



Schlussbericht für Tabakpräventionsprojekte und -programme

(bitte nicht handschriftlich ausfüllen)

Projektname	Programm Gesundheitscoaching KHM 2015-2018	
Projektstart	Juni 2015	
Projektende	März 2019	
Beitragsempfängerin / Beitragsempfänger	Name Strasse / Nr. PLZ / Ort	Kollegium für Hausarztmedizin Rue de l'Hôpital 15, PF 1552 1701 Fribourg
Kontaktperson	Fabian Egli	
Verfügungsnummer	15.013705	
Verfügungssumme	300'000 CHF	

Ort / Datum

Fribourg, 12.4.2019

Unterschrift

INHALTSVERZEICHNIS

Teil A

1	Zusammenfassung des Schlussberichts	2
2	Beurteilung der Resultate	4
3	Nachhaltigkeit und Valorisierung (Nutzung)	7
4	Chancengleichheit	8
5	Weitere Punkte	8

Teil B

1	Projektreflexion.....	8
2	Empfehlungen / Erkenntnisse für ähnliche Projekte	9

Teil A

1 Zusammenfassung des Schlussberichts

Stellen Sie kurz den Projektverlauf, wichtigste Erkenntnisse über Ergebnisse sowie Ihre Empfehlungen dar.

Das Programm Gesundheitscoaching KHM 2015-2018

Aus struktureller Perspektive ist es gelungen, das aufgebaute Programmteam zu stabilisieren, mit einem universitär affilierten Programmleiter (Stefan Neuner-Jehle, Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich), einem Stellvertreter/Trainingskursleiter (Jacob Porstmann, MediX Zürich), einer langjährig präsenten Spezialistin für Evaluationen (Margareta Schmid, Zürich/Glarus) und einem langjährigen Programm-Manager / Verantwortlicher Operatives (Fabian Egli) mit Assoziation zum KHM und deren Verwaltungsstelle, der Union Patronale in Fribourg. Dazu kommen langjährig mandatierte, mit dem Programm sehr vertraute Schauspieler, die in den Trainingskursen als standardisierte Patienten dienen.

Aus inhaltlicher Perspektive konnte das Programm folgendermassen weiterentwickelt werden:

1. Sanfte Revision der Tools

Die Instrumente wie Arbeitsblatt und Fragebogen wurden noch praxisnaher (Beratungsablauf) und grafisch ansprechender gestaltet. Sie wurden zudem auf französisch, italienisch und englisch übersetzt.

2. Neu: Website

2016 wurde eine dreisprachige (D, F, E) Webseite aufgebaut (www.gesundheitscoaching-khm.ch), mit Informationen zu Struktur, Philosophie und Inhalten des Programmes, der Verlinkung mit thematischen Partnern sowie dem gesamten Schulungsangebot. Die Seite wird gemäss Nutzerstatistiken rege besucht. Für die Seite entwickelten wir in Zusammenarbeit mit dem Institut für Medizinische Lehre (IML), Universität Bern, ein Cartoon-Video (Philosophie und Instrumente) und zwei beispielhafte Videos für die Anwendung von "GC-KHM" in Beratungssituationen in der Arztpraxis.

3. Kursaktivität: Mehr Kurse – neue Sprachregionen – neue Settings.

Gemäss Aufstellung der stattgefundenen Trainingskurse (s. Kursbarometer) hat die Anzahl Kurse innerhalb der Jahre 2015-2018 im Vergleich zu den Jahren 2009- 2014 noch zugenommen, mit 44 Kursen im Vergleich zu rund 40 Kursen in den sechs Jahren zuvor. Neu konnten wir die Kursaktivitäten ab 2015 in die italienisch sprechende Sprachregion (im Projekt "GIRASOLE" im Tessin, gemeinsam mit dem Kanton Tessin, dem BAG und dem Programm "PAPRICA") und zu Beginn 2018 in die französisch sprechende Sprachregion (Kanton Fribourg) disseminieren, im Sinne einer regionalen und sprachregionalen Ausweitung. Neu konnten ab Ende 2015 wiederholt Kurse in mit Medizinischen Praxisassistentinnen und ab Mitte 2017 im neu erschlossenen Setting «Qualitätszirkel» realisiert werden.

4. Kooperation und Koordination

Zur strukturellen und inhaltlichen Konsolidierung gehört auch die erfolgreiche Kooperation mit Partnerprojekten, die sich thematisch mit Verhaltensdimensionen des "Gesundheitscoaching KHM" überschneiden:

Mit "PAPRICA" kooperieren wir im Projekt "GIRASOLE", mit dem Ziel der Bewegungsförderung durch Beratung in der Arztpraxis. Mit Infodrog, der Zürcher Fachstelle für Alkohol, der Zürcher Fachstelle für Alkohol- und Medikamentenmissbrauch ZüFAM und dem Forum Suchtmedizin Ostschweiz FOSUMOS führten wir ein mehrjähriges Projekt 2015-2018 durch, in dem (im Auftrag des BAG) die Zugangswege zu Hausärzten und die Auswirkung gemeinsamer Trainingskurse getestet wurden; Mit dem vom Institut für Epidemiologie, Biostatistik und Prävention (EBPI) Zürich entwickelten Ernährungsprogramm "A Tavola" bestehen Verhandlungen zur Integration. Unter Finanzierung vom Tabakpräventionsfonds haben wir am Institut für Hausarztmedizin Zürich einen randomisiert-kontrollierten Trial geplant, (momentan in Umsetzungsphase), in dem programmspezifisch geschult und interveniert werden wird.

Zur Planung eines koordinierten Auftrittes mit thematisch verwandten Programmen wie Frei von Tabak, PAPRICA, Eviprev und weitere, unter der Ägide der FMH, fanden Ende 2018 mehrere Sitzungen statt. Inzwischen wurde vom Vorstand der FMH eine Koordinationsstelle (an der FMH) bewilligt, welche im 2019 operativ aktiv werden wird.

5. Langzeiteffekte evaluiert

Um die Langzeitwirkung der Schulungen zu testen, haben wir kürzlich (anfangs 2018) einen Online-Survey unter allen Teilnehmern an den halb- bis zweitägigen Trainingskursen seit 2009 vorgenommen, der trotz bescheidenem Rücklauf (24%) erfreuliche Resultate ergab: Über die Hälfte der Ärzte (n=34) beraten mehrmals pro Woche ihre Patienten unter Verwendung von "Gesundheitscoaching KHM", und bei knapp der Hälfte findet das Prinzip stark bis sehr stark Eingang in ihre Sprechstunde (Anhang 6). Die MPA werden gemäss dieser Rückmeldungen bisher eher selten in die Beratungsaktivität gemäss "Gesundheitscoaching KHM" integriert.

6. Der Stellenwert des Programmes, und damit die Verankerung in der Schweizerischen Gesundheitsszene, lässt sich auch anhand von zwei Publikationen erkennen (siehe Beilage), die GC-KHM als eines der wesentlichen Ansätze für Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz, sogar im deutschsprachigen Raum, nennen, und die erstmals einen Überblick über diejenigen Präventionsprogramme in der Schweiz bzw. im deutschsprachigen Raum geben, die sich über Jahre entwickelt und bewährt haben.

7. Kritische Würdigung der Zielerreichung

Trotz all dieser Erfolge ist es unverkennbar, dass die Nachfrage vonseiten der Ärzteschaft (Ärztegesellschaften, Netzwerke), oder von behördlicher Seite (Kantonale Gesundheitsämter, Universitäten) nicht überwältigend hoch ist. Beispielsweise wird immer wieder von Kursteilnehmern genannt, dass die ungelöste Tariffraage für die Beratungsleistungen ein weiteres Engagement für GC-KHM behindere. Bei Ärzten in Weiterbildung ist es oft die knappe Ressource Zeit und die Absorption durch die bevorstehende Praxisgründung, die sie vor einer Investition in einen GC-KHM-Kurs zurückzögern lassen. Gleichzeitig besteht eine grosse Konkurrenz an Weiterbildungsangeboten an den Weiterbildungsstätten.

Dass nur wenige kantonale Behörden sich für GC-KHM interessieren liessen, hängt wohl mit der jeweiligen Agenda des Amtes oder Amtsinhabers zusammen, die teilweise andere Prioritäten der gesundheitlichen Versorgung haben, sowie mit den teilweise angespannten finanziellen Ressourcen der Ämter.

Bei der nicht-ärztlichen Zielgruppe der Med. Praxisassistentinnen besteht eine Konkurrenzsituation zur kürzlich etablierten Weiterbildung zur Med. Praxiskoordinatorin (MPK), in deren Lehrgängen ähnliche Themen

und methodische Inhalte (Patienten-Coaching, MI) Anwendung finden. So hatten Exponenten der MPK-Ausbildungsgänge zwar Kenntnis vom Programm GC-KHM genommen, waren für eine Koordination von Kursen aber nicht zu gewinnen.

Erfreulicher ist andererseits die Bereitschaft von Fachberatern, an Workshops als Referenten (und vereinzelt als Teilnehmer) mitzuwirken. Beispielsweise haben wir im jährlich wiederkehrenden Slot "GC-KHM" am KHM-Kongress in Luzern einmal eine Rauchstoppberaterin, einmal einen Alkoholfachmann und im 2018 eine Ernährungsfachfrau/Psychologin als Co-Referent/in gewinnen können, welche diese Sensibilisierungs-Workshops thematisch anreichern. Die starke Teilnehmernachfrage (meist um 100 Teilnehmer) zeigt die Attraktivität solcher gemeinsamer Auftritte.

Eine ausführliche Darstellung der Aktivitäten und erbrachten Leistungen sowie einen Ausblick auf die Weiterentwicklung in den kommenden Jahren findet sich im Schlussbericht an das Bundesamt für Gesundheit, Abteilung Gesundheitsberufe, von Mitte 2018 und im Freitext-Schlussbericht an Ihr Amt von März 2019. Beide Berichte liegen Ihnen vor.

2 Beurteilung der Resultate

Falls Ihr Projekt extern evaluiert wurde, legen Sie bitte den Evaluationsbericht bei.

Welches waren Ihre Detailziele und angezielten Ergebnisse (Meilensteine) und wie beurteilen Sie die Zielerreichung? Bitte füllen Sie die untenstehende Tabelle aus.

Ziel (Detailziele / Meilensteine gemäss Gesuchseingabe Pt 4. / 4.1)	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	Kommentar
Mittlerziel 1 Ein modulares Bildungs- und Support-Angebot ist entwickelt resp. adaptiert für und durchgeführt mit den 4 Zielgruppen Ärzte und Ärztinnen in Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Praxispersonal/MPA.	X			
Detailziel 1a) Das Fortbildungsmodul (für praktizierende Ärzte und Ärztinnen) ist adaptiert, getestet und anwendungsbereit.	X			
Detailziel 1b) Das Weiterbildungsmodul (für Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt-titel) ist entwickelt, getestet und anwendungsbereit.	X			
Detailziel 1c) Das Ausbildungsmodul für Medizinstudierende ist entwickelt, getestet und anwendungsbereit.	X			
Detailziel 1d) Aus- und Weiterbildungsmodul für MPA/Praxismitarbeitende ist entwickelt, getestet und anwendungsbereit.	X			

Detailziel 2) Eine Toolbox für Moderatoren (Sammlung von Tools und Kursvorschlägen auf DVD) ist entwickelt und produziert.	X			
Detailziel 3) Moderatoren (Kursdozenten, Lehrpraktikern, Supervisoren und QZ-Leiter) sind rekrutiert, geschult und einsatzbereit.		X		
Detailziel 4) Standardisierte Patienten sind rekrutiert, geschult und einsatzbereit.	X			
Detailziel 5) Das Gesundheitscoaching-Angebot liegt in deutscher, französischer und italienischer Sprache vor. - Instrumente, Manual, etc. - Bildungsangebote (Sensibilisierungskurs, Trainingskurs, Follow-up- Kurs, Webangebot für Selbststudium) für Aus-, Weiter- und Fortbildung	X			
Detailziele 6a-6d) Die modularen Angebote sind durchgeführt für die Zielgruppen - 6a) Ärzte und Ärztinnen in Fortbildung - 6b) Ärzte und Ärztinnen in Weiterbildung zum Facharzt - 6c) Ärzte und Ärztinnen in Ausbildung (Medizinstudierende) - 6d) Praxispersonal/MPA	X			
Mittlerziel 2 Förderung von Beratungskompetenz, Haltung, Methoden- und Fachwissen der Zielgruppe (Ärzte und Ärztinnen in Aus-, Weiter- und Fortbildung, MPA) → Rollenänderung, Methodik und Fertigkeiten	X			
Detailziel 1) Vermittlung von Rollen-, Methoden- und Fachwissen für Ärzte und Ärztinnen in Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie MPA/Praxispersonal (<i>Sensibilisierung</i>)	X			
Detailziel 2) Förderung der Beratungskompetenz und Vertiefung durch Skills-Training für Ärzte und Ärztinnen in Aus-, Weiter- und Fortbildung, MPA	X			
Detailziel 3) Sensibilisierung für und Reflektion der zu-	X			

grundlegenden Einstellung und Haltung im Zusammenhang mit der Rollenumverteilung durch die partnerschaftliche Zusammenarbeit im Gesundheitscoaching.				
Mittlerziel 3 Förderung der Anwendung des Gesundheitscoachings in der Sprechstundenarbeit und einer entsprechenden Praxisorganisation				
Detailziel 1) Erfahrungsaustausch, Supervision, weiteres Skillstraining und Support für Ärzte und Ärztinnen in Aus-, Weiter- und Fortbildung, sowie MPA		X		
Detailziel 2) Die Ärzte erkennen den Nutzen auch für ihre weitere Praxisarbeit und wenden die neu erworbenen Fertigkeiten auch für andere Themen an.	X			
Detailziel 3) Die Ärzte erkennen die positiven Begleiterscheinungen der neuen Rollenverteilung (Übergabe von Verantwortung, Erkennen des Patienten-Potentials; weniger Belastung, mehr Arbeitsfreude und Zufriedenheit, Burnout-Prophylaxe etc.)	X			
Mittlerziel 4 Ärzte sind aktivere und effizientere Promotoren von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen wie z.B. Tabakabstinenz oder Tabakreduktion.	X			
Detailziel 1) Die Ärzte benutzen die verschiedenen Modalitäten der Intervention bei Rauchenden aktiver und effizienter, sowohl direkt als auch in Kooperation mit Angeboten Dritter.	X			
Mittlerziel 5 Förderung günstiger struktureller, organisatorischer und regulatorischer Rahmenbedingungen für die Arbeit mit dem Gesundheitscoaching		X		Diese Rahmenbedingungen sind mit dem Kooperationsprojekt mit der FMH in Bearbeitung, indem ein gemeinsamer Auftritt mit thematisch verwandten Programmen wie auch bei Tarifverhandlungen geplant ist.
Detailziel 1) STRUKTURELL / PROGRAMMSTRUKTUREN Schaffung einer tragfähigen Struktur für die nachhaltige Weiterverbreitung (Betreuung, Weiterentwicklung,	X			

Qualitätssicherung des Programms Gesundheitscoaching), welche auch die Organisation und Logistik dafür gewährleistet.				
Detailziel 2) ORGANISATION, EVALUATION, KOORDINATION, KOOPERATION, KOMMUNIKATION Kooperation und Koordination zwischen allen Stakeholdern, Anbietern, etc. sowie Kommunikation mit Entscheidungsträgern, Ärzteschaft, Praxispersonal, Patienten und Öffentlichkeit.	X			Diese Rahmenbedingungen sind mit dem Kooperationsprojekt mit der FMH in Bearbeitung, indem ein gemeinsamer Auftritt mit thematisch verwandten Programmen wie auch bei Tarifverhandlungen geplant ist. In Bezug auf dieses Detailziel ist besonders ein gemeinsames Branding und Public Relation vorgesehen.
Detailziel 3) RECHTLICHE UND REGULATORISCHE RAHMENBEDINGUNGEN Schaffung einer angemessenen und nachhaltigen Regelung für die sachgerechte Einführung und Durchführung des Gesundheitscoachings im schweizerischen Gesundheits- und Bildungswesen (Bereiche Schulung/Ausbildung, Finanzierung, Koordination etc.)		X		Diese Rahmenbedingungen sind mit dem Kooperationsprojekt mit der FMH in Bearbeitung, indem ein gemeinsamer Auftritt mit thematisch verwandten Programmen wie auch bei Tarifverhandlungen geplant ist. In Bezug auf dieses Detailziel sind die Trainingsmodule in der medizinischen Ausbildung (Universitäten), Weiterbildung (Weiterbildungsstätten) und Fortbildung (Kongresse, Qualitätszirkel) fest verankert, und in den Aus-/Weiterbildungsgängen weiterer Berufsgruppen (z.B. MPAs) ist die Etablierung in Vorbereitung.

Nennen Sie Beispiele an denen man den Unterschied sehen kann, den das Projekt bei der Zielgruppe macht (Income-Outcome-Relation) und nehmen Sie dabei Bezug zum Wirkungsmodell.

Bei der unmittelbaren Zielgruppe (health providers) kann eine Verbesserung der kommunikativen Fertigkeiten in der Patientenberatung erzielt werden (siehe auch Seite 3, Punkt 5: Langzeitevaluation, und Publikation im Journal of Community Medicine and Health Education 2016, siehe Beilage). Direkte Auswirkungen auf die beratenen Patienten hatten wir letztmals im Pilot-Versuch 2011 gemessen (Publikation siehe Beilage).

Wurde ein Wirkungsnachweis oder eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt? Was sind die Ergebnisse?

Die Wirkungsnachweise sind in den obengenannten zwei Publikationen und in der Langzeitevaluation geführt worden, auf der Outcome-Ebene geschulte Ärztinnen und Ärzte.

3 Nachhaltigkeit und Valorisierung (Nutzung)

Wie beurteilen Sie die Nachhaltigkeit Ihres Projekts? z.B.

- bleibt die Wirkung des Projekts auch nach Projektende bestehen?
- zieht das Projekt weitere Wirkungen nach sich (Nachahmung, Schneeballeffekt)?
- gehen die durch das Projekt entstandenen Prozesse weiter und wirken sie über die Zielgruppe hinaus?

Haben Sie die Möglichkeiten der Multiplikation des Projekts geprüft? Welche Möglichkeiten haben Sie ausgemacht?

Wie werden Sie das erarbeitete Know-how sowie die gemachten Erfahrungen für andere Projekte und Anliegen nutzbar machen? Über welche spezifischen Kanäle (Präsentation, Artikel und Publikationen, Internet, Radio / TV) wurden/ werden die Ergebnisse verbreitet?

Die Ergebnisse der obgenannten Evaluationen wurden in der Fachpresse und an Kongressen sowie Qualitätszirkeln etc. verbreitet. Die Webseite informiert sowohl Fachleute wie auch Laien. Wie in der Zusammenfassung unter Punkt 4, Seite 2 «Koordination und Kooperation» beschrieben, wurden verschiedene Möglichkeiten der Dissemination getestet und wird die Zusammenarbeit mit thematisch ähnlichen Programmen aktiv geplant. Dennoch ist die Nachhaltigkeit weder finanziell noch bezüglich Nachfrage gesichert, wie im Freitext-Schlussbericht beschrieben.

4 Chancengleichheit

Haben Sie spezifische Massnahmen zur Förderung der Chancengleichheit unternommen (Gender, soziale Schicht und ethnische Zugehörigkeit)? Ja / Nein?

Wenn ja, welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?

Wenn nein, hätten dank solcher Massnahmen Ihrer Meinung nach bessere Ergebnisse erzielt werden können?

Nein. Die Programm-Mittel waren für eine Anpassung der Schulungsinhalte auf sprachlich oder sozioökonomisch Benachteiligte oder Patienten mit Migrationshintergrund nicht ausreichend. Die Chancengleichheit bezüglich Gender ist mit den bestehenden Programminhalten und –vorgehen gegeben.

5 Weitere Punkte

Teil B

1 Projektreflexion

Bitte beantworten Sie alle Fragen:

1) Welche Massnahmen zur Zielerreichung haben sich bewährt, welche nicht? Welche alternativen Massnahmen würden Sie rückblickend vorschlagen?

2) Können Sie nichtintendierte Nebenresultate identifizieren?

3) Welches sind rückblickend die 3 wichtigsten Stärken und Schwächen Ihres Projekts?

4) Weitere Erfahrungen / Aspekte?

- 1) Für die Dissemination sowohl im Sinne der Sensibilisierung wie auch des Trainings der Zielgruppen haben sich Aktivitäten an den bestehenden Aus-, Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen bewährt, weil dort ein niederschwelliger Zugang besteht (Besuch ohne zusätzlichen Zeitaufwand, Kosten im Rahmen der Grundveranstaltung gedeckt), sowie eine genuine Bereitschaft der TeilnehmerInnen, sich zu bilden.
Nicht bewährt hat sich der systematische Zugang über Kantonale Gesundheitsämter oder Netzwerkleitungen im Sinne einer «top down» Strategie.
- 2) Als nichtintendierte Nebenresultate sehen wir das Interesse von anderen Gesundheitsprofessionen (Fachberaterinnen) an den angebotenen Kursen. Ausserdem, teilweise intendiert, dient unser Programm immer wieder als Vorzeigebispiel bei der Verhandlung von Tarifpositionen für gesundheitsförderliche Leistungen durch ÄrztInnen oder durch nicht-ärztliche MitarbeiterInnen.
- 3) Stärken:
 1. An verschiedene Bildungsstufen und Gesundheitsprofessionen adaptiertes, in die übliche Patientenbetreuung eingebettetes Trainingsprogramm
 2. Fokussiert auf zwei Bereiche, die für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sehr relevant sind, nämlich die Förderung gesunden Verhaltens und die Kommunikation zwischen Fachbetreuer (ÄrztIn, MPA, FachberaterInnen) und Patient

3. Auf Akzeptanz, Machbarkeit und Wirksamkeit getestete Methodik und Inhalte, die von Anfang an von Exponenten der Zielgruppe (initial HausärztInnen) entwickelt wurden

Schwächen:

1. Bisher nicht erreichte grosse Breitenwirkung innerhalb der Betreuer- und Patienten-Community aufgrund der Nachfragesituation
2. Bisher nicht erreichte adäquate Finanzierung der Beraterleistungen als Output des Trainings in der tarifarischen Regelversorgung, als Voraussetzung für den Punkt 1
3. Bisher nicht etablierte langfristige Trägerschaft innerhalb einer Fachgesellschaft oder anderen Trägern, die eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Programmes erlauben würde

2 Empfehlungen / Erkenntnisse für ähnliche Projekte

Welche Empfehlungen würden Sie anderen Akteuren abgeben, die ein ähnliches Projekt planen?

Bezgl. Massnahmen und Ergebnisse / Wirkungen

Bezgl. Projektmanagement

- Eine frühzeitige Einbettung in die bestehenden Bildungsstätten und ein starkes Lobbying, am besten von einer vom Produkt überzeugten (Fach-)Gesellschaft aus, scheinen Erfolgsfaktoren.
- Professionelle Public Relation und ein Zusammenschluss mit Akteuren mit ähnlichen Zielen sind weitere.
- Integration von Zielgruppen-Vertretern von Beginn an, optimalerweise auch von Patienten
- frühzeitige Regelung der Tarifforderungen. Ohne eine angemessene Entschädigung von Beratungsleistungen wird die Nachfrage auch weiterhin bescheiden bleiben.