

# Programm EviPrev

---

## Jahresbericht 2015

---

### Inhalt

<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>2</b>
<b>Achse 1: Entwicklung und Verbreitung von EviPrev-Tools .....</b>	<b>3</b>
1. <i>Scientific Committee</i> .....	3
2. <i>Pilot Kanton Waadt</i> .....	3
3. <i>Pilot Kanton Bern</i> .....	10
<b>Achse 2: EviPrev – IT für Hausarztpraxen.....</b>	<b>14</b>
<b>Achse 3: Projektmanagement, Partnerschaften und Fundraising .....</b>	<b>15</b>

## Zusammenfassung

Das Programm EviPrev ist entlang dreier Programm-Achsen bzw. Handlungssträngen gegliedert. **Programm-Achse 1** betrifft die Entwicklung und Testung von Instrumenten (Präventionskarte und Begleitmaterialien, Pilotprojekte); **Achse 2** bezieht sich auf die Konzeptionierung, Entwicklung und Programmierung von EviPrev-IT; in Unterstützung der oben genannten Aktivitäten und zur breiten Dissemination der Produkte und Ergebnisse als „public good“ konzentriert sich **Achse 3** auf Projektmanagement, Partnerschaftsentwicklung und Fundraising. Dieser Jahresbericht zeigt die Fortschritte und Arbeitsergebnisse auf, die von Anfang Januar bis Ende Dezember 2015 erzielt wurden.

Als generelle Anmerkung gilt, dass die übergeordneten Entwicklungen in der Schweiz, mit Gesundheit 2020 und der nun vorliegenden NCD-Strategie positiv für EviPrev sind. Der Stellenwert der medizinischen Prävention wird dadurch gestärkt. EviPrev wird als Programm wahrgenommen und hat einen Platz in den Gremien erhalten, welche für die Umsetzung der NCD- Strategie verantwortlich sind.

Im Rahmen der beiden Pilotprojekte in den Kantonen BE und VD konnte in 2015 die Entwicklung der für das Programm zentralen Tools und Materialien ganz entschieden vorangetrieben werden. Im Rahmen des Pilots VD wurde ausgehend von den Bedürfnissen der teilnehmenden ÄrztInnen insbesondere eine Präventionstabelle mit direkten Links zu zentralen Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt. Das Pilotprojekt im Kanton Bern konzentrierte sich in einer ersten Testphase darauf, die tatsächliche Anwendung der Präventionskarte im Praxisalltag der HausärztInnen zu testen und Verbesserungsoptionen in Hinblick auf die Umsetzung des Programms sowie die Anwendung und Gestaltung der Präventionskarte aufzudecken. Ein wichtiger Schritt in Bezug auf die schweizweite Verbreitung des Programms war die Publikation eines Artikels im Swiss Medical Forum und der Revue Médicale Suisse im Oktober 2015, welcher die von EviPrev erarbeiteten Empfehlungen im Bereich von medizinischer Prävention und Früherkennung vorstellt<sup>1</sup>. Im Bereich EviPrev-IT ist die in 2015 aufgegleiste Kooperation mit der Ärztekasse von zentraler Bedeutung. Diese sollte es ermöglichen in 2016 die Programmierung einer ersten elektronischen Version von EviPrev umzusetzen.

Das Fundraising für das Programm ist trotz dieser positiven Entwicklungen und der mittlerweile sehr breiten Abstützung des Programms nach wie vor nicht einfach. Die Finanzierung der Pilotprojekte im Kanton Waadt und Bern durch das Projekt „Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter“ von Gesundheitsförderung Schweiz und zehn Kantonen läuft mit Ende 2016 aus. Diese Unterstützung aus dem Bereich „Alter“ zeigt aber jedenfalls ein besonderes Interesse und ein hohes Bedürfnis für eine systematische Gesundheitsförderung und Prävention für Personen im höheren Lebensalter in der Arztpraxis. Dies begründet die Fokussierung von EviPrev auf das Alterssegment 50-75 Jahre in der derzeitigen Pilotphase. Während der Pilot im Kanton Waadt in 2016 abgeschlossen wird, ist im Kanton Bern der Start der zweiten Testphase für Ende des Jahres vorgesehen. Für die Durchführung dieser Testphase bzw. des eigentlichen Pilots (im November 2015 wurde eine erste Testphase bzw. ein Pretest durchgeführt) wurden in 2015 zahlreiche Anträge bei Stiftungen eingereicht. Erfolgreich war ein Gesuch bei der Ernst-Göhner Stiftung, die als Sponsor der Pilotprojekte gewonnen werden konnte. Es wurden insgesamt 120'000 CHF für die Jahre 2015 bis 2017 gesprochen. Dies deckt den Finanzbedarf für die Durchführung bzw. den Abschluss der Pilotprojekte jedoch nicht ab und so werden auch im 2016 die Aktivitäten im Bereich des Fundraising intensiv weitergeführt.

---

<sup>1</sup> Cornuz et al. „Schweizer Empfehlungen für den Check-up in der Arztpraxis.“ In: Swiss Medical Forum 2015, 11(491):1936–1942; Autoren: Jacques Cornuz, Reto Auer, Stefan Neuner-Jehle, Jean-Pierre Humaire, Isabelle Jacot-Sadowskia, Regula Cardinaux, Edouard Battegay, Andreas Zeller, Marco Zoller, Andreas Biedermann, Nicolas Rodondi

## Achse 1: Entwicklung und Verbreitung von EviPrev-Tools

### 1. Scientific Committee

#### *Treffen*

In 2015 fanden zwei Treffen des Scientific Committee statt:

#### **31.3.2015**

Im Zentrum standen die folgenden Themen:

- Diskussion und Verabschiedung zentraler EviPrev Empfehlungen
- EviPrev-IT Algorithmen und dafür benötigte (Grenz-) Werte
- „Draft-Liste“ empfohlener Webseiten und Broschüren
- Erste Ergebnisse des Pilots VD (Erster PDCA-Zyklus)
- Konzept für das Pilotprojekt BE
- Besetzung des Scientific Committees

#### **18.11.2015**

Schwerpunktmässig wurden die folgenden Themen diskutiert:

- Planung des regelmässigen Updates der Empfehlungen
- Cut-Offs
- Zusätzliche Informationen für ÄrztInnen
- Klärungen in Bezug auf Spiral CT und Aspirin
- Die Erweiterung der EviPrev Empfehlungen (mit Websites, Broschüren und Entscheidungshilfen)
- Die Erstellung eines Forschungsantrag im Rahmen des NRP 74

#### *Publikation Artikel*

Im Oktober 2015 konnte von den Mitgliedern des Scientific Committees ein Artikel im Swiss Medical Forum publiziert werden, welcher die von EviPrev erarbeiteten Empfehlungen im Bereich von medizinischer Prävention und Früherkennung vorstellt. Diese Publikation ist ein wichtiger, weiterer Schritt in Bezug auf die schweizweite Verbreitung des Programms (Lit. Angabe siehe S. 1, Fussnote 1).

#### *Neue Mitglieder*

In 2015 konnten drei neue Mitglieder für das Scientific Committee gewonnen werden:

- Prof. Dr. med. Battegay Eduard, Leiter Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Universitätsspital Zürich
- Dr. med. Jean-Paul Humair, Suppléant du chef de service Hôpitaux Universitaires de Genève
- Prof. Dr. med. Andreas Zeller, Leiter Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin Basel

### 2. Pilot Kanton Waadt

#### *2.1 Executive Summary*

We are currently (Jan 2016) completing the last of three Plan, Do, Check, Act (PDCA) quality improvement cycles.<sup>1</sup> The PDCA cycles aimed at collecting process outcomes (type of tools used: EviPrev recommendations table, checklists, brochures, websites, etc.), primary care physicians' (PCPs) needs, and to test proposed solutions from PCPs. Sequential, semi-qualitative interviews were conducted among a convenience sample of PCPs in three different regions in the State of Vaud. We used a backwards mapping approach, aiming at identifying and testing contextual solutions to facilitate future dissemination of the findings.<sup>2</sup>

The project included 5 PCPs and 1 medical assistant in one urban area (Morges), 4 PCPs and 1 medical assistant in a rural area (St.Croix), including senior and junior PCPs. Additionally, we surveyed 5 PCPs at a The Policlinique Médicale Universitaire (PMU). An academic researcher met each study participant between 2 to 3 times, for 30 to 80 minutes. This represents all together 53 discussions/meetings held individually or in groups, depending on the cases.

Thanks to the PCPs' feed backs and to the follow up of the turnover of documentation in two PCPs' waiting rooms, the initial paper-based EviPrev recommendation Table evolved into an electronic dynamic version with links leading to selected and classified prevention and screening online information. This development answers to the PCPs needs of centralization, automation, simplicity and high quality of information material. Qualitative interviews of physicians suggested that it increased the usefulness of the table and potential future dissemination of the prevention recommendations.

The diffusion phase among the scientific community has already started with abstracts, presentation and publication. The dynamic table and its content and decision aids are now available on the internet site of the PMU. The results of the continuous analysis of the web pages using data from Google Analytics show an encouraging increase of the visits over the months. We are now planning the dissemination and implementation strategy of the developed tools.

## 2.2 Results

During the interviews conducted in the two first PDCA cycles, participants mentioned the absence of high quality communication tools to be used during the medical encounters. They highlighted a lack of coordination from public health agencies as a potential cause for low use of documents promoting prevention intervention in their clinical practice. They reported being interested in automated solutions (reminders) for some topics such as colon cancer screening in their electronic medical record systems. They reported that they needed communication tools to be used with their patients that would be simple to read and understand and that they needed high quality information for their own continuous medical education.

In parallel, we conducted qualitative and quantitative assessments of the documentation available in two PCPs' waiting rooms over several months. In the waiting rooms of PCPs, the count of the number of exemplars of each communication document showed a very low turnover. PCPs reported that they regularly distribute targeted documentations to their patients during the consultations. PCPs reported being highly interested in getting up to date, selected, classified, high quality, simple and easy to access documents provided by a neutral source to be distributed to their patients.

Over the three PDCA cycles, we have adapted the communication tools and material according to the feedback and needs of the participants. From a simple EviPrev Table with distribution of brochures, we progressively shifted to an electronic solution. We first developed a dynamic excel table with links to websites for physicians and patients. We then moved towards an active website centered on the EviPrev table with multiple ways to get to the useful information for PCPs on each topic of the EviPrev table such as official websites from public health organizations, professional organizations and online clinical calculators.<sup>3</sup> We also references websites they could prescribe their patients such as "Planète Santé", patient organizations and official public health websites, information brochures, decision aids.<sup>4</sup> The quality of the websites was evaluated as much as possible with various criteria: independent funding, revised content by health professionals (HON Code), official source of information (e.g. FOPH, Lignes de la Santé, Programme Cantonal Diabète). For the decision aids, we aimed at selecting decision aids meeting the IPDAS criteria<sup>5</sup> and the Clear Communication Index (CCI) criteria<sup>6</sup>. We are continuously analyzing the visits of the website using data from Google Analytics. From November 18<sup>th</sup> 2015 until January 16<sup>th</sup> 2016, there have been 359 visits from 249 different IP addresses. The mean duration on the website is 1 min and 45 seconds.

At the end of the second PDCA cycle, we surveyed PCPs to assess: the number of times they used the tools (Figure 1), their perceived utility of the initial tool (Figure 2) for both the EviPrev Table in

paper format and the adapted tool developed over the two first PDCA cycles, the digital EviPrev website with links. To the question “Would you use an internet site with the EviPrev Recommendation Table and the links, if presented in more user friendly way?” All of the eight PCPGs who answered the questionnaire answered “Yes”. Taking the remarks of the PCPs into account, we are now undergoing improvements in accordance with the latest suggestions of PCPs, mainly concerning the structure of the webpages. We aim at following the principles of user-centered websites summarized in a publication from G. Redish,<sup>2</sup> aimed at providing practical guidelines for developing websites. In addition we aim at integrating feedbacks from health professionals with expertise in websites development. The revised version of the website will be qualitatively and quantitatively assessed at the end of the PDCA cycle scheduled in March 2016.

Figure 1: Perceived utility of the EviPrev Table: paper version vs electronic version with link

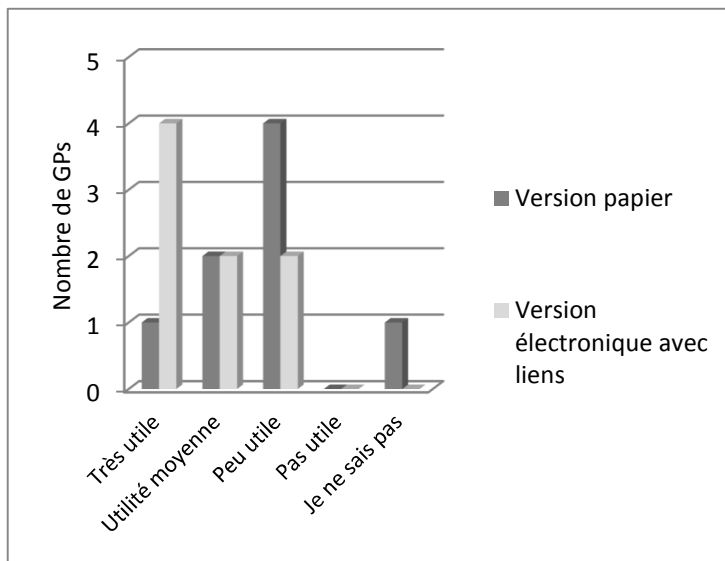
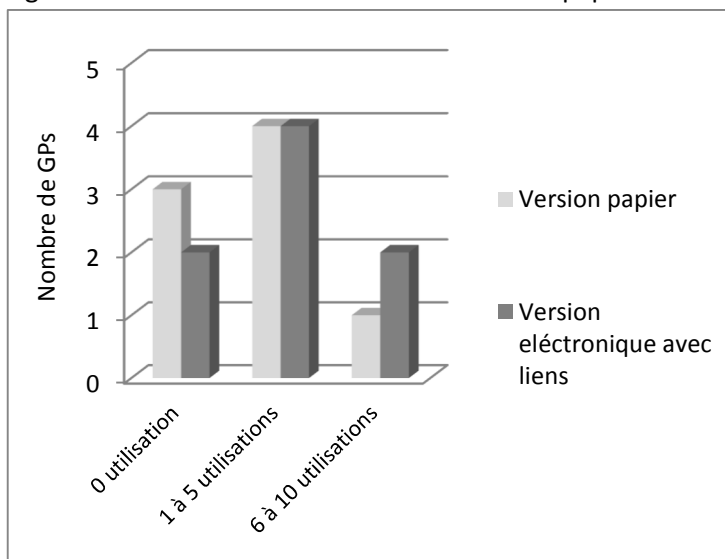


Figure 2: Number of uses of the EviPrev Table: paper version vs electronic version with links



We have developed a **questionnaire** about the themes of interest in prevention, the preferred support for discussing prevention and the preferred health professional to discuss prevention topics. We developed the questionnaire following a request made by one PCP to have a tool to evaluate the needs of prevention of his patients. We then offered to three PCPs to test the questionnaire. We collected twelve questionnaires in two PCPs (11 in one PCP office and 1 in a second PCP office).

Patients reported that they wished discussing mostly “stress” and “dyslipidemia”(Figure 3). They reported paper documents and internet sites as their favorite communication supports to prepare a discussion about prevention with their PCPs (Figure 4). They identified PCPs as the preferred contact person to discuss prevention (Figure 5). These data, to be verified in other settings and with larger number of patients, suggest three key elements: 1. multiple prevention topics are of interest to patients, 2. patients use both paper support and web-based supports, 3. PCPs are the preferred professional to discuss prevention.

Figure 3: Patient’s reported preferred prevention topic.

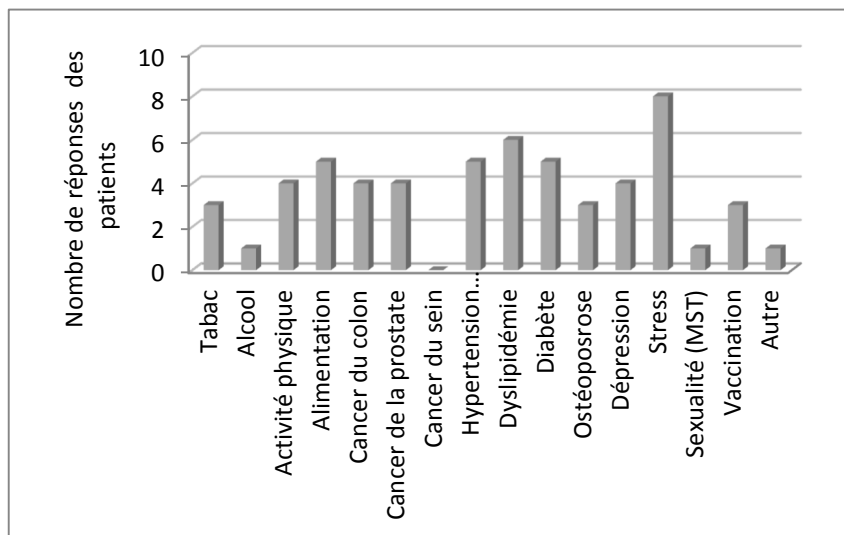


Figure 4: Patient’s reported preferred communication support to prepare a discussion about prevention with the PCPs

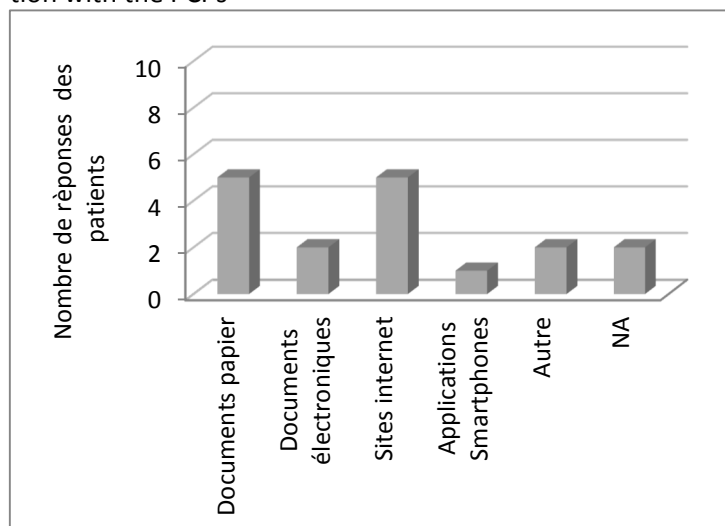
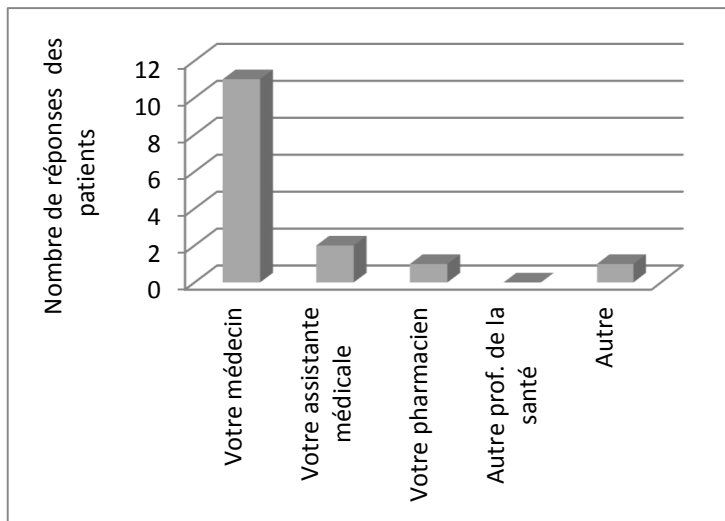


Figure 5: Preferred health professional to discuss prevention topics.



#### *Adaptation of the EviPrev tools according to the results from the two first PDCA cycles*

- **EviPrev Recommendations Table with links.** To complete the EviPrev Recommendation Table, a dynamic section has been developed, with links to selected internet sites, pdf documents, films, applications for Smartphones, medical calculators. These links are classified in accordance with the target audience: PCPs or patients. It includes also sites from members of the “Ligues de la Santé” and the OFSP for example.
- **Small pocket version of the EviPrev Recommendations Table.** A small pocket version of the EviPrev Table has been developed for resident physicians at the PMU who often move from one office to the other. PCPs outside the PMU did not manifest interest from this format. A new version is currently in development with a further round of testing with a larger sample of a resident physicians at the PMU
- **Prevention checklist,** a one-page version of a checklist to be used in clinical encounters to be filled with the patients has been developed (based on a version which was used in the EviPrev Pretest 2012) and tested among PCPs. Only one PCP reported being interested in it, but did not fill it in the end. Other PCPs, especially those with an electronic medical record (EMR) reported that they were interested in an electronic version, currently in development in the EVIPREV-IT project.
- **Anonymous questionnaire** about needs and interest in prevention for patients. One PCP was interested in surveying his patients on their needs and interest in prevention and we developed this questionnaire with his collaboration. A rigorous distribution to PCPS on a large scale would provide a valuable overview of the patients’ expectations for prevention and screening at the PCP’s practice.
- **Decision aid, the decision box and a factsheet on colorectal cancer screening** have been distributed to the PCPs and are now [available online](#).<sup>8</sup>
- **Decision Aid on Statins treatment.** French version is now [available online](#).<sup>4</sup>
- **Decision Aid on PSA,** now [available online](#).<sup>4</sup>

#### *Ongoing collaborations related to the project*

- Dissemination of existing health promotion offers from the State of Vaud among the PCPs. For example, we included direct links in the web pages to the physical activity offers of the

program “ça marche” and the diabetes care initiatives of the “Programme cantonal diabète”.

- Collaboration with the cantonal program “ça marche” for physical activity promotion in primary care practices. We are conducting a pilot project on referral of patients by PCPs to specialists in physical activity promotion (accompagnants en activité physique adaptée AAPA).
- Collaboration to the colorectal cancer screening program, in particular, direct links to the decision aids and training material for colorectal cancer screening in primary care.

### *Diffusion of results among health professionals*

- COPIL meeting of the EviPrev – Vieillesse et Santé has been held on the December 4<sup>th</sup> 2015, next meeting scheduled in April 2016.
- Abstract at the Swiss Family Docs Conference in August 2015 in Bern. Oral presentation and finalist for the best communication in primary care.
- Abstract at the SMDM conference in Saint-Louis, USA in October 2015. Poster presentation.
- Abstract at the SAMW conference on “Smarter Medicine” in Bern in December 2015. Poster presentation.
- Article published in the “Revue Médicale Suisse”<sup>9</sup>
- Planned:
  - Submission of abstract to be sent for the SGIM meeting in Basel in May 2016
  - Submission of publication of results in peer-reviewed publication scheduled for spring 2016.

### *2.3 Discussion and Conclusion, Next Steps*

Based on the guidelines of the EviPrev Recommendation Table, the project aimed to better understand prevention and screenings performed in PCPs’ practices, to define their needs, and to adapt/develop as far as possible, tools able to provide real support.

The iterative interviews with the PCPs and the follow up of documentation in two PCPs waiting rooms helped us to better understand the flow of prevention materials from the PCPs to their patients and to better define the role of the various stakeholders (pharma, Public Health, Academy, PCPs etc.). We concluded that PCPs need *Coordination* from prevention entities, solutions to *Automate* prevention, *Simple* communication tools for their patients and *High quality* continuous medical education reference material for PCPs. We found that most currently available documents do not meet these criteria. Our proposed method using a cyclic PDCA approach to elicit needs and test contextual solutions allowed to tailor and test the EviPrev Recommendation Table, to add a dynamic section with links, and to develop web pages centralizing information about prevention and screening.<sup>3</sup> This new tool offers many additional opportunities as far as the content (local, cantonal programs for patients, for PCPs ‘training, associations, etc.) and the form (creation of printable sheets with references to be handed out to patients, etc.) are concerned. The role of the Public Health in transmission of reliable prevention and screening information to the PCPs’ practices (including medical assistants) might be explored with the development of a project testing the effect of academic detailing in the future.<sup>10</sup>

Using an iterative PDCA method simultaneously testing multiple tools in multiple sites made the coordination process complex and challenging. We found that approaching PCPs carefully and respectfully was key to collaborate with the PCPs over time. We surveyed PCPs about their perception of the overall approach and the result is very positive. The backwards mapping process is challenging, but has the advantage to collect very specific requests and contextual solutions through stimulation of PCPs’ creativity. We found it a very powerful approach for identifying contextual solutions, but a challenge for a quantitative assessment of the solutions given that the tools were continuously adapted and



improved. In order to collect qualitative data, we developed short surveys on some selected tools. The resulting improvements of the initial paper-based table to a website appeared to increase the usefulness and potential future dissemination of the prevention recommendations among PCPs. In addition, it seems that discussion of many prevention topics with the PCPs, supported by paper documentation and internet sites, corresponds to the expectations of the patients. The utility and effect of the website including printable documents should be confirmed in a larger scale survey in a sample of PCPs not implicated in this pilot project.

Some improvements are still ongoing based on the latest PCPs' suggestions. The dissemination phase has already started, as shown by the list of abstracts, presentation and publication. A dissemination strategy of the developed tools has now to be established, as well as an implementation strategy.

### *Next Steps*

- Recommendations adaptation and improvement of the webpages based on suggestions of the participating physicians.
- Test of online version of the EviPrev Recommendations and decision aids.<sup>3,4</sup>
- Organization of 2 closure meetings for the PCPs who participated to the project: presentation of the results and of the adapted tools for future dissemination.
- Development and implementation of the follow up of the webpages.
- Development and implementation of diffusion strategy of the webpages based on the knowledge of the literature and the elements learned from this pilot project.

### *2.4 References*

1. Langley GJ, Moen R, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance: Wiley; 2009.
2. Elmore RF. Backward Mapping: Implementation Research and Policy Decisions. *Political Science Quarterly* 1979;94:601-16.
3. Recommandations de prévention: Tableau EviPrev. (Accessed at [http://www.pmu-lausanne.ch/pmu\\_home/pmu-professionnels-sante/pmu-recommandations-prevention.htm](http://www.pmu-lausanne.ch/pmu_home/pmu-professionnels-sante/pmu-recommandations-prevention.htm).)
4. Aides à la décision. Polyclinique Médicale Universitaire. (Accessed at [http://www.pmu-lausanne.ch/pmu\\_home/pmu-professionnels-sante/aides-decision.htm](http://www.pmu-lausanne.ch/pmu_home/pmu-professionnels-sante/aides-decision.htm).)
5. Joseph-Williams N, Newcombe R, Politi M, et al. Toward Minimum Standards for Certifying Patient Decision Aids: A Modified Delphi Consensus Process. *Med Decis Making* 2013;34:699-710.
6. Baur C, Prue C. The CDC Clear Communication Index is a new evidence-based tool to prepare and review health information. *Health promotion practice* 2014;15:629-37.
7. Redish J, Redish J. *Letting Go of the Words: Writing Web Content That Works*: Morgan Kaufmann; 2012.
8. Informations pour professionnels de la santé. Programme de dépistage du cancer colorectal du Canton de Vaud. (Accessed at [http://www.pmu-lausanne.ch/pmu\\_home/pmu-professionnels-sante/pmu-programme-depistage-cancer-colon.htm](http://www.pmu-lausanne.ch/pmu_home/pmu-professionnels-sante/pmu-programme-depistage-cancer-colon.htm).)
9. Cornuz J, Auer R, Neuener-Jehle S, et al. Recommandations suisses pour le bilan de santé au cabinet médical. *Revue Médicale Suisse* 2015;11:1936-42.
10. Avorn J, Soumerai SB. Improving drug-therapy decisions through educational outreach. A randomized controlled trial of academically based "detailing". *N Engl J Med* 1983;308:1457-63.

### 3. Pilot Kanton Bern

#### 3.1 Zusammenfassung Tätigkeiten 2015

Im *Kanton Bern* wurden im ersten Halbjahr 2015 die Tools und Informationsmaterialien (v.a. Präventionskarte und Informationsbroschüre für PatientInnen) überarbeitet und im Juli ein Workshop zur Detailplanung des für Herbst 2015 terminierten Pretests (Testphase 1) durchgeführt. Im Rahmen des Workshops erklärten sich alle neun teilnehmenden ÄrztInnen bereit, am Pretest teilzunehmen. Ursprünglich war der Pretest nur in zwei bis maximal drei Arztpraxen geplant – die Durchführung des Tests in schlussendlich sechs unterschiedlichen Praxen mit insgesamt acht ÄrztInnen stellte eine Herausforderung, gleichzeitig aber auch eine Chance dar. Es bot sich die Möglichkeit, wesentlich umfassendere Daten zur Akzeptanz, Brauchbarkeit und Anwendbarkeit der Tools sowie die Möglichkeiten deren Verbesserung und Optimierung zu generieren, als in der Planung angedacht.

Das zweite Halbjahr 2015 war denn auch vor allem der Vorbereitung (Konzeption Fragebogen etc.), Durchführung und Datenerfassung (Dezember: Qualitative Interviews mit ÄrztInnen) des Pretest gewidmet. Neu entwickelt wurde insbesondere auch ein Informations-Flyer für PatientInnen (in deutscher und französischer Sprache). Dieser Flyer informiert (potentielle) PatientInnen in aller Kürze über den Zweck und Inhalt von EviPrev. Zudem soll er unter dem Motto „Bleiben Sie gesund“ bzw. „Soignez votre santé!“ die Zielgruppe 50-75 Jahre motivieren, das Programm in Anspruch zu nehmen. Schliesslich bestärkt der Flyer den „offiziellen“ Charakter des Programms sowie dessen wissenschaftliche Basis durch die Nennung der universitären und zivilgesellschaftlichen Träger und Partnerinstitutionen – und nicht zuletzt durch die prominente Platzierung des (Via) Logos von „Gesundheitsförderung Schweiz“. Dieser Flyer wurde von einigen ÄrztInnen im Rahmen des Pretest an die PatientInnen abgegeben. Er eignet sich auch im weiteren Verlauf des Pilots (Testphase 2) für die Abgabe an die Zielgruppe 50-75 Jahre durch ÄrztInnen aber auch durch zivilgesellschaftliche AkteurInnen. Im Bereich der Kommunikation wurde zudem ein erster Entwurf einer EviPrev Website für PatientInnen bzw. für die Bevölkerung erstellt. Die ersten, vorläufigen Ergebnisse des Pretest / Testphase 1 des Pilots werden im Anschluss skizziert.

#### 3.2 Pretest (Testphase1): Ablauf und Umfang, Erste Ergebnisse und Schlussfolgerungen

##### *Ablauf und Umfang Pretest*

##### **TeilnehmerInnen am Pretest**

8 ÄrztInnen in 6 Praxen in Bern, Biel, Lengnau, Thun und Ittigen (Gruppenpraxen und Einzelpraxen)

##### **Fokus des Pretests**

PatientInnen 50-75 Jahre

##### **Vorgaben**

- Anwendung von EviPrev bei möglichst allen PatientInnen 50+ während 1 Monat
- Arzt/Ärztin entscheidet, ob EviPrev jeweils angemessen ist oder nicht
- Art und Weise der Anwendung der Präventionskarte freigestellt

(EviPrev im Rahmen der Routinekonsultation einbauen, Spezialkonsultation vereinbaren, gegenüber PatientInnen ansprechen oder nicht, einzelne Themen aufgreifen und mit Patienten besprechen, mit Patienten gemeinsam die Präventionskarte ausfüllen etc.)

##### **Materialien/Tools zur Anwendung von EviPrev:**

- Tableau – Liste der Empfehlungen + Erläuterungen zum Tableau
- Flyer für PatientInnen: Kurze Informationen über EviPrev und die zentralen Inhalte (d/f)
- Präventionskarte (Frauen/Männer): Informations- und Dokumentationsinstrument (in Papierversion oder als Excel Datei)
- Fragebogen zur Anwendung von EviPrev pro PatientIn (vom Arzt auszufüllen)

### Erste Ergebnisse des Pretests

(Die Datenauswertung ist unvollständig, dies sind erste **vorläufige** Ergebnisse)

#### Erste grobe Auswertung der retournierten Fragebögen zeigt auf:

Alle 8 teilnehmenden HausärztInnen haben den Pretest über 4 Wochen durchgezogen und **insgesamt 509 Fragebögen** zur Anwendung von EviPrev ausgefüllt und retourniert.

- Pro Arzt/Ärztin wurden durchschnittlich 64 Fragebögen in vier Wochen ausgefüllt, d.h. ca. 16 Fragebögen pro Woche
- Bei schätzungsweise 54% der Zielgruppe PatientInnen 50+ wurde EviPrev angewendet.

Bezogen auf die Grundgesamtheit der retournierten Fragebogen (509) wurden in:

- **56% der Fälle** EviPrev Themen im Rahmen der **Routinekonsultation** behandelt
- In **13%** der Fälle wurde eine **Spezialkonsultation** durchgeführt oder vereinbart
- In **31%** der Fälle wurden keine EviPrev Themen behandelt.

#### Gründe für die Nicht-Anwendung von EviPrev waren:

- 73% Zeitnot
- 11% mangels Interesse seitens PatientInnen (insg. 17 Personen)
- 11% andere Gründe (Verständnisschwierigkeiten, schwere Erkrankungen mit Multimorbidität etc.)
- 6% keine Notwendigkeit EviPrev anzusprechen (Vorsorge à jour)

#### Wieviel ZEIT braucht EviPrev?

- Vorbereitungszeit Arzt durchschnittlich 4 Minuten (Spannweite: von 1 bis 10 Minuten)  
In den Fällen, in welchen die MPA in die Vorbereitung eingebunden war: Vorbereitungszeit MPA durchschnittlich 2.9 Minuten (Spannweite: von 0.3 bis 5 Minuten)
- Durchschnittliche Zeit Arzt-Patient 8 Minuten (Spannweite: von 1 bis 45 Minuten)
- Durchschnittliche Zeit für Admin+Fragebogen 3.2 Minuten (Spannweite: von 0.2 bis 15 Minuten)

Gesamter Zeitaufwand (Vorbereitung+Durchführung+Fragebogen u Admin.):

Im Gesamtdurchschnitt bei 15,2 Minuten (Spannweite 5 – 28 Minuten)

Dieser Aufwand wird sich bei einer längerfristigen Anwendung ohne zusätzlichen Fragebogen verkürzen, wobei bei der mehrmaligen Anwendung von EviPrev auch die erstmalige Vorbereitungszeit (erstes Ausfüllen der Präventionskarte anhand der Krankengeschichte) wegfällt. Ausgehend von den oben stehenden Ergebnissen bzw. Durchschnittswerten dürfte der Zeitaufwand pro Patient dann im Schnitt bei ca. 8-10 Minuten liegen.

#### Einschätzung Zeitaufwand durch die teilnehmenden ÄrztInnen:

Insgesamt wird der Zeitaufwand als vertretbar/machbar gesehen in Relation **zum Nutzen**, der die Anwendung der Präventionskarte bringt.

#### Was ist der Nutzen von EviPrev/der Präventionskarte aus Sicht der teilnehmenden ÄrztInnen?

In den qualitativen Interviews wurden diesbezüglich vor allem die folgenden Themenkomplexe genannt und diskutiert:

- Struktur und Systematik im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung
- Evidenzbasierung der empfohlenen/durchgeführten Massnahmen
- Die Präventionskarte als „Datenmanagement-Tool“
- Unterstützung in der Kommunikation mit den PatientInnen- insb. bei «heiklen Themen»

### Aufgetauchte Probleme/Schwierigkeiten

- Integration der Präventionskarte (Excel) in die elektronische Krankengeschichte hat z.T. nicht funktioniert.
- Nicht optimale Vorbereitung des Starts (Verständnisschwierigkeiten...)
- Diverse Darstellungs- und Bedienungsprobleme in der Excel-Präventionskarte (Erklärungsfeld, Fussnoten, Bemerkungen, mehrere Konsultationen pro Jahr...)

-> Neue Version(en) der Excel-Präventionskarte sollen die Probleme beheben

### Schlussfolgerungen

- Die Präventionskarte ist grundsätzlich anwendbar und brauchbar.
    - Akzeptanz ✓**
    - Machbarkeit ✓**
  - **Zeitaufwand:** Dieser steht in Relation zu dem **zusätzlichen Nutzen**
  - Die Präventionskarte kann in den **Arbeitsalltag** der Hausarztpraxis integriert werden
  - **Die Akzeptanz und das Interesse seitens der PatientInnen ist sehr gut** (In nur 17 von 509 Fällen wurde EviPrev aufgrund von Desinteresse der PatientInnen nicht angewendet).
- ➔ **Die Präventionskarte ist ein geeignetes Instrument zur Förderung evidenzbasierter Prävention und Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis**

### Verbesserungsoptionen

Verbesserungsoptionen wurden auf 3 Ebenen identifiziert:

1. Präventionskarte (Bedienbarkeit, Verständlichkeit, Visuelle Gestaltung, Vereinfachung)
2. Einbindung MPAs (insb. bei grösseren Gruppenpraxen sinnvoll und notwendig)
3. Einbindung PatientInnen (Mehr geteilte Verantwortung – Stärkung der Eigenverantwortung)

### 3.3 Ausblick Testphase 2 – 2016/17

Die ersten Monate des Jahres 2016 werden der detaillierten Auswertung der Daten des Pretests (Testphase1) gewidmet sein. Zudem ist das Konzept des Pilots – ausgehend von der wesentlich intensiveren Pretest-Phase – zu überarbeiten und anzupassen. Im weiteren Verlauf wird die Planung und Vorbereitung von Testphase 2 im Vordergrund stehen. Insbesondere gilt es, ein Ärztenetzwerk oder lokal konzentrierte Praxen für die Teilnahme an Testphase 2 zu finden/motivieren. Die Voraussetzungen hierfür sind sehr gut - einige der ÄrztInnen, die am Pretest teilgenommen haben, sind bereit, in Ihrem Netzwerk für die Teilnahme an Pretest 2 zu «werben». (Im Rahmen der ersten Vorstandssitzung von Igo-med Thun wurde der Pretest inkl. der vorläufigen Ergebnisse bereits vorgestellt und das Programm traf allgemein auf Interesse/positive Resonanz)

Die Erfahrungen im Rahmen des Pretests haben gezeigt, dass es notwendig ist, die teilnehmenden ÄrztInnen und MPAs persönlich in die EviPrev Tools und deren Anwendung einzuführen und für die Vorbereitung der Testphase genügend Zeit einzuplanen. Aus diesem Grund, sowie der Notwendigkeit der Kontaktaufnahmen mit den zivilgesellschaftlichen AkteurInnen vor Ort, ist als frühester realistischer Starttermin für Testphase 2 Herbst 2016 anzusehen.

### Fokus Testphase 2:

- Weitere Testung der Instrumente und Materialien
  - Möglichkeiten der Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Bereich Gesundheitsförderung (ÄrztInnen – Fachpersonen aus dem Bereich Gesundheitsförderung)
- Projektpartner: ZIA (Zwäg ins Alter) Pro Senectute Kt.BE

**Skizze aktualisierter Zeitplan**

Frühjahr 2016: + Auswertungsworkshop Pretest mit beteiligten ÄrztInnen (5.4.2016)  
+ Vorarbeiten Konzept Interprofessionelle Zusammenarbeit mit Projektpartner ZIA  
(Zwäg ins Alter Kt. Bern)

Spätestens bis Sommer 2016:

- + Entscheid darüber, welches Ärztenetzwerk mitmacht, sollte vorliegen
- + Projektpartner ZIA (PS Kt. BE): Kontaktaufnahmen mit Organisationen im Bereich Gesundheitsförderung im Alter in der jeweiligen Region

Herbst 2016: Start Testphase 2

- + Workshop mit teilnehmendem Ärztenetzwerk zur Erarbeitung Konzept Interprofessionelle Zusammenarbeit und Vorbereitung Testphase 2 (inkl. Einbezug MPAs)
- + Einführung in Tools und Materialien für teilnehmende ÄrztInnen und MPA's
- + Vorstellung Angebote Gesundheitsförderung im Alter in der Region für beteiligte ÄrztInnen/Netzwerk, Austausch Fachpersonen GFIA-ÄrztInnen

Ende 2016/ Anfang 2017:

- Start Anwendung EviPrev in Praxen

## Achse 2: EviPrev – IT für Hausarztpraxen

### *Zentrale Erkenntnisse und Entwicklungen*

Im Vordergrund standen Arbeiten zu den Anforderungen und Voraussetzungen, unter denen EviPrev-IT potentiell erfolgreich einsetzbar ist. Weitere wichtige Erkenntnisse im Bereich der Schnittstellen zwischen EviPrev-IT und den Praxisinformationssystemen wurden gewonnen. Abklärungen zum Thema der Datensicherheit und der rechtlichen Anforderungen wurden gemacht. Treffen mit Vertretern von Softwareherstellern und privatwirtschaftlichen Akteuren (Swisscom, Ärztekasse) dienten dazu, Beteiligungen bei der Erstellung von EviPrev-IT und dem Betrieb abzuklären. Aufgrund aller zuvor erfolgten Abklärungen wurde eine Machbarkeitsstudie zu EviPrev-IT erstellt, die Anfang November 2015 finalisiert wurde. Nachdem die Ärztekasse starkes Interesse an der Entwicklung von EviPrev-IT zeigte, werden die Planungen für die Realisierung eines EviPrev-IT Prototyps im ersten Quartal 2016 im Zentrum stehen.

Während eines weiteren Treffens mit der Ärztekasse Anfang 2016 wurde uns der vorläufige Beschluss der Ärztekasse mitgeteilt, dass sie die Entwicklung eines EviPrev-Prototyps finanzieren werden. Dieses Geschäft wird zwischen der Ärztekasse und ihrer Partner-Softwarefirma (Arpage AG) direkt durchgeführt.

Mit eHealth Schweiz wurden mehrere Gespräche geführt. eHealth Schweiz unterstützt EviPrev-IT und will mit EviPrev-IT im Sinne eines national empfohlenen „Austauschformat EviPrev“ den Standard für die (elektronische) Prävention in der Grundversorgung setzen.

Konkrete Abmachungen über die Arbeitsteilung der verschiedenen Akteure (PHS, Swiss TPH, etc) sollen in einem weiteren Planungsdokument konkretisiert werden. Weitere Abklärungen bezüglich Austauschstandards und Betriebskonzepte werden folgen.

### *Gespräche und Klärungen mit wichtigen Akteuren*

1. Teamdiskussion über Strategien des Einsatzes von Expertensystemen zur Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung bestehender nationaler und internationaler Erfahrungen. Sitzung in Lausanne (PMU) am 14.1.15
2. EviPrev-IT Stakeholder meeting am 4.3.15 in Bern: Themenrunde mit Vertreter von BAG (eHealth), Software Hersteller (VitoData) und PMU. Arbeitstreffen zur Erörterung von Schlüsselanforderungen an die EviPrev-Software wie z.B. Schnittstellenspezifikationen, Benutzeranforderungen, Datenformate und Sicherheitsanforderungen.
3. Fachhochschule Biel, Fakultät Medizininformatik am 27.4.15: Präsentation des EviPrev-IT Konzepts und Diskussion über Vorgehensstrategien zur Entwicklung der Software und deren Instandhaltung. Abklärung der Möglichkeiten, Studentenarbeiten über EviPrev-IT erstellen zu lassen.
4. Ärztekasse Treffen am 15.6.15: Vorstellung des EviPrev IT Konzepts und Diskussion über Interesse und Möglichkeiten der Ärztekasse, EviPrev mitzuentwickeln und in ihrem Kundenkreis zu promovieren; dies im Zusammenhang mit Ihrer Praxissoftware.
5. Ärztekasse Treffen am 29.10.15: Folgetreffen unter Beizug des Ärztekasse Informatikspezialisten, um technische Anforderungen zu besprechen und weitere Abklärungen zur Kollaboration mit der Ärztekasse zu diskutieren.
6. Swisscom am 12.11.15: Vorstellung des EviPrev Konzepts und Diskussion über Interesse der Swisscom, sich an EviPrev-IT zu beteiligen.

## Achse 3: Projektmanagement, Partnerschaften und Fundraising

### *Partnerrelations*

- Trägerschaft: Die Trägerschaft von EviPrev ist sehr gut aufgestellt. In 2014 wurde diese um vier wichtige Institutionen erweitert (FMH, das Kollegium für Hausarztmedizin (KHM), die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) und die Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin (SGIM)). In 2015 bestand kein Bedarf, neue Trägerorganisationen zu akquirieren.
- Partnerinstitutionen: Mit ausgewählten, bestehenden Partnern wurden Gespräche geführt. Auch in diesem Bereich gilt, dass nun die Pflege der bestehenden Partnerbeziehungen gegenüber der Akquise von neuen Partnern klar im Vordergrund steht.  
Neu vorgestellt wurde EviPrev beim Dachverband der Schweizerischen PatinenteInnenstellen.
- EviPrev wurde im nationalen NCD-Prozess durch Andy Biedermann vertreten

### *Fundraising*

Um die weitere Finanzierung der Pilotprojekte sowie des gesamten Programms sicherzustellen, wurden in 2015 zahlreiche Fundraising-Anträge verfasst und bei Stiftungen sowie öffentlichen Institutionen eingereicht. Zusätzlich wurden mit vielen der unten angeführten Institutionen persönliche Gespräche geführt, um EviPrev vorzustellen bzw. die Chancen einer Finanzierung abzuklären. Hier eine Auflistung der eingebrachten bzw. vorbereiteten Finanzierungsgesuche:

#### **Bewilligt**

- Ernst Göhner Stiftung: 40'000 CHF/ Jahr (2015,16,17)
- Ärztekasse (Finanzierung Programmierung EviPrev IT)

#### **Eingereicht – in Begutachtung/offen**

- Kat.BE (Kantonsarzt)

#### **Abgelehnt**

- BAG
- Helmut Horten
- Hatt Bucher Stiftung
- SGG (Schweizerische gemeinnützige Stiftung)
- Lotteriefonds BE (allerding Möglichkeit Einreichung Gesuch für Website)
- Bangerter-Stiftung (BE) für Pilot BE
- Heidi Seiler Stiftung (BE) (Gemeinsam mit Pro Senectute Kanton BE)
- Schiller-Stiftung

#### **In Vorbereitung/Planung**

- Age-Stiftung
- Lotteriefonds (für neue Website)
- KTI (für EviPrev IT)
- BAG (nochmal)
- Johnson & Johnson / Janssen
- VD: Leenards, Commission de prévention, Lotteriefonds VD, Fondation Charlotte Olivier

*Kommunikation/Administration*

- Überarbeitung WebSite und Info-Material:  
Eine Komplett-Überarbeitung der Webseite ist in Planung. Ein Entwurf für eine Bevölkerungsseite wurde erstellt. Das Info-Material (Flyer etc.) wird in 2016 wieder aktualisiert.
- Ein Flyer, der die Ziele und Inhalte von EviPrev für ein breites Publikum darlegt, wurde in deutscher und französischer Sprache erstellt und im Rahmen des Pilots zur Anwendung gebracht.
- Buchhaltung und Controlling (inhaltlich und finanziell).