

WDA Forum St. Gallen

4. Demografie Dialog Schweiz

Welche Gesundheitsversorgung braucht eine alternde Gesellschaft?

Quelle prévention sanitaire est nécessaire pour une société vieillissante?

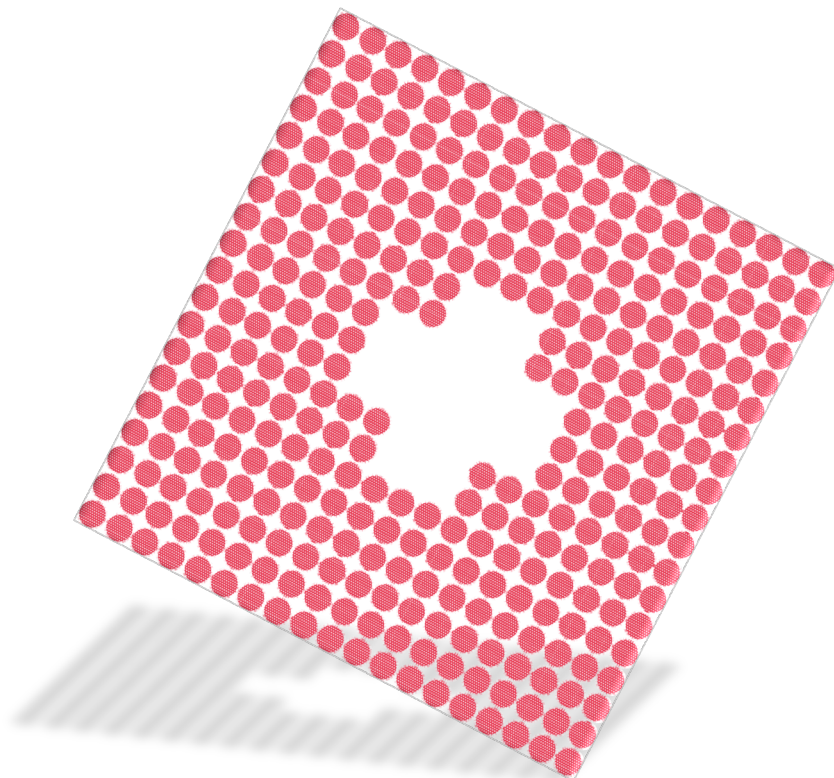
Di quale tipo di assistenza sanitaria necessita una società che invecchia?

Tgenin provediment sanitar drova ina societad che daventa pli veglia?

Which health care system is required for an ageing society?

Hotel Belvedere, Locarno

4. – 5. Juni 2015





Über das WDA Forum

Das WDA Forum (World Demographic & Ageing Forum) ist eine weltweit vernetzte, interdisziplinäre Plattform für den Wissensaustausch sowie die Erarbeitung von gesellschaftlichen und ökonomischen Reformansätzen im Zusammenhang mit dem globalen demografischen Wandel. Das 2002 gegründete und mit der Universität St. Gallen (HSG) assoziierte WDA Forum veranstaltet seither u.a. den World Demographic & Ageing Kongress mit 400 - 500 Teilnehmenden aus der ganzen Welt. Dieser Anlass wird unter dem Leitthema „Our Next World“ zum 10. Mal vom 29. – 31.8.2016 in St. Gallen stattfinden.

Neben Forschung und Lehre an der HSG greift das WDA Forum mit Expertenveranstaltungen gezielt demografische Schwerpunktthemen auf und stimuliert damit den diesbezüglichen öffentlichen Diskurs.

Studierende der HSG werden hierbei gezielt eingebunden. Letztlich ist es diese Generation, welche den demografischen Wandel und seine Konsequenzen nicht nur voll erleben wird, sie ist gefordert, ihn auch zu gestalten.



Demografie Dialog Schweiz: Die Zielsetzung

Die Schweiz ist nicht nur Heimatland des WDA Forums, sie wird in den kommenden Jahren auch eine der von der demografischen Alterung am stärksten betroffenen Nationen sein. Das WDA Forum will gemeinsam mit jungen Schweizern/-innen sowie Entscheidungsträgern/-innen aus Politik, Gesellschaft, Wissenschaft und Wirtschaft einen Beitrag zum besseren Verständnis der Besonderheiten des demografischen Wandels in unserem Land leisten und gemeinsam Ansätze für eine zukunfts- und wettbewerbsfähige Schweiz entwickeln. Ziel des einmal pro Jahr stattfindenden „Demografie Dialog Schweiz“ ist es: (1) Relevante Themenkomplexe im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel der Schweiz aus verschiedensten Perspektiven zu diskutieren; (2) Beiträge und Thesen zu erarbeiten, um diesen Wandel nicht als Schicksal, sondern als gestaltbaren Fortschritt für die ganze Gesellschaft zu verstehen – unabhängig von Alter, Geschlecht und Lebensform.

Die Themen der bisherigen Veranstaltungen waren:

- Braucht es einen Generationenvertrag?
(Schloss Hünigen, 3510 Konolfingen/BE, 1. – 2. März 2012)
- Disparitäten der Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz
(Villa Garbald, 7608 Castasegna/GR, 30. – 31. März 2013)
- Die Schweiz und ihre Nationale Demenzstrategie 2014-17
(Resort Widenmoos, 5057 Reitnau/AG, 20. – 21. Mai 2014)



4. Demografie Dialog Schweiz: Die Teilnehmer/-innen

Edelmann, Beat	Edelmann & Oswald Advokatur und Notariat, Rechtsanwalt und Notar/Partner
Gehrig, Bruno	Swiss International Airlines, Präsident des Verwaltungsrates
Groth, Hans	WDA Forum St. Gallen, Präsident des Verwaltungsrates
Güntert, Bernhard	curafutura, Mitglied der Geschäftsleitung
Huber, Jonas	WDA Forum St. Gallen, Masterabsolvent
Köpe, Christian	Galenica AG, Head Business Development/Strategy Santé
Leuenberger, Moritz	Alt-Bundesrat
Liedtke, Daniel	Hirslanden Gruppe, Chief Operating Officer
Mastroberardino, Luca	Phonak Switzerland, Managing Director
Meyer, Sandro	Zurich Life, Head Corporate Life & Pensions
Mösli, Jeanette	Gemeinderätin, Grabs, St. Gallen
Naef, Bettina	WDA Forum St. Gallen, Masterabsolventin
Oggier, Willy	Gesundheitsökonomische Beratungen AG
Rieder, Anita	Medizinischen Universität Wien, Curriculum Direktorin
Rossi, Gianni Roberto	Clinica Hildebrand, Direktor
Ruggieri, Graziano	Clinica Hildebrand, Chefarzt
Singh, Sanjay	Sanitas Krankenversicherung, Mitglied der Geschäftsleitung
Streuli, Rolf	Schweizerische Lungenliga, Präsident
Wanner, Christoph	Universitätsklinikum Würzburg, Chefarzt
Weisser, Veronica	UBS AG, Ökonomin und Vorsorgeexpertin



Welche Gesundheitsversorgung braucht eine alternde Gesellschaft?

Die Schweiz altert¹

Die Lebenserwartung der Schweizer Bevölkerung nimmt seit dem 18. Jahrhundert stetig zu. Bereits in 10 Jahren, d.h. 2025, werden die über 65-jährigen mehr als 20% der Bevölkerung ausmachen. 2050 werden sogar 2,8 Millionen Menschen oder 27% der Wohnbevölkerung 65 Jahre und älter sein. Frauen und Männer in der Schweiz verbringen bereits heute den überwiegenden Teil ihrer Pensionsjahre in guter Gesundheit: Die Lebenserwartung im Alter von 65 beträgt aktuell ungefähr 20 Jahre (2014: Männer 19,5; Frauen 21,1) und 2/3 dieser Zeit werden in „guter Gesundheit“² gelebt. Erreicht eine Schweizerin oder ein Schweizer das 80. Lebensjahr, beträgt die verbleibende durchschnittliche Lebenserwartung derzeit gut 10 Jahre (2014: Männer 8,6; Frauen 10,3). In den kommenden 35 Jahren wird sie um weitere 3 Jahre zunehmen (2050: Männer 12,1; Frauen 13,4). Lebensweise, soziales Umfeld, Bildung, medizinische Versorgung, Umwelt sowie die von unseren Vorfahren vererbte Genetik sind die Determinanten unseres zunehmend längeren Lebens.

Die Lebenserwartung nimmt jedoch nicht bei allen Bevölkerungsgruppen im gleichen Umfang zu: Bildungsnahe Personen erreichen durchschnittlich ein höheres Alter (in der Schweiz beträgt der Unterschied zwischen bildungsnahe und -fernen Menschen bis zu 9 Jahre). Dies wohl auch deshalb, weil chronische Krankheiten und schlecht kontrollierte Risikofaktoren bei bildungsfernen Bevölkerungsgruppen häufiger vorkommen. Es gibt aber auch Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern: Obwohl Frauen eine höhere Lebenserwartung haben, sind sie im Alter im Durchschnitt krankheitsanfälliger als Männer.

Die Ansprüche älterer Menschen

Die stetig zunehmende Lebenserwartung wirft viele neue Fragen im Hinblick auf eine veränderte Lebensgestaltung auf. Auch in der dritten Lebensphase (in der Regel ab dem 65. Lebensjahr) wollen die Menschen ein erfülltes Leben führen, sich sinnvollen Aufgaben widmen und sozial integriert bleiben. Sinnhaftigkeit fördert die Gesundheit: Menschen, die Sinn in ihrem Leben verspüren und „gebraucht werden“ sind seltener krank und zufriedener als weniger aktive Personen. Dies erklärt die Unterschiede in der Lebenserwartung in Abhängigkeit vom Bildungsstand: Je höher die Bildung, des-

¹ Bundesamt für Statistik (BFS), 2015. Die Zahlen des folgenden Abschnitts entsprechen dem vom BFS berechneten Referenzszenario A-00-2015 zur Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz.

² Unter „gesunde Lebensjahre im Alter 65“ wird Folgendes verstanden: „Eine gesundheitliche Verfassung wird als Abwesenheit von Funktionsbeschränkungen/Beschwerden definiert und anhand einer Selbsteinschätzungsfrage gemessen.“ (Höpfinger, François (2014); Langlebigkeit und Hochaltrigkeit - Gesellschaftliche und individuelle Dimensionen). Download unter: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/ViertesLebensalter.pdf>.



to stärker sind die sozialen Netzwerke und die berufliche Einbindung auch nach dem 65. Lebensjahr. Während besser qualifizierte Personen auch mit 70 Jahren noch eine berufliche Beschäftigung finden können, ist dies oft unmöglich für Personen, die in einem Beruf mit auszehrenden körperlichen Belastungen tätig waren oder deren Qualifikationen nicht gefragt sind.

Ältere Menschen wollen solange wie möglich unabhängig leben – im häuslichen Umfeld oder in einem Heim. In diesem Umfeld wollen sie in ihrer Unabhängigkeit unterstützt werden sowie körperlich und mental fit bleiben. Dabei ist die Rolle der Angehörigen und der Bekannten nicht zu unterschätzen. Sie übernehmen oft einen wesentlichen Teil der Betreuung und dies selbst in immer höherem Alter: Bereits heute pflegen 70-jährige ihre 90-jährigen Angehörigen!

Wie entwickelt sich Gesundheit im Alter?

Gesundheit ist keine konstante Grösse – sie ändert sich über die Lebensphasen. Als Folge der physiologischen Alterung der Organe (z.B. Hören, Sehen, etc.) haben ältere Menschen spezifische medizinische Bedürfnisse. Mit zunehmendem Alter liegen oft gleichzeitig mehrere Krankheiten mit unterschiedlichem Schweregrad vor. Entscheidend ist nicht, wie viele Krankheiten ein älterer Mensch aufweist, sondern wie viele davon mit Beschwerden verbunden sind und behandelt werden müssen. Folglich gilt es, Prioritäten in den Gesundheitszielen und den zur Verfügung stehenden Therapien zu setzen. Nicht alles Machbare ist in solchen komplexen Situationen sinnvoll – z.B. führt eine Anpassung der Medikamentenzahl/-Dosis vielfach zu einer besseren Lebensqualität. Der gesundheitsfördernde Wert von ausgeglichener Ernährung, ausreichender Flüssigkeitszufuhr und regelmässigen geistigen und körperlichen Aktivitäten wird oft unterschätzt.

Eine altersgerechte Versorgung muss also den spezifischen Bedürfnissen jedes Individuums angepasst sein: Je älter ein Mensch ist, desto individueller wird er. Ausserdem nimmt im Alter die Häufigkeit von einschneidenden Ereignissen wie Hirnschlag, Herzinfarkt, Sturz (mit Frakturen als Folge) und abnehmende Gedächtnisleistung zu.

Die Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung

Die Institutionen der Gesundheitsindustrie müssen sich auf die immer älter werdende Gesellschaft einstellen und ihre Angebote den besonderen Bedürfnissen dieser Menschen anpassen. Dies fängt bei der Ausbildung der Ärzte an. Die Physiologie und Psychologie des Alterns muss fundiert verstanden werden. Das biologische Alter der Patienten hat zukünftig bei Diagnose und Therapie nicht nur Berücksichtigung zu finden – es muss im Zentrum der Entscheidung stehen. Eine grosse Herausforderung ergibt sich durch die Vielzahl oft isoliert durchgeführter, diagnostischer Abklärungen. Eine im



Alter zunehmend komplexe Betreuung und Behandlung erfordert die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteuren über die ganze Patientenkarriere hinweg. Je älter die Gesellschaft wird, desto stärker muss die Gesundheitsversorgung auf Teamarbeit basieren und desto mehr verfließen die verschiedenen Rollen³. Dies gilt nicht nur für die verschiedenen Disziplinen innerhalb einer spezifischen Institution (Pflege, Geriater, Neurologen, etc.) sondern auch für die Kooperation zwischen den Leistungserbringern, z.B. der Rehabilitation und den Akutspitälern.

Eine immer wichtigere Rolle spielen zukünftig Einrichtungen zur Rehabilitation⁴. Diese müssen sich vermehrt mit der ganzen Patientenkarriere auseinandersetzen. Sie müssen sich auch Gedanken machen, wie potentielle Reha-Fälle (z.B. Stürze, Schlaganfälle, übermässige Abnützung des Bewegungsapparates, etc.) vermieden werden können. Schliesslich muss Rehabilitation über ein Ziel definiert sein. Dieses lautet: Verbesserung eingeschränkter Funktionen und Reintegration. Dennoch bleibt unsere Endlichkeit mit einer unausweichlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes in den letzten 2-3 Lebensjahren. Es wird Aufgabe der Versorgungsforschung sein, zu erkennen, welche Patienten mit welchen Mittel und in welchem Ausmass noch von Rehabilitationsmassnahmen profitieren.

Krankenversicherungen müssen sich auf die Alterung der Gesellschaft und der damit verbundenen Multimorbidität ihrer Versicherten vorbereiten. Immer mehr Versicherer bieten Gesundheitsprogramme an, um ihre immer älter werdenden Kunden zu beraten und zu betreuen (z.B. Begleitung für Patienten mit chronischen Erkrankungen). Zusätzlich soll durch gezielte Anreize ein gesundes Verhalten (z.B. Fitness und Ernährung) gefördert werden. Dabei bietet die Informationstechnologie neue Chancen, die Versicherten besser zu erreichen und individualisiert auf ihre altersspezifischen Bedürfnisse vorzubereiten. Auch für die Gesundheitsversorgung bietet die Digitalisierung neue Chancen. Das Potential von Big Data muss genutzt und als Smart Data ausgewertet werden. Ein hoher Patientennutzen ergibt sich dann, wenn individuelle Bedürfnisse früher und Patienten-spezifisch erkannt und angegangen werden können. Gleichzeitig soll dieses Wissen mit den fortschreitenden Kenntnissen zur Pathophysiologie eines alternden Organismus vernetzt werden.

Auch Arbeitgeber und Politik sehen sich durch die alternde Gesellschaft mit neuen Herausforderungen konfrontiert. Ältere Menschen sollen in ihrem Bestreben unterstützt werden, in ihren „Pensions-

³ Siehe dazu das Referenzmodell von CanMEDS 2005 (entwickelt vom Royal College Kanada; http://www.am.med.tum.de/sites/www.am.med.tum.de/files/Canmeds_German_Version.pdf) welches für die Medizinerbildung in Kanada ausgearbeitet wurde und sich international etabliert hat. Gemäss dem Modell ist heute ein hohes Fachwissen allein nicht mehr ausreichend. Es braucht eine stärkere Ausrichtung auf die interprofessionelle Zusammenarbeit, was danach verlangt, sich diverse Berufsrollen bewusst zu machen.

⁴ Definition von Rehabilitation gemäss Duden: [Wieder]eingliederung einer/eines Kranken, einer körperlich oder geistig behinderten Person in das berufliche und gesellschaftliche Leben; Kurzwort: Reha.



jahren“ Sinnhaftigkeit zu finden. Beschäftigung macht einen grossen Teil der Sinnesstiftung aus. Der Arbeitsmarkt für ältere Menschen muss also flexibilisiert werden. Man soll auch nach 65 weiterarbeiten können. Die Arbeitgeber sind gefordert, Stellen und Positionen zu schaffen, die ältere Menschen ansprechen und motivieren. Insbesondere müssen auch die Chancen der bildungsferneren Menschen erhöht werden, sich im Alter sinnvoll zu betätigen. Die grosse Herausforderung ist also nicht nur ein aktives und möglichst gesundes Altern, sondern auch ein sinnhaftes, produktives Altern. Derzeit ist dieses Potential bei weitem nicht ausgeschöpft.

Wandel – aber wie?

Die demografische Alterung zwingt die Schweiz, darüber nachzudenken, wie zukünftig Wohlstand und Wohlfahrt für alle Generationen generiert und erhalten werden sollen. Dies ist nur über Veränderungen lieb gewonnener Lebenspläne und Ansprüche möglich. Eine Veränderung von Strukturen und Regelwerken bedarf in einer direkten Demokratie immer einer Mehrheit der Stimmbürgerschaft. Diese kann mit politischen Modellen kaum überzeugt werden, solange nicht mit erfolgreichen Pilotprojekten Alternativen erprobt und vorgelebt wurden. Unternehmen und Einzelpersonen müssen deshalb mit innovativen Beispielen vorangehen. Wenn sich die Einsicht verbreitet, dass das Neue wirklich funktioniert, gewinnen diese Alternativen an Akzeptanz und werden mehrheitsfähig.

Standpunkt

Der leitende Gedanke für eine Gesundheitsversorgung einer immer älter werdenden Gesellschaft ist, dass ältere Menschen möglichst lange unabhängig leben wollen. Dies wird nur gelingen, wenn man das Phänomen der altersbedingten Multimorbidität als Ganzes angeht.

Es ist offensichtlich, dass es neben neuen Fähigkeiten und Kompetenzen mehr Koordination zwischen den verschiedenen Akteuren sowie eine Vermischung der Disziplinen braucht. Die Patientenkarriere – diese wird zunehmend länger und komplexer – muss im Vordergrund stehen, nicht eine einzelne Krankheitsepisode. Es braucht strukturelle und finanzielle Anreize, dass die Versorgung über die ganze Patientenkarriere hinweg und nicht isolierte Teile optimiert werden.

Gesundheit in der dritten Lebensphase ist auch das Ergebnis von Sinnhaftigkeit, sozialer Integration und produktivem Altern. Dies bedingt, dass sich nicht nur die Institutionen auf diese Veränderungen einstellen – auch jeder von uns soll sich bewusst auf ein längeres Leben vorbereiten und sich darauf freuen.



Quelle prévention sanitaire est nécessaire pour une société vieillissante ?

La Suisse vieillit⁵

L'espérance de vie de la population suisse est en constante augmentation depuis le 18^{ème} siècle. Dans 10 ans déjà, les personnes âgées de 65 ans ou plus représenteront plus que 20% de la population. En 2050, même 2.8 millions ou 27% de la population seront âgés de 65 ans ou plus. Comme il l'est déjà le cas aujourd'hui, femmes et hommes passent la majorité de leurs années de retraite en bonne santé. L'espérance de vie à 65 ans est actuellement d'environ 20 ans (2014: 19,5 hommes ; femmes 21,1) et 2/3 de ce temps est vécu en «bonne santé»⁶. Lorsque une Suissesse ou un Suisse atteint l'âge de 80 ans, son espérance de vie s'élève à 10 ans en moyenne (2014: Hommes ; 8,6 Femmes: 10,3). Au cours des prochaines 35 années, elle augmentera de 3 ans de plus (2050 Hommes: 12,1 ; Femmes: 13,4). Mode de vie, environnement social, formation, environnement, ainsi que les traits héréditaires de nos ancêtres sont déterminants pour que la population vive plus longtemps.

Cependant, l'espérance de vie ne croît pas dans les mêmes mesures dans tous les groupes de la population. Les personnes sensibilisées à la formation atteignent en moyenne un âge plus élevé (en Suisse, la différence entre les personnes sensibilisées à la formation et celles, qui ne le sont pas se monte à 9 ans). Cela peut être expliqué, entre autres, par le fait que les maladies chroniques et les facteurs de risque mal contrôlés se produisent fréquemment dans les populations à formation faible. On peut aussi constater une différence entre les sexes. Bien que les femmes aient une espérance de vie plus élevée, elles sont plus souvent sujettes aux maladies que les hommes.

Les prétentions des retraités

L'allongement constant de l'espérance de vie soulève des questions en ce qui concerne un changement du mode de vie. Dans la troisième phase de vie aussi (généralement à partir de 65 ans), les gens souhaitent avoir une vie pleine de sens, se consacrer aux tâches utiles et rester socialement intégrées. Un « sens de la vie » favorise la santé: les gens qui sentent un sens à leur vie et qui se sentent « utiles » sont moins malades et plus satisfaits, que les personnes moins actives. Ceci explique les différences d'espérance de vie au niveau de l'éducation: plus de l'éducation, plus les réseaux so-

⁵ Office fédéral de la statistique (OFS), 2015. Les chiffres de la partie suivante du texte sont basés sur le scénario de référence A-00-2015 sur l'évolution futur de la population en Suisse calculés par l'OFS.

⁶ On entend par « bonne santé » à l'âge de 65 ans: « Un état de santé est défini comme l'absence de limitations fonctionnelles/troubles médicaux et est mesuré par une question d'auto-évaluation (Höpflinger, François (2014): Langlebigkeit und Hochaltrigkeit – Gesellschaftliche und individuelle Dimensionen). Téléchargement sous <http://www.hoepflinger.com/fhtop/ViertesLebensalter.pdf>.



ciaux et l'insertion professionnelle sont forts après l'âge de 65 ans même. Alors que les gens plus qualifiés peuvent trouver un travail professionnel à 70 ans, ceci est souvent impossible pour les gens qui ont travaillés dans une profession qui impliquait des efforts physiques intenses ou dans les métiers dont les compétences ne sont pas en demande.

Les personnes âgées souhaitent vivre indépendamment aussi longtemps que possible – soit dans leur cadre domestique, soit dans un home. Dans ses cadres, ils souhaitent être assistés dans leur indépendance et rester en bonne forme physique et mentale. Dans ce contexte, il ne faut pas sous-estimer le rôle des proches et des connus. Ces personnes assument une partie substantielle de la prise en charge des personnes âgées. Ceci se fait même à un âge avancé. Aujourd'hui déjà, il y a des personnes âgées de 70 ans qui soignent leurs proches de 90 ans.

Quel est le développement de la santé à un âge avancé ?

La santé n'est pas une valeur constante, elle change lors des différentes étapes de la vie. À la suite du vieillissement physiologique des organes (l'ouïe, la vue, etc.), les personnes âgées ont souvent des besoins médicaux spécifiques. Souvent plusieurs maladies de différents niveaux de sévérité existent à un âge avancé. Le nombre de maladies desquelles une personne souffre n'est pas décisif, mais quelles d'entre elles sont liées aux troubles et doivent être traitées. Il faut donc fixer les priorités des objectifs sanitaires et des moyens de traitement disponibles. Dans ces cas souvent très complexes, il n'est pas toujours raisonnable d'entreprendre tout ce qui est faisable. Une adaptation des médicaments (nombre/dosage) mène souvent à une meilleure qualité de vie. La valeur salubre d'une alimentation équilibrée, d'une hydratation suffisante et des activités intellectuelles et physiques régulières est souvent sous-estimée.

Les soins médicaux conformes à l'âge doivent être adaptés aux besoins spécifiques de chaque individu: Plus un homme vieillit, plus individuelle il devient. En outre, les événements radicaux comme les apoplexies, infarctus du myocarde et chutes (avec les fractures ostéoporotiques comme suite) et la diminution de la mémoire augmentent à un âge avancé.

Les défis des soins de santé

Les institutions de l'industrie des soins de santé doivent s'adapter à la société vieillissante et aligner leurs offres aux besoins spécifiques de ces personnes. Cela commence par la formation des médecins. La physiologie et la psychologie du vieillissement doivent être compris bien-fondés. L'âge biologique du patient doit non seulement être pris en compte dans le diagnostic et le traitement en futur – il doit être bien au cœur de la décision. Un défi majeur se pose par les différents diagnostics qui



sont fait souvent isolés. La prise en charge et le traitement de plus en plus complexe des personnes âgées nécessitent une collaboration entre les différents acteurs tout au long du parcours du patient.

Plus la société vieillit, plus les soins doivent être basés dans un travail en équipe et plus les différents rôles doivent fondre les uns aux autres.⁷ Cela vaut non seulement pour les différentes disciplines au sein d'une institution spécifique (soins infirmiers, gériatres, neurologues, etc.), mais aussi pour la coopération entre les fournisseurs de prestation, par exemple la réhabilitation et les hôpitaux de soins aigus. Les centres de réhabilitation⁸ jouent un rôle de plus en plus important. Ceux-ci doivent se pencher sur l'ensemble du parcours du patient. Ils doivent aussi penser à la façon dont les cas de réhabilitation (tels que les chutes, attaques cérébrale, l'usure excessive du musculo-squelettique, etc.) peuvent être évités. Au final, la réhabilitation doit être définie par un but qui est l'amélioration des fonctionnalités restreintes et la réintégration. Néanmoins, notre finalité mène à un déclin de la santé inévitable au cours des dernières 2-3 années de notre vie. La tâche de la recherche sur les services de santé sera de distinguer quels patients profiteront de quel traitement et dans quelle mesure des moyens de réhabilitation.

Les assurances maladies doivent se préparer à une société vieillissante et à la multimorbidité de leurs assurés qui en résulte. De plus en plus assureurs offrent des programmes de santé pour conseiller et prendre soins de leurs clients vieillissants (par exemple l'accompagnement pour les patients souffrants de maladies chroniques).

En outre, un comportement sain (par exemple fitness, alimentation) devrait être encouragé par des incitations ciblées. La technologie de l'information offre des nouvelles possibilités pour mieux atteindre l'assuré et pour le préparer individuellement à ses besoins spécifiques.

La digitalisation offre également des nouvelles chances aux soins de la santé. Le potentiel de « Big Data » doit être saisi et exploité en tant que « Smart Data ». Un haut profit pour les patients résulte lorsqu'on discerne et aborde prématurément les besoins individuels et spécifiques aux patients. Ce savoir doit, en même temps, être connecté aux connaissances progressives sur la physiopathologie de l'organisme vieillissant.

⁷ Voir à ce sujet le modèle de référence de CanMEDS 2005 (développé par le Royal College Canada: <http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/canmeds/framework>) qui était développé pour la formation des médecins en Canada et qui c'est désormais établi au niveau international. Selon ce modèle, un savoir-faire approfondi seul n'est aujourd'hui plus suffisant. Un meilleur ciblage sur la coopération interprofessionnelle est nécessaire, ce qui demande une compréhension des différents rôles professionnels.

⁸ Définition de réhabilitation selon le dictionnaire: [Ré]intégration d'un/d'une malade, d'une personne handicapée mentale ou psychique dans la vie professionnelle et sociale.



Les employeurs et la politique sont également confrontés à la société vieillissante. Les personnes âgées devraient être soutenues dans leurs efforts de trouver une signification dans leurs années de la retraite. Être occupé joue un grand rôle pour ce « sens de vie ». Le marché du travail pour les gens plus âgés doit donc être flexibilisé. Il devrait être possible de travailler après l'âge de 65 ans. Les employeurs sont tenus de créer des postes qui attirent et motivent les personnes âgées. Il faut particulièrement augmenter les possibilités des personnes moins instruites pour que celles-ci aussi puissent trouver un emploi utile à un âge avancé. Le grand défi est donc non seulement un vieillissement actif et le plus sain possible, mais aussi un vieillissement productif et judicieux. À l'heure actuelle, ce potentiel est loin d'être épuisé.

Le changement – mais de quel façon ?

Le vieillissement démographique oblige la Suisse à réfléchir sur la façon dont la prospérité et le bien-être peuvent être générés et obtenus par toutes les générations. Cela est possible uniquement par le changement des projets de vie et des exigences aimés. La transformation de structures et de règles dans une démocratie directe nécessite toujours une majorité de l'électorat. Celle-ci peut difficilement être atteinte qu'avec des modèles politiques, tant qu'on n'a pas éprouvé et démontré des alternatives par les projets pilot à succès. Les entreprises et les individus doivent donc précéder avec des exemples innovateurs. Ces alternatives obtiennent l'adhésion et peuvent réunir la majorité lorsque l'on peut constater que le nouveau modèle fonctionne réellement.

Point de vue

L'idée directrice pour les soins de base de santé dans une société vieillissante est que les personnes âgées veulent vivre d'une façon autonome aussi longtemps que possible. Cela réussira uniquement en abordant le phénomène de multimorbidité liée à l'âge dans son ensemble.

Outre des nouvelles aptitudes et compétences, il est évident qu'il faut davantage de coordination entre les différents acteurs ainsi qu'un mélange de disciplines. Le parcours du patient - qui devient de plus en plus long et complexe - doit être prioritaire, et non un épisode unique de la maladie. Des incitations structurelles et financières sont nécessaires pour que les soins de santé puissent être optimisés au cours du parcours du patient et non seulement pour les parties isolées de ce parcours.

La santé dans la troisième phase de la vie est le résultat de la pertinence, de l'intégration sociale et d'un vieillissement productif. Cela demande que non seulement les institutions s'adaptent à ces changements - mais que chacun de nous doit se préparer consciemment à une vie plus longue et s'y réjouir.



Di quale tipo di assistenza sanitaria necessita una società che invecchia?

La Svizzera invecchia⁹

L'aspettativa di vita della popolazione svizzera è in continua crescita dal Settecento. Già fra dieci anni, nel 2025, la popolazione degli ultrasessantacinquenni raggiungerà più del 20% della popolazione. Nel 2050 addirittura 2,8 milioni di persone, il 27% della popolazione, avrà 65 o più anni. In Svizzera, donne e uomini passano già oggi gran parte dei propri anni di pensione in buona salute: le aspettative di vita all'età di 65 anni ammontano a circa venti anni (2014: uomini 19,5; donne 21,1) e 2/3 di questo tempo sono vissuti in "buona salute"¹⁰. Se una svizzera o uno svizzero raggiunge l'ottantesimo anno di vita, l'aspettativa media di vita restante ammonta attualmente a ben 10 anni (2014: uomini 8,6; donne 10,3). Nei prossimi 35 anni ci sarà un ulteriore innalzamento di 3 anni (2050: uomini 12,1; donne 13,4). Stile di vita, *milieu* sociale, formazione, cure mediche, ambiente così come i geni trasmessi dai nostri avi sono i fattori determinanti per il crescente allungamento della nostra vita.

L'aspettativa di vita non cresce però in egual misura per tutti i gruppi della popolazione: persone con un alto grado di istruzione raggiungono in media un'età più elevata (in Svizzera la differenza tra persone con maggiore e minore grado di istruzione raggiunge i 9 anni). Ciò avviene anche perché malattie croniche e fattori di rischio mal controllati colpiscono più spesso gruppi di popolazione con un grado d'istruzione bassa. Ci sono però anche disuguaglianze tra i sessi: sebbene le donne abbiano aspettative di vita superiore, in età avanzata risultano in media più soggette a malattie rispetto agli uomini.

Le esigenze degli anziani

Il continuo innalzamento dell'aspettativa di vita porta a sollevare molte nuove domande su una diversa impostazione dello stile di vita. Anche nella terza età (di regola dal 65esimo anno) gli individui vogliono condurre una vita piena, dedicarsi a incarichi dotati di senso e rimanere ben integrati dal punto di vista sociale. La sensatezza dell'esistenza promuove la salute: persone che avvertono un senso nella loro vita e sentono che "c'è bisogno di loro" si ammalano meno frequentemente e sono più soddisfatte di persone meno attive. Questo spiega le differenze nelle aspettative di vita in corre-

⁹ Ufficio Federale di Statistica (UST), 2015. Le cifre della sezione seguente corrispondono allo scenario di riferimento A-00-2015 calcolato dall'UST per lo sviluppo della popolazione in Svizzera.

¹⁰ Per "anni di vita sani all'età di 65 anni" si intende quanto segue: "Una condizione di vita sana è definita come assenza di limitazioni o disturbi delle funzioni vitali ed è misurata attraverso una domanda di autovalutazione (Höpflinger, François (2014); Langlebigkeit und Hochaltrigkeit - Gesellschaftliche und individuelle Dimensionen). Download al sito: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/ViertesLebensalter.pdf>.



lazione al livello di istruzione: più alta è l'istruzione, più forti sono le relazioni sociali e il coinvolgimento professionale anche dopo il 65esimo anno di età. Mentre persone più qualificate possono trovare un'occupazione professionale anche a 70 anni, ciò è spesso impossibile per gli individui che sono stati impegnati in lavori fisicamente usuranti o per le persone le cui qualificazioni non trovano richieste.

Le persone anziane vogliono vivere indipendenti il più a lungo possibile, che vivano in un ambiente domestico oppure in un ospizio. In questo ambiente essi vogliono essere sostenuti nella loro indipendenza e rimanere fisicamente e mentalmente sani. In questo non è da sottovalutare il ruolo dei parenti e dei conoscenti, che spesso si accollano di una parte essenziale dell'assistenza, e lo fanno in un'età sempre più avanzata per loro stessi: già oggi avviene che dei settantenni si occupino dei parenti novantenni!

Come evolve la salute con l'età?

La salute non è una grandezza costante – essa cambia con le fasi della vita. Come conseguenza dell'alterazione fisiologica degli organi (ad esempio dell'udito, della vista ecc.) le persone anziane hanno necessità mediche specifiche. Spesso con l'avanzare dell'età si è in contemporanea presenza di più malattie di diversa gravità. Decisivo non è il numero delle malattie riscontrate in un individuo anziano, ma quante di queste siano legate a disturbi e debbano essere trattate. Conseguentemente si stabiliscono priorità negli obiettivi di salute e nelle terapie a disposizione. Non tutto ciò che è teoricamente possibile fare è sensato in situazioni di tale complessità – per esempio un adattamento della quantità o delle dosi di medicinali porta spesso a una migliore qualità della vita. Spesso si sottovaluta quanto una dieta equilibrata, l'assunzione di liquidi in misura sufficiente e l'attività mentale e fisica regolare concorrano alla salute.

Un'assistenza sanitaria adatta alla terza età deve anche essere adeguata alle necessità specifiche di ogni individuo: più una persona è anziana, più le sue necessità si personalizzano. Inoltre, con l'età cresce la frequenza di eventi drastici quali ictus, infarto, cadute (con conseguenti fratture) e perdita progressiva della memoria.

Le sfide dell'assistenza sanitaria

Le istituzioni dell'industria della salute devono sintonizzarsi sulla società in continuo invecchiamento e adeguare la propria offerta ai particolari bisogni di queste persone, a partire dalla formazione dei medici. La comprensione della fisiologia e la psicologia della vecchiaia devono poggiare su solide basi. In futuro, nel corso di una diagnosi o di una terapia, l'età biologica non dovrà solo essere presa in



considerazione, ma dovrà essere centrale nelle decisioni da prendere. Una grossa sfida deriva dalla pluralità di chiarificazioni diagnostiche spesso eseguite isolatamente. Un'assistenza e un trattamento che diventano complessi con il crescere dell'età richiedono una collaborazione tra i diversi attori sociali nel corso dell'intera "carriera" del paziente. Più la società diviene vecchia, più l'assistenza sanitaria si deve basare saldamente sul lavoro di squadra e più i diversi ruoli devono intrecciarsi¹¹. Questo non vale solo per le diverse specializzazioni all'interno di una specifica istituzione (assistenza, geriatria, neurologia, ecc.) ma anche per la cooperazione tra gli erogatori di servizi, ad esempio la riabilitazione e l'ospedale acuto.

Un ruolo sempre più importante è giocato dalle strutture per la riabilitazione¹². Queste devono confrontarsi in misura crescente con l'intera "carriera" del paziente e devono anche preoccuparsi di come casi potenziali di riabilitazione (ad esempio cadute, ictus, usura eccessiva dell'apparato locomotore ecc.) possano essere evitati. In ultima istanza la riabilitazione deve essere definita sulla base di un obiettivo, ovvero il miglioramento di funzioni vitali limitate e reintegrazione. Tuttavia rimane l'ineludibile peggioramento delle condizioni di salute negli ultimi 2-3 anni di vita, a conferma della finitezza dei nostri mezzi. Sarà compito della ricerca sull'assistenza quello di riconoscere quali pazienti possano ancora approfittare di misure di riabilitazione, con quali mezzi e in quale misura.

Le assicurazioni sanitarie devono prepararsi all'invecchiamento della società e alle multimorbidità ad esso correlate. Un numero crescente di assicuratori offre programmi sanitari per consigliare e assistere i propri clienti sempre più anziani (ad esempio accompagnamento per pazienti con malattie croniche). In aggiunta bisogna incentivare un comportamento sano (per esempio fitness e nutrizione) attraverso stimoli mirati. In questo le tecnologie informatiche offrono nuove possibilità per raggiungere meglio gli assicurati e in maniera personalizzata, modellandole sui bisogni specifici dell'età avanzata. La digitalizzazione offre nuove possibilità anche per l'assistenza sanitaria. Il potenziale dei *Big Data* deve essere sfruttato e interpretato come *Smart Data*. Se grazie a ciò le sue necessità individuali e specifiche possono essere riconosciute e affrontate, il paziente ne trae ampio giovamento. Allo stesso tempo, questo sapere deve essere collegato al progresso delle conoscenze sulla patofisiologia di un organismo vivente che invecchia.

Anche datori di lavoro e politica si vedono confrontati con nuove sfide per via della società che invecchia. Le persone anziane devono essere sostenute nella loro aspirazione di trovare un senso alla vita

¹¹ Vedi in aggiunta il modello di riferimento di CanMEDS 2005 (sviluppato dal Royal College Canada), che è stato elaborato per la formazione medica in Canada e si è affermato a livello internazionale. Secondo tale modello oggi un alto livello di conoscenze specialistiche non è più sufficiente. È necessario orientarsi con maggiore decisione alla cooperazione interprofessionale, il che richiede una consapevolezza di diversi ruoli professionali.

¹² Definizione di riabilitazione secondo Duden: [re]inserimento di una persona malata o di una persona con handicap fisico o psichico, nella vita lavorativa e sociale



negli anni di pensione. L'occupazione realizza una grande parte nella ricerca di senso. Il mercato del lavoro per persone anziane deve quindi essere reso flessibile. Si deve poter lavorare anche dopo i 65 anni. Si chiede ai datori di lavoro di creare posti e posizioni che coinvolgano e motivino gli anziani. In particolare devono essere innalzate anche le possibilità, da parte degli individui con un grado d'istruzione basso, di impegnarsi in attività sensate in età avanzata. La grande sfida è quindi non solo quella di un'età avanzata attiva e il più possibile sana, ma anche una vecchiaia dotata di senso e produttiva. Al momento questo potenziale è ancora largamente inespresso.

Cambiare – ma come?

L'invecchiamento demografico costringe la Svizzera a riflettere su come il benessere e la prosperità debbano essere prodotti e mantenuti per tutte le generazioni. Ciò è possibile solo cambiando i piani di vita che si sono abbracciati e le proprie esigenze. Un'alterazione delle strutture e dei regolamenti necessita sempre, in una democrazia diretta, della maggioranza dei voti della cittadinanza. Quest'ultima può essere difficilmente convinta con modelli politici, fintanto che essi non vengono messi alla prova con progetti pilota che abbiano successo e siano esemplari. Aziende e singole persone devono perciò procedere con esempi innovativi. Una volta diffusasi la cognizione del fatto che la novità funziona davvero, queste alternative acquisiscono consenso e sono quindi in grado di ottenere una maggioranza di voti.

Punto di vista

Il pensiero dominante per l'assistenza sanitaria di una società che diviene sempre più vecchia è che le persone anziane vogliono vivere indipendenti il più a lungo possibile. Questo avverrà solo se si affronta il fenomeno della multimorbilità legata alla vecchiaia nel suo complesso.

É evidente che c'è bisogno, oltre a nuove abilità e competenze, di una maggiore coordinazione tra i diversi attori così come di una mescolanza delle discipline. In primo piano deve stare l'intera "carriera" del paziente – sempre più lunga e complessa –, e non le singole insorgenze di malattie. Bisogna operare con incentivi strutturali ed economici per ottimizzare l'assistenza del paziente nell'intero arco della sua "carriera", e non solo in alcune sue parti isolate.

La salute nella terza età è anche il risultato di dotazione di senso, integrazione sociale e vecchiaia produttiva. Questo presuppone che non solo le istituzioni si regolino su questi cambiamenti, ma anche che ciascuno di noi sia consapevolmente preparato a una vita più lunga e ad esserne felice.



Tgenin provediment sanitar drova ina societad che daventa pli veglia?

La Svizra daventa veglia¹³

L'aspectativa da vita da la populaziun svizra s'augmenta constantamain dapi il 18avel tschientaner. Gia en 10 onns, v.d. dal 2025, vegnan las personas sur 65 onns ad importar dapli che 20% da la populaziun. 2050 vegnan quai ad esser perfin 2.8 milliuns umans u 27% dals abitants ed abitantas da 65 onns e dapli. Dunnas ed umens da la Svizra passentan gia ozendi ils onns da pensiun predominantamain da buna sanadad: L'aspectativa da vita en la vegliadetgna da 65 importa actualmain circa 20 onns (2014: umens 19.5; dunnas 21.1) e 2/3 da quest temp vegnan vivids en „buna sanadad“¹⁴. Cuntanscha ina Svizra u in Svizzer la vegliadetgna dad 80 onns, alura importa l'aspectativa da vita en media per il mument bundant 10 onns (2014: umens 8.6; dunnas 10.3). En ils proxims 35 onns vegn quella a s'augmentar anc per ulteriurs 3 onns (2050: umens 12.1; dunnas 13.4). La moda da viver, l'ambient social, furmaziun, provediment medicinal, conturn sco era la genetica ertada da noss antenants èn las determinantas da nossa vita prolungada vi e pli.

L'aspectativa da vita na s'augmenta dentant betg tar tut las gruppas da populaziun en il medem grad: Personas cun in bun access a furmaziun cuntanschan en media ina vegliadetgna pli auta (en Svizra importa la differenza tranter personas cun bun access e personas cun main bun access a furmaziun enfin 9 onns). Probablmain è quai uschè perquai che malsognas cronicas e facturs da ristga malamain controlabels èn pli frequents tar gruppas da populaziun cun main bun access a furmaziun. I dat dentant era inegalitads tranter las schlattainas: era sche dunnas han in'aspectativa da vita pli auta, èn ellas en media pli predisponiblas per malsognas che umens.

Las pretensiuns da personas pli veglias

L'augmentaziun d'aspectativa da vita constanta porta diversas dumondas en regard al midament da l'organisaziun da vita. Era en la terza fasa da vita (per regla a partir dal 65avel anniversari) vulan ils umans giudair ina vita accumulada, sa deditgar ad incumbensas nizzaivlas e restar integrats socialmain. Nizzaivladad promova la sanadad: Umans, che sa sentan nizzaivels en lur vita e „vegnan duvrats“ èn pli darar malsauns e pli cuntents che personas main activas. Quai declera las differenzas en l'aspectativa da vita en dependenza dal stadi da furmaziun: pli aut che il stadi da furmaziun è, pli

¹³ Uffizi federal per statica (UFS), 2015. Ils dumbers dal sector suandant correspunda al scenari da referenza A-00-2015 calculà dal UFS pertutgant il svilup da la populaziun en Svizra.

¹⁴ Cun „onns da vita sauns en la vegliadetgna da 65onns“ è da chapir: „Ina constituziun sanitar vegn definada sco assenza da limitaziuns da funcziun /mals e vegn mesirada a maun dad ina dumonda d'autovalitaziun“ (Höpflinger, François (2014); Langlebigkeit und Hochaltrigkeit - Gesellschaftliche und individuelle Dimensionen). Download sut: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/ViertesLebensalter.pdf>.



stabilas èn las raits socialas e la liadira professiunala era suenter il 65avel onn da vita. Entant che persunas fich qualifitgadas chattan anc cun 70 onns in'occupaziun professiunala, è quai quasi nunpussaivel per persunas ch'han lavurà lur entira vita en ina professiun cun gronda consumaziun corporala ubain senza pretensiun da qualificaziuns.

Persunas pli veglias vulan esser independentas uschè ditg che pussaivel – en l'ambient chasaun ni en in asil. En quest ambient vulan ellas vegnir sustegnidas en lur independenza sco era restar fittas corporalmain e spiertalmain. Latiers n'è betg da sutvalitar la rolla dals confamigliars ed enconuschents. Els sorprendan savens ina part essenziala en la tgira e quai anc en ina vegliadetgna adina pli auta: oz tgiran anc persunas da 70 onns confamigliars da 90 onns!

Co sa sviluppa la sanadad en la vegliadetgna?

Sanadad n'è betg ina grondezza constanta – ella sa mida sur tut las fasas da la vita. Sco consequenza fisiologica da l'inveteraziun dals organs (p.ex. udir, vesair, etc.) han persunas pli veglias basegns medicinals specifics. Cun la vegliadetgna progressiva vegnan savens anc daplissas malsognas cun differents grads da grevezza. Decisiv n'è betg quantas malsognas che ina persuna attempada ha, mabain quantas da quellas ch'èn colliadas cun maldispostadads e ston vegnir curadas. Damai ston ins metter prioritads en las finamiras sanitaras e tar las terapias pussaivlas che stattan a disposiziun. Betg tut il factibel en situaziuns uschè complexas è raschunaivel – p.ex. sa in'adattaziun da la quantad ni augmentaziun da medicaments savens manar ad ina meglra qualidad da vita. La valor sanitaria da nutriment equilibrà, avunda liquidad ed activitads regularas spiertalas e corporalas vegn savens sutvalitada.

In provediment adattà a la vegliadetgna sa sto dimena drizzar als basegns specifics da mintga singul: pli vegl che ina persuna è, pli individual daventa lezza. Plinavant crescha cun la vegliadetgna la probabilitad dad eveniments radicals sco in culp da tscharvè, infarct da cor, cupitga (cun fracturas en consequenza) e diminuziun da la prestaziun da memoria.

Las sfidas al provediment sanitar

Las instituziuns da las industrias sanitaras ston sa drizzar en sin la societad che daventa adina pli veglia ed adattar lur purschida als basegns specials da questas persunas. Quai cumenza gia tar la furmaziun dals medis. La fisiologia e la psicologia dal daventar vegl sto vegnir enclieg profundamain. La vegliadetgna biologica dals pazients na vegn en futur betg pli a sorprender ina rolla laterala, mabain centrala e decisiva tar la diagnosa e terapia. Ina gronda sfida vegn dentant a dar la pluralitad dad examinaziuns diagnosticas fatgas savens isoladamain ina da l'autra. La tgira ed il tractament en la



vegliadetgna progressiva daventa adina pli complexa e pretenda dapli collavuraziun tranter ils differents acturs sur tut la carriera da pacient. Pli vegl che la societad daventa pli ferm sto il provediment sanitar sa basar sin lavur da team e pli ferm sa confundan las differentas rollas. Quai na vaglia betg mo per las differentas disciplinas entaifer l'instituziun specifica (tgira, geriater, neurolog, etc.) mabain era per la cooperaziun tranter ils furniturs da prestaziuns, p.ex. la rehabilitaziun ed ils ospitals acuts.

Ina rolla adina pli impurtanta vegnan a surprender las instituziuns futuras per rehabilitaziun. Questas sa ston occupar pli savens cun la cumpletta carriera dal pacient. Ellas ston era patratgar sco che cas pussaivels da reabilitaziun (p.ex. cupitgas, culps da tscharvè, ferma isada dal apparat motoric etc.) pon vegnids evitads. A la fin finala sto la rehabilitaziun vegnir definida cun ina finamira. Questa è: meglieraziun da funcziuns limitadas e reintegraziun. Malgrà quai resta nossa finità inevitabelmain colliada cun in pegiurament da noss stadi da sanadad en ils davos 2-3 onns da la vita. I vegn ad esser l'incumbensa da la perscrutaziun da provediment dad identifitgar tgenins patients che profiteschan da tgenina medischina ed in tge dimensiun che las mesiras da rehabilitaziun èn utilas.

Las assicuranzas da malsaus sa ston preparar che la societad daventa adina pli veglia e collià cun quai la mulitmorbidity da lur assicurads. Adina daplissas assicuranzas porschan programs sanitar per cusseglar e tgirar lur clients che daventan adina pli vegls (p.ex. accompagnament per patients cun malsognas cronicas). Ulterur da quai duai vegnir stgaffi impuls che animeschan ad in cumportament pli saun (p.ex. fitness e nutriment). Perquai porschan tecnologias d'infurmaziun novas schanzas per cuntanscher meglier ils assicurads e sa preparar pli individualmain a lur basegns specifics en la vegliadetgna. Era per il provediment sanitar porscha la digitalisaziun novas schanzas. Il potenzial da Big Data sto vegnir dovrà e vegnir analisà sco Smart Data. L'avantag per il pacient datti alura sche ils basegns individuals vegnan scuvrids pli baud e pon vegnir elavurads specificamain tenor il pacient. Al medem mument duess questa savida vegnir cumbinada cun l'enconuschientscha progressiva da la patofisiologia dal organissem che daventa pli vegls.

Era ils employaders e la politica èn confruntads cun sfidas en ina societad che daventa pli veglia. Personas pli veglias duessan vegnir sustegnidas en lur ambiziuns da chattar nizzaivladad en la „vegliadetgna da pensiun“. Occupaziun è impurtanta per stgaffir nizzaivladad. Il martgà da lavur per personas pli veglias sto damai vegnir pli flexibels. Ins sto era pudair lavurar vinavant cun 65 onns. Ils employaders èn dumandads da crear plazzas e pusiziuns che attiran e motiveschan personas pli veglias. Particularmain ston vegnidas augmentadas las schanzas per personas che han in main bun access a furmaziun per s'occupar nizzaivelmain en la vegliadetgna. La gronda sfida n'è damai betg da



daventar vegl pli activ e pli saun mabain era da daventar vegl nizzaivel e productiv. En il mument n'è quest potenzial anc ditg betg sfruttà.

Midament – ma co?

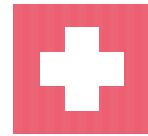
La inveteraziun demografica sforza la Svizra da ponderar sco che il bainstar e bainesser futur duai vegnir generà e mantegnì per tut las generaziuns. Quai è mo pussaivel cun midaments en la planisaziun da vita e pretensiuns daventadas empernaivlas. In midament da structuradas e regulativas dovra en ina democrazia directa adina la majoritad dal pievel votant. Quel na vegn betg a vegnir persvas cun models politics uschè ditg che alternativas n'èn betg vegnidas perscrutadas e vividas cun success en projects da pilot. Interpresas e personas singulas ston perquai ir oravant cun buns exempels innovativs. Sche la chapientscha sa derasa ch'il nov funcziuneschia alura survegn l'alternativa acceptanza e vegn sustegnida.

Posiziun

L'idea generala dad in provediment sanitar per ina societad che daventa pli veglia è, che personas pli veglias veglian viver pli ditg pussaivel independentamain. Quai è mo pussaivel sche il fenomen da la multimorbiditad causada da la vegliadetgna vegn schlià.

Evidentamain dovri sper novas abilitads e cumpetenzas era dapli coordinaziun tranter ils differents acturs e la mischaida da las disciplinas. La carriera da pazient – che daventa adina pli lunga e complexa – sto star en il center e betg las singulas episodas da malsogna. I dovra impuls structurals e finansials che optimeschan il provediment sur tut la carriera da pazient e betg mo en parts isoladas.

La sanadad en la terza fasa da la vita è era in resultat da nizzaivladad, integraziun sociala e daventar vegl productivamain. Quai pretenda che betg mo las instituziuns sa preparan per ils midaments – dentant era mintgin da nus sto sa preparar conscientamain per ina vita pli ditga e pudair s'allegrar da quai.



Which health care system is required for an ageing society?

As Switzerland ages¹⁵

Life expectancy in Switzerland has been steadily increasing since the 18th century. In 10 years time, i.e. by 2025, the generation 65+ will make up more than 20% of the total population. By 2050, 2.8 million people, or 27% of the population, will be 65 years and older. As of today, Swiss women and men already spend the predominant part of their retirement years in good health: the life expectancy at age 65 is currently about 20 years (in 2014: men 19.5 years, women 21.1 years) and 2/3 of this time is usually lived in "good health" ¹⁶. If a Swiss person achieves 80 years of age, their average remaining life expectancy is currently just about 10 years (in 2014: men 8.6 years, women 10.3 years). Over the next 35 years, this will increase by another 3 years (in 2050: men 12.1, women 13.4). Lifestyle, social setting, education, health care, environment, and genetics, inherited from our ancestors, are the determinants of our increasingly longer life.

However, life expectancy does not increase in all population groups to the same extent; more educated people achieve a higher average age (in Switzerland, the difference between education and uneducated people is up to 9 years). This is possibly due to the frequent occurrence of chronic diseases and poorly controlled risk factors in educationally disadvantaged populations. There are also gender disparities: although women have a higher life expectancy than men, they are, on average, more susceptible to illness in old age.

The demands of the elderly

Steadily increasing life expectancy raises many new questions about the appropriate way of life. Even in the third phase of life (usually from the age of 65 onwards) people still want to live a full life, dedicated to meaningful tasks, while remaining socially integrated. Meaningfulness is in fact the key to good health: people who have meaning in their lives, and who feel "needed", are less frequently ill and are more satisfied compared to less active people. This helps explain how education level correlates to life expectancy: the higher the education achieved, often the stronger is the social network and professional inclusion- even after the age of 65. Better-qualified people can often even still find

¹⁵ Bundesamt für Statistik (BFS), 2015. The numbers of the following section correspond to those calculated from BFS reference scenario A-00-2015 on population growth in Switzerland.

¹⁶ By "healthy years of life at age 65" The following shall be understood: "A healthy condition is defined as the absence of limitations in functioning / disability and measured by a self-assessment question." (Höpflinger, François (2014); durability and very old age - social and individual dimensions). Download at: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/ViertesLebensalter.pdf>.



work at 70 years, while those who have worked in a physically demanding profession or with low-demand skills, find this next to impossible.

Older people want to live independently as long as possible - whether in their own home or in a retirement facility. While in this environment, they want to be supported in their independence and remain physically and mentally fit. The role of family and friends here is not to be underestimated. They often cover a substantial portion of care, and this even in their own advanced age: today, 70 year olds are already caring for their 90-year-old family members!

How does health develop in old age?

Health is not a constant - it varies across the life stages. As a result of physiological ageing of organs (e.g. hearing, vision, etc.) older people have specific medical needs. With increasing age, several diseases, with varying degrees of severity, often occur simultaneously. However, the key here is not how many diseases an older person has, but rather how many of the ailments require treatment. It is therefore necessary to priorities health targets and available therapies. It is not necessarily reasonable to treat everything possible in such complex situations - e.g. does adapting the medication dosage lead to a better quality of life? The health-promoting value of balanced nutrition, adequate fluid intake and regular physical and mental activity is often underestimated in treatment plans.

An age-appropriate treatment must be adapted to each individual's specific needs: The older a person gets, the more unique they become. In addition, the likelihood of critical events such as stroke, heart attack, falls (resulting in bone fractures), and decreasing memory performance increases with age.

Challenges to the health care systems

The health care institutions must find ways to adapt to the increasingly ageing society and adjust their offerings to meet the specific needs of this population. This starts with the education of doctors. They must have a sound understanding of the physiological and psychological conditions of ageing cohorts. The biological age of a patient must not only be taken into consideration in future diagnosis and treatment - it must be at the heart of the decision. A major challenge arises from the number of diagnostic decisions made in isolation of one another. The increasingly complex care and treatment requires collaboration between the different actors throughout and across the patient's journey. The older a society , the more imperative it is that health care delivery is based on team-



work and a broader understanding across specialties¹⁷. This applies not only for the various disciplines within a specific institution (nursing, geriatricians, neurologists, etc.) but also for the cooperation between service providers, e.g. the rehabilitation and acute care hospitals.

Further, the role of future rehabilitation arrangements will become increasingly important¹⁸. These will have to address the whole patient career. They will need to consider how potential rehabilitation cases (such as falls, strokes, excessive wear of the musculoskeletal system, etc.) can be avoided. Finally, a rehabilitation target must be defined. This reads as follows: improving impaired functions and reintegration. Nevertheless, the decline in health over the last 2-3 years of life cannot be avoided. It will be the task of health care research to define which patients can be helped by which means, and to what extent they can still benefit from rehabilitation measures.

Insurance companies will also need to prepare for the ageing of society and the related multimorbidity of their policyholders. More and more insurers provide health programs offering consulting and care services for their ageing customers (e.g. monitoring for patients with chronic diseases). In addition, targeted incentives should promote healthy behavior (e.g. fitness and diet). Information technology continues to offer new opportunities to better reach the insured and enables customized solutions to meet their age specific needs. Digitization will create new opportunities for future health care systems. The potential of Big Data must be used as Smart Data. A greater patient benefit arises when the individual needs can be sooner recognized and patient-specific solutions developed. Congruently, this knowledge needs to be combined with the progressive knowledge on the pathophysiology of the ageing organism.

Employers and the political scene are likewise confronted with new challenges posed by an ageing society. Older people should be supported in their efforts to find meaning during their "pension age". Employment contributes significantly to the wonderful feeling of being valued. The labor market for older people therefore needs to be made more flexible. One should be able to continue working even after 65. Employers should create jobs and positions that appeal to and motivate older people. In particular, the opportunities of less educated people have to be increased to create meaningful engagement. So the big challenge is not only an active and healthy ageing, but also a productive ageing. Currently, this potential is far from being exploited.

¹⁷ See the reference model of CanMEDS 2005 (developed by the Royal College Canada) which has been drawn up for medical education in Canada and has established itself internationally. According to the model, a high level of expertise alone is no longer sufficient. It strives to make various professionals aware of the need of a stronger focus on interprofessional collaboration.

¹⁸ Definition of rehabilitation according to the dictionary: [re] integration of a / a sick person, a physically or mentally handicapped person in the professional and social life; Shortend: rehab



Change - but how?

Demographic ageing is forcing Switzerland to think about how future prosperity and welfare are to be generated and sustained for all generations. This will only be possible through changes of our “life road maps” and individual priorities. In a Direct Democracy, to implement such changes to structures and the regulatory environment, a majority vote by the Swiss constituency is required. The only way to convince each citizen of the need for alternative political models is through the demonstration of successful pilots. Firms and individuals must therefore move forward with demonstrating innovative examples. When awareness about the success of alternative models spreads, acceptance will follow, making majority vote achievable.

Viewpoint

To achieve a healthy ageing society, the leading theory is that older people want to live independently, as long as possible. This will only succeed if the phenomenon of age-related multi-morbidity is addressed holistically.

It is obvious that in addition to new skills and competencies, more coordination between the various actors, and greater collaboration across disciplines, is required. Patient’s careers - becoming longer and more complex – must stay in the forefront compared to the single disease episodes. Structural and financial incentives are required to drive this focus across the entire patient career, avoiding an isolated focus on individual health events.

Health, in the third phase of life, is also the result of meaningfulness, social integration and productive ageing. This requires that not only the institutions address these changes, but also that every one of us should be aware of, and prepared for, a longer life - and look forward to it.



Wir leben im Alter immer länger

Verbleibende Lebensjahre	1981	2001	2011	2021	2041
Im Alter von 50 Jahren					
Männer	26.0	29.9	32.0	33.9	36.8
Frauen	31.3	34.5	35.9	37.1	39.7
Im Alter von 65 Jahren					
Männer	14.3	17.3	19.0	20.6	23.1
Frauen	18.2	21.1	22.2	23.2	25.5
Im Alter von 80 Jahren					
Männer	6.2	7.6	8.4	9.7	11.5
Frauen	7.6	9.4	10.1	11.1	12.8

Quelle: ESPOP, STATPOP, BEVNAT

Zunahme	
1981-2011	2011-2041
6.0	4.8
4.6	3.8
4.7	4.1
4.0	3.3
2.2	3.1
2.5	2.7