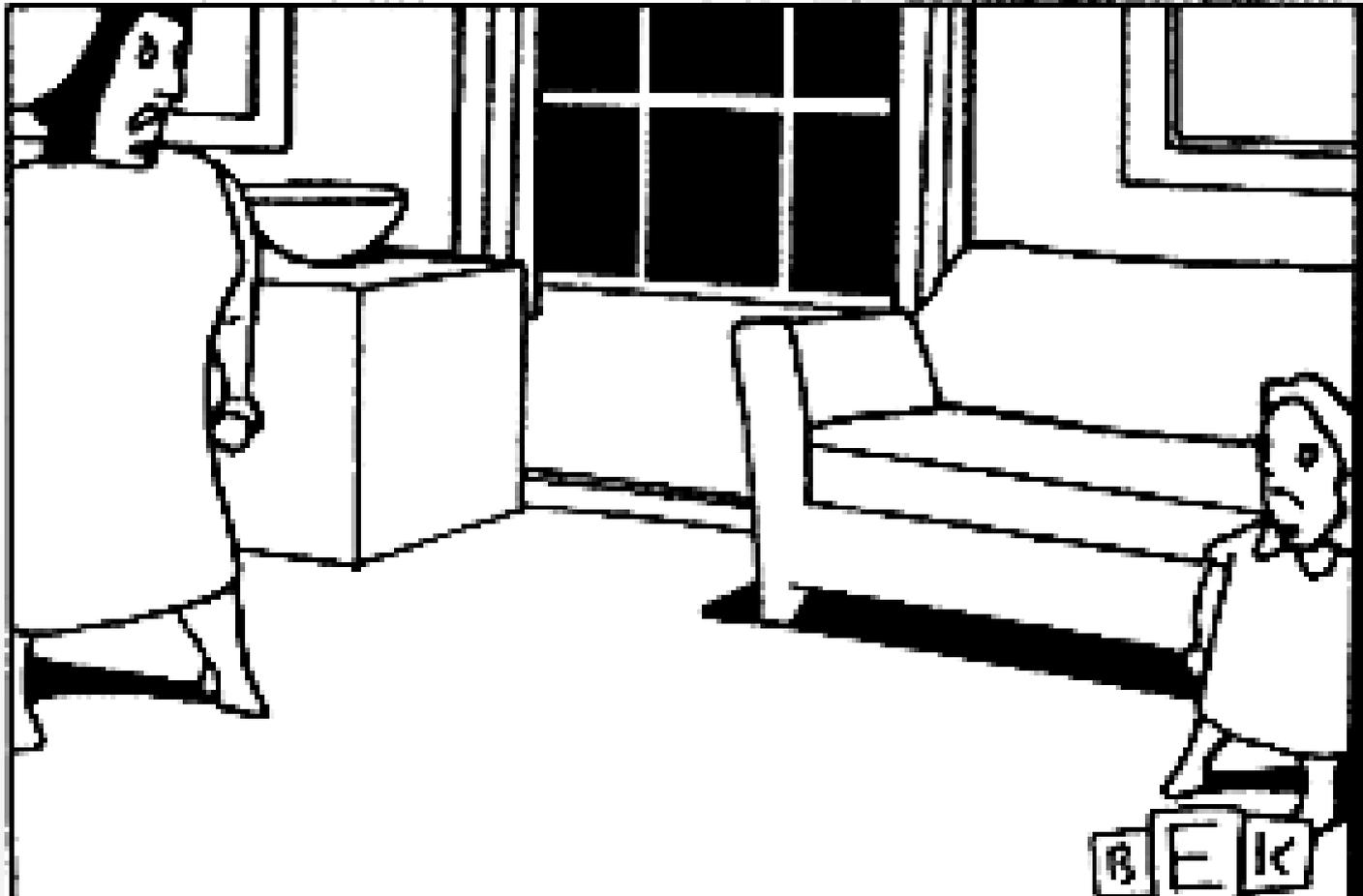
- **Declarative knowledge** (knowledge of the what) e.g. explanation of what a certain condition is (use of antibiotics)
- **Procedural knowledge** (knowledge of the how) e.g. how to maintain a healthy bodyweight through calorie restriction and exercise;
- **Judgment skills**: the ability to relate knowledge to her goals, particularly in novel situations (e.g. self-medication)

Broader concept of Health Literacy

Schulz & Nakamoto
SCoMS 2005; PEC 2012



Limits of Health Literacy



“Someday, you’ll act like you understand.”

Dimensions of patients' empowerment

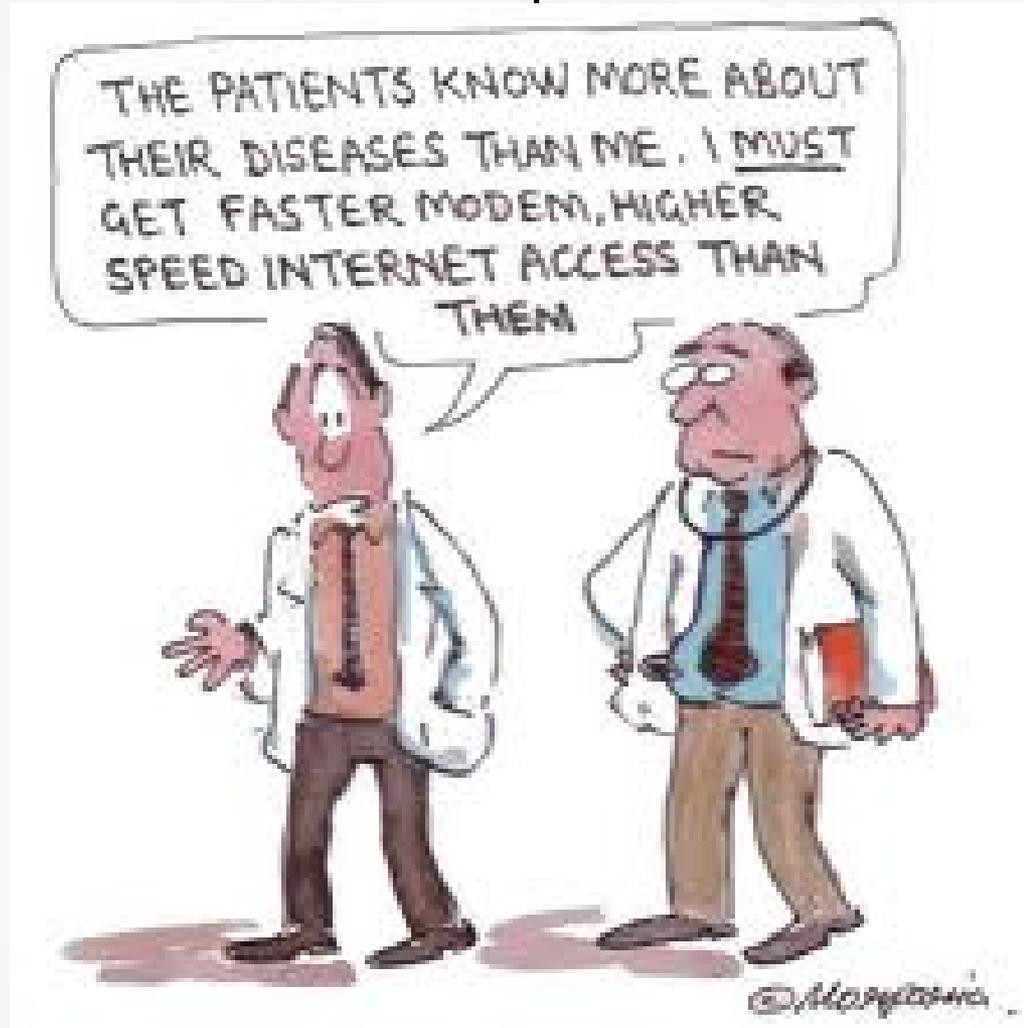
- **Meaningfulness:** relevance of managing one's disease
- **Competence:** sense of competence to manage one's disease
- **Self-determination:** sense of autonomy to manage one's disease
- **Impact:** sense of control over the outcome of disease management

(Based on Thomas & Velthouse, 1990; Spreitzer, 1995)

Literacy, empowerment, and Patient Behavior

		Psychological Empowerment	
		Low	High
Health Literacy	Low	High-needs Patient	Dangerous Self-manager
	High	Needlessly Dependent Patient	Effective Self-manager

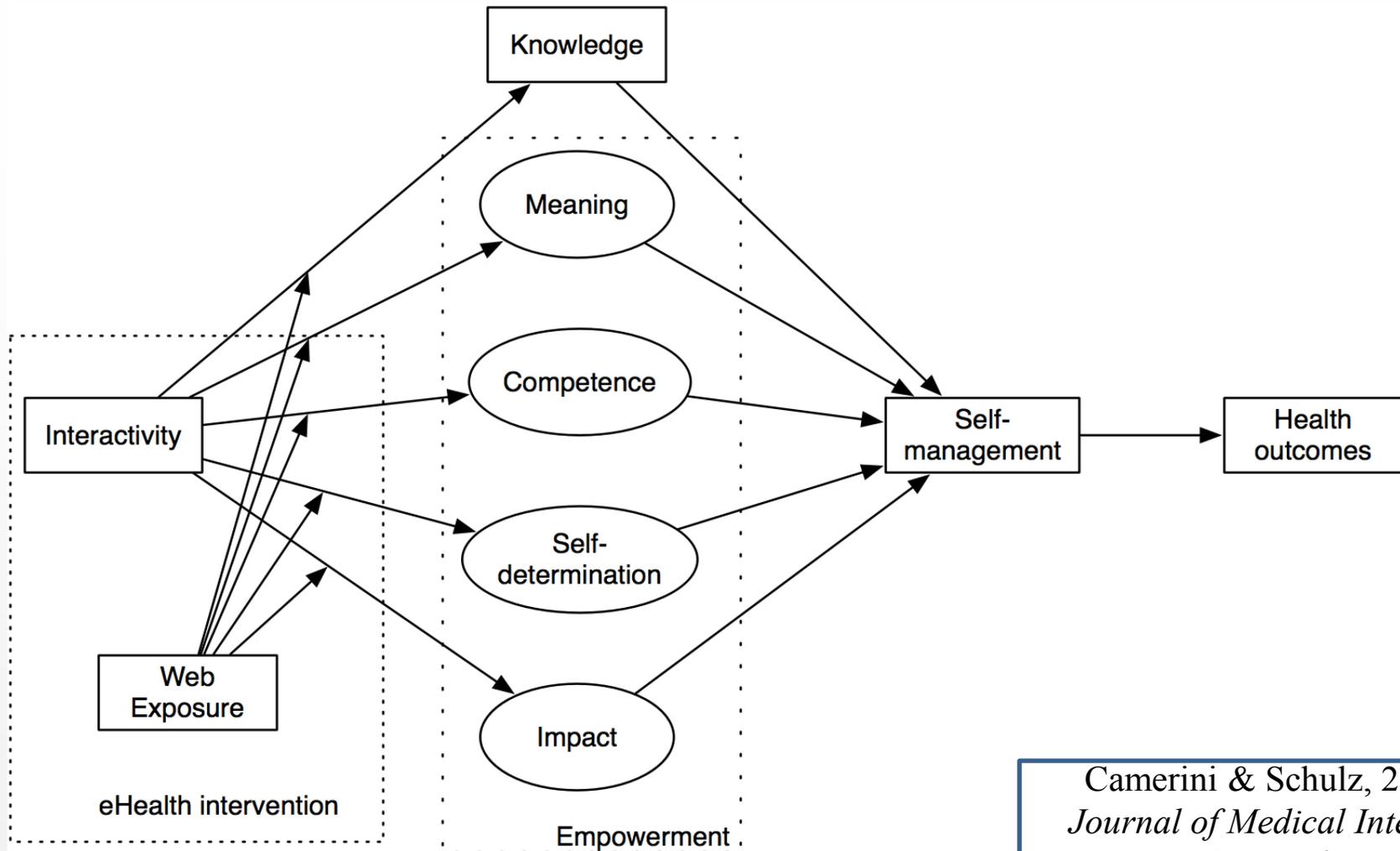
Can web-support increase the level of health literacy and empowerment?



The poor diabetic website, 2011

The screenshot displays the ONESelf website interface. At the top, a teal banner features the ONESelf logo (a stylized figure with a dog) and the text "ONESelf Benvenuto!". Below this, a horizontal teal bar separates the header from the main content. On the left, a light blue box contains the text "Area medici". Below it, a teal box labeled "Vedi anche" lists several items: "Area: mal di schiena", "Area: fibromialgia", "Link", "Contatta la redazione", and "Contatta la Lega ticinese per la lotta contro il reumatismo". To the right, a yellow box contains the text "Benvenuto in Oneself! Scegli la tua area:". Below this, two large, rounded rectangular buttons are displayed. The top button is yellow and contains the ONESelf logo, the text "Area tematica Mal di schiena", and the word "Entra" with a right-pointing arrow. The bottom button is orange and contains the ONESelf logo, the text "Area tematica Fibromialgia", and the word "Entra" with a right-pointing arrow.

eHealth effects on Health Literacy & Empowerment



Camerini & Schulz, 2012
*Journal of Medical Internet
Research*



"I expect you all to be independent, innovative, critical thinkers who will do exactly as I say!"

Schulz: How to improve health literacy in the face of the Internet. Lausanne 2014

Internet and the Limits of Health Literacy

Empowerment raises the problem of patient action based on:

- Insufficient information
- Inaccurate information
- Misuse of information

Schulz & Nakamoto, 2013
Patient Education & Counseling

Internet and the Limits of Health Literacy

- Available information on the Internet assists patients and consumers in making healthcare decisions.
- Even if the information is of high quality: it is neither universal (e.g. most side effects are rare) nor is it tailored to the patient.
- Medications are not suitable for all patients; even when they are, they will not be effective for all patients.
- Information lacks any calibration of probabilities of effectiveness etc. to specific patients.

Patients' expertise and the Internet

- Patient's unique expertise is in the specifics of their symptoms, their experience of the health condition, and their health goals.
- A problem arises when a patient receives information that she cannot assess adequately.
- The Internet is ill-constituted as a decision support for the patient: its flexibility makes it dangerous.
- The patient's own preferences, wishes, and predilections will govern information search: this might lead a patient to build a knowledge structure oriented to their wishes rather than reality.

Custom Search: Between Dangerous Literacy and Guided Navigation

- 2 experiments to study the effect of quality and biased Internet sites
- Subject: Trust in, knowledge of and attitudes to vaccination.

Allam, Schulz & Nakamoto,
2014 *Journal of Medical
Internet Research*

Experiment I

- Is there something like ‘dangerous literacy’ in connection with searching and using health information on the Internet?

- Hypothesis 1: Users offered high-quality websites by their search engine will gain more knowledge than users offered low-quality websites
 - Pre-post-test design with 39 students; were given 10 minutes to find information about vaccination

- Three experimental groups:
 - (1) normal Google (n=12)
 - (2) Google configured to find a set of websites that are certified by the Health on the Net (HON) code (n=14)
 - (3) an engine configured to search for websites, blogs and forums that discourage vaccination and were run by anti-vaccination activists or movements (n=13)

Experiment I

➤ Pre-test measures:

- Health status
- Vaccination knowledge (= vaccination literacy, index of 14 true/false items)
- Attitude toward vaccination (10 items, 1-7 Likert scale)
- Perceived side effects and benefists of vaccination (5 items, 1-7 Likert scale)
- Sources and assessment of health information (7 items, 1-7 Likert scale)
- Socio-demographics (gender, nationality, age, education, Internet usage;

➤ Posttest measure:

- Vaccination knowledge (as above)
- Attitude toward vaccination (as above)
- Trust in information and websites presented (20 items measuring summarily the credibility, satisfaction, trustworthiness and relevance of the information retrieved and the websites visited)
- Persuasion measure: Categorical items measuring participants' self-perceived persuasion by the sites (12 items)

Results Study I

- Knowledge: a significant increase in group 2 (high-quality pro-vaccination sites, $p < .03$), no increase in groups 1 & 3. No pretest knowledge difference. $H(2) = 4.02, p = .13$
- Attitude:
 - Group 2: significant increase of importance of vaccination of adults against influenza ($z = -2.326, p < 0.02$) and the effectiveness of vaccination against swine flu ($z = -2.230, p < .03$).
 - Group 3 (low-quality con-vaccination sites) showed an increase in the concern for side-effects of vaccination on adults ($z = -2.582, p < .01$) and for believing that vaccination was causing more harm than good ($z = -2.200, p < .02$).

Results Study I (cont.)

Using one-way ANOVA and Kruskal Wallis test showed no difference between the three groups in terms of

- Trust in the information found ($F(2,36)=1.83, p =.17$) ($\chi^2 =2.54, p =.28$),
- Satisfaction with the information found ($F(2,36)=1.84, p =.17$) ($\chi^2 =1.21, p =.54$),
- Assessment of its persuasiveness ($F(2,36)=0.99, p =.38$) ($\chi^2 =0.76, p =.68$),
- Information relevance ($F(2,36)=2.97, p =.06$) ($\chi^2 =5.44, p =.06$)
- Trust in Google ($F(2,36)=3.07, p =.06$) ($\chi^2 =4.20, p =.12$).

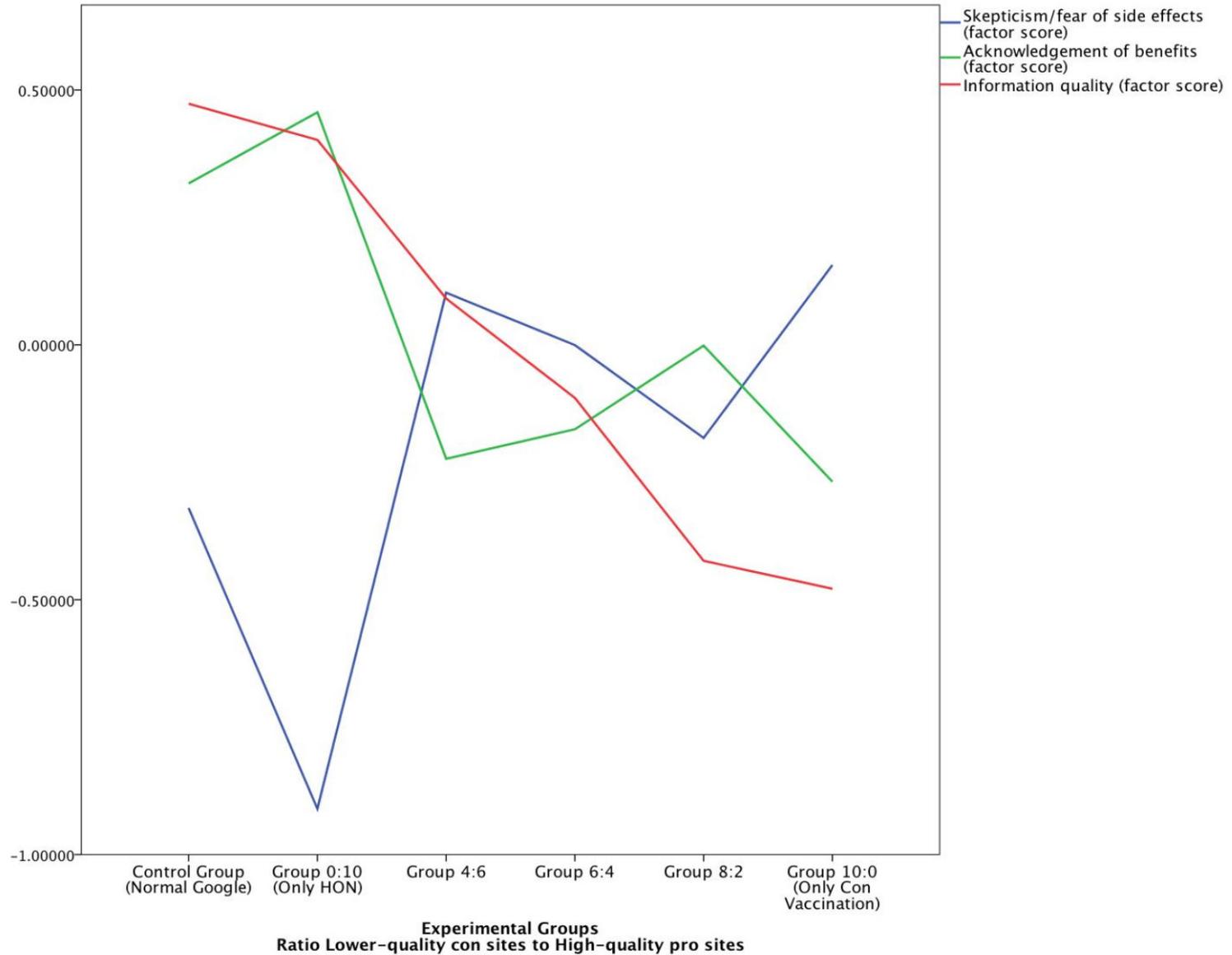
None of of the measures employed produced any significant differences between the experimental groups

Experiment II

- *Hypothesis*: The higher the share of con-vaccination websites offered by a search engine, the more critical users' attitudes on vaccination will become
- 5 experimental groups + 1 control group. Differences in the ratio of con- versus pro-vaccination sites offered by the customized search engine. (0:10, 4:6, 6:4, 8:2, 10:0)
- Experiment conducted on Mturk, ($n = 197$). Age $M = 37.3$ ($SD = 11.4$).
- Measures: Persuasion measure – 9 items; socio-demographic items (as in Experiment 1).

Results Study 2

Skepticism/fear of vaccination side effects, acknowledgment of vaccination benefits and information quality by experimental group



Results Study 2

- Students to whom the search engine offered high-quality sites (Group 2) learned more... ($Z = -2.088, p = .03$)
- ... and rated the importance of vaccination and its effectiveness against swine flu higher than other groups ($Z = 2.230, p = .03$).
- Students to whom the search engine offered biased anti-vaccination sites (Group 3) became more concerned about vaccination side effects and more convinced of its harms than the other groups ($Z = -2.582, p = .01$).
- The beneficial effects of high-quality sites and the detrimental effects of biased occurred irrespective of subjects' subjective assessment of site quality and site bias.

Concluding remarks

- Health Literacy – a topic that requires further research in social sciences
- Broader concept: the interplay between health literacy and volitional empowerment is critical to patients' autonomy.
-
- Two different directions for future research in Health Literacy:
 - (1) Improving information material
 - (2) Focus on the patient as active consumer
- The guided literacy presents new challenges for health professionals and web content providers.

The ICH group



Funding support:
Swiss National Science Foundation &
European Union



Ernährung im Spannungsfeld zwischen Eigenverantwortung, Nudging und Vorschriften

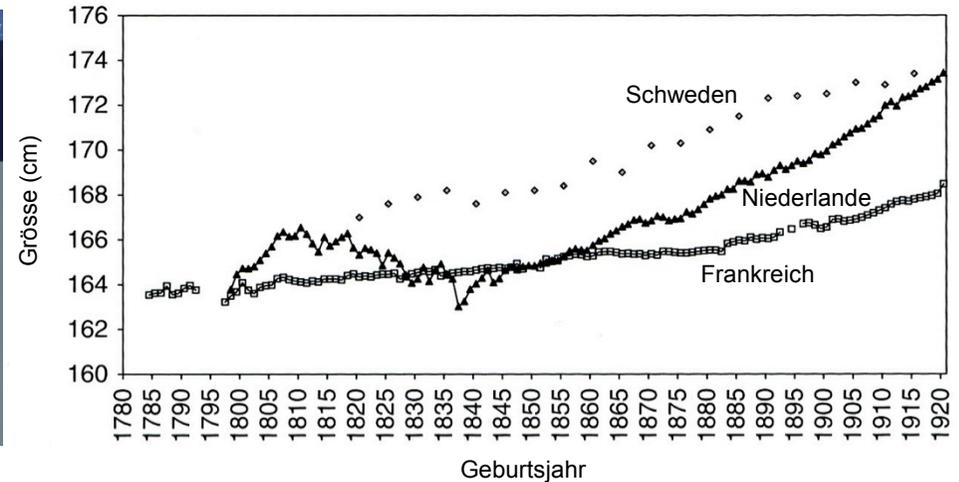
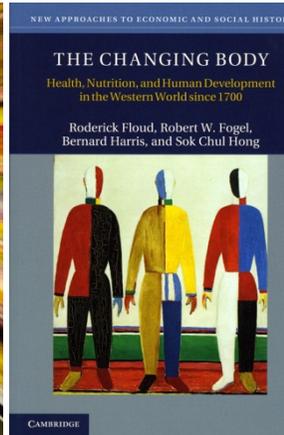
Prof. Dr. Michael Siegrist

Institute for Environmental Decisions IED
Consumer Behavior

Grosses Lebensmittelangebot: Positive und negative Effekte



Photo: iStockphoto



Körpergrösse erwachsener Männer in Schweden, Frankreich und den Niederlanden von 1780–1920

Nudging

- Reduktion Salzgehalt
- Die Herausforderung, gute Nudges zu designen
 - Tellergrösse



Authors	Design	Effect of container	Subjects	Type of container	Size of container		Difference container	Type of food	Serving mode	Distractions	
					Small	Large					
Wansink and Cheney (2005)	Quasi-experimental between-subjects design Serving food from small/large bowl on plate (25 cm) and consumption of food	Yes	35 Students	Bowl	2000 ml	4000 ml	2000 ml	Nuts, pretzel, chips	Self-service	Super Bowl party	
Wansink and Kim (2005)	Between-subjects experimental design Consumption of pre-served food portion	Yes	158 Moviegoers	Popcorn container	120 g	240 g	120 g	Fresh and stale popcorn	Food provided	Movie watching	
Wansink et al. (2006)	Between-subjects experimental design Serving and consuming food	Yes	85 Nutrition experts	Bowl	482 g	964 g	482 g	Ice cream	Self-service	Colleague celebration	
Marchiori et al. (2012)	Between-subjects experimental design Consumption of pre-served food portion	Yes	88 Students	Aluminum container	250 ml	750 ml	500 ml	M&M's	Food provided	TV show watching	
Sharp and Sobal (2012) ^{a, b}	Quasi-experimental between-subjects design Drawing food portions	Yes	270 Students	Paper plate	23 cm 415 cm ²	28 cm 615 cm ²	200 cm ²	What enjoy for dinner	Drawing	During class	
Van Ittersum and Wansink (2012)	Between-subjects experimental design Serving food with defined and shown diameter	Yes	225 Students	Bowl	12 cm, 13.8 cm, 16.4 cm, 18 cm, 20 cm, 25.7 cm, 36 cm	-	-	Soup	Self-service	Unclear	
van Kleef et al. (2012)	Between-subjects experimental design Serving food from small/large bowl on plate (23 cm) and consumption of food	Yes	68 Students	Bowl	3800 ml	6900 ml	3100 ml	Pasta with tomato sauce	Self-service	Others participants	
DiSantis et al. (2013)	Within-subjects experimental design Serving and consuming food	Yes	42 Children	Plate	18.4 cm 266 cm ²	26.0 cm 531 cm ²	265 cm ² 227 g	Buffet ¹	Self-service	Ate in classroom	
Rolls et al. (2007)	Within-subjects cross-over experimental design Serving and consuming food	No	45 Adults	Bowl	17 cm 227 cm ²	22 cm 380 cm ²	26 cm 531 cm ²	153 cm ² 151 cm ²	Macaroni and cheese	Self-service	No
Rolls et al. (2007)	Within-subjects cross-over experimental design Consumption of pre-served portion	No	30 Adults	Plate	22 cm 380 cm ²	26 cm 531 cm ²	151 cm ²	Macaroni and cheese	Food provided	No	
Rolls et al. (2007)	Within-subjects cross-over experimental design Serving and consuming food	No	44 Adults	Plate	17 cm 227 cm ²	22 cm 380 cm ²	26 cm 531 cm ²	153 cm ² 151 cm ²	Buffet ²	Self-service	No
Koh and Pliner (2009)	Between-subjects experimental design Serving and consuming food	No	57 Pairs of females (Student & friend)	Plate	18.2 cm 260 cm ²	23.5 cm 434 cm ²	174 cm ²	Pasta with tomato sauce	Self-service	Friend or stranger	
Shah et al. (2011)	Within-subjects cross-over experimental design Serving and consuming food	No	20 Normal, overweight/obese women	Plate	21.6 cm 366 cm ²	27.4 cm 589 cm ²	223 cm ²	Pasta with tomato sauce	Self-service	No	
Yip et al. (2013) ^b	Within-subjects cross-over experimental design Serving and consuming food	No	20 Overweight/obese women	Plate	19.5 cm 298 cm ²	26.5 cm 551 cm ²	253 cm ²	Buffet ³	Self-service	No	
Penaforte et al. (2013)	Cross-sectional design Food portion estimation	No	48 Students	Plate	9 cm 64 cm ²	24 cm 452 cm ²	388 cm ²	Pasta with tomato sauce	Self-service	No	

Einfluss von Tellergrösse auf geschöpfte Menge: Reichhaltiges Fake-Food Buffet

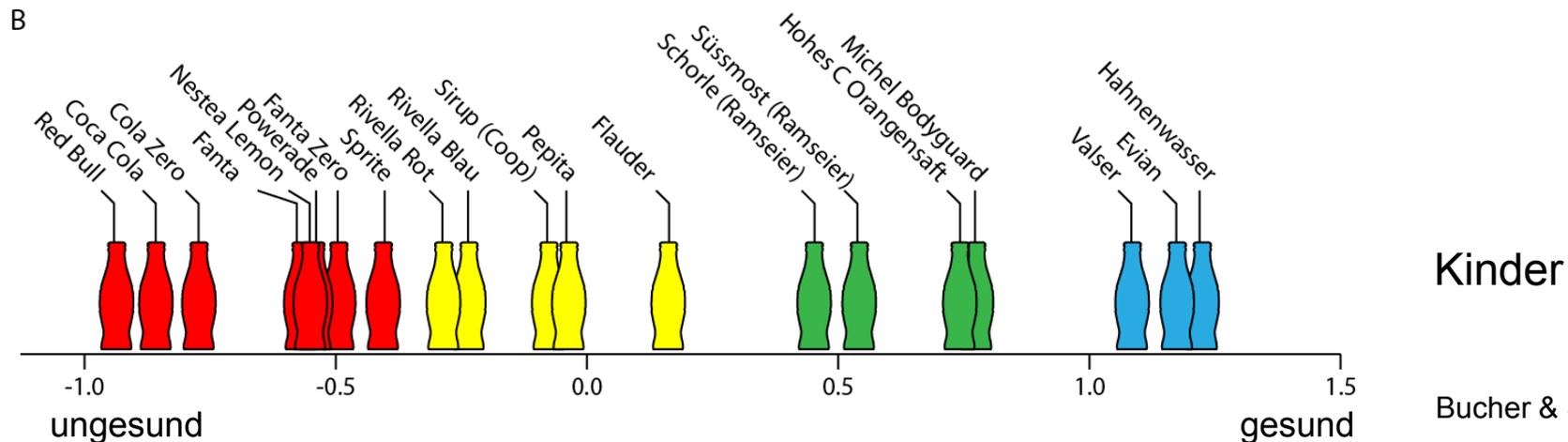
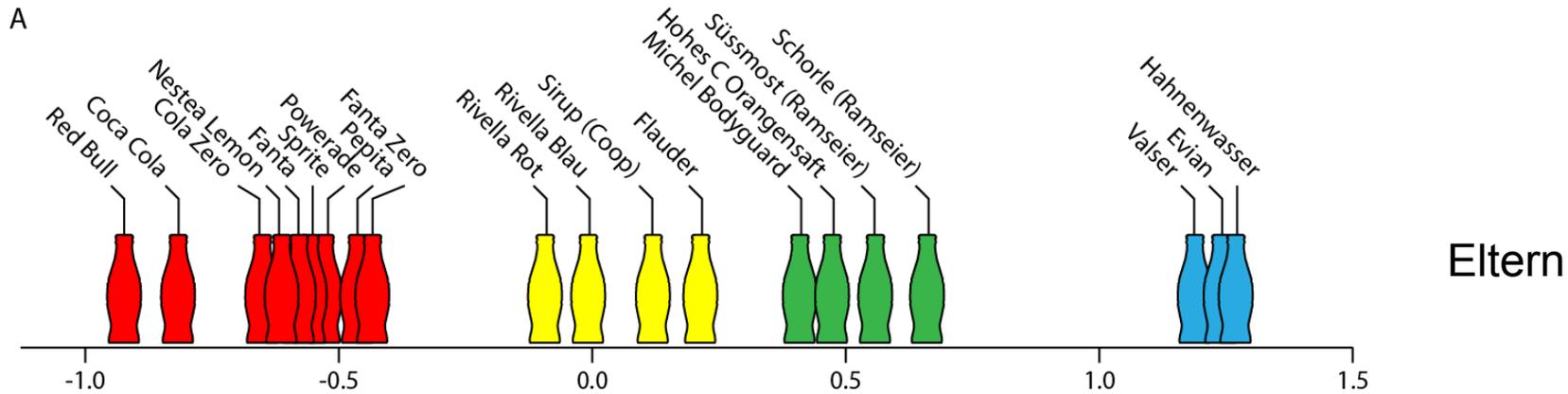
	Standardteller (Ø 27 cm) (n = 42)		Grösserer Teller (Ø 32 cm) (n = 41)		$F_{(1,81)}$	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Süssigkeiten, Soft Drinks (kJ) ^a	981	797	1021	934	0.044	.833
Öle und Fette (kJ) ^a	326	338	336	308	0.019	.890
Proteinlieferant (kJ) ^a	1046	605	1121	707	0.272	.604
Stärkehaltige Lebensmittel (kJ)	861	367	919	484	0.376	.542
Gemüse (kJ)	161	74	203	97	4.786	.032*
Früchte (kJ) ^a	268	278	340	308	1.237	.269
Gesamtenergie Mahlzeit (kJ) ^a	3644	1376	3940	1665	0.782	.379

Libotte, Siegrist & Bucher, 2014

Welche Softdrinks werden als gesund wahrgenommen?



Wahrgenommene Gesundheit verschiedener Getränke



Bucher & Siegrist, 2013

Aspekte von Getränken, die die wahrgenommene Gesundheit der Getränke beeinflussen

	Eltern				Kinder			
	B	SE B	β	P	B	SE B	β	P
(Konstante)	1.04	.17			1.0	.2		
Zuckergehalt (g/L)	-.011	.002	-.78**	< .001	-.010	.002	-.68**	< .001
Fruchtanteil (%)	.007	.003	.33*	.016	.008	.003	.36*	.013
Koffein (Ja/Nein)	-0.77	.19	-.45*	.001	-0.80	.20	-.46*	.001
Süsstoffe (Ja/Nein)	-1.02	.19	-.68**	< .001	-0.98	.20	-.66**	< .001

Bucher & Siegrist, 2013

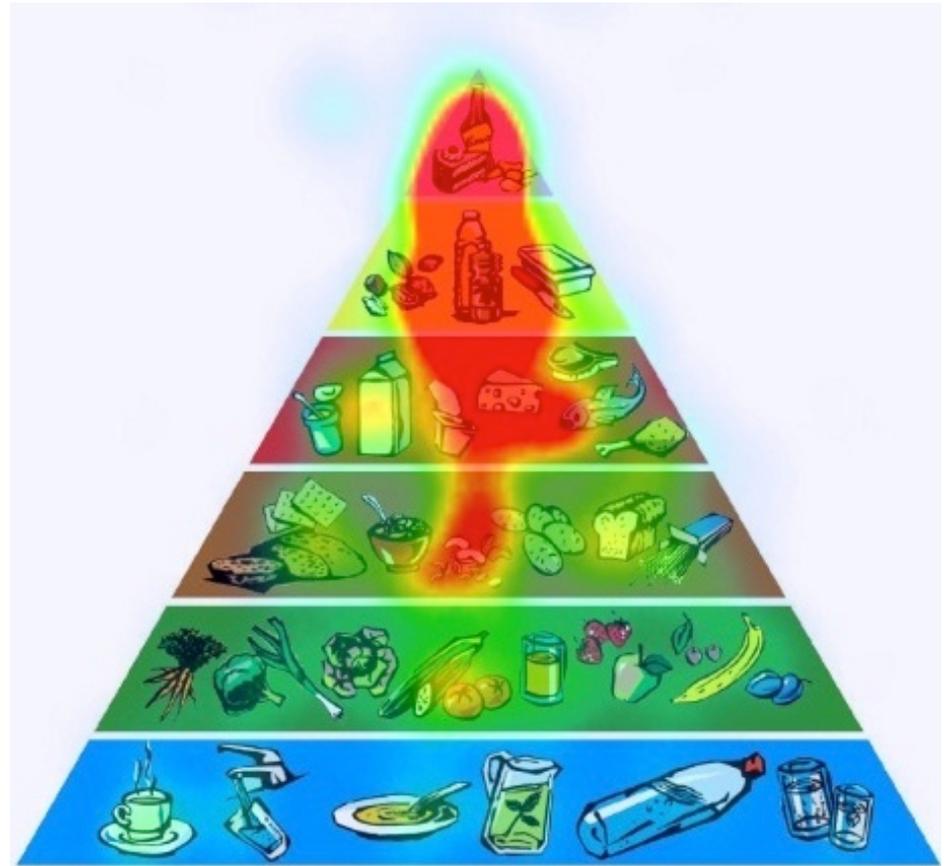
Welche Informationen helfen den Konsumenten?

Nutrition Facts
Serving Size – 28g (One Scoop)

Amount Per Serving	
Calories	110
Total Fat	2g
Saturated Fat	1g
Cholesterol	55mg
Sodium	85mg
Potassium	85mg
Total Carbohydrate	1g
Dietary Fiber	0g
Sugars	1g
Salt	22g

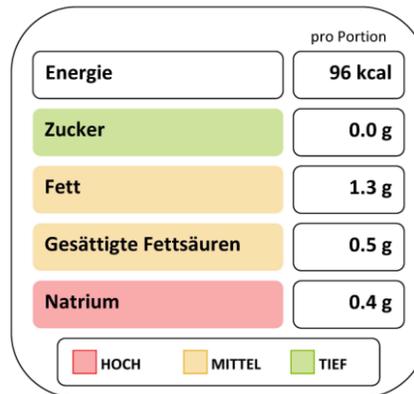


Forschung mit Eye-tracker



Verwendete Labels

Nährwertangaben	Pro Portion
Energie	96 kcal
Zucker	0.0 g
Fett	1.3 g
Gesättigte Fettsäuren	0.5 g
Natrium	0.4 g



Die Procente beziehen sich auf den Richtwert der Tageszufuhr einer erwachsenen Person

Als wie gesund werden die verschiedenen Produkte wahrgenommen?

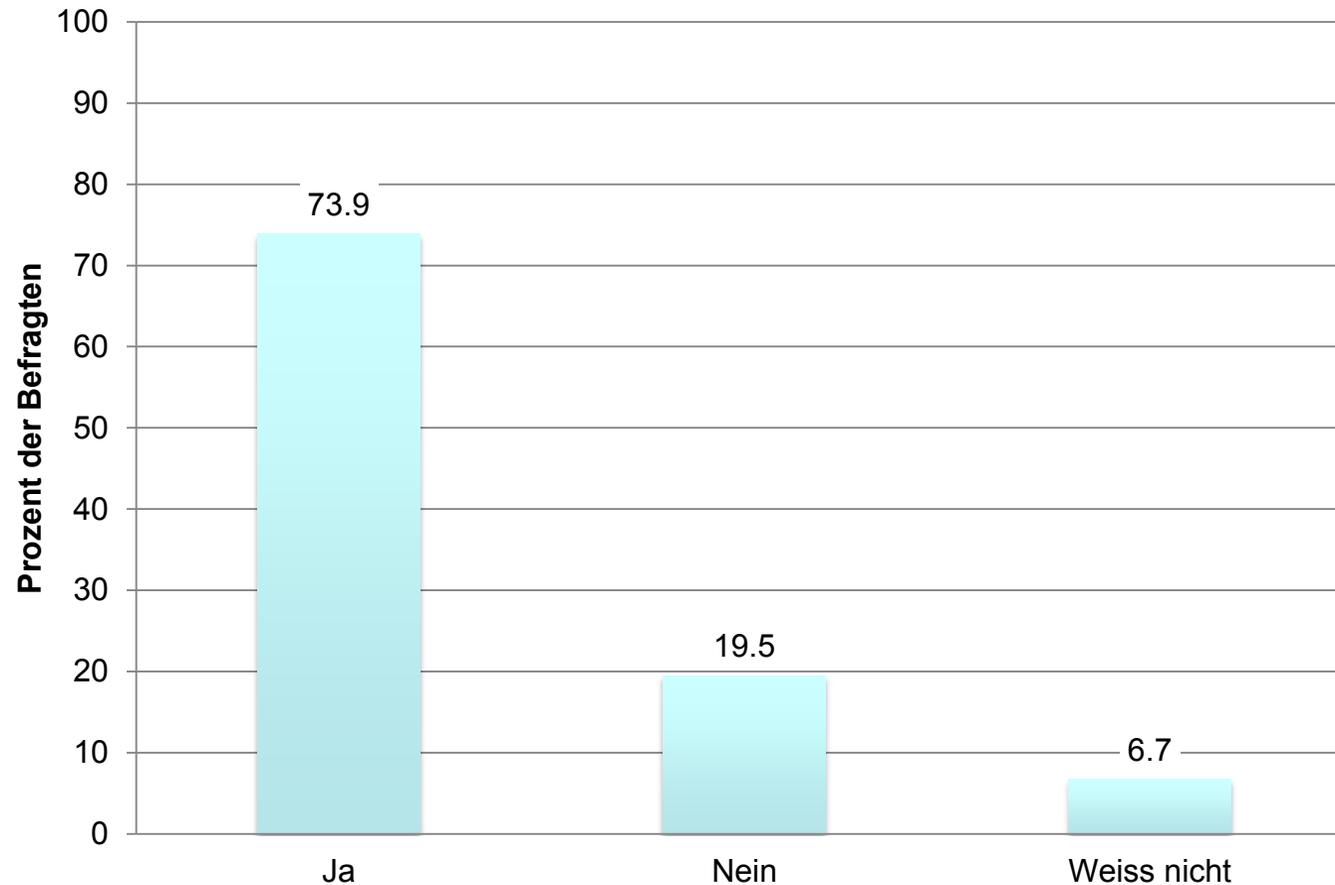
Produkt	Ampelkennzeichnung (n = 33)		GDA (n = 32)		Tabelle (n = 33)		F	df	P
	M	SD	M	SD	M	SD			
Salzbrezeln	2.91	0.91	3.50	1.14	2.97	1.02	3.256	2	.043
Corn Flakes Nature	3.42 ^{a,b}	1.03	3.97 ^a	1.00	3.27 ^b	1.10	3.976	2	.022
Haselnussjogurt	3.00	0.97	2.81	1.12	3.06	1.14	.464	2	.630
Milchschokolade	2.18	1.16	2.44	0.91	2.33	0.99	.511	2	.602
Softdrink Lemon	1.97	1.08	2.06	0.98	2.15	1.03	.256	2	.774

Anmerkung: Beurteilung der Gesundheit mit einer Skala von 1-6 (1 = sehr ungesund, 6 = sehr gesund).

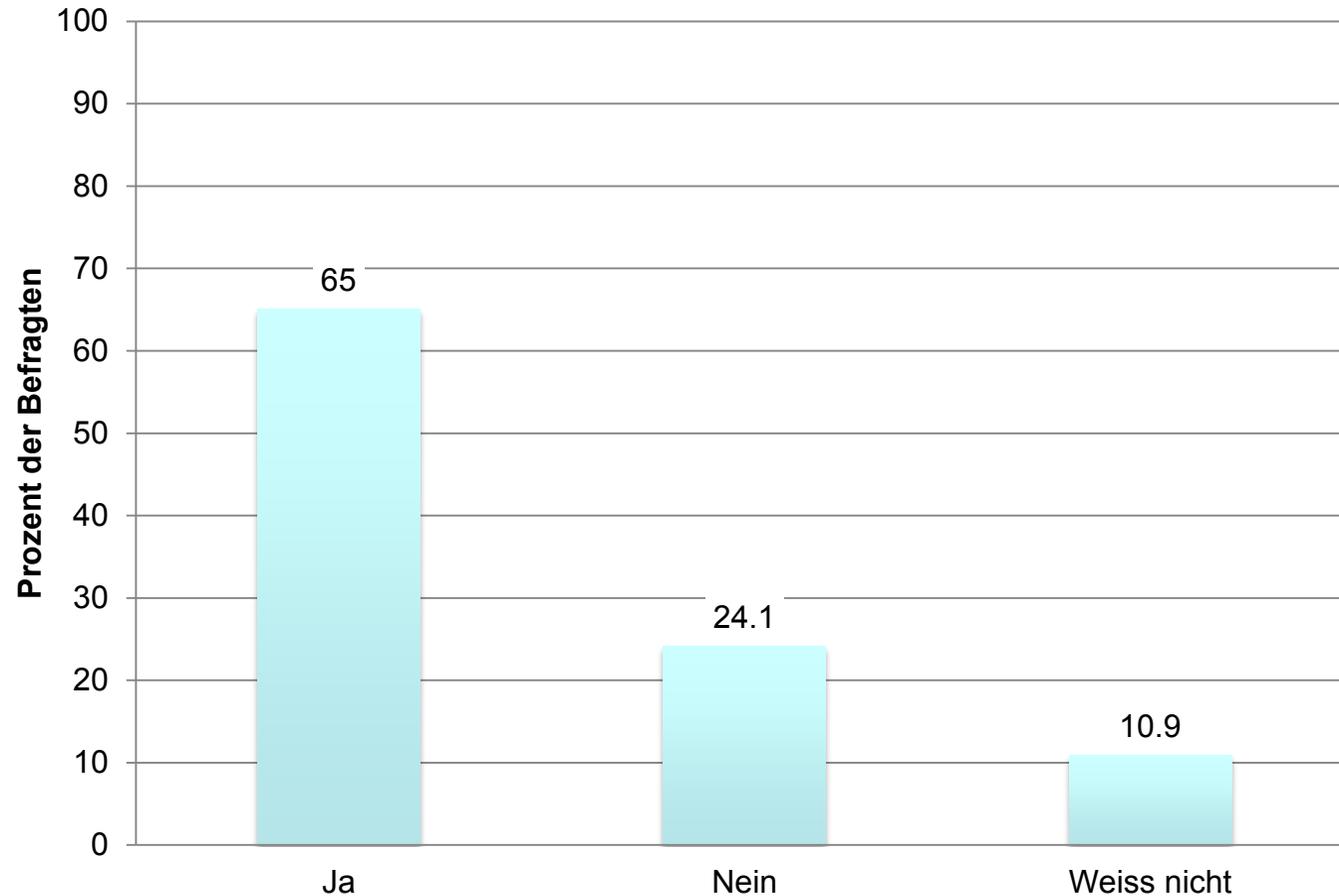
Kolonnen mit unterschiedlichen Exponenten unterscheiden sich signifikant voneinander (5%-Level, nach Tukey HSD)

Siegrist, Keller & Leins-Hess, 2014

Werbe- und Marketingeinschränkungen: Gibt es Unterstützung in der Bevölkerung?



«Eltern sind selbst dafür verantwortlich, dass sich ihre Kinder nicht von der Lebensmittelwerbung beeinflussen lassen.»



«Der Verkauf von zucker- und fetthaltigen Lebensmitteln zusammen mit Spielzeugen sollte verboten werden (z.B. Süssigkeiten, Fast Food).»

Schlussfolgerungen

- Umfassendes Lebensmittelangebot in der Schweiz
 - Neben positiven auch negative Effekte
- Unterschiedliche Strategien zur Förderung einer ausgewogenere Ernährung
- Für welche Massnahmen gibt es genügende Evidenz?
 - Es werden Massnahmen ohne genügend Evidenz propagiert
- Werbe- und Marketingeinschränkungen bei Kindern geniessen einen gewisse Unterstützung in der Bevölkerung

Förderung der Gesundheitskompetenz: Referenzrahmen der Allianz Gesundheitskompetenz

**15. Nationale Gesundheitsförderungs-
Konferenz**

30. Januar 2014

Therese Stutz Steiger und Philippe Lehmann

ExpertInnen und NutzerInnen

Unsere drei Hüte:

- Repräsentanten eines laufenden nationalen Projektes der Allianz Gesundheitskompetenz
- Public Health Experten mit mehr als 30 Jahren Erfahrung
- Manager unserer Gesundheit und NutzerInnen der Gesundheitsdienste, im Wissen um unsere Verletzlichkeit, aber auch unsere Erfahrungen und Kompetenzen

Gesundheitsförderung und Förderung der Gesundheitskompetenz



World Health Organization
Organisation mondiale de la Santé



Health and Welfare
Canada
Santé et Bien-être social
Canada



Canadian Public
Health Association
Association canadienne
de santé publique

OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION

CHARTRE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ



1986 Ottawa Charta

3 Grundprinzipien:

- Interessen vertreten
- Befähigen und ermöglichen
- Vermitteln und vernetzen

5 Handlungsstrategien:

- Gesamtpolitik
- Lebenswelten
- Gemeinschaftsaktionen
- persönliche Kompetenzen
- Gesundheitseinrichtungen reorientieren

Gesundheitsförderung und Förderung der Gesundheitskompetenz



World Health Organization
Organisation mondiale de la Santé



Health and Welfare
Canada
Santé et Bien-être social
Canada



Canadian Public
Health Association
Association canadienne
de santé publique

1986

OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION

CHARTRE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ

STRENGTHEN COMMUNITY ACTION
RENFORCER L'ACTION COMMUNAUTAIRE

GESUNDHEITSFÖRDERUNG und
FÖRDERUNG DER GESUNDHEITSKOMPETENZ
verursachen häufig Verwirrung!
Sie sind komplementär!

CRÉER DES MILIEUX
FAVORABLES

REORIENT
HEALTH SERVICES
RÉORIENTER LES
SERVICES DE SANTÉ

BUILD HEALTHY PUBLIC POLICY

ÉTABLIR UNE POLITIQUE PUBLIQUE SAINTE

5 Handlungsstrategien:

- Gesamtpolitik
- Lebenswelten
- Gemeinschaftsaktionen
- persönliche Kompetenzen
- Gesundheitseinrichtungen reorientieren

Entwicklungen seit den 80iger Jahren

- Gesundheitserziehungsprogramme (Top Down)
- Therapeutische Schulung der Patienten
- Auf politischer Ebene Programme zum Schutz der Umwelt
- Sehr wenig gesundheitsförderliche Lebenswelten
- Kaum Reorientierung von Gesundheitsinstitutionen

Neuer Ansatz: Gesundheitskompetenz

Theoretiker und Experte:

- SC. Ratzan, RM. Parker, US Center for Health Care Strategies (2000):
Health literacy is the ability to read, understand and act on health care information
- Ilona Kickbusch, Dun Nutbeam (2000):
Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health

In der Schweiz:

das BAG initiiert ein Denkprozess zur Förderung der Gesundheitskompetenz (2004-2006),
und dann fokussiert erneut darauf im Rahmen der Strategie Gesundheit2020 (2013)

Ein Schritt zur Klärung

Die schweizerische Allianz Gesundheitskompetenz

- gegründet 2010 durch Public Health Schweiz, Gesundheitsförderung Schweiz, Careum Stiftung, die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH und Merck Sharp & Dohme (MSD)
- „strebt eine deutlich erhöhte Gesundheitskompetenz der Einwohner der Schweiz an: die Bürger und Bürgerinnen sollen befähigt sein, ihre Gesundheitsdeterminanten positiv zu beeinflussen, Risiken einzuschätzen und sich im Gesundheitssystem autonomer zu bewegen“
- <http://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/>

Ein Schritt zur Umsetzung

Die schweizerische Allianz Gesundheitskompetenz

- verleiht ein „**Förderpreis für innovative Projekte** zur Gesundheitskompetenz“
- hat eine „**Übersicht über die Aktivitäten in den Kantonen** zur Förderung der Gesundheitskompetenz“ in Auftrag gegeben und 2012 veröffentlicht
- hat 2013 den Auftrag zur Redaktion eines „**Schweizer Referenzrahmen** zur Förderung der Gesundheitskompetenz“ gegeben
- organisierte 2013 ein erstes **Symposium** über die Zukunft der Gesundheitskompetenz in der Schweiz
- <http://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/>

Ein Referenzrahmen

- Eine grundlegende **Definition** („all inclusive“)
- Eine Klärung der **Gesundheitsbereiche** und der **Akteure**, mit oder für die die Kompetenzen gestärkt werden sollen
- **Strukturprinzipien** für Strategien und Programme
- **Kriterien** für Aktionen und Projekte

Voraussetzung: Konsens der Beteiligten

Die grundlegende „all inclusive“ Definition (Sorensen et al 2012)

Gesundheitskompetenz basiert auf allgemeiner Kompetenz und beinhaltet **Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissen und Motivation**, um im Alltag relevante **Gesundheitsinformationen** zu **finden**, zu **verstehen**, zu **beurteilen** und **anzuwenden**, um in den Bereichen **Krankheitsbewältigung, Krankheitsprävention** und **Gesundheitsförderung** Entscheidungen zu treffen und zu handeln, mit dem **Ziel**, gute **Lebensqualität** während des gesamten Lebenslaufs zu erhalten und zu verbessern.

3 Typen von beteiligten Akteuren

**Einzelpersonen,
Familien,
Gruppen und
Gemeinschaften**

**Institutionen und
Fachpersonen**
des
Gesundheitssystems
sowie der anderen
Systemen und der
Wirtschaft

**Gesundheitspolitik
und
Gesundheitsprogramme**

**Im Alltag, zu Hause, am Arbeitsplatz, in der Gesundheitsversorgung,
in der Gesellschaft allgemein**

Prinzipien für Strategien und Aktionsprogramme

- Eine politische Strategie
- Aktionen unter Beteiligung vieler Sektoren
- Daten sammeln
- Prioritäten setzen
- Partnerschaften bilden
- Zielgerichtetheit und Effektivität überprüfen
- Ausbildungsziele
- Evaluation

Kriterien für (echte) Gesundheitskompetenzförderungsmaßnahmen

- Basiert auf präziser **Definition** und einem theoretischen Modell
- Betrachtet Gesundheitskompetenz als **Recht der Bevölkerung**
- **Umfassende Perspektive**: richtet sich ans System, an die Bevölkerung sowie an Managements und geht externe Partnerschaften ein
- Genaue **Ziel- und Zielgruppendefinition**
- Legt Indikatoren für „**Health Literacy Friendliness**“ fest
- Macht **Wirkungsweise** der Massnahmen deutlich
- Genügende **Intensität** und **Dauer** der Aktionen
- Macht in Institutionen auf nötige **Prozeduränderungen** aufmerksam

Gesundheitskompetenz und Empowerment

- « Gesundheitskompetenz » =
Zugang haben/geben zu Informationen, um entscheiden zu können
- « **Empowerment** » =
die Chance haben/geben zum Entscheiden
und Partizipieren an der Entscheidungsfindung :
**Mitbestimmung, Mitverantwortung,
Autonomie**



I DON'T KNOW ABOUT
YOU,
but I feel EMPOWERED!

Der Konsensfindungsprozess

- Der **Referenzrahmen** ist in **Konsultation**.
Beteiligen Sie sich!
- Lesen Sie das Dokument kritisch und beantworten Sie den **Fragebogen** (letzte Seite)
- Adressaten sind professionelle Personen und Institutionen aber auch Nutzer und betroffene Personen
- Abgabetermin: **Ende März 2014**

Zukunftsperspektiven

- Synthese der Konsultation: **April 2014**
- Publikation: **Juni 2014**
- Diffusion:
Wir hoffen auf eine Aufnahme in die Strategie „Gesundheit 2020“, in die Strategien der Kantone, in die Praxis der Gesundheitsinstitutionen, in die Arbeit der Patientenorganisationen, usw.
- Die Schweiz beteiligt sich an internationalen Reflexionen und Aktivitäten, am Health Literacy Survey und misst die Health Literacy Friendliness in den Gesundheitsinstitutionen



Quelle: Careum

Promouvoir les compétences en santé: le cadre de référence de l'Alliance suisse Compétences en santé

15^{ème} Conférence nationale sur la
promotion de la santé

30 janvier 2014

Therese Stutz Steiger et Philippe Lehmann

Expert/e/s et Usagers/ères

Nous parlons ici avec trois chapeaux:

- comme représentants d'un projet national en cours, conduit et mandaté par l'Alliance suisse Compétences en santé
- comme experte et expert en santé publique et politique de santé, avec plus de 30 années d'expérience
- comme usagère et usager de notre propre santé et des services de santé, compte tenu de nos fragilités et de nos expériences et compétences

Promotion de la santé et Promotion des compétences en santé



World Health Organization
Organisation mondiale de la Santé



Health and Welfare
Canada
Santé et Bien-être social
Canada



Canadian Public
Health Association
Association canadienne
de santé publique

OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION CHARTÉ D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ



1986 Charte d'Ottawa

3 Principes de base:

- Promouvoir l'idée
- Conférer des moyens
- Servir de médiateur et relier

5 Stratégies d'action:

- Politique publique saine
- Milieux de vie
- Action communautaire
- Compétences individuelles
- Réorienter les services de santé

Promotion de la santé et Promotion des compétences en santé



OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION
CHARTÉ D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ

1986

Il y a très souvent une confusion entre
la **PROMOTION DE LA SANTÉ**
et la **PROMOTION DES COMPÉTENCES EN SANTÉ**
mais l'une et l'autre se complètent nécessairement

base:

- Servir de médiateur et relier

5 Stratégies d'action:

- Politique publique saine
- Milieux de vie
- Action communautaire
- Compétences individuelles
- Réorienter les services de santé

STRENGTHEN COMMUNITY ACTION
RENFORCER L'ACTION COMMUNAUTAIRE

ACTIVE ENVIRONNEMENTS

CRÉER DES MILIEUX FAVORABLES

REORIENT HEALTH SERVICES
RÉORIENTER LES SERVICES DE SANTÉ

HEALTHY PUBLIC POLICY

ÉTABLIR UNE POLITIQUE PUBLIQUE SAINTE

Développements depuis les années 1980

- Beaucoup de programmes d'éducation à la santé (top down)
- Quelques programmes d'éducation thérapeutique des patients
- Des politiques et programmes de protection et amélioration de l'environnement
- Très peu d'aménagements de cadres de vie favorables à la santé
- Très peu/pas du tout de réorientation des services de santé !

Nouvelle approche: compétences en santé

Théoriciens et experts:

- SC. Ratzan, RM. Parker, US Center for Health Care Strategies (2000):
Health literacy is the ability to read, understand and act on health care information
- Ilona Kickbusch, Don Nutbeam (2000):
Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health

En Suisse:

l'Office fédéral démarre une réflexion transversale sur la promotion des compétences en santé (2004-2006),
puis y retrouve un intérêt dans la stratégie Santé2020 (2013)

Un effort de clarification

L'Alliance suisse Compétences en santé

- est créée en 2010 par Santé publique suisse, Promotion santé suisse, la Fondation Careum, la FMH, et Merck Sharp & Dohme (MSD)
- « aspire à augmenter de façon significative les compétences en santé des citoyens et citoyennes suisses et à leur permettre ainsi d'influencer positivement les déterminants de leur santé, d'évaluer les risques et de se mouvoir de manière autonome à l'intérieur du système de santé »
- <http://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/>

Un effort de concrétisation

L'Alliance suisse Compétences en santé

- crée en 2011 un « **Prix suisse compétences en santé** »
- mandate en 2011 un « **Inventaire des actions de promotion des compétences en santé dans les cantons** », publié en 2012
- mandate en 2013 l'élaboration d'un « **Cadre de référence suisse: Promotion des compétences en santé** »
- organise en 2013 un **symposium** pour faire connaître ses buts et gagner de nouveaux partenaires
- <http://www.allianz-gesundheitskompetenz.ch/>

Un cadre de référence

- Une **définition de base** des compétences en santé (‘all inclusive’)
- Une clarification des **domaines** de santé et des **acteurs**
avec qui/pour qui les compétences seront renforcées
- Des **principes structurels** pour des **stratégies et programmes**
- Des **critères** pour les **actions et projets**

Approuvé en consensus par les milieux, experts et organisations concernés.

La définition de base « all inclusive » (*Sörensen et al. 2012*)

« **Les compétences en santé** sont liées aux compétences générales; elles recouvrent les **connaissances**, les **compétences** et les **motivations** pour **accéder** à, **comprendre**, **évaluer** et **utiliser** les informations concernant la santé dans la vie quotidienne afin de porter des jugements et de prendre des décisions en ce qui concerne les **soins en cas de maladie**, la **prévention des maladies** et la **promotion de la santé**, de sorte à maintenir ou améliorer la **qualité de vie** des personnes tout au long de la vie. »

3 types d'acteurs concernés

**Les individus,
familles,
groupes et
communautés**

**Les institutions et
les professionnels
du système de santé,
des autres systèmes
et l'économie**

**Les politiques et
programmes de
santé**

Dans la vie quotidienne, à la maison, au lieu de travail,
dans le système de santé, et dans la société en général

Principes pour les stratégies et programmes

- Un engagement politique et stratégique
- Des actions qui impliquent plusieurs secteurs
- Réunir les données
- Fixer des priorités
- Construire des partenariats
- Vérifier la capacité à atteindre les buts
- Des buts de formation
- Evaluer

Critères pour des actions (vraiment) promotrices de compétences en santé

- être fondées sur une **définition précise** et sur un modèle théorique
- considérer les compétences en santé comme un **droit de la population**
- adopter une **perspective large** : agir **sur le système**, envers **la population**, **sur le management** des institutions, et lier des **partenariats** externes
- spécifier **quelles compétences en santé**, de **quelles populations**
- définir des indicateurs de '**Health Literacy Friendliness**' des institutions
- expliciter **le modèle d'efficacité** des actions (causes -> processus -> effets -> outcome)
- des actions d'une **intensité** et d'une **durée** suffisantes
- indiquer les **changements des procédures** nécessaires dans l'institution

Compétences en santé et Empowerment

- « Compétences en santé »
= accéder/donner accès aux informations et connaissances pour pouvoir décider
- « **Empowerment** »
= avoir/donner la possibilité effective de prise de décision ou de participation à la prise de décision :
décision partagée, coresponsabilité,
autonomie



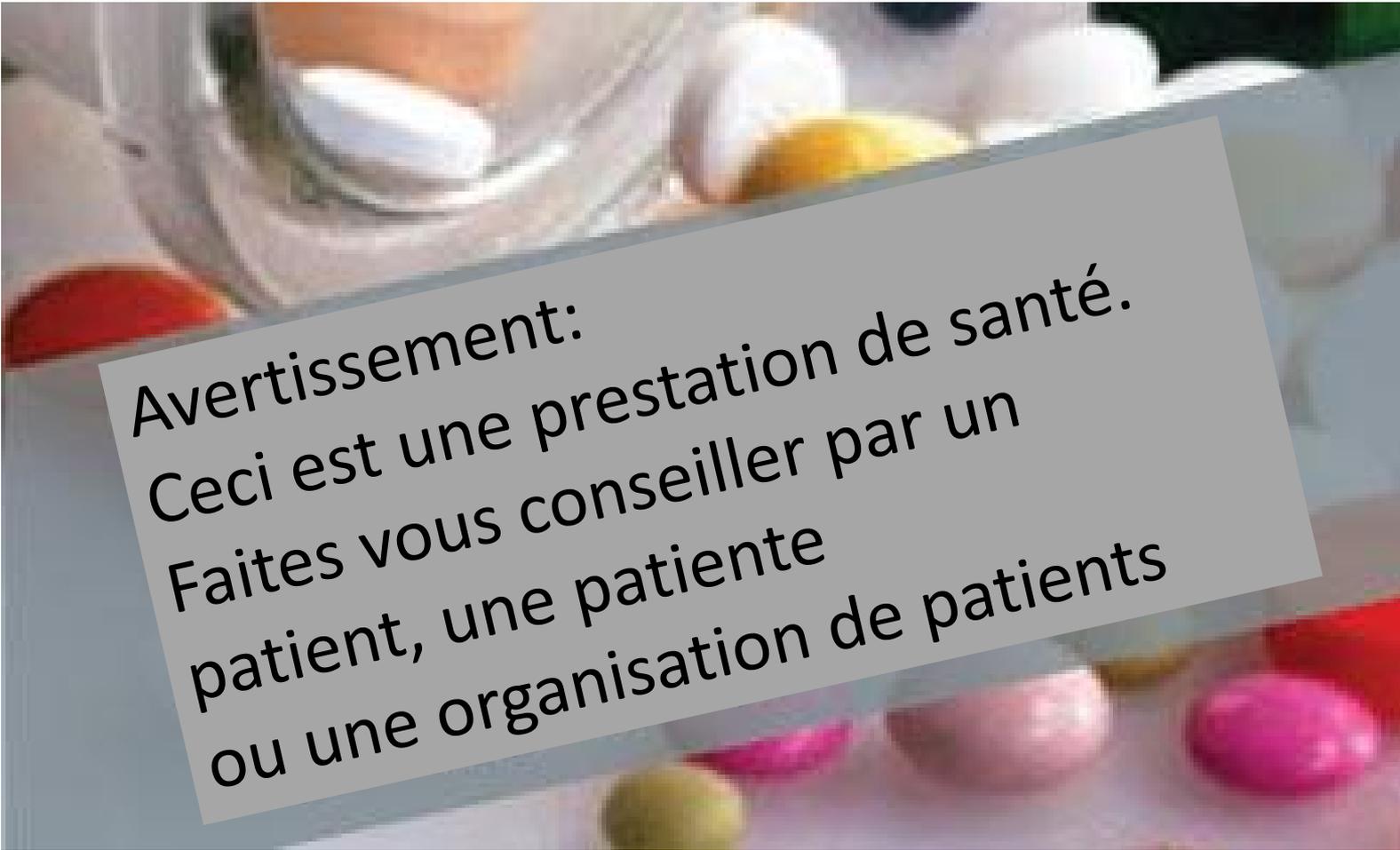
I DON'T KNOW ABOUT
YOU,
but I feel EMPOWERED!

Un processus de consensus en cours

- Le **cadre de référence** est en consultation, **participez vous aussi** à la réflexion!
- **Etudiez le document** de façon critique, et répondez au questionnaire (**dernière page**)
- La consultation s'adresse aux professionnels et institutions
et aussi aux usagers et personnes concernées
- Délai de participation : **fin mars 2014**

Perspectives d'avenir

- Synthèse de la consultation: **avril 2014**
- Publication : **juin 2014**
- Diffusion
- Utilisation souhaitée par la stratégie nationale Santé2020, par les stratégies des cantons, dans la pratique des institutions de santé, dans le travail des organisations de patients, etc.
- La Suisse participe aux réflexions internationales, réalise un Health Literacy Survey de la population, et mesure la Health Literacy Friendliness de ses institutions de santé



Avertissement:
Ceci est une prestation de santé.
Faites vous conseiller par un
patient, une patiente
ou une organisation de patients

Source: Careum

Déterminants des comportements alimentaires et autonomie des consommateurs

Alexandre Voirin, PhD

Département Food Consumer Interactions

Centre de Recherche Nestlé

30 janvier 2014



Nestlé Research™

CLOSE TO HOME

10-13

www.close-to-home.com

e-mail: CLOSETOHOMEB@COMPUSERVE.COM

TASTES
BAD,
GOOD
FOR YOU



TASTES
GOOD,
BAD
FOR YOU



© 2000 John McPherson/Chis. by Universal Press Syndicate

McPherson



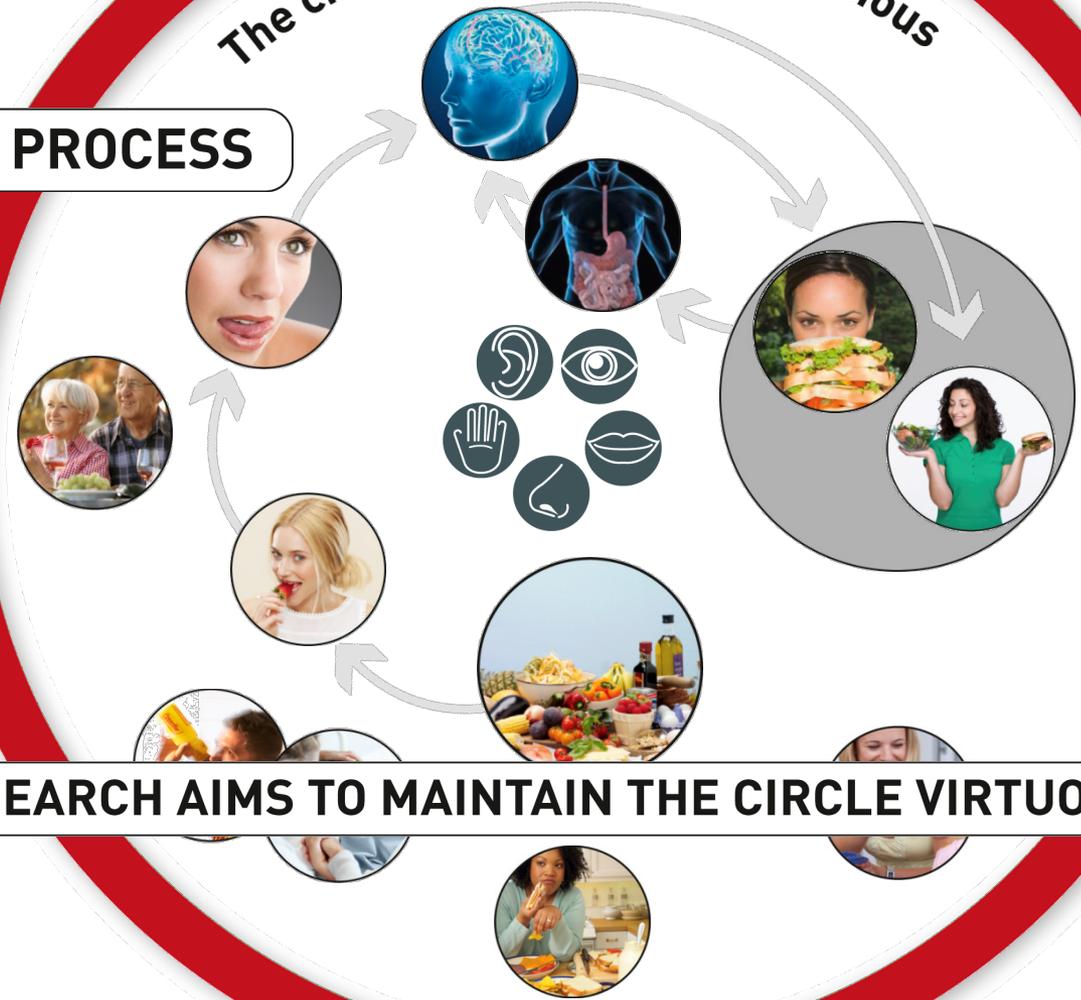
Good Food, Good Life



Nestlé Research™

The circle can be virtuous or vicious

LEARNING PROCESS



OUR RESEARCH AIMS TO MAINTAIN THE CIRCLE VIRTUOUS

- **Les perceptions sensorielles**
- **L'environnement social**
- **La psychologie résultant de l'expérience personnelle**

- **Pour encourager le développement de comportements alimentaires sains chez les enfants**
- Pour promouvoir des choix alimentaires sains et des prises alimentaires responsables chez l'adulte
- Pour promouvoir des changements de comportement chez les personnes âgées pour prolonger l'indépendance et améliorer la Qualité de Vie

Comment étudions-nous les comportements?



En collectant des données non articulées

Mesure
Comportements
(fréquence, durée)

Mesure
Valeur émotionnelle et
perceptuelle

Mesure
Interactions sociales
(mère-enfant, famille, pairs)



Satisfaction
Excitement
Desire
Surprise



Appearance
Smell
Taste
Texture



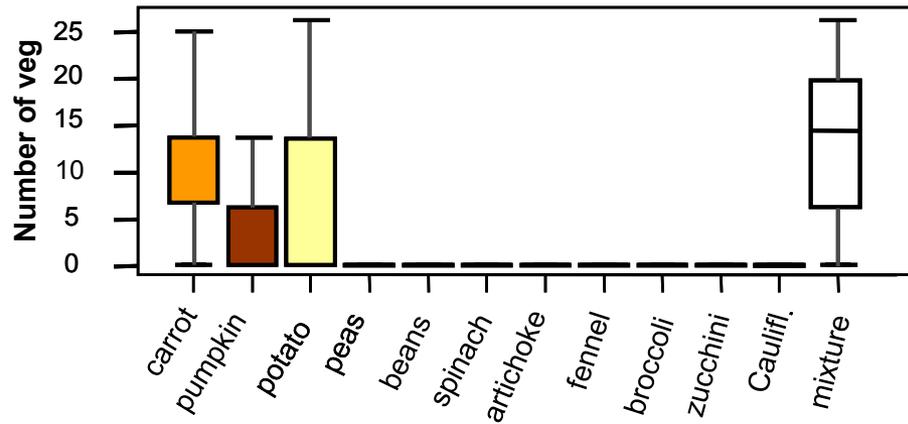


La période de diversification (introduction d'aliments solides ou « sevrage ») pourrait être une période clé pour le développement de la préférence d'une alimentation saine et équilibrée

Aalen (Germany) 159 infants

- ❖ Mothers gave 2-3 vegetables during the first month of weaning

Aalen, Germany

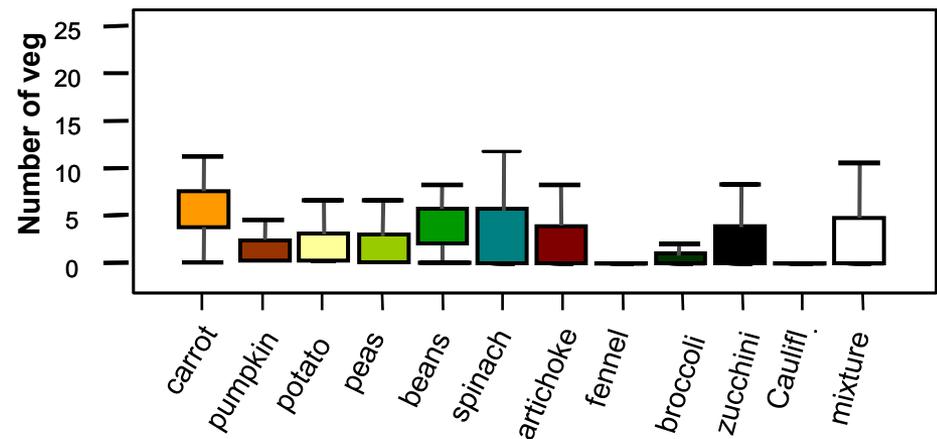


- ❖ Less than 1% changed every day
- ❖ 91% gave the same vegetable for 4 or more days in a row

Dijon (France) 139 infants

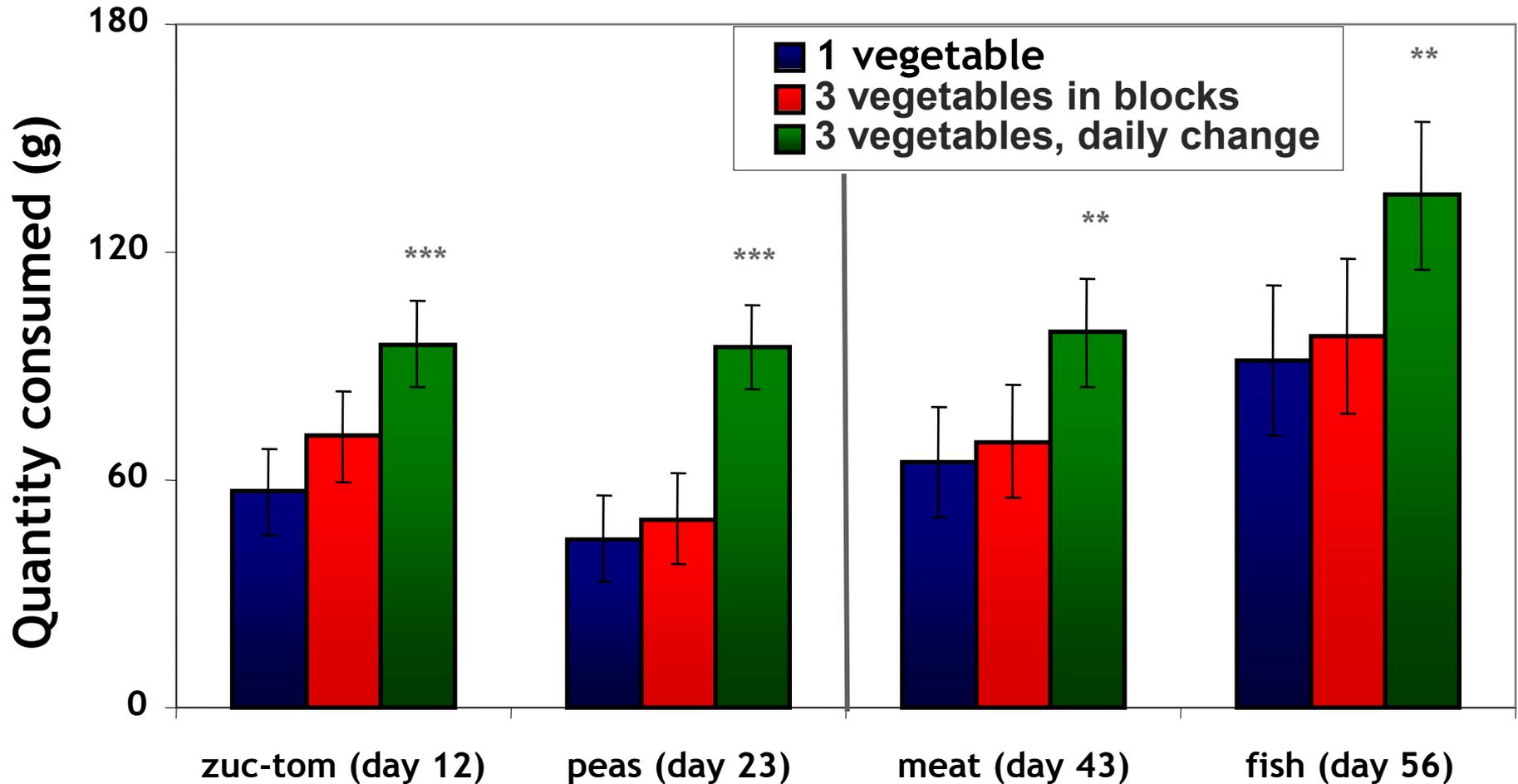
- ❖ Mothers gave 6-7 vegetables during the first month of weaning

Dijon, France

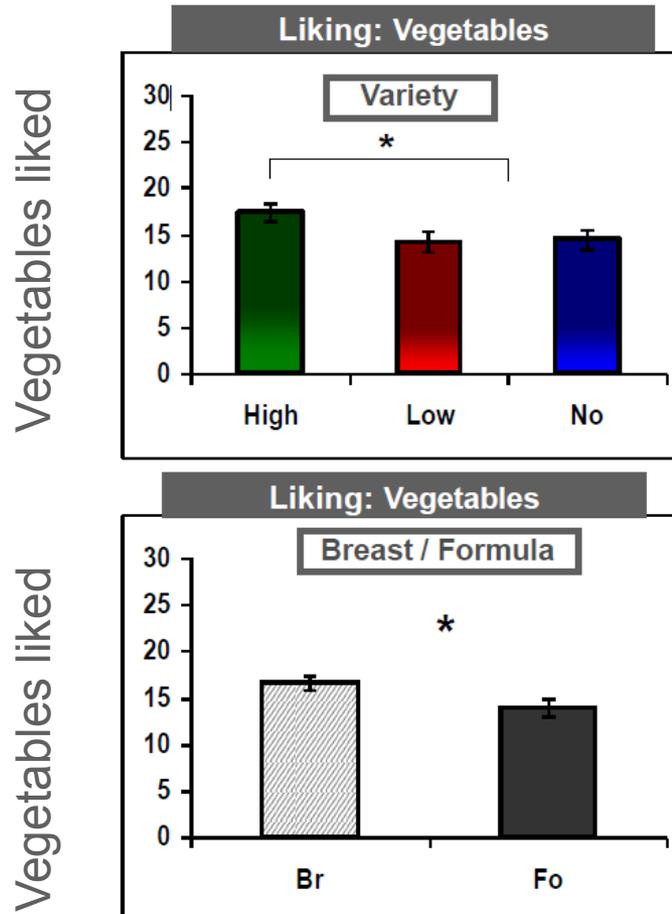


- ❖ More than 57% changed every day
- ❖ 6% give the same vegetable 4 or more days in a row

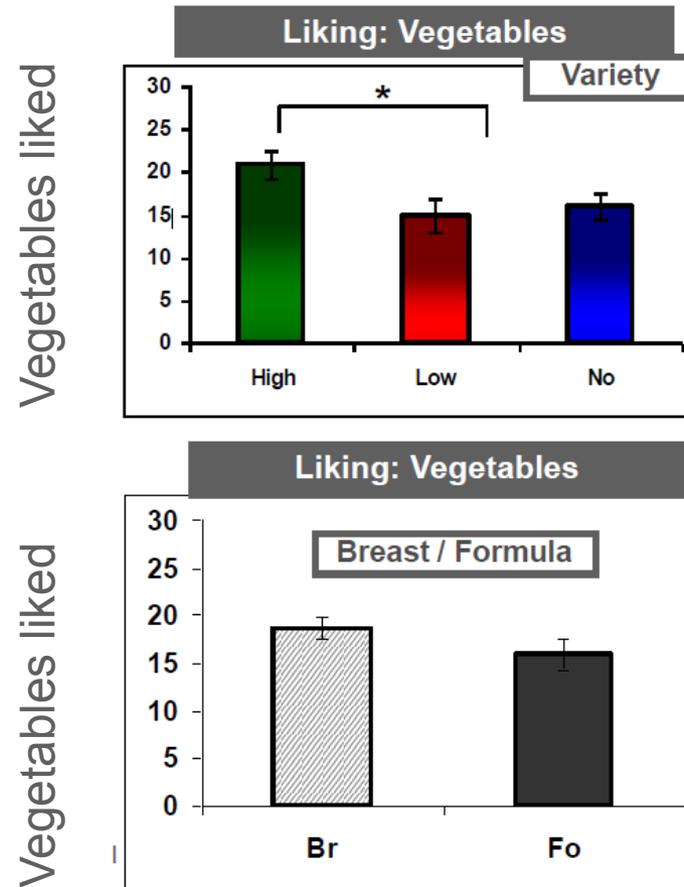
La **fréquence** des changements augmente l'acceptance, pas le nombre d'aliments



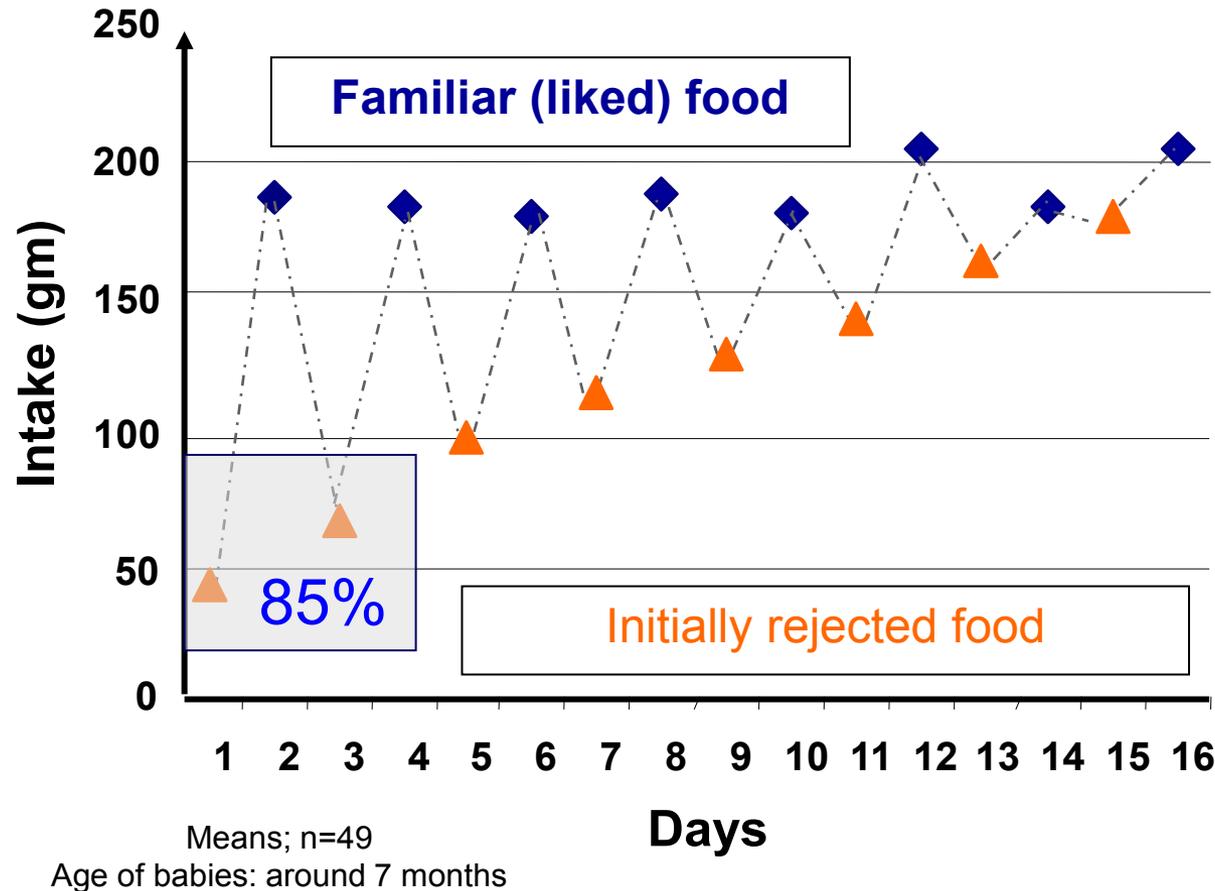
15 months



3 - 4 years



Un aliment initialement rejeté sera aimé après 7 à 8 expositions



87% des enfants continuent de manger les légumes initialement rejetés, 9 mois plus tard.



1. Communiquer les faits aux mères : « le saviez-vous? »
2. Donner les solutions concrètes répondant aux problèmes quotidiens des mères pour appliquer les recommandations :
 - procédure pour faire accepter un nouveau légume sans créer de conflit avec l'enfant
 - identifier et respecter les signes de satiété de l'enfant.
3. Assurer que les professionnels de santé sont alignés sur les faits scientifiques les plus récents : diversité et allergies



Des exemples de communications sur le comportement à adopter au quotidien



Personnalisez vos contenus **Inscrivez-vous** **Identifiez-vous** Rechercher Accès rapide

Nestlé. Bien grandir, c'est pour la vie.

Accueil Ma grossesse Nourrir bébé Le quotidien de bébé Produits Tout savoir sur Nestlé Mon coin perso

Mon bébé a : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 mois

Nourrir bébé

Evail et Alimentation

- Menu pour une journée
- Tout sur son alimentation
- Courbes de croissance de votre bébé
- Une diététicienne vous répond
- Votre guide personnalisé de l'allaitement
- Carnet de recettes de bébé
- App iPhone Nestlé Bébé

Evail et Alimentation

- Ses progrès
- Apports quotidiens recommandés
- Quoi de neuf au menu?
- Trop mangé/pas assez
- Menus pour une journée
- Menus pour une semaine

Trop mangé/pas assez

Trop ? Il déborde la tite

Mon coin perso

1 22 23 24 mois

Guide personnalisé de l'allaitement

Une diététicienne vous répond

Courbes de croissance de votre bébé

Mes listes

Paş assez...?

il se penche vers la cuillère



J'apprends à mon bébé le goût... et même, les goûts !

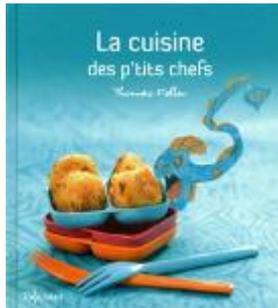
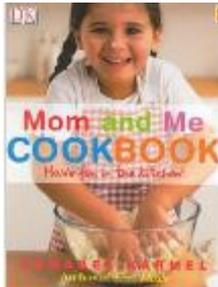
On dit que les nourrissons préfèrent le sucré au salé, que les goûts se décident dans le ventre de la mère, que les papilles s'éduquent dès la diversification... J'aimerais comprendre comment mon bébé devient peu à peu un petit gourmet ! [Lire l'article](#)



Impliquer les enfants dans la Cuisine

Nathalie Martin - Klazine Van der Horst – Lisa Edelson





Cookbooks

TV programs



Websites



Cuisiner avec les enfants: une tendance – Initiatives Maggi



**Germany, Maggi
Koch studio >2000
kids in 2010**



**“Eat tasty and
healthy” Poland**
2.800 teachers taught
around 110.000
students how to eat
healthy



**New Zealand, Kitchen
Showdown TV program**



**Dominican Republic:
La Escuelita MAGGI,
>100000 kids in the
past 20 years**



Cuisiner pourrait améliorer les habitudes alimentaires des enfants!

Nutrition education programs with cooking component

Education programs with a combination of gardening, food preparation and nutrition education show increases of 2,5 servings of fruit and vegetable per day

(Robinson-O'Brien et al, 2009; Dougherty & Silver, 2007)



Cooking at home

Children who help to prepare and cook foods at home, have higher fruit and vegetable preferences, more eating enjoyment and lower levels of picky eating (Li Chu et al., 2012; van der Horst, 2012)



Cooking classes

Cooking classes increase fruit & vegetable intake and food safety behaviors in youth and increases variety in the diet (Brown & Hermann, 2005)

Child cooked



Vegetable intake = **206g**
Pasta = 89 g
Meat = 103 g
Kcal = 427 (19%-30% RDA)

Parent cooked



Vegetable intake = **145g**
Pasta = 80 g
Meat = 81g
Kcal = 347 (16%-25% RDA)

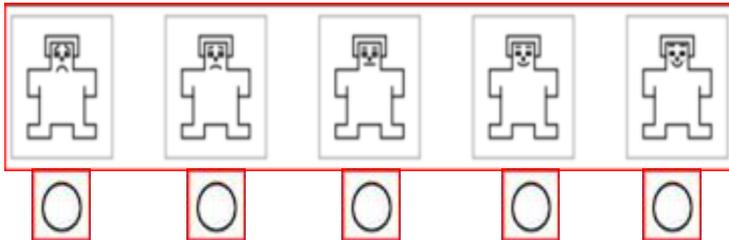
Children who cooked consumed the recommended daily amount of 200-220 grams of vegetables (3 portions)

Emotions (*avant & après avoir cuisiner , après déjeuner*) & comportements

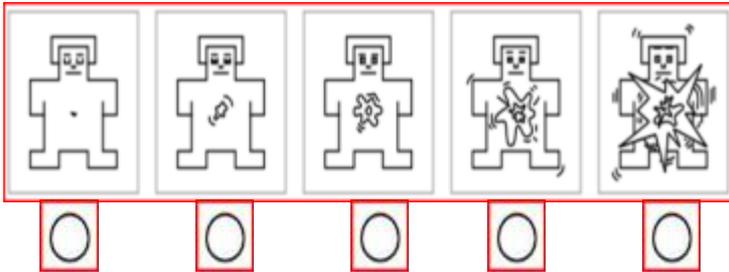
SAM: Self-Assessment Manikin

“How are you feeling right now...”

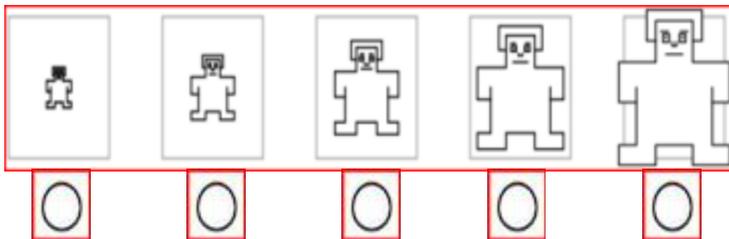
Valence (negative/sad – positive/happy)



Arousal (calm – excited / nervous)



Dominance (unsure – confident, in control)



Emotions

Children who participated in cooking the meal showed a significant increase in both dominance and valence (comparing before and after cooking). Children who did not cook, did not increase in dominance.

The children who cooked showed more positive valence and dominance/confidence compared to the non-cookers after cooking

Parents who cooked with the child increased in feelings of pride

Behaviors

Time spent cooking not correlated with intake
Positive correlations between cooking time and 1) eating duration, 2) liking of the meal

Higher feelings of dominance after cooking and after lunch related to a longer eating duration

More time spent on salad preparation was related with higher dominance after cooking and after lunch

However, the correlation between salad preparation and dominance might also be an effect of giving the children autonomy in choice: choose 1 or 2 ingredients and decide the amount they wish to prepare.

The barrier question (check all that apply), was asked after lunch, for both groups.

Barriers mentioned by parents:

1. It takes too much time to let my child help prepare meals
2. It makes me nervous to supervise my child's cooking
3. It is difficult to prepare the meal on time when my child helps
4. I do not know which recipe to use so that my child can help with cooking
5. The kitchen will be a mess if my child helps preparing meals
6. I have no utensils that my child could use for cooking

Barriers not mentioned

1. My child is too young to help with meal preparation
2. I do not know which tasks my child can do in the kitchen
3. I think it is not safe to let my child help preparing meals
4. I do not know how to cook a healthy meal with my child



Good Mum: Les interactions entre parents et enfants pendant le repas



Good Food, Good Life



Project Objective

- To build knowledge about parent-child interactions at mealtimes during the journey to independent, healthy eating
- To develop communication about effective feeding practices to encourage toddlers to eat fruits and vegetables

Approach

1. Scientific literature reviews on child development (ages 1-4) and feeding styles and practices
2. Questionnaire study (1000 US parents): feeding styles and practices and children's eating habits
3. Observational study (US): In-home behavioral observation of parent-child interactions at mealtimes





USA Survey

- Online survey 1005 mothers, with at least 1 child between 12-36 months
 - Mean age of child: 25 months
 - Mean age of parent: 32 years
 - 83% married
 - 81% white / Caucasian
 - 57% income < 60,000
 - 26% having a WIC participant in the household (259)
- Measures on feeding style, children's eating behaviors, parenting practices around eating (“finish your plate”, rewards), goals for meals

Aim: Recording meal- and snack-time behaviors and food intake over 24 hours

- 64 families recorded every eating/drinking occasion on one day (following a practice day).
 - Children between 12-36 months old
 - One parent who stays at home and is primarily responsible for feeding
- Additional meal (another day) recorded in which parents feed child a fruit/vegetable he/she has never tried before
- Questionnaires about their feeding style and practices.
- Videos coded for parent & child behavior
- Dietary intake over 3 days (separate from recording)



- Focus on:
 - Strategies parents use to encourage children to eat more, particularly for fruits & vegetables
 - How do children react to these encouragements – does it work?
 - Comparing the behaviors of parents with different feeding styles
 - Which strategies are used by which types of parents?
 - Are certain strategies more effective for some parents than others?
 - Are certain strategies more effective at different child ages?
 - Comparing what parents report they do on a questionnaire vs. what we observe them doing on the video
 - Which behaviors are they aware of? (→ better target communication)