

Externe Evaluation des Pilotprojekts Girasole
im Tessin:
Wirksamkeit des Pilotprojekts. Teil II der Evaluation.

Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG)

Luzern, den 22. Januar 2019

IMPRESSUM

Autorinnen

Manuela Oetterli, Dipl. Natw. ETH und MPH (Projektleitung)

Anina Hanimann, MA Politikwissenschaft

Giada Gianola, MA Politikwissenschaft

INTERFACE

Politikstudien Forschung Beratung

Seidenhofstrasse 12

CH-6003 Luzern

Tel +41 (0)41 226 04 26

interface@interface-politikstudien.ch

www.interface-politikstudien.ch

Auftraggeber

Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ist ein Amt des Eidgenössischen Departements des Innern.

Laufzeit

Februar 2016 bis Januar 2019

Datenerhebungsperiode

September 2016 bis April 2018

Leitung Evaluationsprojekt im Bundesamt für Gesundheit (BAG)

Christine Heuer

Begleitgruppe

Marcacci, Alberto, BAG, Bern

Gallacchi, Martine, SPVS, Bellinzona

Auer, Reto, BIHAM, Bern

Heuer, Christine, BAG, Bern

Meta-Evaluation

Der vorliegende Bericht wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.

Der Entwurf des Berichts war Gegenstand einer Meta-Evaluation durch die Fachstelle Evaluation und Forschung des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Die Meta-Evaluation (wissenschaftliche und ethische Qualitätskontrolle einer Evaluation) stützt sich auf die Qualitätsstandards der Schweizerischen Evaluationsgesellschaft (SEVAL-Standards).

Das Ergebnis der Meta-Evaluation wurde dem Evaluationsteam mitgeteilt und fand Berücksichtigung im vorliegenden Bericht.

Bezug

Bundesamt für Gesundheit, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F), 3003 Bern,
www.bag.admin.ch/evaluationsberichte

Zitiervorschlag

Oetterli, Manuela; Hanimann, Anina; Gianola, Giada (2018): Externe Evaluation des Pilotprojekts Girasole im Tessin: Wirksamkeit des Pilotprojekts. Teil II der Evaluation. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.

Projektreferenz

Projektnummer: 16-08

INHALTSVERZEICHNIS

1	IHRE FRAGEN – UNSERE ANTWORTEN	6
	Fragen und Antworten zu den Hausärzten	7
	Fragen und Antworten zu den Patienten	10
2	AUSGANGSLAGE	15
2.1	Beschreibung des Pilotprojekts	15
2.2	Ziele und Fragestellungen der Evaluation	22
3	UNTERSUCHUNGSDESIGN	25
3.1	Vergleichsebenen	25
3.2	Methodischer Ansatz	26
3.3	Chancen und Grenzen	28
3.4	Datenerhebung und Analyse bei Hausärzten	30
3.5	Datenerhebung und Analyse bei Patienten	32
4	RESULTATE DATENERHEBUNG HAUSÄRZTE	37
4.1	Reichweite und Akzeptanz	37
4.2	Zufriedenheit und Nutzen	39
4.3	Wirksamkeit	46
5	RESULTATE DATENERHEBUNG PATIENTEN	55
5.1	Reichweite und Akzeptanz	55
5.2	Zufriedenheit und Nutzen	59
5.3	Wirksamkeit	61

ANHANG	84
A1 ARBEITSBLÄTTER 1 BIS 3	84
A2 PATIENTENFRAGEBOGEN	87
A2.1 Start-Fragebogen	87
A2.2 Abbrecher-Fragebogen	90
A2.3 Finisher-Fragebogen	92
A3 ÄRZTEFRAGEBOGEN	96
A3.1 Fragebogen nach Fortbildung	96
A3.2 Fragebogen nach Intervention	100
A4 WEITERE DARSTELLUNGEN HAUSÄRZTE	104
A5 WEITERE DARSTELLUNG PATIENTEN	106

I IHRE FRAGEN – UNSERE ANTWORTEN

Zwischen 2014 und 2018 führte der Servizio di promozione e di valutazione sanitaria (SPVS) des Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) das Pilotprojekt Girasole im Kanton Tessin durch. Das Pilotprojekt kombinierte inhaltliche und methodische Ansätze zweier Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Hausarztpraxis, die in der Deutschschweiz und in der Romandie konzipiert und durchgeführt wurden. Bei den Programmen handelt es sich um das Programm Gesundheitscoaching¹ des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) und um das Fortbildungsprogramm PAPRICA², das von der Policlinique médicale universitaire de Lausanne entwickelt wurde. Beide Programme zielen darauf ab, Hausärzte/-innen zu schulen, damit diese ihre Patienten/-innen bei gesundheitsrelevanten Verhaltensänderungen besser beraten und begleiten können.³ Dem Programm Gesundheitscoaching des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM) wurden die Methode der motivierenden Gesprächsführung inklusive seiner Arbeitsblätter sowie das Konzept der geteilten Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient entnommen. Das Programm PAPRICA der Policlinique médicale universitaire de Lausanne diente dem Pilotprojekt Girasole als Modell für die Konzeption der Fortbildung der Hausärzte. Ziel des Pilotprojekts Girasole war es zu testen, ob die Kombination dieser beiden Ansätze zu einem Interventionsansatz im Kanton Tessin funktioniert und ob die Umsetzung machbar ist.⁴

Das Pilotprojekt Girasole ist als Teil des Nationalen Programms Ernährung und Bewegung (NPEB) 2008-2012 im Jahr 2017 in die Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024 eingeflossen. Es wurde konzeptionell und finanziell massgeblich vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) unterstützt. Die Umsetzung und Wirkungen des Pilotprojekts wurden von der Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI) in Lugano und Interface Politikstudien Forschung Beratung in Luzern im Auftrag des BAG evaluiert. Beide Evaluationen fokussierten auf die Umsetzungsphase des Pilotprojekts und damit erstens auf die Fortbildung für die Hausärzte, zweitens auf die Umsetzung der Intervention in den beteiligten Hausarztpraxen und drittens auf die Unterstützungsleistungen für die Hausärzte durch den SPVS. Wird im Folgenden von Pilotprojekt gesprochen, so sind diese drei Bestandteile gemeint.

Ziel der vorliegenden Teilevaluation II zu den Wirkungen war die quantitative Überprüfung der Wirkungen der Fortbildung sowie der Umsetzung der Intervention in der Praxis auf das Wissen und die Beratungskompetenzen der Hausärzte. Weiter wurden die Wirkungen der Intervention durch den Hausarzt (d.h. das Coaching der Patienten basierend

¹ Grüninger, Ueli; Schmid, Margareta; Hösli, Ruedi; Egli, Fabian; Neuner-Jehle Stefan (2012): Gesundheitscoaching. Schlussbericht Projekt Gesundheitscoaching KHM. Gesundheitscoaching: Förderung von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen in der Arztpraxis, Bern.

² Koutaissoff, Daria; Jeannin, André; Dubois-Arber, Françoise (2012): Evaluation de la Formation PAPRICA (Physical Activity promotion in PRImary CAre), Lausanne.

³ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird jeweils nur die männliche Bezeichnung verwendet; wo nicht anders vermerkt ist jeweils die weibliche Form mitgemeint.

⁴ Bundesamt für Gesundheit BAG (2016): Entscheid-Protokoll – Evaluation des Pilotprojekts Girasole im Tessin. Konzeptentwurf vom 10. Juni 2016. BAG, Bern.

auf dem methodischen Ansatz von Girasole)⁵ auf die Gesundheitskompetenz, das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand der Patienten untersucht. Zusätzlich wurde untersucht, wie die teilnehmenden Hausärzte und Patienten charakterisiert werden können und wie ihre Zufriedenheit und der wahrgenommene Nutzen mit dem Pilotprojekt ausfielen. Die Untersuchung basiert dabei im Wesentlichen auf schriftlichen Befragungen der beteiligten Hausärzte und Patienten beim Start und am Ende des Pilotprojekts.

Bevor die einzelnen Evaluationsfragen zu den Wirkungen beantwortet werden, kann grundsätzlich festgehalten werden, dass sowohl das Pilotprojekt wie auch die Evaluation mehrheitlich wie geplant umgesetzt werden konnten. Die Ergebnisse zeigen auf, dass die beteiligten Hausärzte das Pilotprojekt (d.h. die Fortbildung, die Interventionsphase in der Praxis und die Unterstützungsleistungen) grundsätzlich sehr positiv bewertet haben. Allerdings zeigten sich grosse Unterschiede, wie intensiv und erfolgreich die Hausärzte das Coaching (d.h. die Intervention) in ihrer Praxis umgesetzt haben. Mehr als die Hälfte der rekrutierten Patienten hat alle Schritte des Coachings durch den Hausarzt durchlaufen, das eigene Gesundheitsprojekt damit abgeschlossen und die Intervention ebenfalls sehr positiv bewertet. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass das individuelle Coaching der Patienten durch den Hausarzt tatsächlich eine Verbesserung des Gesundheitszustands sowie gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen bewirkt hat. Aufgrund der methodischen Einschränkungen – insbesondere die offene Konzeption des Pilotprojekts, das Fehlen einer Kontrollgruppe und von objektiven Messgrössen sowie die Zahl der rekrutierten Patienten, welche geringer als geplant war – lässt sich aber keine abschliessende Aussage über die Wirksamkeit des Coachings machen. Zudem bleibt offen, wie nachhaltig die wahrgenommenen Veränderungen bei den Hausärzten und Patienten sind.

FRAGEN UND ANTWORTEN ZU DEN HAUSÄRZTEN

TEILNAHME DER HAUSÄRZTE

Wie viele Hausärzte haben an der Fortbildung teilgenommen?

Von den 25 angefragten Hausärzten haben insgesamt 19 Hausärzte die Fortbildung besucht und für 17 Hausärzte liegen Daten zur Bewertung der Fortbildung vor. Geht man davon aus, dass im Kanton Tessin 2017 insgesamt 310 Ärzte mit den Hauptfachgebieten Allgemeinmedizin, Allgemeine Innere Medizin, Innere Medizin oder als praktische Ärzte ambulant praktizierten, so entspricht dies einer Teilnahmequote von 5,5 Prozent.⁶

Wie viele Hausärzte haben die Intervention in der Praxis umgesetzt?

17 Hausärzte haben nach der Fortbildung die Intervention (d.h. das Coaching) in der Praxis umgesetzt. Die Zahl der rekrutierten Patienten betrug im Schnitt 11 Patienten pro Praxis. Sie bewegte sich je nach Hausarzt zwischen 2 und 42 Patienten. Vier Hausärzte

⁵ Wie im Wirkungsmodell von Simonson und Bize (2015) zum Pilotprojekt wird der Begriff „Coaching“ synonym mit dem Begriff „Intervention“ verwendet und bezieht sich auf die Beratung, die der Hausarzt mit dem Patienten gemäss dem methodischen Ansatz des motivational interviewing sowie der geteilten Entscheidungsfindung durchführt; siehe Simonson, Thomas; Bize, Raphaël (2015): Actualisation de la théorie d'action du projet Girasole et proposition d'indicateurs en vue de l'évaluation, Lausanne.

⁶ Quelle: <<http://aerztestatistik.myfmh2.fmh.ch/>>, Zugriff am 2. Juli 2018.

haben zusammen mehr als die Hälfte der Patienten rekrutiert. Die Mehrheit der Hausärzte wies demnach bezüglich der Patientenrekrutierung einen eher bescheidenen Erfolg auf.

Wie können diese Hausärzte charakterisiert werden?

Rund zwei Drittel der teilnehmenden Hausärzte waren weiblich und somit klar übervertreten (in der oben genannten Gesamtpopulation von 310 Hausärzten im Kanton Tessin beträgt der Anteil weiblicher Ärzte nur 30%). Tendenziell nahmen eher jüngere Hausärzte, die in Zweier- oder Gruppenpraxen tätig sind, am Pilotprojekt Girasole teil. Alle Bezirke waren abgedeckt, und das Sample enthielt sowohl Praxen aus urbanen wie auch ländlichen Regionen. Die Abdeckung aller Regionen und unterschiedlicher Praxistypen war explizit ein Ziel des Pilotprojekts und konnte somit erreicht werden. Die vier Hausärzte, die mehr als die Hälfte der Patienten rekrutierten, verfügten alle bereits über Vorwissen im Bereich Coaching und gaben an, bereits vor der Umsetzung der Intervention in der Praxis motivationale Interviews durchgeführt zu haben. Zwei dieser vier bezogen ihre medizinische Praxisassistenz (MPA) in die Umsetzung mit ein.

Wie erfolgte die Rekrutierung der Hausärzte?

Die Auswahl der teilnehmenden Hausärzte erfolgte massgeblich gestützt auf das persönliche Netzwerk der Projektleitung im SPVS. Es wurden insbesondere Hausärzte angefragt, die sich für den Interventionsansatz interessierten und zeitlich verfügbar waren. Entsprechend gaben rund zwei Drittel der Hausärzte an, bereits Erfahrung mit der motivierenden Gesprächsführung zu haben und für praktisch alle hatte Prävention und Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis bereits vor Girasole einen wichtigen Stellenwert. Somit handelte es sich bei diesen Ärzten um eine selektive Teilnehmergruppe. Zudem wurde bei der Rekrutierung darauf geachtet, dass die Heterogenität der Hausärzteschaft bezüglich Region und Praxistyp abgebildet wird (vgl. oben).

ZUFRIEDENHEIT UND NUTZEN AUS ÄRZTESICHT

Wie zufrieden waren die Hausärzte mit der Fortbildung und wie beurteilen sie deren Nutzen?

Alle Hausärzte waren direkt im Anschluss an die Fortbildung sehr zufrieden mit den verschiedenen Aspekten und beurteilten deren Nutzen als sehr hoch, unabhängig von allfälligen Vorkenntnissen bezüglich Beratung und Coaching. Nach Anwendung des Erlernten in der Praxis gab jedoch die Hälfte der Hausärzte an, dass es weitere Fortbildungen brauche, insbesondere mehr Training in der motivationalen Gesprächsführung. Allerdings ist hier festzuhalten, dass zwei Hausärzte den Fragebogen nicht ausgefüllt haben. Diese waren Girasole gegenüber grundsätzlich negativ eingestellt und sind nach der Fortbildung aus dem Pilotprojekt ausgestiegen (vgl. auch folgende Ausführungen).

Wie zufrieden waren die Hausärzte mit der Umsetzung der Intervention in der Praxis?

Zwischen Oktober 2016 und März 2018 haben die Hausärzte die Intervention in der Praxis umgesetzt (sogenannte Interventionsphase). Mit dieser Interventionsphase waren die befragten Hausärzte insgesamt zufrieden. Die Hausärzte waren mit Ausnahme von zwei Personen der Meinung, dass die ärztliche Sprechstunde grundsätzlich für das Coaching geeignet ist. Gleichzeitig bekundete aber die Hälfte der Hausärzte Mühe, das

Coaching zeitlich in die Sprechstunde zu integrieren. Im Schnitt dauerte eine Konsultation 16 Minuten (mit unterschiedlichen Zeitspannen von gut 10–35 Minuten zwischen den Praxen). Bei den Finishern wurden im Schnitt 4,3 und bei den Abbrechern 2,5 Konsultationen durchgeführt. 82 Prozent der Hausärzte waren nach der Interventionsphase der Ansicht, dass die tariflichen Voraussetzungen für die Gesundheitsförderung und Prävention unzureichend waren (vorher: 64,7%). Dies kann auch damit zusammenhängen, dass sich die Bedingungen für die Abrechnung der Girasole-Leistungen im Projektverlauf aufgrund der TARMED-Anpassungen tatsächlich verschlechtert haben.⁷ Zudem hat nur ein Viertel der Hausärzte die MPA aktiv in die Umsetzung der Intervention einbezogen. Als Gründe für den Nichteinbezug wurde angegeben, dass die MPA nicht entsprechend ausgebildet seien, dass sie keine Zeit dafür hätten, dass sie sich nicht für diese Aufgabe eignen würden und dass ihre Aufwendungen nicht abgerechnet werden könnten.

Die überwiegende Mehrheit der Hausärzte beurteilte das zur Verfügung gestellte Material (Arbeitsblätter, Vorschläge für Bewegungsaktivitäten, Flyer, Plakat) als nützlich, und mehr als die Hälfte der Hausärzte hat auch damit gearbeitet. Rund zwei Drittel der befragten Hausärzte waren der Ansicht, dass die Begleitevaluation keinen Einfluss oder wenn, dann einen positiven Einfluss auf die Rekrutierung der Patienten hatte. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Evaluation wird insgesamt positiv bewertet. Gleichzeitig beurteilten zwei Drittel der Hausärzte den damit verbundenen administrativen Aufwand als (eher) hoch. Schliesslich zog die überwiegende Mehrheit der Hausärzte eine positive Schlussbilanz zum Pilotprojekt Girasole: Die überwiegende Mehrheit war der Ansicht, dass aufgrund des Coachings die Eigeninitiative der Patienten gefördert wird, dass sie im Laufe der Interventionsphase ihre eigenen Coachingkompetenzen verbessern konnten und ihr Lerngewinn insgesamt hoch war.

WIRKUNGEN BEI HAUSÄRZTEN

Wie haben sich die Fortbildung und die Interventionsphase auf das Wissen und die Coachingkompetenz der Hausärzte ausgewirkt? Fühlten sie sich befähigt, die Rolle des Coaches sowie die neuen Beratungstechniken in der Praxis umzusetzen?

Direkt im Anschluss an die Fortbildung schätzte die überwiegende Mehrheit der Hausärzte ihre in der Fortbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten positiv ein. Diese Selbsteinschätzung blieb nach Abschluss der Interventionsphase mehrheitlich gleich oder verbesserte sich im Vergleich zur ersten Messung leicht – vermutlich deshalb, da das Niveau bereits vorher als hoch eingeschätzt worden ist. Verbesserungen gab es insbesondere in Bezug auf das Ausloten von Veränderungspotenzial bei den Patienten, auf deren Unterstützung bei der Zieldefinition und auf das Eingehen auf deren Sichtweise. Grundsätzlich korrigierten tendenziell Hausärzte mit einer vertieften Vorbildung ihre Selbsteinschätzung in der zweiten Messung nach unten, was darauf hinweisen könnte, dass sie ihre Fertigkeiten zu Beginn etwas zu hoch eingeschätzt hatten.

Vier von fünf Hausärzten waren nach der Interventionsphase der Überzeugung, dass sie das neue Rollenverständnis gut umsetzen konnten, und neun von zehn Hausärzten waren zudem der Meinung, dass die Patienten gut darauf eingegangen sind. Die überwiegende

⁷ Dazu gehören einerseits die Abrechnungslimitationen für diverse Tarife, darunter auch die Tarife 00.0510, 00.0515, 00.0516 und 00.0520, sowie andererseits die Einschränkungen bei der Abrechnung von Leistungen in Abwesenheit des Patienten.

Mehrheit hat positive Erfahrungen gemacht, wenn sie ihre Patienten auf deren Gesundheitsverhalten angesprochen hat. Sie sind überzeugt davon, dass die Intervention in die ärztliche Sprechstunde passt und sie die neue Rolle als Coach einnehmen können. Alle Hausärzte gaben an, das Coaching weiterhin in der Praxis anwenden zu wollen.

FRAGEN UND ANTWORTEN ZU DEN PATIENTEN

TEILNAHME DER PATIENTEN

Wie viele Patienten haben die einzelnen Schritte des Coachings durchlaufen und abgeschlossen? Wie können diese Patienten charakterisiert werden? Welches waren die Gründe für den Ausstieg?

Das Coaching der Patienten ist in vier Schritte gegliedert von der Patientenrekrutierung und Motivierung bis hin zum Abschluss des Gesundheitsprojekts des Patienten (vgl. D 2.2). Die teilnehmenden Patienten können entlang dieser Schritte charakterisiert werden:

- *Anfragen:* Zur Patientengruppe „Anfragen“ zählen alle Patienten, die von den Hausärzten für die Teilnahme angefragt wurden. Insgesamt wurden 206 Patienten für eine Teilnahme an der Interventionsphase angefragt. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung des Kantons Tessin ist die Geschlechterverteilung der Studienpopulation gleich. Die Altersgruppe der 50- bis 65-Jährigen ist hingegen überproportional häufig vertreten. Zudem wies der Grossteil der angefragten Patienten den Risikofaktor Übergewicht (70%) beziehungsweise Bewegungsmangel (50%) auf. Somit scheinen die Hausärzte den inhaltlichen Schwerpunkt des Projekts und die anvisierten Zielgruppen bei der Rekrutierung berücksichtigt zu haben.
- *Ablehner:* Die zweite Gruppe umfasst Patienten, die eine Teilnahme abgelehnt und damit keinen Schritt des Coachings durchlaufen haben. Von den 206 Patienten hat gut jeder zehnte Patient (25 Patienten) eine Teilnahme abgelehnt. Als häufigste Gründe wurden genannt: Zeitpunkt ungeeignet, andere Prioritäten, andere Gesundheitsvorhaben, kein Bedarf beziehungsweise keine Motivation. Im Vergleich zum Programm Gesundheitscoaching war diese Quote etwas höher (12% gegenüber 9%).⁸
- *Teilnehmer:* In die Gruppe der „Teilnehmer“ gehören alle Patienten, die mindestens den ersten Schritt des Coachings durchlaufen haben. Das trifft auf 181 Patienten (88%) der 206 angefragten Patienten zu. Diese haben in 17 Praxen mit dem Coaching gestartet. Knapp die Hälfte der 181 Patienten beurteilte ihren Gesundheitszustand als mittelmässig und 3 Prozent als schlecht. Im Vergleich zur Tessiner Bevölkerung war diese Einschätzung deutlich tiefer. Die Teilnehmer waren zudem häufiger adipös, hatten eine höhere psychische Belastung und ein tieferes Kontrollniveau im eigenen Leben, eine geringere körperliche Aktivität, einen geringeren Früchte- und Gemüsekonsum sowie häufiger einen risikoreichen Alkohol- und Tabakkonsum als die Tessiner Bevölkerung – alles Risikofaktoren für NCD. Die Mehrheit der Teilnehmer beurteilte eine Veränderung ihres Gesundheitsverhaltens als

⁸ Grüninger et al. (2012).

wichtig und schätzte ihre Bereitschaft als hoch ein. Gleichzeitig war weniger als die Hälfte der Teilnehmenden zuversichtlich, dass die Verhaltensänderung gelingt.

- *Abbrecher:* Diese Patientengruppe umfasst Patienten, die das Coaching vor Abschluss von Schritt vier abgebrochen haben. Dies trifft auf 45 Prozent (81 Patienten) der 181 Patienten zu. Die Quote liegt somit knapp 10 Prozent tiefer als im Programm Gesundheitscoaching. Tendenziell haben überproportional viele weibliche Patienten mit Sekundarstufe-II-Abschluss sowie mit nicht italienischer Muttersprache das Coaching abgebrochen. Die Abbrecher schätzten ihren Gesundheitszustand signifikant besser ein als die Finisher. Auch beurteilten sie das Kontrollniveau über das eigene Leben signifikant höher als die Finisher, bezeichneten sich häufiger als aktiv und gaben häufiger an, sich gesund zu ernähren. Gleichzeitig hatten sie jedoch einen tendenziell risikoreicheren Alkoholkonsum und waren häufiger Raucher als die Finisher. Diese Daten deuten darauf hin, dass die Abbrecher im Vergleich zu den Finishern einen geringeren Leidensdruck beziehungsweise eine geringere Motivation für eine ärztlich begleitete Verhaltensänderung verspürten.

Bei der Mehrheit der Patienten konnte der Grund des Abbruchs nicht eruiert werden, da die Patienten nicht mehr in der Praxis erschienen waren und somit nicht mehr befragt werden konnten. Nur 6 der 81 Abbrecher hatten einen AbbrecherFragebogen ausgefüllt. Von diesen sechs haben zwei Patienten angegeben, ihr Gesundheitsverhalten zu einem späteren Zeitpunkt ändern zu wollen. Für 52 Patienten hatten die Hausärzte zudem die Gründe für die Nichtteilnahme beziehungsweise den Abbruch notiert. Diese betrafen primär den schlechten Gesundheitszustand beziehungsweise die fehlende Zeit der Patienten.

- *Finisher:* In die Gruppe der „Finisher“ gehören alle Patienten, die alle vier Schritte des Coachings durchlaufen und den Finisher-Fragebogen ausgefüllt haben. Das trifft auf 55 Prozent (100 Patienten) der 181 Patienten zu, wobei sich diese Erfolgsquote je nach Praxis zwischen 0 Prozent und 90 Prozent bewegte. Wie bereits von der Beschreibung der Abbrecher hergeleitet werden kann, waren die Finisher tendenziell häufiger männlich, älter als die Abbrecher und hatten häufiger einen Tertiärabschluss (alle Unterschiede nicht signifikant). Zudem beurteilten sie ihren Gesundheitszustand signifikant schlechter als die Gruppe der Abbrecher. Dies könnte darauf hinweisen, dass diese Patientengruppe besonders auf die engmaschige Begleitung durch ihren Hausarzt angewiesen waren.

ZUFRIEDENHEIT UND NUTZEN AUS PATIENTENSICHT

Wie zufrieden waren die Patienten mit dem Coaching?

Sowohl die Abbrecher wie auch die Finisher äusserten sich vor der Intervention sehr positiv über das Projekt Girasole (d.h. das Coaching durch den Hausarzt).⁹ Sie fühlten sich von ihrem Arzt verstanden und unterstützt und waren der Ansicht, dass Prävention in die Arztpraxis gehört. Diese hohen Zustimmungswerte blieben bei den Finishern auch nach der Intervention bestehen. Praktisch alle würden sich wieder an ihren Arzt wenden, wenn sie in Zukunft etwas an ihrem Gesundheitsverhalten ändern möchten. Die sechs

⁹ Im Patientenfragebogen wurde nach der Zufriedenheit mit dem „Projekt Girasole“ gefragt, weil der SPVS in den Kommunikationsmaterialien, mit denen die Hausärzte ihre Patienten auf das Angebot aufmerksam gemacht haben, immer vom „progetto Girasole“ gesprochen hat. Gemeint ist damit aber natürlich spezifisch die Intervention, die der Hausarzt mit den Patienten durchführt.

Abbrecher, welche einen entsprechenden Fragebogen ausgefüllt hatten, zeigten sich nach der Interventionsphase jedoch deutlich kritischer als zuvor und waren insgesamt unzufrieden mit dem Coaching.

In Bezug auf den Nutzen war die überwiegende Mehrheit der Finisher der Ansicht, dass sich ihr Wohlbefinden dank der Teilnahme am Pilotprojekt Girasole verbessert hat, dass es ihnen gelungen ist, mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen und dass die Besprechungen mit dem Arzt nützlich waren. Von den sechs Abbrechern beurteilten zwischen zwei und drei Personen diese Aspekte ebenfalls positiv, was aufzeigt, dass sie trotz grosser Unzufriedenheit mit dem Pilotprojekt Girasole einen gewissen Nutzen des Coachings gesehen haben.

WIRKUNGEN DER INTERVENTION BEI DEN PATIENTEN

Wie einleitend erwähnt und in Abschnitt 3.3 im Detail ausgeführt, können im Hinblick auf die Wirkungen bei den Patienten, basierend auf den vorliegenden Daten, nur beschränkt Aussagen gemacht werden. Die Gründe dafür sind erstens das Fehlen einer Kontrollgruppe, die notwendig wäre, um zu prüfen, ob allfällige Veränderungen tatsächlich aufgrund der Intervention zustande gekommen sind¹⁰, zweitens die geringe Zahl der rekrutierten Patienten und die tiefe Rücklaufquote bei den Abbrechern, drittens die Nutzung von mehrheitlich subjektiven Einschätzungen der Patienten für die Wirkungsmessung und viertens die Tatsache, dass die Mehrheit der Patienten lediglich von vier der 17 Hausärzte rekrutiert worden sind.

Konnten die Patienten ihre persönlichen Ziele erreichen?

Die Mehrheit der Patienten hatte sich ein persönliches Ziel in Bezug auf die Bewegung, Ernährung und/oder das Gewicht gesetzt. Nur vereinzelt haben Patienten ein Ziel in den Bereichen Stress, Tabak oder Alkohol gewählt. Es gab diesbezüglich keine Unterschiede zwischen Finishern und Abbrechern. Mehr als zwei Drittel der Finisher gaben nach Abschluss der Interventionsphase an, ihr persönliches Ziel erreicht zu haben. Zudem war die überwiegende Mehrheit der Finisher überzeugt, ihr Verhalten längerfristig aufrecht-erhalten zu können.

Welche Wirkungen sind bei den Patienten bezüglich der Gesundheitskompetenz, des Gesundheitsverhaltens sowie des subjektiven Gesundheitszustands festzustellen?

Die Fragen zu den Wirkungen können ausschliesslich basierend auf der Selbstbeurteilung der Finisher beurteilt werden. Der geplante Vergleich der Wirkung des Gesundheitscoachings bei Finishern und Abbrechern (im Sinne einer internen Kontrollgruppe) konnte nicht durchgeführt werden, da nur 6 von 81 Abbrechern einen Nachher-Fragebogen ausgefüllt haben. Nachfolgend sind die von den Finishern rapportierten Wirkungen beschrieben:

¹⁰ Gemäss dem sogenannten Hawthorne-Effekt kann etwa das Bewusstsein der Teilnahme an einer Intervention bereits zu Verhaltensveränderungen führen. Das kann in der Folge zu einer falschen Einschätzung der Wirksamkeit einer Intervention führen. Zudem ist es auch möglich, dass nur besonders motivierte Patienten an der Intervention teilgenommen haben; siehe McCambridge, Jim; Witton, John; Elbourne, Diana R. (2014): Systematic Review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects., in: *Journal of Clinical Epidemiology* 67 (3), S. 267-277.

- *Gesundheitszustand:* 28 Prozent der befragten Patienten gaben eine Verbesserung ihres allgemeinen Gesundheitszustands an. In Bezug auf die physische Gesundheit zeigte sich bei 18 Prozent der Befragten eine Verbesserung der wahrgenommenen gesundheitlichen Einschränkungen und bei 52 Prozent eine Verbesserung des BMI. In Bezug auf die psychische Gesundheit rapportierten 74 Prozent eine Verbesserung der psychischen Belastungen und 48 Prozent eine Verbesserung des eigenen Kontrollniveaus. Für alle Items war der Anteil Patienten mit Verbesserungen nicht nur höher als derjenige mit Verschlechterungen; die individuellen Verbesserungen waren auch deutlicher (relevanter) als die Verschlechterungen.¹¹ Insbesondere bezüglich der gesundheitlichen Einschränkungen, der psychischen Belastungen und des Kontrollniveaus gab es viele relevante Verbesserungen. All diese Ergebnisse weisen auf mögliche Wirkungen des Coachings auf die selbst wahrgenommene physische und psychische Gesundheit hin. Es ist zu vermuten, dass rein aufgrund der Tatsache, dass ein vertieftes Arzt-Patienten-Gespräch zur Lebenssituation des Patienten stattgefunden hat, bereits eine gewisse Entlastung der gesundheitlichen Situation des Patienten stattgefunden haben könnte.
- *Gesundheitsverhalten:* In Bezug auf das Gesundheitsverhalten zeigt sich ein vergleichbares Bild: 34 Prozent der Patienten haben ihre körperliche Aktivität und 54 Prozent ihre Sitzdauer verbessert. 38 beziehungsweise 39 Prozent haben ihren Gemüse- beziehungsweise Fruchtekonsum erhöht. 23 Prozent haben ihren gewohnheitsmässigen und 11 Prozent ihren risikoreicheren Alkoholkonsum verbessert, und 7 Prozent haben ihren Raucherstatus verbessert. Für praktisch alle Items gaben wiederum mehr Patienten Verbesserungen als Verschlechterungen an. Ebenfalls waren die individuellen Verbesserungen häufiger relevant als die Verschlechterungen. Besonders häufig gab es relevante Verbesserungen in Bezug auf die körperliche Aktivität (d.h. es kam zu [Teil-]Aktivierungen von vorher inaktiven Patienten). Bei denjenigen Patienten, welche sich im betroffenen Bereich ein eigenes Gesundheitsziel gesetzt hatten, waren die Verbesserungen noch deutlicher sichtbar. Selbstverständlich muss auch berücksichtigt werden, dass sozial erwünschte Antworten eine Rolle spielen konnten (auch wenn der Hausarzt den ausgefüllten Patientenfragebogen nicht einsehen konnte), und dass keine Prognosen bezüglich einer langfristigen Verhaltensänderung möglich sind.
- *Gesundheitskompetenz:* Zwar lag der Anteil Patienten mit Verbesserungen in Bezug auf die einzelnen Aspekte der Gesundheitskompetenz zwischen 8 und 29 Prozent, doch gleichzeitig waren bei ebenso vielen oder sogar mehr Patienten Verschlechterungen bezüglich der einzelnen Aspekte sichtbar. Auf dieser Datenbasis lassen sich keine Wirkung des Coachings auf die Gesundheitskompetenz (d.h. sich Gedanken zum Gesundheitsverhalten machen, selbst Veränderungen erreichen, Zusammenhänge zwischen Alltagsgewohnheiten und Gesundheit erkennen, Lebensverhältnisse beeinflussen) erkennen. Allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass dies auch an der verwendeten Messung liegt, da aus forschungspraktischen Gründen nur eine reduzierte Skala zur Gesundheitskompetenz zum Einsatz kam.

¹¹ Als relevante Verbesserungen werden wesentliche Skalenveränderungen bezeichnet (z.B. der BMI ändert sich von übergewichtig zu normalgewichtig und nicht nur um ein paar Punkte auf der Skala).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass das Ziel, durch das Coaching bei mindestens jedem sechsten Patienten eine gesundheitliche Verbesserung zu bewirken, gemäss den oben dargelegten Daten übertroffen worden ist. Ausser bei den Aspekten zur Gesundheitskompetenz ist der Anteil Verbesserungen bei den Items zum Gesundheitszustand und -verhalten durchwegs höher als der Anteil Verschlechterungen. Zudem kommt es bei fast allen Items häufiger zu relevanten Verbesserungen als zu relevanten Verschlechterungen. Schliesslich fällt auf, dass sich die Patienten auch in Bereichen verbessert haben, in denen sie sich keine expliziten Ziele gesetzt hatten. Somit scheint sich das Coaching nicht nur auf direkt anvisierte Gesundheitsbereiche positiv ausgewirkt zu haben, sondern auf die Gesundheit insgesamt.

Nichtübertragbare Krankheiten sind für die meisten Todesfälle in der Schweiz verantwortlich. Dabei verursachen insbesondere kardiovaskuläre Krankheiten hohe Gesundheitskosten. Die meisten nichtübertragbaren Krankheiten stehen mit Risikofaktoren wie Bluthochdruck in Zusammenhang, welche wiederum stark mit Lebensstilmerkmalen wie Ernährung und Bewegung zusammenhängen.¹² Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) aus dem Jahr 2012 hat aufgezeigt, dass der Bewegungsmangel im Tessin besonders ausgeprägt ist: Lediglich 60,8 Prozent der befragten Personen gaben an, körperlich aktiv zu sein – dies im Gegensatz zum schweizerischen Durchschnitt von 72,5 Prozent.¹³ Der Servizio di promozione e di valutazione sanitaria (SPVS) des Dipartimento della sanità e della socialità (DSS) im Kanton Tessin hat aus diesem Grund im zwischen 2014 und 2018 das Pilotprojekt Girasole konzipiert und durchgeführt. Das Pilotprojekt Girasole ist als Teil des Nationalen Programms Ernährung und Bewegung (NPEB) 2008-2012 im Jahr 2017 in die Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024 eingeflossen. Es wurde konzeptionell vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) unterstützt sowie gemeinsam mit dem DSS finanziert.

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat Interface Politikstudien Forschung Beratung in Luzern und die Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI) in Lugano mit der Evaluation des Pilotprojekts Girasole beauftragt. Während die SUPSI die Umsetzung und Funktionsweise des Projekts analysierte (Teilevaluation I), hat Interface die Wirkungen des Pilotprojekts Girasole (Teilevaluation II) evaluiert und einen Synthesericht der beiden Teilevaluationen zur Umsetzung und zu den Wirkungen verfasst. Im vorliegenden Bericht steht die Teilevaluation II zu den Wirkungen im Zentrum. Nachfolgend wird das Pilotprojekt beschrieben und die Ziele sowie Fragestellungen der Evaluation erläutert.

2.1 BESCHREIBUNG DES PILOTPROJEKTS

In diesem Abschnitt wird im Detail auf das dem Pilotprojekt zugrundeliegende Konzept eingegangen.

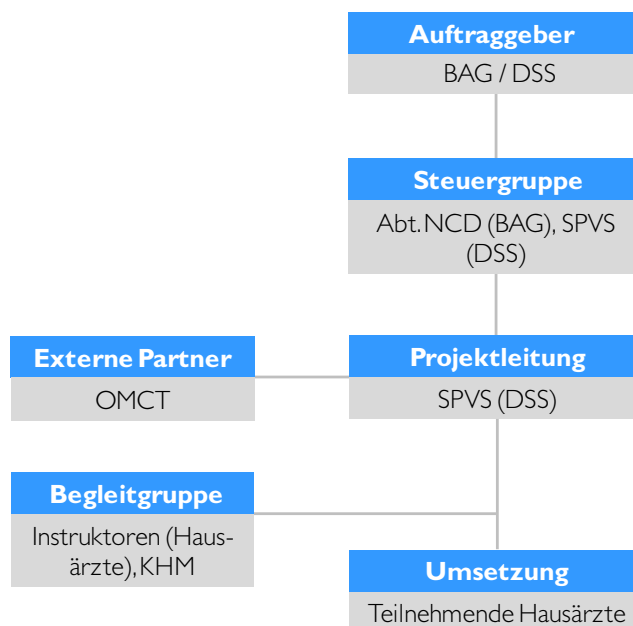
2.1.1 ORGANISATION

Das nachfolgende Organigramm stellt die zentralen Akteure des Pilotprojekts und ihre Rollen dar. Im Anschluss werden die Hauptaufgaben, die Verantwortlichkeiten und Kompetenzen dieser Akteure im Pilotprojekt dargelegt.

¹² Kanton Tessin (2014): *Projet Girasole. Projet visant à intégrer des concepts de promotion de l'activité physique et de prévention des facteurs de risques liés à la sédentarité dans le système de soins, en particulier dans la pratique de la médecine de premier recours*. Kanton Tessin, Bellinzona.

¹³ Bundesamt für Statistik (2014): *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012*. Medienmitteilung, Neuenburg. (<www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/medienmitteilungen.html?pressID=9761>, Zugriff am 5. Juli 2018).

D 2.1: Organigramm der Akteure und ihren Rollen im Pilotprojekt



Quelle: eigene Darstellung Interface gemäss Bundesamt für Gesundheit BAG und Servizio di promozione e di valutazione sanitaria

Legende: BAG = Bundesamt für Gesundheit, Abt. NCD = Abteilung Prävention nichtübertragbarer Krankheiten; SPVS = Servizio di promozione e di valutazione sanitaria, DSS = Dipartimento della sanità e della socialità, KHM = Kollegium für Hausarztmedizin, OMCT = Ordine dei medici del Canton Ticino.

Auftraggeber

Auftraggeber des Pilotprojekts waren das BAG, vertreten durch die Abteilung Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD), sowie das Dipartimento della sanità e della socialità (DSS), vertreten durch den SPVS. Die Abteilung NCD hat das Projekt zusammen mit dem DSS co-finanziert.¹⁴ Die Fachstelle Evaluation und Forschung des BAG stellte zudem die personellen und finanziellen Ressourcen für die Leitung und Durchführung des externen Evaluationsprojektes zur Verfügung.

Steuergruppe

Die Steuergruppe bestand aus Vertretenden des BAG und dem Servizio di promozione e di valutazione sanitaria (SPVS) und wurde von der Abteilung NCD des BAG präsiert. Die Steuergruppe hatte im März 2014 die erste Sitzung, um den Namen des Pilotprojekts festzulegen und den Inhalt zu umreissen. Zudem hat sich das BAG an der Sitzung zur Mitfinanzierung bereit erklärt. Die Steuergruppe war insbesondere bei den konzeptionellen Vorarbeiten des Pilotprojekts relevant. Dazu gehörte die Ausarbeitung eines Wirkungsmodells zum Pilotprojekt. Das Wirkungsmodell wurde unter Einbezug der Steuergruppe und im Auftrag des BAG vom Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) und dem Centre d'évaluation et d'expertise en santé publique (CEESAN) entwickelt. Ziel dieses Wirkungsmodells war es, die Wirkungslogik des Pilotprojekts abzubilden, eine gemeinsame Grundlage zur Kommunikation und Planung zu schaffen sowie spezifische Fragen und Indikatoren für eine spätere Evaluation des Pilotprojekts zu

¹⁴ Der Anteil der Abteilung NCD betrug CHF 177'330.- für die Jahre 2014–2017, der Anteil des DSS lag bei 59'900.-. Das Ufficio del medico cantonale hat das Gesamtbudget des Projektes 2015 formell bewilligt.

definieren. Zudem war auch die Ausarbeitung eines Konzepts zur *Activité Physique Adapté* (Konzept „APA“) durch das BAG und den SPVS Aufgabe der Steuergruppe. Dieses ist allerdings nicht Teil der Evaluation und wird daher nicht näher erörtert. Das fragmentarische Konzept von Girasole ist im Dokument "Document de travail, Projet Girasole 30.10.2014" festgehalten.¹⁵

Projektleitung, Begleitgruppe und externe Partner

Die Projektleitung des Pilotprojekts oblag dem SPVS. Als Projektleitung war der SPVS zuständig für die Projektumsetzung. Dazu gehörte erstens die Rekrutierung der Hausärzte, die Vorbereitung der notwendigen Materialien und Instrumente für das Pilotprojekt und die Organisation und Durchführung der Hausärzterfortbildung im September 2016. Die Begleitgruppe, bestehend aus dem Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) sowie den Instruktoren (d.h. Hausärzte, die die Girasole-Fortbildung durchgeführt haben), stand dem SPVS bei dieser Aufgabe mit seinen Kompetenzen zur Verfügung. Zweitens war der SPVS für die Koordination der beteiligten Akteure auf kantonaler Ebene zuständig. Dazu gehörte die Begleitung der Hausärzte während der Umsetzung der Intervention in der Praxis (vgl. Abschnitt 2.1.4) sowie die Gewährleistung der Abrechnung, der durch die Hausärzte erbrachten Leistungen im Rahmen des Pilotprojekts. Letzteres geschah über die Zusammenarbeit mit dem externen Partner Ordine dei medici del Canton Ticino (OMCT).¹⁶ Drittens hat der SPVS bei der Organisation der beiden Teilevaluationen mitgewirkt (z.B. Zusammenstellung und Verteilung der Materialien für die Hausarztpraxen). Aufgrund des begleitenden Charakters der Teilevaluationen haben diese zur Schärfung des Konzepts des Pilotprojekts beigetragen. Das Pilotprojekt fand im Dezember 2017 seinen Abschluss mit dem offiziellen Schlussanlass, an dem das BAG, der SPVS, die beteiligten Hausärzte sowie die beiden Evaluationsteams teilgenommen haben. Die Interventionsphase lief noch bis im März 2018 weiter und die Erkenntnisse dieser Phase flossen in die vorliegende Evaluation ein.

Umsetzung

Kernstück des Pilotprojekts waren schliesslich die teilnehmenden Hausärzte, die die Girasole-Fortbildung besuchten und im Anschluss die Intervention in ihrer Praxis umgesetzt haben (vgl. nachfolgende Ausführungen).

2.1.2 ZIELE UND ZIELGRUPPEN

Ziel des Pilotprojekts war die versuchsweise Einführung eines Interventionsansatzes im Kanton Tessin, der methodische Ansätze und Inhalte der Programme Gesundheitscoaching und PAPRICA integriert. Erstens sollte getestet werden, ob die Umsetzung in Tessiner Hausarztpraxen machbar ist. Zweitens sollte getestet werden, ob der Interventionsansatz funktioniert. Drittens sollte untersucht werden, welchen Einfluss die Intervention auf das Gesundheitsverhalten der Patienten¹⁷ und insbesondere auf ihre körperliche Aktivität hat.¹⁸ Die Intervention sollte einen Beitrag dazu leisten, Risikofaktoren

¹⁵ Kanton Tessin (2014).

¹⁶ Als weiterer Akteur auf kantonaler Ebene war ursprünglich die Associazione ticinese medici di famiglia (ATIMEF) einbezogen, die die Tessiner Hausärzteschaft punktuell über das Pilotprojekt informierte. Dieser Akteur war jedoch nicht Bestandteil der vorliegenden Evaluation.

¹⁷ Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wird nachfolgend von den Patienten sowie den Hausärzten gesprochen. Die weibliche Form ist dabei selbstverständlich mitgemeint.

¹⁸ Bundesamt für Gesundheit BAG (2016).

für nichtübertragbare Krankheiten zu reduzieren. Ein spezieller Fokus lag dabei auf der Förderung der physischen Aktivität. Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) aus dem Jahr 2012 hat nämlich aufgezeigt, dass der Bewegungsmangel im Tessin besonders ausgeprägt ist.¹⁹ Zu diesem Zweck sollten die Tessiner Hausärzte (direkte Zielgruppe des Pilotprojekts Girasole bzw. Mittler) ihre Patienten (indirekte Zielgruppe) zu gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen beraten und sie motivieren, gemeinsam mit ihnen ein eigenes Gesundheitsvorhaben zu entwickeln. Dieses Vorhaben sollten die Patienten alleine oder mit der Unterstützung eines Repertoires von Bewegungsvorschlägen durchführen. Bei jedem sechsten der rekrutierten Patienten sollte es dank der Verwendung des neuen Interventionsansatzes durch den Hausarzt zu einer gesundheitlichen Verbesserung kommen.²⁰ Zudem sollte die Beratungs- und Coaching-Kompetenz gemäss dem Interventionsansatz der beteiligten Hausärzte verbessert werden. Schliesslich sollte das Pilotprojekt auch zur Vernetzung der Akteure aus der Gesundheitsversorgung und dem Gemeinwesen beitragen.

2.1.3 INTERVENTIONSANSATZ

Nachfolgend wird kurz auf den Interventionsansatz von Girasole eingegangen und der Ablauf des Coachings in der Praxis beschrieben.

Konzeptionelle Grundlagen

Zu den konzeptionellen Grundlagen des Pilotprojekts Girasole gehörten ein Grobkonzept des SPVS²¹, Protokolle der Steuergruppe des Pilotprojekts²² sowie ein Wirkungsmodell, das von einem externen Mandatsnehmer im Auftrag des BAG erstellt worden ist.²³ In Zusammenarbeit mit den beiden Evaluationsteams wurden diese fragmentarischen Grundlagen 2016 im Rahmen eines Evaluationskonzepts konsolidiert und konkretisiert. Insbesondere wurde das Wirkungsmodell vom Evaluationsteam unter Einbezug des SPVS sowie der Fachstelle Evaluation und Forschung des BAG an den aktuellen Projektstand angepasst.²⁴

Methodische und inhaltliche Ansätze von Girasole

Methodisch und inhaltlich kombinierte das Pilotprojekt Girasole die Programme Gesundheitscoaching und PAPRICA und nutzte im Wesentlichen auch die Materialien dieser beiden Programme.

¹⁹ Bundesamt für Statistik (2014): Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Medienmitteilung, Neuenburg (<www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/medienmitteilungen.html?pressID=9761>, Zugriff am 5. Juli 2018). Lediglich 60,8 Prozent der befragten Personen im Kanton Tessin gaben an, körperlich aktiv zu sein – dies im Gegensatz zum schweizerischen Durchschnitt von 72,5 Prozent.

²⁰ Präsentation Martine Bouvier Gallacchi „Progetto Girasole. Empowerment e coaching nello studio medico. Formazione Coaching salute e Paprica Centro sportivo nazionale di Tenero 16–17 settembre 2016“.

²¹ Kanton Tessin (2014).

²² Bundesamt für Gesundheit BAG (2015): Règles de communication projet-pilote Girasole. BAG, Bern sowie Bundesamt für Gesundheit BAG (2014): Procès-verbal: 1ère Rencontre GL (Gruppo di lavoro) Girasole, BAG, Bern.

²³ Simonson/Bize (2015).

²⁴ Oetterli, Manuela; Hanimann, Anina; Gianola, Giada (2018): Externe Evaluation des Pilotprojekts Girasole im Tessin: Wirksamkeit des Pilotprojekts. Teil II der Evaluation. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG), Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern sowie Caiata-Zufferey, Maria; De Pietro, Carlo. (2018): Evaluation du projet-pilote Girasole : Le processus de mise en oeuvre. Rapport à l'attention de l'OFSP. SUPSI/DEASS: Lugano-Manno.

PAPRICA ist ein Fortbildungsprogramm, das darauf abzielt, dass Hausärzte die Beratung ihrer Patienten hinsichtlich körperlicher Aktivität in ihre tägliche Praxis integrieren.²⁵ Aus diesem Fortbildungsprogramm sind insbesondere das Fortbildungskonzept und die Inhalte zur körperlichen Aktivität in die Fortbildung des Pilotprojekts Girasole eingeflossen.²⁶

Demgegenüber lieferte das Programm *Gesundheitscoaching*²⁷ – ein Programm zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Hausarztpraxis – insbesondere die relevanten methodischen Ansätze sowie die dazugehörigen Materialien. Dazu gehört erstens die Methodik der motivierenden Gesprächsführung (motivational interviewing). Die Hausärzte im Pilotprojekt Girasole wurden hinsichtlich dieser Gesprächstechnik geschult und wandten sie dann in der Praxis mit den Patienten an. Zweitens stützte sich der Interventionsansatz von Girasole auch auf die Methodik des Coachings aus dem Programm *Gesundheitscoaching*. Diesem zweiten Ansatz liegt das Konzept der geteilten Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient (Shared Decision Making) zugrunde. Bei diesem Konzept teilen sich Arzt und Patient Information, Expertise und Entscheidungskompetenz in Bezug auf die Diagnose beziehungsweise Therapie. Das bedeutet für beide Seiten einen Rollenwechsel. Da diese methodischen Ansätze sich inhaltlich nicht auf einen bestimmten Gesundheitsbereich beschränken, können sie auch für Gesundheitsprojekte ausserhalb der körperlichen Aktivität angewendet werden (z.B. Stress, Tabakkonsum). Die Integration des Programms *Gesundheitscoaching* kann somit als Katalysator von PAPRICA verstanden werden.²⁸

Ablauf der Intervention bzw. des Coachings²⁹

Das Coaching, welches der Hausarzt mit dem Patienten durchführte, umfasste vier Schritte. Im ersten Schritt „Sensibilisieren“ wurde der Patient für eine Verhaltensänderung sensibilisiert. Im zweiten Schritt „Motivieren“ wählte der Patient gemeinsam mit seinem Arzt einen oder mehrere Bereiche aus, in welchen eine Verhaltensänderung angestrebt wird. Zu diesen Bereichen zählen körperliche Aktivität, Ernährung, Alkohol- und Tabakkonsum, Gewicht, Stress und Belastungen sowie andere von den Patienten definierte Bereiche. Im dritten Schritt „Planen“ setzte sich der Patient mit seinem Arzt konkrete Ziele, wie zum Beispiel 30 Minuten körperliche Bewegung pro Tag. Zudem legten sie fest, mit welchen Massnahmen diese Ziele erreicht werden sollten (z.B. zu Fuss statt mit dem Auto zur Arbeit gehen).³⁰ Im vierten und letzten Schritt „Begleiten“ überprüfte der Patient mit seinem Arzt regelmässig die Umsetzung der Massnahmen und die Zielerreichung, beurteilte seine Gesundheit und besprach das weitere Vorgehen. Die gemein-

²⁵ Koutaissoff et al. (2012).

²⁶ Es war auch angedacht, gewisse Materialien von PAPRICA zu übernehmen, diese wurden aber gemäss Auskunft der Projektleitung schliesslich nicht genutzt.

²⁷ Grüninger et al. (2012).

²⁸ Kanton Tessin (2014).

²⁹ Wie im Wirkungsmodell von Simonson und Bize (2015) zum Pilotprojekt wird der Begriff „Coaching“ synonym mit dem Begriff „Intervention“ verwendet und bezieht sich auf die Beratung, die der Hausarzt mit dem Patienten gemäss dem methodischen Ansatz des motivational interviewing sowie der geteilten Entscheidungsfindung durchführt; siehe Simonson/Bize (2015).

³⁰ Quelle: <www.spectra-online.ch/spectra/themen/gesundheitscoaching-im-tessin-n-das-pilotprojekt-igirasoler-564-10.html>, Zugriff am 3. Juli 2018.

samen Abmachungen wurden in eigens dafür erstellten Arbeitsblättern schriftlich festgehalten (vgl. Anhang A1).³¹ Wie viele Konsultationen für das Coaching und die vier Schritte benötigt wurden, war nicht vorgegeben, sondern orientierte sich an den Bedürfnissen der Patienten.

D 2.2: Überblick Ablauf Coaching

Schritt	1. Sensibilisieren	2. Motivieren	3. Planen	4. Begleiten
Inhalt	- Wo stehe ich? - Wie motiviert bin ich?	- Frühere Erfahrungen - Stärken/Ressourcen - Hindernisse - Informationsbedürfnisse	- Was ist mein Ziel? - Wie komme ich ans Ziel? - Vereinbarungen treffen	- Was habe ich erreicht? - Wie zufrieden bin ich? - Was möchte ich weiter tun?
Instrument	Arbeitsblatt 1	Arbeitsblatt 2		Arbeitsblatt 3

Quelle: Darstellung Interface auf Basis von Grüninger et al. 2012.

2.1.4 HANDLUNGSFELDER

Grundsätzlich kann das Konzept des Pilotprojekts entlang von drei Handlungsfeldern beschrieben werden: die Fortbildung der Hausärzte, die Umsetzung der Intervention in der Hausarztpraxis sowie die Unterstützung der Hausärzte.

- *Fortbildung:* Der SPVS hat mit dem KHM und unter Einbezug von ausgewählten Tessiner Hausärzten eine Fortbildung zur Vermittlung des Interventionsansatzes (vgl. oben) konzipiert. Die Hausärzte, welche an der Konzeption beteiligt waren, wurden im Anschluss mit Unterstützung des KHM als Instruktoren geschult, um die Fortbildung im September 2016 im Centro sportivo nazionale di Tenero durchzuführen.³² Bei der Rekrutierung der Hausärzte für das Pilotprojekt wurde darauf geachtet, dass die Ärzte Interesse an der motivierenden Gesprächsführung mitbringen. Zudem sollten die Hausärzte alle Regionen des Kantons Tessin abdecken. Die Fortbildung sollte die methodischen und inhaltlichen Kenntnisse der Hausärzte ausbauen und sie mit der neuen Rolle als Coach vertraut machen. Die Teilnehmenden wurden hinsichtlich der Umsetzung der Intervention (d.h. des Coachings) in ihrer Praxis (in Anlehnung an das Programm Gesundheitscoaching) sowie spezifisch hinsichtlich der Förderung der physischen Aktivität (in Anlehnung an das Programm PAPERICA) geschult. Die Hausärzte wurden auch darüber informiert, dass sie die Coaching-Leistungen, die sie im Rahmen des Pilotprojekts erbringen über den TAR-MED-Code 00.0510 abrechnen können (vgl. Handlungsfeld Unterstützung). Während der Fortbildung wurden die Hausärzte zudem über ihre Aufgaben im Rahmen der Evaluation des Pilotprojekts Girasole informiert.³³ Der SPVS hat im Projektver-

³¹ Diese Arbeitsblätter wurden vom Programm Gesundheitscoaching übersetzt und für den Kontext im Tessin leicht adaptiert.

³² Diese Instruktoren haben die Intervention im Anschluss ebenfalls in der Praxis umgesetzt und wurden zu den teilnehmenden Hausärzten gezählt.

³³ Für die Wirkungsevaluation mussten die Hausärzte erstens eine Patientenliste der teilnehmenden Patienten führen. In dieser Liste wurden einmalig 9 Variablen zum Hintergrund des Patienten (z.B. Alter, Geschlecht, Risikofaktoren) erfasst sowie pro Konsultation zu weiteren 4 Variablen eine Angabe gemacht (z.B. Dauer der Konsultation). Zweitens mussten die Hausärzte den teilnehmenden Patienten zu Beginn und zum Ende der Intervention jeweils einen Fragebogen mit ihrem persönlichen Patientencode aushändigen. Drittens sollten sie die Arbeitsblätter der Intervention mit dem jeweiligen Patientencode versehen. Viertens mussten sie selbst zwei kurze Fragebögen ausfüllen (nach der Fortbildung und zum Abschluss des Pilotprojekts). Für die Umsetzungevaluation mussten die Hausärzte zweimal an einem (Gruppen-)Interview teilnehmen.

lauf entschieden, gemeinsam mit einem Experten eine zweite Fortbildung zu organisieren. Diese fand während der Interventionsphase (vgl. unten) statt und thematisierte den Umgang mit Stress im Praxisalltag. Diese Fortbildung war nicht Teil der Evaluation.

- *Umsetzung der Intervention in der Hausarztpraxis (Interventionsphase):* Die Umsetzung der Intervention in der Praxis begann im Oktober 2016 nach Abschluss der Fortbildung. Startpunkt für die Hausärzte war dabei die Rekrutierung von geeigneten Patienten. Als geeignet wurden Patienten definiert, die zwischen 40 und 75 Jahre alt waren, regelmässig eine Hausarztpraxis aufsuchen, einen oder mehrere Risikofaktor(en) für nichtübertragbare Krankheiten (wie Bewegungsmangel) aufwiesen und gemäss Einschätzung des behandelnden Hausarztes grundsätzlich für eine Verhaltensänderung motiviert waren. Nach der Rekrutierung begann die eigentliche Intervention, d.h. das Coaching durch den Hausarzt. Das Coaching verlief in vier Schritten über mehrere Konsultationen hinweg (vgl. oben). Die Intervention zielte auf Seiten der Patienten darauf ab, die Gesundheitskompetenz zu steigern, das geplante Verhaltensziel zu erreichen und dadurch die Gesundheit des Patienten zu verbessern. Die Hausärzte sollten durch die Anwendung des Interventionsansatzes in der Praxis ihre fachlichen und methodischen Kompetenzen weiter steigern und die neue Rolle als Coach in die Beratungsarbeit integrieren.
- *Unterstützung der Hausärzte:* Dieses Handlungsfeld umfasst die Unterstützungsleistungen des SPVS für die Hausärzte. Dazu gehörte erstens ein Verzeichnis mit Angeboten für die physische Aktivität im Kanton Tessin, welches die Hausärzte bei der Ausarbeitung des Gesundheitsvorhabens der Patienten nutzen konnten.³⁴ Zweitens organisierte der SPVS drei Treffen zwischen den teilnehmenden Hausärzten, um den Erfahrungsaustausch zu fördern. Drittens wurden den Hausärzten ein Plakat und ein Flyer zur Verfügung gestellt, um in der Praxis auf ihr Coaching-Angebot aufmerksam zu machen.³⁵ Viertens stellte der SPVS mit dem Ordine dei medici del Canton Ticino (OMCT) sicher, dass die teilnehmenden Hausärzte ihre Coaching-Leistungen im Rahmen des Pilotprojekts über die Krankenkassen abrechnen konnten.³⁶ Fünftens wurden die Hausärzte vom SPVS mit einem Beitrag von 500 Franken für ihre Teilnahme am Pilotprojekt Girasole entschädigt und konnten kostenlos an der Fortbildung teilnehmen.³⁷ Schliesslich hat der SPVS den Hausärzten verschiedene Vorschläge für weitere Unterstützungsleistungen gemacht (z.B. Workshops für weiterführendes Training in Bezug auf die motivationale Gesprächsführung). Auf Basis der Rückmeldungen der Hausärzte hat der SPVS deshalb im Verlauf des Projekts

³⁴ Dieses Verzeichnis wurde den Hausärzten zunächst in Papierform und später elektronisch zur Verfügung gestellt. Die Hausärzte bevorzugten für die Interaktion mit den Patienten allerdings die Papierversion. Dieses Verzeichnis diente als Ersatz für die ins Italienische übersetzten Materialien von PAPRICA, die von den InstruktorInnen nicht als nützlich erachtet worden sind.

³⁵ Diese Materialien können auf der Website des SPVS heruntergeladen werden: <<https://www4.ti.ch/dss/dsp/spvs/progetti/alignmentazione-e-movimento/girasole/>>, Zugriff am 8. Juni 2018.

³⁶ Die Hausärzte konnten ihre erbrachten Beratungsleistungen über den TARMED-Code 00.0510 abrechnen. Selbstverständlich stand es jedem Hausarzt frei, diesen Code zu nutzen oder nicht.

³⁷ Auf eine Entschädigung der Hausärzte pro teilnehmenden Patienten – wie das bei anderen Forschungsprojekten im medizinischen Kontext der Fall und beispielsweise im Programm Gesundheitscoaching umgesetzt worden ist – wurde verzichtet, da dies aus Sicht der Projektleitung erstens nicht relevant war für die teilnehmenden Hausärzte, zweitens hätte dies aus ihrer Sicht zu einem Selektionsbias durch die Hausärzte geführt, da nicht primär fachliche Motive, sondern finanzielle Anreize für die Rekrutierung der Patienten ausschlaggebend gewesen wären.

entschieden, gemeinsam mit einem Experten eine zweite Fortbildung zum Umgang mit Stress im Praxisalltag zu organisieren. Diese sollte den Hausärzten helfen, die Intervention in die täglichen Konsultationen zu integrieren. Diese Fortbildung war jedoch nicht Teil der Evaluation.

2.2 ZIELE UND FRAGESTELLUNGEN DER EVALUATION

Die Evaluation fokussierte auf die Umsetzungsphase des Pilotprojekts von der Fortbildung der Hausärzte bis zum Abschluss der Interventionsphase. Das heisst, es ging insbesondere um die Bewertung der Handlungsfelder Fortbildung, Umsetzung der Intervention in der Hausarztpraxis sowie Unterstützung der Hausärzte. Auf diese drei Bestandteile beziehen wir uns im Folgenden, wenn wir vom Pilotprojekt Girasole sprechen. Dabei wird jeweils spezifiziert, um welchen Teil es genau geht. Nicht Bestandteil der Evaluation sind damit die konzeptionellen Vorarbeiten der Steuergruppe sowie das Handlungsfeld Vernetzung.

Ziel der vorliegenden Teilevaluation II zu den Wirkungen war erstens die quantitative Überprüfung der Wirkungen der Fortbildung sowie der Umsetzung der Intervention in der Praxis auf das Wissen und die Beratungskompetenzen der Hausärzte. Zweitens wurden die Wirkungen der Intervention durch den Hausarzt (d.h. das Coaching der Patienten basierend auf dem methodischen Ansatz von Girasole) auf die Gesundheitskompetenz, das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand der Patienten untersucht. Zusätzlich wurde untersucht, wie die teilnehmenden Hausärzte und Patienten charakterisiert werden können und wie ihre Zufriedenheit und der wahrgenommene Nutzen mit dem Pilotprojekt (d.h. Fortbildung, Umsetzung der Intervention und Unterstützung) ausfielen.

Evaluationsfragen zuhanden der Hausärzte

- *Teilnehmende Hausärzte:* Wie viele Hausärzte haben an der Fortbildung teilgenommen? Wie viele Hausärzte haben die Intervention (d.h. das Coaching) bei ihren Patienten durchgeführt? Wie können sie charakterisiert werden?
- *Zufriedenheit und Nutzen:* Wie zufrieden waren die Hausärzte mit der Fortbildung und wie beurteilen sie den Nutzen? Wie zufrieden waren die Hausärzte mit der Umsetzung der Intervention in der Praxis?
- *Wirkungen:* Wie haben sich die Fortbildung und die Interventionsphase auf das Wissen und die Coachingkompetenz der Hausärzte ausgewirkt? Fühlten sich die Hausärzte nach Abschluss der Fortbildung sowie der Interventionsphase befähigt, die Rolle des Coaches sowie die neuen Beratungstechniken in der Praxis umzusetzen?

Evaluationsfragen zuhanden der Patienten

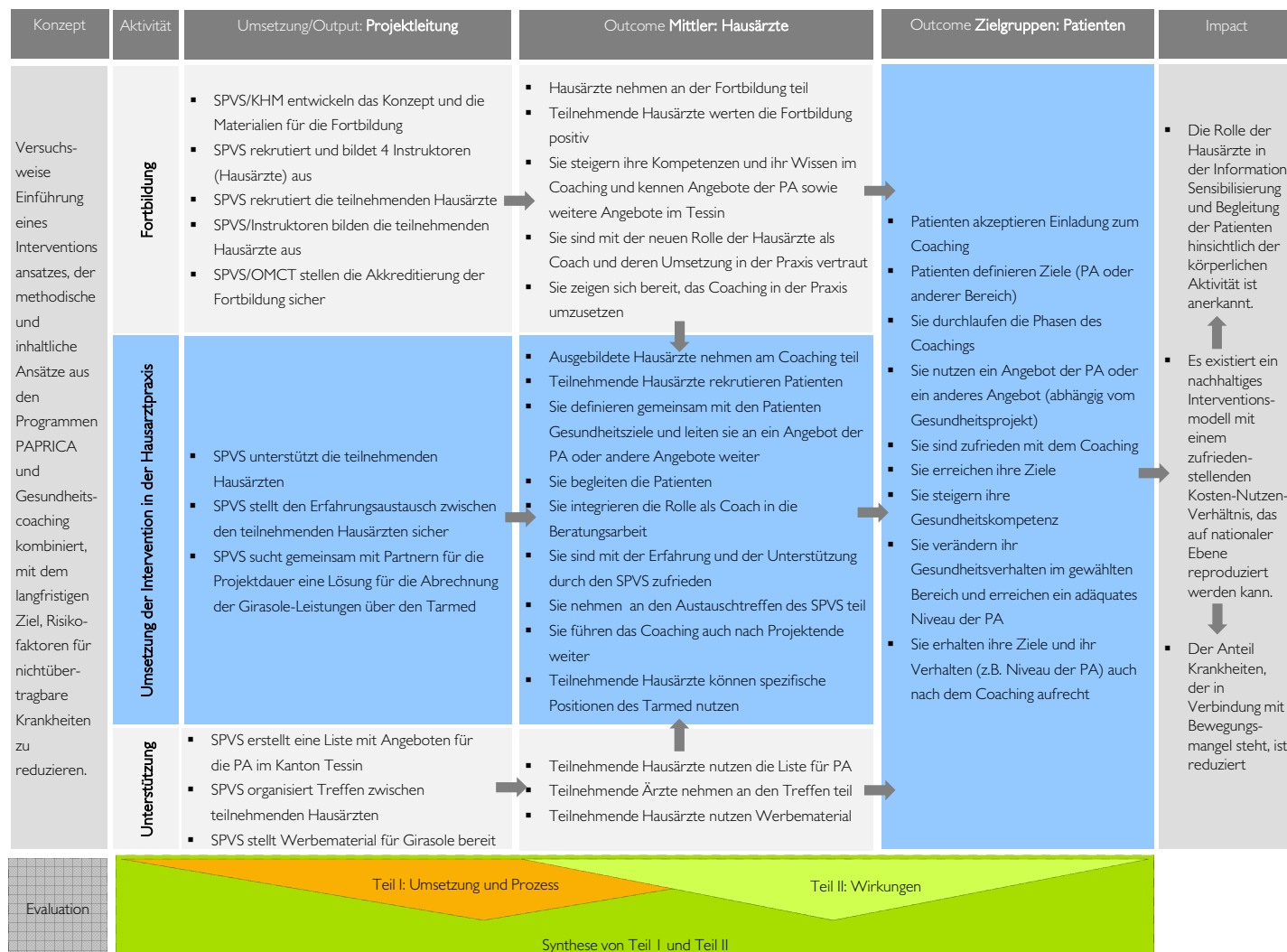
- *Teilnehmende Patienten:* Wie viele Patienten haben die einzelnen Schritte des Coachings durchlaufen und abgeschlossen? Wie können diese Patienten charakterisiert werden? Welches waren die Gründe für den Abbruch?
- *Zufriedenheit und Nutzen:* Wie zufrieden waren die Patienten mit dem Coaching durch den Hausarzt?

- *Wirkungen:* Welche Wirkungen hat die Intervention durch den Hausarzt auf die Gesundheitskompetenz, des Gesundheitsverhaltens sowie des subjektiven Gesundheitszustands der Patienten? Konnten die Patienten ihre persönlichen Ziele erreichen?

Ausgehend von den Zielsetzungen der Evaluation, dem Pflichtenheft für die Evaluation, den obenstehenden Evaluationsfragen sowie einem bereits bestehenden Wirkungsmodell zum Pilotprojekt Girasole der Universität Lausanne wurden im Wirkungsmodell (vgl. Darstellung D 2.3) die Evaluationsgegenstände und die erwarteten Wirkungszusammenhänge dargestellt.³⁸

³⁸ Simonson/Bize (2015).

D 2.3: Wirkungsmodell



Quelle: Darstellung Interface auf Basis von Simonson/Bize (2015).

Legende: KHM = Kollegium für Hausarztmedizin, OMCT = Ordine dei medici del cantone Ticino, PA = Physische Aktivität, SPVS = Servizio di promozione e di valutazione sanitaria.

Nachfolgend wird das Untersuchungsdesign mit den Vergleichsebenen und dem methodischen Ansatz beschrieben.

3.1 VERGLEICHSEBENEN

Zur Beantwortung der Evaluationsfragen werden verschiedene Vergleichsebenen herangezogen.

Soll-Ist-Vergleiche

Mittels Soll-Ist-Vergleichen kann festgestellt werden, ob die Ziele des Pilotprojekts erfüllt worden sind (vgl. Abschnitt 1.1.2). Dazu gehört beispielsweise, ob die angestrebte Zahl von Hausärzten und Patienten erreicht worden ist und ob sie mit dem Coaching oder der Fortbildung zufrieden waren.

Vorher-Nachher-Vergleiche

Um Wirkungen auf Ebene der Patienten und der Hausärzte feststellen zu können, wurden soweit möglich Vorher-Nachher-Vergleiche durchgeführt. Sie erlauben es, Veränderungen in Bezug auf die Ausgangssituation zu messen.

Quervergleiche

Ebenfalls wurden Quervergleiche zwischen den teilnehmenden Hausärzten und Patienten angestellt. Zudem wurden die Ergebnisse bezüglich der Ausgangslage und der Wirkungen bei den Patienten mit verfügbaren Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 sowie dem Programm Gesundheitscoaching und dem Projekt Pas à Pas³⁹ verglichen. Für die Daten der Hausärzte wurden Quervergleiche mit den Programmen Gesundheitscoaching, PAPRICA und dem Projekt Pas à Pas angestellt.⁴⁰

³⁹ Pas à Pas ist ähnlich wie PAPRICA ein Projekt zur Förderung der körperlichen Aktivität bei Patienten durch den Hausarzt. Zwischen 2015 und 2017 wurde es als Pilotprojekt im Kanton Waadt durchgeführt und existiert seit 2017 als fixes Angebot. Kern des Pilotprojekts war die Abgabe von Delegationsbons durch Hausärzte an ihre Patienten zur Inanspruchnahme einer Beratung durch einen Spezialisten für „Activité Physique Adaptée“. Zusätzlich ist Pas à Pas auch eine Expertenplattform (Quellen: Locicero, Stéphanie; Samitca, Sanda; Bize, Raphaël (2018): Evaluation formative du projet „Pas à Pas“ avec délégation médicale du conseil en activité physique auprès de spécialistes en activités physiques adaptées sowie <https://mangerbouger.promotionsantevaudo.ch/projet/pas-a-pas/>, Zugriff am: 18.10.18).

⁴⁰ Nebst den drei erwähnten Programmen bzw. Projekten wurden in der Schweiz in den letzten Jahren weitere Präventionsmassnahmen in der Hausarztpraxis umgesetzt. Dazu gehören unter anderem das Projekt „Frei von Tabak – ärztliche Beratung zum Rauchstopp“, der Leitfaden „Kurzinterventionen bei Patienten mit risikoreichem Alkoholkonsum“, das Programm „EviPrev“ oder das Basisdokument „Krise und Suizid“. Der offene Ansatz von Girasole erlaubte es grundsätzlich, die hausärztliche Intervention mit Instrumenten aus anderen Programmen und Projekten zu kombinieren (z.B. Kurzinterventionen bei risikoreichem Alkoholkonsum, sofern der Patient ein Ziel im Bereich Alkohol hatte). Da das Pilotprojekt Girasole aber primär auf die körperliche Aktivität fokussierte, wurde in der Evaluation nicht näher untersucht, inwiefern die teilnehmenden Hausärzte solche weiteren Instrumente in die Intervention einbezogen.

3.2 METHODISCHER ANSATZ

3.2.1 GRUNDLAGEN

Im Sinne einer Methodentriangulation stützt sich die Untersuchung auf drei methodische Grundlagen:⁴¹

- *Dokumentenanalyse:* Dazu gehörten erstens die verfügbaren Unterlagen des SPVS und des BAG zum Pilotprojekt. Zweitens wurden die Unterlagen der Programme Gesundheitscoaching und PAPRICA analysiert. Soweit möglich wurden die Evaluationsinstrumente des Programms Gesundheitscoaching beziehungsweise des Programms PAPRICA berücksichtigt, um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Drittens wurden die Arbeitsunterlagen des Pilotprojekts Girasole für die ärztliche Weiterbildung sowie für das Patientencoaching integriert. Insbesondere wurden auch Teile der Arbeitsblätter 1 bis 3 des Coachings ausgewertet (vgl. Anhang A1): In Arbeitsblatt 1 wurden die Zuversicht, Wichtigkeit und Bereitschaft zur Veränderung, in Arbeitsblatt 2 das gewählte Gesundheitsverhalten und in Arbeitsblatt 3 die Zufriedenheit mit dem Pilotprojekt Girasole insgesamt analysiert.⁴²
- *Schriftliche Befragung:* Es wurde eine schriftliche Befragung bei Hausärzten und Patienten zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt. Um die Vergleichbarkeit mit anderen Daten zu gewährleisten, wurden die Fragen soweit möglich mit Fragen zu bestehenden Erhebungsinstrumenten abgeglichen.
- *Patientenliste:* Die beteiligten Hausärzte wurden gebeten, während der Interventionsphase eine Patientenliste zu führen. Darin wurden Einträge zu den soziodemografischen Merkmalen der Patienten (z.B. Alter, Bildungsabschluss) sowie dem Coachingablauf gemacht.

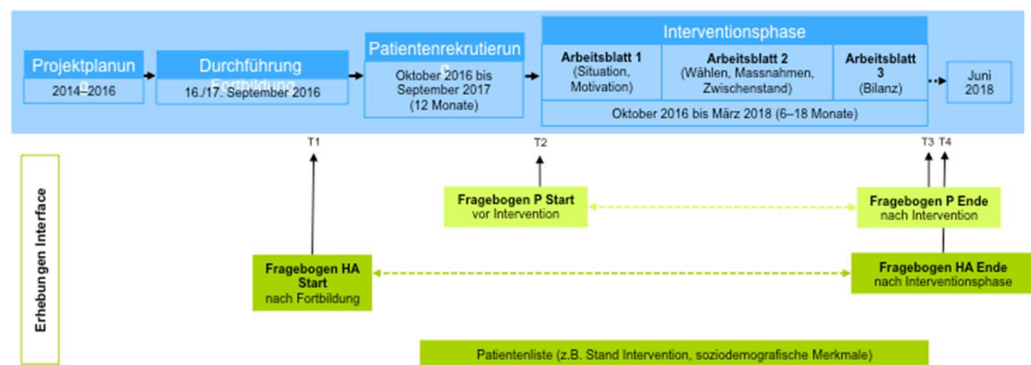
Bei der Entwicklung des Designs für die Wirkungsevaluation konnte das Evaluationsteam auf die Beratung und Erfahrungen einer Person zurückgreifen, die im Institut für Hausarztmedizin der Universität Zürich für das Programm Gesundheitscoaching zuständig war.

Die Darstellung D 3.1 zeigt die einzelnen Phasen des Projekts auf (blau markiert). Grün markiert sind die Erhebungen des Evaluationsteams eingetragen. Die letzten Erhebungen von Interface wurden im April 2018 durchgeführt (Nachher-Messung Hausärzte). Die Rekrutierungsphase der Patienten war ursprünglich von Oktober 2016 bis September 2017, die Interventionsphase (Coaching durch die Hausärzte) von Oktober 2016 bis März 2018 vorgesehen. Da die Zahl der rekrutierten Patienten jedoch tiefer als erwartet war, wurde entschieden, diese Phasen um sechs Monate zu verlängern (bis März 2018).

⁴¹ Flick, Uwe (2008): Triangulation: Eine Einführung, 2. Auflage. VS Verlag, Wiesbaden.

⁴² Für die Messung der Veränderung des Gesundheitsverhaltens wurden nicht die Angaben aus den Arbeitsblättern aus den Arbeitsblättern verwendet, sondern Fragen zum Gesundheitsverhalten und –zustand in den Patientenfragebogen.

D 3.1: Datenerhebungen im Überblick



Quelle: Darstellung Interface.

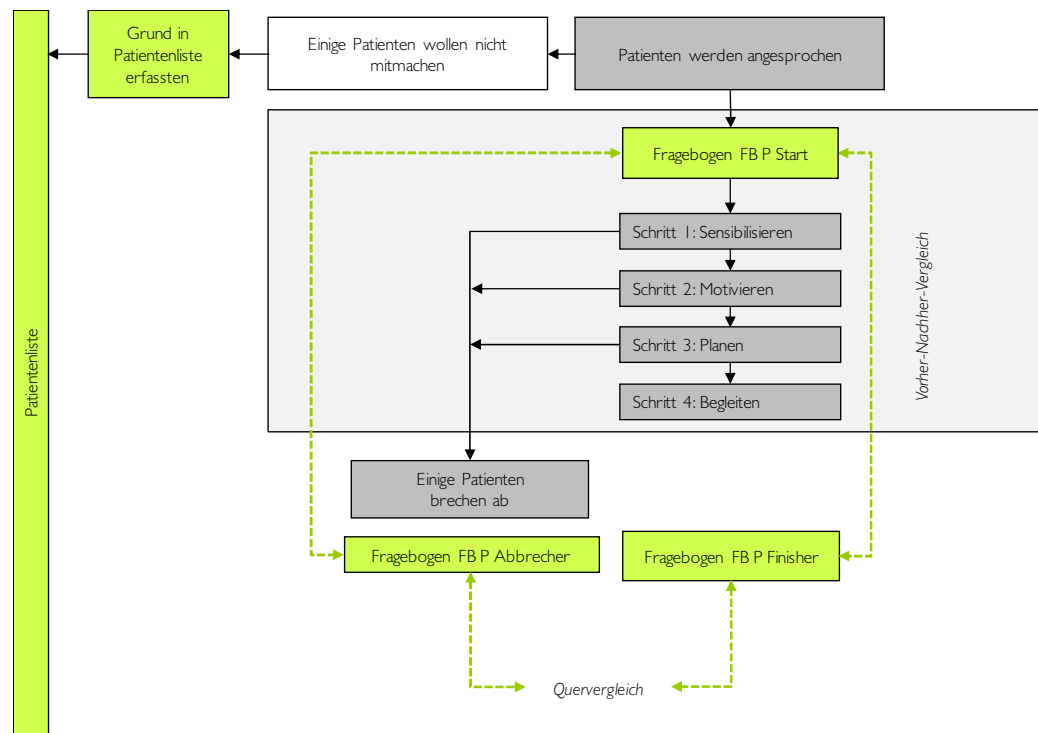
Legende: Dunkelgrün = Datenerhebung bei/durch Hausarzt; Hellgrün = Datenerhebung bei Patienten; HA = Hausärzte; P = Patienten.

3.2.2 DESIGN MIT KONTROLLGRUPPE

Das Evaluationsteam hatte ursprünglich geplant, einen Vergleich zwischen Patienten, die den Coachingprozess wie geplant absolvierten („Finisher“) und Patienten, die den Prozess vorzeitig beendeten („Abbrecher“) durchzuführen, um auf diese Weise für die Wirkungsanalyse über eine interne Kontrollgruppe zu verfügen. Es wurde zudem überlegt, zwischen Patienten, die früh, das heisst nach Schritt 1 („frühe Abbrecher“) und spät, das heisst nach Schritt 2 oder 3 („späte Abbrecher“), abbrechen zu unterscheiden. Nach Abschluss der Rekrutierungs- und Interventionsphase hat sich allerdings gezeigt, dass für eine solche Analyse für die Abbrecher zu wenige gültige Fragebogen vorlagen (vgl. Abschnitt 3.5).⁴³

⁴³ Ein Vergleich wäre hinsichtlich des allgemeinen Gesundheitszustands, der Gesundheitskompetenz und der psychischen Gesundheit möglich gewesen sowie hinsichtlich der Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten des Projekts.

D 3.2: Design Kontrollgruppe



Quelle: Darstellung Interface.

Legende: FB = Fragebogen, P = Patienten.

3.3 CHANCEN UND GRENZEN

Bei der Interpretation der Evaluationsergebnisse ist Folgendes zu beachten:

- Erstens stellte das fragmentarische Konzept von Girasole für das Evaluationsteam eine grosse Herausforderung dar. Es musste zu Beginn konkretisiert und an den tatsächlichen Projektstand angepasst werden, bevor ein Evaluationskonzept erarbeitet werden konnte. Dieser Prozess hat einen beachtlichen Teil der verfügbaren Ressourcen für die Evaluation benötigt; gleichzeitig hat dieser Prozess aus Sicht der Projektleitung einen wichtigen Beitrag zur Optimierung des Pilotprojekts geleistet.
- Zweitens war das Konzept von Girasole bewusst offen gestaltet, um den Hausärzten einen grossen Spielraum bei der Art und Weise der Umsetzung der Intervention zu lassen. Dieses Vorgehen bot einerseits die Chance, das Projekt unter „realen“ Rahmenbedingungen einer Hausarztpraxis umzusetzen und zu analysieren. Andererseits führten diese Rahmenbedingungen dazu, dass die Intervention zu wenig systematisch umgesetzt wurde, um eine Aussage über deren Wirksamkeit machen zu können.

- Drittens wurden auf Wunsch der Leitung des Pilotprojekts eine enge Begleitung der beteiligten Hausärzte⁴⁴ aufgrund deren mangelnden Akzeptanz und eine Entschädigung⁴⁵ für Leistungen im Rahmen der Evaluation aufgrund des Selektionsbias ausgeschlossen. Auf den Einsatz einer Kontrollgruppe (um Einflussfaktoren der Evaluation und Einflussfaktoren ausserhalb der Intervention zu kontrollieren) wurde aus organisatorischen Gründen verzichtet.⁴⁶

Diese Hürden hat das Evaluationsteam dem BAG wie auch dem SPVS im Rahmen der Offert-Diskussion im Detail offengelegt.⁴⁷ Basierend auf der Abwägung der Vor- und Nachteile haben die Verantwortlichen gewünscht, trotz der damit verbundenen Risiken eine quantitative Wirkungsevaluation unter Einbezug von Fragen zum Gesundheitszustand und -verhalten aus der SGB durchzuführen. Insbesondere auch, weil es ein Wunsch der Steuergruppe war, Gesundheitszustand und -verhalten der teilnehmenden Patienten mit den Daten aus der SGB für den Kanton Tessin zu vergleichen. Zudem konnte die Projektleitung des SPVS glaubwürdig darlegen, dass die ausgewählten Hausärzte sehr motiviert und entsprechend bereit waren, unter den vorgegebenen Rahmenbedingungen mitzuwirken, und dass sie bei der Umsetzung eng vom SPVS begleitet werden würden. Der Fokus der Evaluation sollt aus Sicht des SPVS primär auf die Machbarkeit des Pilotprojekts und nicht auf dessen Wirksamkeit gelegt werden. Schliesslich wurde auch der Aufwand der Patienten für das Ausfüllen eines relativ kurzen Evaluationsfragebogens zu Beginn (drei Seiten) und am Schluss der Intervention (vier Seiten) sowie für die im Rahmen der Wirkungsevaluation anfallenden Aufgaben für die Hausärzte als vertretbar erachtet.⁴⁸

- Viertens blieb die Zahl der rekrutierten Patienten – als Folge der oben beschriebenen Rahmenbedingungen – klar unter den Erwartungen, obwohl der SPVS die Hausärzte diesbezüglich mehrmals kontaktiert hat und auch die Dauer der Interventionsphase verlängert worden war. Zudem zeigte sich, dass insbesondere zwei Hausärzte hoch motiviert mitgewirkt haben und die so generierten Daten somit nicht repräsentativ für die teilnehmenden Hausärzte sind. In der Folge konnten keine Vergleiche in Bezug auf die Wirksamkeit der Intervention zwischen den Praxen gemacht werden. Als Folge des dritten und vierten Punktes konnte die Evaluation auf der erzielten Datenbasis keine validen Aussage darüber machen, wie die Wirkung des Coachings auf das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand der Patienten zu beurteilen

⁴⁴ Die Qualität der Datenerhebung durch die Hausärzte sowie der Rücklauf der Patientenfragebögen hingen massgeblich vom Engagement der Hausärzte ab. Es war dem Evaluationsteam jedoch nicht erlaubt, direkt mit dieser Zielgruppe in Kontakt zu treten.

⁴⁵ Im Projekt Gesundheitscoaching wurde den teilnehmenden Hausärzten für ihre Leistungen im Rahmen der Evaluation pro teilnehmenden Patient zwischen CHF 30.- (Abbruch nach dem ersten Schritt) und CHF 250.- (Absolvierung aller Interventionsschritte) bezahlt.

⁴⁶ Zur Zusammenarbeit mit Hausärzten im Rahmen von Forschungsprojekten siehe auch Jungo, Katharina T.; Löwe, Axel; Mantelli, Sophie; Meier, Rahel; Rodondi, Nicolas; Streit, Sven (2018): Die OPTICA-Studie. In: PRIMARY AND HOSPITAL CARE – ALLGEMEINE INNERE MEDIZIN 2018;18(6):100–102.

⁴⁷ Oetterli, Manuela; Hanimann, Anina; Balthasar, Andreas (2016): Evaluation des Pilotprojekts Girasole: Teil Wirkungen und Synthese der Ergebnisse. Konzept und Offerte zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG): Abschnitt 5.1.4.

⁴⁸ Vgl. Fussnote 33.

war.⁴⁹ Zudem basierte die Wirkungsevaluation auf der Selbstauskunft der Patienten und beinhaltete keine objektiv beobachtbaren Veränderungen. Um sozial erwünschtes Antwortverhalten zu reduzieren, haben die Patienten die Fragebögen nicht im Beisein des Arztes ausgefüllt. Trotz dieser Einschränkungen konnten auf der verfügbaren Datenbasis wertvolle Hinweise zu den Charakteristika von teilnehmenden und nicht teilnehmenden Patienten sowie zur Motivation, Zufriedenheit und Akzeptanz der teilnehmenden Patienten gemacht werden.

- Fünftens lässt sich der Schluss ziehen, dass sowohl die Umsetzungs- wie auch Teile der Wirkungsevaluation eine wichtige Basis gelegt haben, um das Pilotprojekt Girasole weiterzuentwickeln und Schlussfolgerungen im Hinblick auf die Verbreitung dieses Ansatzes über das Pilotprojekt hinaus zu ziehen. An dieser Stelle bedankt sich das Evaluationsteam der SUPSI und von Interface für das grosse Engagement der beteiligten Ärzte und Patienten von Girasole sowie für die ausgezeichnete Zusammenarbeit mit dem SPVS, dem BAG und der Evaluationsbegleitgruppe.

3.4 DATENERHEBUNG UND ANALYSE BEI HAUSÄRZTEN

3.4.1 ERHEBUNGSINSTRUMENTE

Die beiden Fragebogen HA Start und HA Ende zuhanden der Hausärzte wurden vom Evaluationsteam gemeinsam mit den Projektverantwortlichen und der Begleitgruppe der Evaluation entwickelt. Zudem wurden gewisse Fragen vom Programm Gesundheitscoaching (GC) beziehungsweise PAPRICA (P) übernommen, um eine gewisse Vergleichbarkeit zu ermöglichen. Einzelne Fragen wurden sowohl im Start- wie auch im End-Fragebogen im Hinblick auf einen Vorher-Nachher-Vergleich gestellt, die anderen Themen wurden entweder beim Start oder am Ende abgedeckt. Die Darstellung D 3.3 fasst zusammen, welcher Fragebogen welche Themen erfasst.

⁴⁹ Dazu läuft allerdings am Institut für Hausarztmedizin Zürich ein vom Tabakpräventionsfonds finanziertes Forschungsprojekt (Projekt „COSMOS“), das entsprechende Aussagen ermöglichen sollte: <<http://www.hausarztmedizin.uzh.ch/de/forschung/projekte/laufende-projekte.html>>, Zugriff am 30. Mai 2018.

D 3.3: Erhobene Themen Hausärzte

Themen (in Klammern ist die Herkunft der Fragen aufgeführt, sofern keine eigene Formulierung gewählt wurde)	Fragebogen	
	HA Start	HA Ende
Zufriedenheit und Nutzen der Fortbildung (GC)	X	
Vorkenntnisse Beratung und Kommunikation (GC)	X	
Wissen zu Beratung und Kommunikation (GC)	X	
Soziodemografische Angaben	X	
Angaben zur Praxis	X	
Beratungs- und Coachingkompetenz (GC)	X	X
Gesundheitsförderung und Prävention in der Praxis (P)	X	X
Vernetzung ausserhalb der Praxis	X	X
Erfahrungen mit Girasole in der Praxis		X
Zufriedenheit mit dem Projekt (inkl. Instrumente)		X
Arbeitsteilung in der Praxis (GC)		X
Beurteilung der Evaluation		X

Legende: GC = Fragen aus dem Projekt Gesundheitscoaching (teilweise angepasst); P = Fragen aus dem Projekt PAPRICA (teilweise angepasst). Für die grau hinterlegten Themen liegt eine Vorher-Nachher-Messung vor.

3.4.2 GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE

Die Grundgesamtheit besteht aus Hausärzten, die im Kanton Tessin eine Praxis betreiben und idealerweise bereits über Erfahrung mit dem *Motivational Interviewing* verfügen. Die Rekrutierung dieser Hausärzte erfolgte durch den SPVS, welcher dafür vor allem seine persönlichen Kontakte nutzte.

Insgesamt wurden vom SPVS 25 Hausärzte angefragt. Wie Darstellung D 3.4 aufzeigt, haben sich insgesamt 19 Hausärzte zur Teilnahme bereit erklärt und die Fortbildung besucht. Zwei Hausärzte sind während dem Projektverlauf ausgestiegen beziehungsweise haben gar nicht angefangen zu rekrutieren.⁵⁰ Ausgefüllt liegen somit 17 Start- und 17 End-Fragebogen vor. Allerdings liegen nur für 16 Personen sowohl ein ausgefüllter Start- wie auch End-Fragebogen vor, welche für den Vorher-Nachher-Vergleich verwendet werden können.

Die nachfolgenden Auswertungen werden sich daher auf unterschiedliche Stichprobengrössen (n) beziehen.

⁵⁰ Gemäss Teilbericht I der Evaluation zur Umsetzung lag dies insbesondere an Vorstellungen zur beruflichen Identität der Hausärzte, die mit dem Interventionsansatz von Girasole nicht vereinbar sind; siehe: Caiata-Zufferey/de Pietro (2018).

D 3.4: Relevante Stichprobengrößen für die Auswertungen

Stichprobengröße (n)	Bezeichnung Stichprobe	Verwendungszweck
19	Hausärzte, die Teilnahme an Girasole zugestimmt haben	–
17	Hausärzte, die an Fortbildung teilgenommen haben und den Start-Fragebogen ausgefüllt haben	Beschreibung Ausgangslage/Fragen zur Fortbildung
17	Hausärzte, die bis am Schluss bei Girasole mitgemacht haben und den End-Fragebogen ausgefüllt haben	Fragen zu Erfahrung/Zufriedenheit/Nutzen
16	Hausärzte, die zwei Fragebogen ausgefüllt haben	Vorher-Nachher-Vergleich

3.4.3 STATISTIK UND DATENBEREINIGUNG

Die Fragebogendaten wurden von Hand in eine dafür vorbereitete Eingabemaske der Statistik-Software SPSS (Version 19) übertragen. Im Anschluss wurden Plausibilitätschecks für die Daten durchgeführt und der Datensatz bereinigt. Für beide Befragungszeitpunkte lagen 17 gültige Fragebogen vor. Basierend auf diesen Daten wurden die statistischen Auswertungen durchgeführt. Diese umfassten insbesondere deskriptive Analysen der zentralen Variablen. Insbesondere wurden auch deskriptive Gruppenvergleiche durchgeführt. Zentrale Variable war hier, ob die Hausärzte vor dem Pilotprojekt Girasole bereits Weiterbildungen zum Thema Coaching und Beratung besucht hatten.

3.5 DATENERHEBUNG UND ANALYSE BEI PATIENTEN

3.5.1 ERHEBUNGSINSTRUMENTE

Insgesamt gab es für die Patienten sechs Erhebungsinstrumente: Je einen Patientenfragebogen für die Messung zum Start der Intervention (P Start) und zum Ende (P Abbrecher und P Finisher), die von den Hausärzten geführte Patientenliste (PL) sowie die Arbeitsblätter 1 bis 3 (AB1, AB2 und AB3). Für die Nachher-Messung wurden zwei unterschiedliche Fragebogen-Versionen entwickelt: Abbrecher erhielten einen kürzeren Fragebogen und Finisher einen längeren, da anzunehmen war, dass bei den Abbrechern die Motivation zum Ausfüllen eines Fragebogens tiefer lag als bei den Finishern. Es war vorgesehen, dass die Patienten den Fragebogen P Start direkt nach dem Ausfüllen von Arbeitsblatt 1 ausfüllen. P Abbrecher sollten die Patienten ausfüllen, sobald sie dem Hausarzt kommuniziert haben, dass sie das Coaching vorzeitig beenden wollten. Wenn der Patient nicht mehr in die Praxis kam, sollte der Hausarzt dem Patienten den Fragebogen P Abbrecher nach Hause schicken. P Finisher sollte von den Patienten nach dem Ausfüllen des Arbeitsblatts 3 ausgefüllt werden. Die Fragebogen wurden den Patienten direkt von den Hausärzten abgegeben und konnten entweder im Wartezimmer ausgefüllt und in der Praxis abgegeben oder zu Hause ausgefüllt und per Post zurückgeschickt werden.⁵¹ Um

⁵¹ Durch das Ausfüllen in der Praxis wollte das Evaluationsteam gewährleisten, dass der Rücklauf möglichst hoch ist. Allerdings hat sich gezeigt, dass die Hausärzte den Patienten die Fragebogen lieber mit nach Hause gaben.

eine Vergleichbarkeit zu erreichen, wurden für die Fragebogen möglichst identische Fragen wie in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB), im Programm Gesundheitscoaching oder in der Befragung zur Gesundheitskompetenz des BAG⁵² gewählt. Darstellung D 3.5 fasst zusammen, welche Themen mit welchem Instrument erhoben wurden.

D 3.5: Erhobene Themen Patienten

Themen (in Klammern ist die Herkunft der Fragen aufgeführt, sofern keine eigene Formulierung gewählt wurde)	Erhebungsinstrument						
	P-Start	P-Abbrecher	P-Finisher	ABI	AB2	AB3	PL
Allgemeiner Gesundheitszustand (SGB)	X	X	X				
Gesundheitliche Einschränkung (SGB)	X	X	X				
Gesundheitskompetenz (BAG, GC)	X	X	X				
Psychische Gesundheit (SGB)	X	X	X				
Kontrollniveau eigenes Leben (SGB)	X		X				
Gewicht (GC)	X		X				
Grösse (GC)	X						
Alkoholkonsum (SGB)	X		X				
Tabakkonsum (SGB)	X		X				
Ernährung (SGB)	X		X				
Bewegung (SGB)	X		X				
Beurteilung Girasole (GC)		X ^R	X				
Nutzen und Zielerreichung (GC)		X ^R	X				
Grund für Abbruch		X					X
Verhaltensabsicht (GC)		X					
Erfolgsfaktoren			X				
Motivation (ABG)				X			
Gewähltes Gesundheitsverhalten (ABG)					X		
Zufriedenheit mit Girasole (ABG)						X	
Geschlecht (GC)							X
Alter (GC)							X
Bildungsniveau (GC)							X
Muttersprache							X
Dauer der Arzt-Patienten-Beziehung							X
Risikofaktoren							X
Anzahl und Dauer Konsultation (GC)							X
Coaching-Schritt							X

Legende: SGB = Frage aus der SGB, BAG = Frage aus dem Fragebogen des BAG zur Gesundheitskompetenz, GC = Gesundheitscoaching, ABG = Arbeitsblatt Girasole, ^R = Thema wurde bei Abbrechern nur reduziert abgefragt. Grau markiert = Für die grau hinterlegten Themen liegt eine Vorher-Nachher-Messung vor.

⁵² Quelle: <<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz.html>>, Zugriff am 8. Juni 2018.

3.5.2 GRUNDGESAMTHEIT UND STICHPROBE

Zum Patientenkollektiv, aus welchem die Hausärzte ihre Patienten für die Intervention rekrutierten, zählten grundsätzlich alle Patienten zwischen 40 und 75 Jahren, die regelmässig (d.h. mindestens ein- bis zweimal pro Jahr) die am Projekt beteiligte Hausarztpraxis aufsuchten, einen oder mehrere Risikofaktor(en) für nichtübertragbare Krankheiten (wie Bewegungsmangel) aufwiesen und gemäss Einschätzung der zuständigen Hausärzte grundsätzlich motiviert waren für eine Verhaltensänderung. Zudem sollten sie in der Lage sein, Texte in italienischer oder deutscher Sprache zu lesen und einfache Sätze schreiben zu können.

Wie aus den von den Hausärzten geführten Patientenlisten ersichtlich ist, wurden insgesamt 206 Patienten zur Teilnahme an der Intervention eingeladen. Davon haben 181 die Einladung akzeptiert (88%). 25 Patienten haben sie abgelehnt (12%). Von den 181 Patienten, die sich zur Teilnahme bereit erklärt haben, haben gemäss Patientenlisten der Hausärzte 100 Patienten ihr persönliches Gesundheitsprojekt abgeschlossen und alle vier Schritte des Coachings durchlaufen (Finisher). Das entspricht einem Anteil von rund 55 Prozent. 81 Patienten haben die Intervention abgebrochen (Abbrecher).

Das Evaluationsdesign des Pilotprojekts Girasole ging von der Annahme aus, dass insgesamt 20 Hausarztpraxen mit je 200 Patienten im Pilotprojekt Girasole mitmachen würden und dass pro Praxis 20 Patienten (10%) die Intervention beenden würden (Finisher). Diese Annahme wurde auf Basis der Erfahrungen im Programm Gesundheitscoaching sowie der Einschätzung der Projektleitung des Pilotprojekts Girasole als optimistisch, aber realistisch definiert. Diese Zielvorgabe konnte nicht ganz erreicht werden, da nur 17 statt 20 Praxen mit insgesamt 181 statt 400 Patienten teilnahmen (pro Praxis knapp 11 Patienten). Von diesen 181 Patienten beendeten aber mit 100 Patienten 55 Prozent statt der erwarteten 10 Prozent die Intervention. Somit lag der Rekrutierungsgrad deutlich tiefer, die Erfolgsrate bei der Durchführung der Intervention jedoch höher als angenommen. Gründe für die tiefe Rekrutierungsrate sind der Teilstudie I der Evaluation sowie Abschnitt 5.1 dieses Berichts zu entnehmen. Im Vergleich zum Programm Gesundheits-coaching zeigt sich zudem, dass die Zahl der ablehnenden Patienten im Pilotprojekt Girasole leicht höher, der Anteil Abbrecher jedoch tiefer und jener der Finisher höher war (vgl. Darstellung D 3.6).⁵³

D 3.6: Typologie der Patienten und Vergleich mit dem Projekt Gesundheitscoaching

	Patienten Girasole		Patienten Gesundheitscoaching	
	n	Anteil in %	n	Anteil in %
Nichtteilnehmer	25	12,1	91	8,7
Abbrecher	81	39,3	604	57,8
Finisher	100	48,5	353	33,5
<i>Total</i>	<i>206</i>	<i>100</i>	<i>1045</i>	<i>100</i>

Legende: Als Abbrecher wurden alle Patienten klassifiziert, die auf den Patientenlisten als Teilnehmende erfasst waren, für welche dann aber kein Fragebogen P Finisher vorlag (d.h. entweder gab es keine Endmessung

⁵³ Grüninger et al. (2012).

oder aber die Endmessung lag in Form des Fragebogens P Abbrecher vor). Als Finisher zählten alle Patienten, für die ein Fragebogen P Finisher vorlag.

Darstellung D 3.7 zeigt, dass für 74 Prozent der 181 Patienten, welche der Teilnahme an der Intervention zugestimmt haben, eine Ausgangsmessung in Form des ausgefüllten Start-Fragebogens vorliegt. Auch für alle Finisher liegt eine Endmessung vor.⁵⁴ Allerdings ist die Rücklaufquote der Abbrecher-Fragebogen mit gut 7 Prozent sehr tief. Das liegt wohl unter anderem daran, dass die Abbrecher häufig nicht mehr in die Sprechstunde gekommen sind oder aber keine Motivation mehr hatten, Unterlagen in Zusammenhang mit dem Projekt auszufüllen. Diese Erfahrungen decken sich mit dem Programm Gesundheitscoaching, in dem die Rücklaufquote für die Abbrecher ebenfalls deutlich tiefer war.⁵⁵

D 3.7: Rücklaufquote der Fragebogen

	Soll-Rücklauf		Ist-Rücklauf	
	n	in %	n	in %
Start-Fragebogen	181	100	134	74,0
Abbrecher-Fragebogen	81	100	6	7,4
Finisher-Fragebogen	100	100	100	100

Für die nachfolgenden Berechnungen ist es wichtig zu wissen, für wie viele Patienten zwei Messzeitpunkte vorliegen, damit eine Aussage über die Wirkung des Projekts gemacht werden kann. Insgesamt liegen für 94 Patienten Daten für zwei Messzeitpunkte (sowohl Start-Fragebogen wie auch Abbrecher- oder Finisher-Fragebogen) vor. Es handelt sich dabei um 4 Abbrecher und 90 Finisher. Um die Wirkung der Intervention auf den Gesundheitszustand oder das Gesundheitsverhalten einschätzen zu können, sah das Evaluationsdesign einen Vergleich zwischen der Vorher-Nachher-Veränderung bei der Gruppe der Abbrecher und der Finisher vor. Da die Zahl der ausgefüllten Abbrecher-Fragebogen mit vier jedoch sehr tief ist, ist ein solcher Quervergleich leider nicht möglich. Allerdings können die beiden Gruppen hinsichtlich der Ausgangslage verglichen werden (vgl. Kapitel 5).

D 3.8: Charakterisierung Patienten nach Messzeitpunkten

	Patienten	
	n	Anteil in %
Kein Fragebogen (FB) ausgefüllt (aber Teilnehmer)	35	17,0
Nur Start-Fragebogen ausgefüllt	40	19,4
Nur Abbrecher- oder Finisher-Fragebogen ausgefüllt	12	5,8
Start- und Abbrecher- oder Finisher-Fragebogen ausgefüllt	94	45,6

⁵⁴ Das liegt aber auch daran, dass nur als Finisher gezählt wurde, wer den Finisher-Fragebogen ausgefüllt hat. Insofern ist die hohe Rücklaufquote natürlich nicht erstaunlich.

⁵⁵ Allerdings wurde im Programm Gesundheitscoaching bei den Finishern eine Nachfassung durchgeführt und bei den Abbrechern nicht.

	(90 Finisher-, 4 Abbrecher-FB)	
<i>Total</i>	<i>181</i>	<i>100</i>

Die Auswertungen werden sich daher auf unterschiedliche Stichprobengrößen (n) beziehen (vgl. Darstellung D 3.9).

D 3.9: Relevante Stichprobengrößen für die Auswertungen

Stichprobengröße (n)	Bezeichnung Stichprobe	Verwendungszweck
206	Angesprochene Patienten	Beschreibung Stichprobenpopulation/Ausgangslage
181	Teilnehmende Patienten	Beschreibung Ausgangslage/ Zufriedenheit/Nutzen
90	Patienten mit Vorher-Nachher-Messung (oder: mit 2 ausgefüllten Fragebogen)	Vorher-Nachher-Vergleich

3.5.3 STATISTIK UND DATENBEREINIGUNG

Die Eingabe der Daten erfolgte analog den Daten aus den Hausärztefragebogen. Wiederrum wurden nach den Plausibilitätschecks die Daten bereinigt. Bei nicht eindeutigen Angaben (z.B. Kreuz zwischen zwei Kategorien gesetzt; Spannweite angegeben) wurde jeweils der für den Gesundheitszustand schlechtere Wert angenommen. Bei der Angabe von Spannweiten wurde jeweils der (allenfalls gerundete) Durchschnitt verwendet. Basierend auf den bereinigten Daten wurde eine deskriptive Auswertung gemacht. Zudem wurden Gruppenunterschiede zwischen Abbrechern und Finishern mit dem Chi-Quadrat-Test mit einem 95-Prozent-Signifikanzniveau durchgeführt. Aufgrund der geringen Fallzahlen ist es aber nur teilweise möglich, statistische Unterschiede festzustellen, da viele Zellen nur über eine geringe Anzahl Beobachtungen verfügen (z.B. bei der Muttersprache und den vorhandenen Risikofaktoren). Vereinzelt konnten allerdings signifikante Unterschiede festgestellt werden. Diese werden an der entsprechenden Stelle beschrieben.

In diesem Kapitel werden die Resultate zu den Datenerhebungen bei den Hausärzten dargelegt.

4.1 REICHWEITE UND AKZEPTANZ

Zunächst wird ausgeführt, welche Hausärzte erreicht werden konnten.

Soziodemografische Beschreibung der teilnehmenden Hausärzte

Die Mehrheit der teilnehmenden Hausärzte war weiblich, jünger, hatten selbst Risikofaktoren für NCD, praktiziert in der Stadt oder Agglomeration, in den Bezirken Lugano und Locarno und waren mehrheitlich in Zweierpraxen mit weniger als 2'000 Patienten pro Jahr tätig. Die überwiegende Mehrheit ihrer Patienten war im Durchschnitt 18 Jahre und älter (vgl. Darstellung D 4.1.)

D 4.1: Soziodemografische Aspekte der teilnehmenden Hausärzte (n = 17)

		Total	
		n	%
Geschlecht	Weiblich	11	64.7
	Männlich	6	35.3
	Total	17	100
	36 bis 55 Jahre	15	88.2
	56 Jahre oder älter	2	11.8
	Total	17	100
Risikofaktoren	Ja	11	64.7
	Nein	6	35.3
	Total	17	100
Ärztebezirk	Bellinzona	2	11.8
	Tre Valli	2	11.8
	Locarno	4	23.5
	Lugano	6	35.3
	Mendrisio	3	17.6
	Total	17	100
Urbanisierungsgrad	Kernstadt	6	35.3
	Agglomeration	7	41.2
	Land	4	23.5
	Total	17	100
Praxisart	Einzelpraxis	3	17.6
	Zweierpraxis	9	52.9
	Gruppenpraxis	5	29.4
	Total	17	100
Nichtärztliche Stellenprozente	100-200%	12	75.0
	201-300%	3	18.8
	> 300%	1	6.3
	Total	16	100
Patienten pro Jahr	<=1000	5	50.0
	1001-2000	3	30.0
	> 2000	2	20.0
	Total	10	100
Anteil Patienten nach Alterskategorie	< 18 Jahre		8.5
	18- bis 64-Jährige		51.4
	> 64-Jährige		37.5
	Total	0	97.4

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus dem Fragebogen HA Start.

Legende: Das n umfasst alle an der Fortbildung teilnehmenden Hausärzte, die den Start-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 17). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale). Für den Anteil Patienten nach Alterskategorie wurde der Mittelwert der Angaben der Hausärzte berechnet. Deswegen beträgt das Total nicht 100 Prozent.

Vorkenntnisse

Die Mehrheit der teilnehmenden Hausärzte hatte bereits vor der Teilnahme an der Girasole-Fortbildung Fortbildungen zu Beratung und Kommunikation von und mit Patienten besucht und verfügt auch über entsprechende Praxiserfahrung. Lediglich drei Hausärzte gaben an, weder Weiterbildungen besucht noch Praxiserfahrung im Bereich Coaching und Beratung zu haben. Dies erstaunt nicht, da bewusst Hausärzte rekrutiert wurden, die sich für den Ansatz interessierten. Praktisch alle Hausärzte gaben nach der Fortbildung zudem an, weitere Fortbildungen besuchen zu wollen (vgl. Darstellung D 4.2).

D 4.2: Vorkenntnisse der teilnehmenden Hausärzte (n = 17)

		Total	
		n	%
Bereits Fortbildungen zu Beratung und Kommunikation mit Patienten besucht	Ja	11	64,7
	Nein	6	35,3
	Total	17	100
Erfahrung mit Beratung und Kommunikation aufgrund Praxisarbeit	Ja	12	70,6
	Nein	5	29,4
	Total	17	100
Besuch weiterer Fortbildungen beabsichtigt	Ja	16	94,1
	Nein	1	5,9
	Total	17	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus dem Fragebogen HA Start.

Legende: Das n umfasst alle an der Fortbildung teilnehmenden Hausärzte, die den Start-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 17). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale).

4.2 ZUFRIEDENHEIT UND NUTZEN

Nachfolgend wird die Einschätzung der Hausärzte zur Fortbildung (Vorher-Messung) und zum Coaching (Nachher-Messung) beschrieben.

4.2.1 FORTBILDUNG

Zufriedenheit

Wie Darstellung D 4.3 zeigt, waren die Hausärzte sehr zufrieden mit den einzelnen Aspekten der Fortbildung. Allerdings gab nach der Interventionsphase die Hälfte der Hausärzte an, dass es weitere Fortbildungen brauche (vgl. Abschnitt 4.2.2). Es könnte demnach sein, dass die Hausärzte nach der Interventionsphase neue Bedürfnisse betreffend Fortbildung erkannt haben. Details dazu können der Teilstudie I entnommen werden. Allerdings ist hier festzuhalten, dass zwei Hausärzte den Fragebogen nicht ausgefüllt haben. Diese waren Girasole gegenüber grundsätzlich negativ eingestellt und sind nach der Fortbildung aus dem Pilotprojekt ausgestiegen.

D 4.3: Zufriedenheit mit einzelnen Aspekten der Fortbildung (n = 17)

		Total		Bereits Fortbildung besucht		Keine Fortbildung besucht	
		n	%	n	%	n	%
Ziele waren klar	Trifft zu	17	100	11	100	6	100
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	0	0
	Total	17	100	11	100	6	100
Aufbau und Didaktik waren gut	Trifft zu	17	100	11	100	6	100
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	0	0
	Total	17	100	11	100	6	100
Zeit war ausreichend	Trifft zu	16	94,1	11	100	5	83,3
	Trifft nicht zu	1	5,9	0	0	1	16,7
	Total	17	100	11	100	6	100
Themen waren praxisrelevant	Trifft zu	17	100	11	100	6	100
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	0	0
	Total	17	100	11	100	6	100
Fachliches Wissen der Dozenten war gut	Trifft zu	17	100	11	100	6	100
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	0	0
	Total	17	100	11	100	6	100
Austauschmöglichkeiten waren ausreichend	Trifft zu	17	100	11	100	6	100
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	0	0
	Total	17	100	11	100	6	100
Schriftliche Unterlagen waren nützlich	Trifft zu	16	94,1	10	90,9	6	100
	Trifft nicht zu	1	5,9	1	9,1	0	0
	Total	17	100	11	100	6	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus dem Fragebogen HA Start.

Legende: Das n umfasst alle an der Fortbildung teilnehmenden Hausärzte, die den Start-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 17). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale). Trifft zu = Antworten in den Kategorien „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“; Trifft nicht zu = Antworten in den Kategorien „trifft eher nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“.

Nutzen

Auch beurteilten die Hausärzte den Nutzen der Fortbildung als sehr hoch. Zudem waren sich die Hausärzte vor der praktischen Umsetzung der Intervention einig, dass das Projekt die Eigeninitiative der Patienten fördern wird und die Situation der ärztlichen Sprechstunde für das Projekt geeignet ist. Auch die Umsetzung der neuen Rolle schien den Hausärzten klar zu sein (vgl. Darstellung D 4.4).

D 4.4: Nutzen der Fortbildung (n = 17)

		Total		Bereits Fortbildung besucht		Keine Fortbildung besucht	
		n	%	n	%	n	%
Fortbildung half eigene Erfahrungen mit Beratungen zu reflektieren	Trifft zu	17	100	11	100	6	100
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	0	0
	Total	17	100	11	100	6	100
Austausch mit anderen Teilnehmenden war nützlich	Trifft zu	17	100	11	100	6	100
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	0	0
	Total	17	100	11	100	6	100
Fortbildung motiviert zur Durchführung des Projekts	Trifft zu	16	100	10	100	6	100
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	0	0
	Total	16	100	10	100	6	100
Projekt fördert Eigeninitiative der Patienten (vorher)	Trifft zu	17	100	11	100	6	100
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	0	0
	Total	17	100	11	100	6	100
Situation der ärztlichen Sprechstunde ist geeignet für Projekt (vorher)	Trifft zu	17	100	11	100	6	100
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	0	0
	Total	17	100	11	100	6	100
Durch die Fortbildung wurden die verschiedenen Rollen klar	Trifft zu	17	100	11	100	6	100
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	0	0
	Total	17	100	11	100	6	100
Integration der neuen Rolle in Beratungsarbeit klar	Trifft zu	17	100	11	100	6	100
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	0	0
	Total	17	100	11	100	6	100
Gemessen am zeitlichen Aufwand hat sich Fortbildung gelohnt	Trifft zu	17	100	11	100	6	100
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	0	0
	Total	17	100	11	100	6	100
Fertigkeiten insgesamt haben sich durch Fortbildung verbessert	Trifft zu	16	94,1	11	100	5	83,3
	Trifft nicht zu	1	5,9	0	0	1	16,7
	Total	17	100	11	100	6	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus dem Fragebogen HA Start.

Legende: Das n umfasst alle an der Fortbildung teilnehmenden Hausärzte, die den Start-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 17). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale). (vorher) = Items werden vor und nach der Interventionsphase abgefragt. Trifft zu = Antworten in den Kategorien „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“; Trifft nicht zu = Antworten in den Kategorien „trifft eher nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“.

4.2.2 COACHING

Erfahrungen mit der Umsetzung

Insgesamt waren die Hausärzte nach Abschluss der Interventionsphase (d.h. Coaching bei allen Patienten abgeschlossen) mit dem Pilotprojekt Girasole (eher) zufrieden. Lediglich ein Hausarzt gab an (eher) nicht zufrieden zu sein. Alle Hausärzte waren zudem mit der erhaltenen Unterstützung (eher) zufrieden. Im Unterschied zur Vorher-Messung erachteten bei der Nachher-Messung nicht mehr alle Hausärzte die ärztliche Sprechstunde als geeignet für die Intervention: Zwei Hausärzte, die vor dem Pilotprojekt Girasole noch keine Weiterbildungen zu Beratung und Coaching besucht hatten, erachteten die Sprechstunde als ungeeignet. Zudem gab die Hälfte der Hausärzte an, dass die Intervention zeitlich (eher) nicht innerhalb der Sprechstunde umgesetzt werden kann. Insbesondere Hausärzte, die vor der Girasole-Fortbildung keine Weiterbildung zum Thema Beratung und Coaching besucht haben, bekundeten hier Mühe. Ebenfalls die Hälfte gab an, dass weitere Fortbildungen notwendig sind. Interessanterweise ist dieses Bedürfnis bei jenen Hausärzten tiefer, die vor der Girasole-Fortbildung keine Weiterbildung besucht hatten. Das könnte darauf hindeuten, dass diese nicht daran interessiert sind, sich im Bereich

Beratung und Coaching weiterzubilden (vgl. Darstellung D 4.5) oder aber, dass sie ihre Kompetenzen als ausreichend erachten.

D 4.5: Zufriedenheit mit der Umsetzung in der Praxis (n = 16)

		Total		Bereits Fortbildung besucht		Keine Fortbildung besucht	
		n	%	n	%	n	%
Zufriedenheit insgesamt	Trifft zu	15	93,8	11	100	4	80,0
	Trifft nicht zu	1	6,3	0	0	1	20,0
	Total	16	100	11	100	5	100
Ausreichend Unterstützung erhalten	Trifft zu	16	100	11	100	5	100
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	0	0
	Total	16	100	11	100	5	100
Situation der ärztlichen Sprechstunde ist geeignet für Projekt (nachher)	Trifft zu	14	87,5	11	100	3	60,0
	Trifft nicht zu	2	12,5	0	0	2	40,0
	Total	16	100	11	100	5	100
Projekt war zeitlich innerhalb Sprechstundenaktivität gut umsetzbar	Trifft zu	8	50,0	7	63,6	1	20,0
	Trifft nicht zu	8	50,0	4	36,4	4	80,0
	Total	16	100	11	100	5	100
Es braucht weitere Fortbildungen, um das Coaching in der Praxis umzusetzen	Trifft zu	8	50,0	7	63,6	1	20,0
	Trifft nicht zu	8	50,0	4	36,4	4	80,0
	Total	16	100	11	100	5	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus den Fragebogen HA Start und HA Ende.

Legende: Das n umfasst alle teilnehmenden Hausärzte, die sowohl Start- wie auch End-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 16). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale). Trifft zu = Antworten in den Kategorien „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“; Trifft nicht zu = Antworten in den Kategorien „trifft eher nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“.

Arbeitsteilung in der Praxis

Die überwiegende Mehrheit der Hausärzte hat die medizinischen Praxisassistentinnen (MPA) nicht in die Umsetzung der Intervention einbezogen. Als häufigsten Grund für den Nichteinbezug wurde genannt, dass die MPA dafür zuerst ausgebildet werden müssen. Ebenfalls häufig genannt wurde, dass die MPA dafür keine Zeit hätten. Seltener wurde genannt, dass die MPA dafür nicht geeignet seien und die Zeit der MPA nicht abgerechnet werden könne. Diese Gründe decken sich mehrheitlich mit den Erfahrungen in den Programmen Gesundheitscoaching und PAPRICA.⁵⁶ Zudem hatte sich bei der Evaluation des Programms PAPRICA gezeigt, dass die Hausärzte einer Delegation von Aufgaben im Rahmen der Interventionsumsetzung an die MPA eher negativ gegenüberstehen.⁵⁷

4 der 17 Hausärzte im Pilotprojekt Girasole gaben an, die MPA in die Umsetzung mit einbezogen zu haben. Diese MPA haben sowohl administrative wie auch inhaltliche Aufgaben wahrgenommen. In diesem Punkt unterscheidet sich das Pilotprojekt Girasole wohl leicht vom Programm Gesundheitscoaching, in dem gemäss Evaluationsbericht den MPA nur selten erweiterte Rollen zugesprochen wurden.⁵⁸

⁵⁶ Grüninger et al. (2012), Kapitel 7, S. 18 sowie Koutaissoff et al. (2012), S. 35.

⁵⁷ Koutaissoff et al. (2012), S. 31.

⁵⁸ Grüninger et al. (2012), Kapitel 6, S. 13.

Beurteilung der Materialien

Mindestens die Hälfte der Hausärzte hat die Arbeitsblätter 1 bis 3 oft bis immer genutzt. Am häufigsten wurde Arbeitsblatt 1 genutzt und am wenigsten oft Arbeitsblatt 3. Das kann auch damit zusammenhängen, dass aufgrund des Abbruchs durch die Patienten seltener Gesundheitsprojekte abgeschlossen werden. Auch die zusätzlichen Materialien (d.h. Vorschläge für körperliche Aktivität für Erwachsene, der Flyer sowie das Plakat) wurden mehrheitlich oft genutzt. Die Arbeitsblätter sowie die Vorschläge für die körperliche Aktivität scheinen von Hausärzten ohne Vorbildung etwas häufiger genutzt worden zu sein (vgl. Darstellung D 4.6).

D 4.6: Nutzungshäufigkeit der Materialien (n = 16)

		Total		Bereits Fortbildung besucht		Keine Fortbildung besucht	
		n	%	n	%	n	%
Arbeitsblatt 1	Oft/Immer	10	62,5	5	45,5	5	100
	Selten/Nie	6	37,5	6	54,5	0	0
	Total	16	100	11	100	5	100
Arbeitsblatt 2	Oft/Immer	9	56,3	5	45,5	4	80,0
	Selten/Nie	7	43,8	6	54,5	1	20,0
	Total	16	100	11	100	5	100
Arbeitsblatt 3	Oft/Immer	8	50,0	5	45,5	3	60,0
	Selten/Nie	8	50,0	6	54,5	2	40,0
	Total	16	100	11	100	5	100
Vorschläge für körperliche Aktivität für Erwachsene	Oft/Immer	12	80,0	8	72,7	4	100
	Selten/Nie	3	20,0	3	27,3	0	0
	Total	15	100	11	100	4	100
Girasole-Flyer	Oft/Immer	10	66,7	7	70,0	3	60,0
	Selten/Nie	5	33,3	3	30,0	2	40,0
	Total	15	100	10	100	5	100
Girasole-Plakat	Oft/Immer	10	62,5	8	72,7	2	40,0
	Selten/Nie	6	37,5	3	27,3	3	60,0
	Total	16	100	11	100	5	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus den Fragebogen HA Start und HA Ende.

Legende: Das n umfasst alle teilnehmenden Hausärzte, die den Start- und den End-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 16). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale). Oft/Immer = Antworten in den Kategorien „oft“ und „immer“; Selten/Nie = Antworten in den Kategorien „selten“ und „nie“.

Auch die Nützlichkeit der Materialien wurde überwiegend positiv beurteilt. Vereinzelt als (eher) nicht nützlich betrachtet werden die Zusatzmaterialien, das heisst Vorschläge für körperliche Aktivität, der Flyer und das Plakat. Hausärzte mit und ohne Fortbildung unterscheiden sich hier kaum, ausser dass wiederum jene ohne Vorbildung die Vorschläge für körperliche Aktivität etwas öfter als nützlich bezeichnet haben. Zudem stimmten 12 der 16 Hausärzte der Aussage zu, dass die Vorschläge für körperliche Aktivität die Begleitung der Patienten (eher) erleichtert haben. Allerdings sind nur fünf Hausärzte der Ansicht, dass der Flyer/das Plakat geholfen haben, die Patienten für das Projekt anzusprechen (Werte sind nicht in der Darstellung aufgeführt). Das kann auch damit zusammenhängen, dass diese Materialien nicht von Beginn weg zur Verfügung standen, sondern erst während der Interventionsphase an die Hausärzte verteilt wurden.

D 4.7: Nutzen der Materialien (n = 16)

		Total		Bereits Fortbildung besucht		Keine Fortbildung besucht	
		n	%	n	%	n	%
Arbeitsblatt 1	Nützlich	16	100	11	100	5	100
	Nicht nützlich	0	0	0	0	0	0
	Total	16	100	11	100	5	100
Arbeitsblatt 2	Nützlich	16	100	11	100	5	100
	Nicht nützlich	0	0	0	0	0	0
	Total	16	100	11	100	5	100
Arbeitsblatt 3	Nützlich	16	100	11	100	5	100
	Nicht nützlich	0	0	0	0	0	0
	Total	16	100	11	100	5	100
Vorschläge für körperliche Aktivität für Erwachsene	Nützlich	14	87,5	9	81,8	5	100
	Nicht nützlich	2	12,5	2	18,2	0	0
	Total	16	100	11	100	5	100
Girasole-Flyer	Nützlich	13	86,7	9	90,0	4	80
	Nicht nützlich	2	13,3	1	10,0	1	20,0
	Total	15	100	10	100	5	100
Girasole-Plakat	Nützlich	14	87,5	10	90,9	4	80
	Nicht nützlich	2	12,5	1	9,1	1	20,0
	Total	16	100	11	100	5	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus dem Fragebogen HA Ende.

Legende: Das n umfasst alle teilnehmenden Hausärzte, die den Start- und den End-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 16). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale). Nützlich = Antworten in den Kategorien „eher nützlich“ und „sehr nützlich“; Nicht nützlich = Antworten in den Kategorien „eher nicht nützlich“ und „überhaupt nicht nützlich“.

Beurteilung der Evaluation

Zwei Drittel der Hausärzte waren der Ansicht, dass die Evaluation sich entweder nicht oder, wenn dann positiv auf die Rekrutierung der Patienten ausgewirkt hat. Sechs Hausärzte attestierten der Evaluation einen negativen Einfluss auf die Rekrutierung. Das kann mit dem Aufwand für die Patienten durch das Ausfüllen der Fragebogen zusammenhängen. Zudem waren zwei Drittel der Hausärzte der Ansicht, dass die Belastung für die Praxis durch die Evaluation (eher) hoch war. Insbesondere Hausärzte ohne entsprechende Vorbildung waren dieser Ansicht. Ebenfalls zwei Drittel der Hausärzte beurteilten das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Evaluation positiv, wobei wiederum die Hausärzte ohne Vorbildung im Thema kritischer waren (vgl. Darstellung D 4.8).

D 4.8: Beurteilung der Evaluation (n = 16)

		Total		Bereits Fortbildung besucht		Keine Fortbildung besucht	
		n	%	n	%	n	%
Einfluss der Evaluation auf die Rekrutierung	Positiver Einfluss	4	25,0	3	27,3	1	20,0
	Kein Einfluss	6	37,5	4	36,4	2	40,0
	Negativer Einfluss	6	37,5	4	36,4	2	40,0
	Total	16	100	11	100	5	100
Einfluss der Evaluation auf die administrative Belastung der Praxis	Hoch	10	62,5	6	54,5	4	80,0
	Tief	6	37,5	5	45,5	1	20,0
	Total	16	100	11	100	5	100
Kosten-Nutzen-Verhältnis der Evaluation	Positiv	9	64,3	7	77,8	2	40,0
	Negativ	5	35,7	2	22,2	3	60,0
	Total	14	100	9	100	5	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus dem Fragebogen HA Ende.

Legende: Das n umfasst alle teilnehmenden Hausärzte, die den Start- und den End-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 16). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale). Hoch = Antworten in den Kategorien „eher hoch“ und „hoch“; Tief = Antworten in den Kategorien „eher tief“ und „tief“; Positiv = Antworten in den Kategorien „eher positiv“ und „positiv“; Negativ = Antworten in den Kategorien „eher negativ“ und „negativ“.

Nutzen der Interventionsphase

Der Nutzen der Interventionsphase wurde von den Hausärzten mehrheitlich positiv bewertet, und sie erachteten den Lerngewinn als hoch. Alle Hausärzte planen zudem, das Coaching weiterhin in der Praxis anzuwenden. Interessanterweise waren die Hausärzte nach der Intervention nicht mehr einstimmig der Meinung, dass die Intervention die Eigeninitiative der Patienten fördert.⁵⁹ Es gibt keine Unterschiede zwischen Hausärzten mit und ohne Vorbildung im Thema (vgl. Darstellung D 4.9).

D 4.9: Nutzen der Interventionsphase (n = 16)

		Total		Bereits Fortbildung besucht		Keine Fortbildung besucht	
		n	%	n	%	n	%
Projekt fördert Eigeninitiative der Patienten (nachher)	Trifft zu	14	87,5	10	90,9	4	80,0
	Trifft nicht zu	2	12,5	1	9,1	1	20,0
	Total	16	100	11	100	5	100
Coaching wird weiterhin in Praxis angewendet	Trifft zu	16	100	11	100	5	100
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	0	0
	Total	16	100	11	100	5	100
Fertigkeiten insgesamt haben sich durch Interventionsphase verbessert	Trifft zu	14	87,5	10	90,9	4	80,0
	Trifft nicht zu	2	12,5	1	9,1	1	20,0
	Total	16	100	11	100	5	100
Lerngewinn durch Projekt	Hoch	15	93,8	11	100	4	80,0
	Tief	1	6,3	0	0	1	20,0
	Total	16	100	11	100	5	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus dem Fragebogen HA Ende.

Legende: Das n umfasst alle teilnehmenden Hausärzte, die sowohl Start-, wie auch End-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 16). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale). Trifft zu = Antworten in den Kategorien „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“; Trifft nicht zu = Antworten in den Kategorien „trifft eher nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“; Hoch =

⁵⁹ Im Fragebogen wurde vom „Projekt Girasole“ und nicht von der Intervention gesprochen, da dies der Terminologie entsprach, wie sie vom SPVS in der Kommunikation gegenüber den Hausärzten benutzt wurde.

Antworten in den Kategorien „eher hoch“ und „hoch“; Tief = Antworten in den Kategorien „eher tief“ und „tief“.

4.3 WIRKSAMKEIT

In den nachfolgenden Abschnitten wird aufgezeigt, was sich durch die Interventionsphase bei den Hausärzten verändert hat.

4.3.1 AUSGANGSLAGE

Zunächst wird die Ausgangslage für die Hausärzte in Bezug auf ihre Kompetenzen, die Art und Weise der Umsetzung der Intervention und ihre Vernetzung darstellt.

Beratungs- und Coachingkompetenz

Grundsätzlich schätzten die Hausärzte ihre generellen Kompetenzen und ihr Wissen in den Bereichen Gesprächsführung, Coaching und Beratung vor der Interventionsphase (d.h. direkt im Anschluss an die Fortbildung) als gut ein, wie die Darstellung D 4.10 zeigt. Allerdings gab es unter jenen Hausärzten, die vor dem Pilotprojekt Girasole nie eine entsprechende Fortbildung besucht hatten, deutlich weniger Hausärzte, die ihre Kompetenzen und ihr Wissen in diesem Bereich als hoch einschätzten. Mehrheitlich fühlten sich die Hausärzte nach der Fortbildung bezüglich der erworbenen Kompetenzen für die einzelnen Phasen des Coachings (Phase 1: Sensibilisieren, Phase 2: Motivieren, Phase 3: Planen und Phase 4: Begleiten) sicher. Allerdings waren auch hier Hausärzte ohne Vorbildung skeptischer. Insgesamt fühlten sich die Hausärzte auch befähigt, die Motivation der Patienten zu stärken, auf die Patienten einzugehen und die unterschiedlichen Elemente der Gesprächsführung (d.h. Fragetechniken, aktives Zuhören, Zusammenfassen und nonverbale Kommunikation) anzuwenden. Ebenfalls als ausreichend erachteten die Hausärzte ihre fachlichen Kenntnisse zu gesundem Verhalten und Bewegung. Dies deckt sich mit der Evaluation des Programm PAPRICA, in dem die Ärzte ihre fachlichen Kompetenzen – zumindest hinsichtlich Bewegung – ebenfalls als sehr hoch einschätzten.⁶⁰

⁶⁰ Koutaissoff et al. (2012), S. 17.

D 4.10: Ausgangslage zur Beratungs- und Coachingkompetenz (n = 17)

		Total		Bereits Fortbildung besucht		Keine Fortbildung besucht	
		n	%	n	%	n	%
Einschätzung der Kompetenzen und des Wissens zu Gesprächsführung, Coaching und Beratung	Hoch	8	47.1	7	63.6	1	16.7
	Mittel	8	47.1	4	36.4	4	66.7
	Tief	1	5.9	0	0	1	16.7
	Total	17	100	11	100	6	100
Hausarzt kann ansprechen und sensibilisieren (Phase 1)	Trifft zu	16	94.1	11	100	5	83.3
	Trifft nicht zu	1	5.9	0	0	1	16.7
	Total	17	100	11	100	6	100
Hausarzt kann Veränderungspotential ausloten (Phase 2)	Trifft zu	14	82.4	10	90.9	4	66.7
	Trifft nicht zu	3	17.6	1	9.1	2	33.3
	Total	17	100	11	100	6	100
Hausarzt kann Zweifel ausräumen (Phase 2)	Trifft zu	15	88.2	11	100	4	66.7
	Trifft nicht zu	2	11.8	0	0	2	33.3
	Total	17	100	11	100	6	100
Hausarzt kann bei Zieldefinition unterstützen (Phase 3)	Trifft zu	15	88.2	9	81.8	6	100
	Trifft nicht zu	2	11.8	2	18.2	0	0
	Total	17	100	11	100	6	100
Hausarzt kann bei Massnahmendefinition unterstützen (Phase 3)	Trifft zu	14	82.4	9	81.8	5	83.3
	Trifft nicht zu	3	17.6	2	18.2	1	16.7
	Total	17	100	11	100	6	100
Hausarzt kann Patienten bei Verhaltensänderung begleiten (Phase 4)	Trifft zu	14	82.4	9	81.8	5	83.3
	Trifft nicht zu	3	17.6	2	18.2	1	16.7
	Total	17	100	11	100	6	100
Hausarzt kann Motivation stärken	Trifft zu	14	82.4	9	81.8	5	83.3
	Trifft nicht zu	3	17.6	2	18.2	1	16.7
	Total	17	100	11	100	6	100
Hausarzt kann sich auf Sichtweise der Patienten einlassen und auf sie eingehen	Trifft zu	15	88.2	10	90.9	5	83.3
	Trifft nicht zu	2	11.8	1	9.1	1	16.7
	Total	17	100	11	100	6	100
Hausarzt kann wichtige Elemente der Gesprächsführung anwenden	Trifft zu	14	82.4	9	81.8	5	83.3
	Trifft nicht zu	3	17.6	2	18.2	1	16.7
	Total	17	100	11	100	6	100
Hausarzt hat ausreichend fachliche Kenntnisse für Beratung hinsichtlich eines gesünderen Verhaltens	Trifft zu	17	100	11	100	6	100
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	0	0
	Total	17	100	11	100	6	100
Hausarzt hat ausreichend fachliche Kenntnisse für Beratung hinsichtlich mehr Bewegung	Trifft zu	17	100	11	100	6	100
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	0	0
	Total	17	100	11	100	6	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus dem Fragebogen HA Start.

Legende: Das n umfasst alle teilnehmenden Hausärzte, die den Start-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 17). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale). Hoch = Skalenwerte von 7–10; Mittel = Skalenwerte von 4–6; Tief = Skalenwerte von 0–3; Trifft zu = Antworten in den Kategorien „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“; Trifft nicht zu = Antworten in den Kategorien „trifft eher nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“.

Gesundheitsförderung und Prävention in der Praxis

Die Hausärzte waren sich bereits vor der Interventionsphase einig, dass Gesundheitsförderung und Prävention in der Hausarztpraxis wichtig sind. Ebenfalls mehrheitlich gaben sie an, dass die Gesundheitsförderung und Prävention bereits einen wichtigen Stellenwert in der eigenen Praxis hat und die Akzeptanz dafür hoch ist. Schliesslich war die Mehrheit der Hausärzte der Ansicht, dass die aktuelle tarifliche Situation für die Abrechnung von Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention unzureichend ist. Hier waren keine Unterschiede zwischen Hausärzten mit und ohne Vorbildung auszumachen.

D 4.11: Stellenwert und Akzeptanz in der eigenen Praxis (n = 17)

		Total		Bereits Fortbildung besucht		Keine Fortbildung besucht	
		n	%	n	%	n	%
Prävention und Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis sind wichtig	Trifft zu	17	100	11	100	6	100
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	0	0
	Total	17	100	11	100	6	100
Prävention und Gesundheitsförderung haben in der eigenen Sprechstunde einen wichtigen Stellenwert	Trifft zu	16	94,1	10	90,9	6	100
	Trifft nicht zu	1	5,9	1	9,1	0	0
	Total	17	100	11	100	6	100
Patienten begrüßen es, wenn sie auf ihr Gesundheitsverhalten angesprochen werden	Trifft zu	16	94,1	10	90,9	6	100
	Trifft nicht zu	1	5,9	1	9,1	0	0
	Total	17	100	11	100	6	100
Einschätzung der tariflichen Bedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention	Ausreichend	6	35,3	4	36,4	2	33,3
	Nicht ausreichend	11	64,7	7	63,6	4	66,7
	Total	17	100	11	100	6	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus dem Fragebogen HA Start.

Legende: Das n umfasst alle an teilnehmenden Hausärzte, die den Start-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 17). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale). Trifft zu = Antworten in den Kategorien „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“; Trifft nicht zu = Antworten in den Kategorien „trifft eher nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“; Ausreichend = Antworten in der Kategorie „ausreichend“; Nicht ausreichend = Antworten in den Kategorien „eher nicht ausreichend“ und „überhaupt nicht ausreichend“.

Bevor die Hausärzte mit der Umsetzung der Intervention in der Praxis gestartet haben, haben sie im Schnitt gut sieben Patienten pro Woche zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention angesprochen. Die Angaben reichten dabei von 3 bis 15 Patienten. Bei Praxen, die mehr als zehn Patienten pro Woche ansprachen, handelte es sich auch, aber nicht nur, um Praxen, die viele Patienten (≥ 10) rekrutiert haben (vgl. Kapitel 5). Durchschnittlich investierten die Hausärzte vor der Teilnahme am Pilotprojekt Girasole pro Patient, mit dem sie das Thema Gesundheitsförderung und Prävention angesprochen haben, gut 12 Minuten. Die Angaben schwanken zwischen 2 und 30 Minuten. Die Darstellung D 4.12 zeigt, dass die Hausärzte insbesondere Patienten mit Risikofaktoren für nichtübertragbare Krankheiten (NCD) ansprachen. Zudem sprachen sie eher bestehende Patienten als neue an. Frauen und Männer wurden gleichermaßen angesprochen. Insgesamt machten Hausärzte ohne Vorbildung weniger oft einen Unterschied zwischen der Art der angesprochenen Patienten und sprachen auch Patienten mit Risikofaktoren für NCD an. Grundsätzlich gab die Mehrheit der Hausärzte an, dass es keine Patientengruppe gab, die prinzipiell nicht angesprochen wird. Einige Hausärzte hielten aber fest, dass sie Patienten mit schweren chronischen Erkrankungen sowie Patienten, die sehr schwere Krankheitsbilder und schlechte Prognosen hatten (Antwort in der Kategorie „Andere“), nicht ansprachen. Als Gründe nannten drei Hausärzte, dass sie es als unangebracht erachteten. Je ein Hausarzt glaubte nicht, dass es hilft beziehungsweise hatte keine Zeit. Wie bei der Evaluation des Programms PAPRICA, war eine kurze Ermutigung die häufigste Form, wie Gesundheitsförderung und Prävention in der Praxis gemacht wurde.⁶¹ Allerdings gaben 20 Prozent der Hausärzte an, bereits vor der Interventionsphase motivationale Interviews mit Patienten durchgeführt zu haben. Auffallend ist, dass Hausärzte ohne Vorbildung die Patienten deutlich öfter an weiterführende Angebote

⁶¹ Koutaissoff et al. (2012), S. 22.

(z.B. Ernährungsberatung) verwiesen. Nur ein Drittel der Hausärzte fragte in der nachfolgenden Konsultation konsequent nach, wie sich die Patienten verhalten hatten (Follow-up). Dies deckt sich mit den Erfahrungen im Programm PAPRICA, in dem dieser Anteil ebenfalls bei ungefähr einem Drittel liegt.⁶²

D 4.12: Umsetzung Gesundheitsförderung und Prävention in der Praxis (n = 17)

		Total		Bereits Fortbildung besucht		Keine Fortbildung besucht	
		n	%	n	%	n	%
Art der angesprochenen Patienten	Bisherige Patienten	9	21,4	7	25,0	2	14,3
	Neue Patienten	6	14,3	4	14,3	2	14,3
	Mit Risikofaktoren für eine NCD	11	26,2	8	28,6	3	21,4
	Frauen	5	11,9	3	10,7	2	14,3
	Männer	5	11,9	3	10,7	2	14,3
	Alle gleichermassen	6	14,3	3	10,7	3	21,4
	Total	42	100	28	100	14	100
Patientengruppen, die nicht angesprochen werden	Mit schweren chron. Erkrankungen	3	17,6	2	16,7	1	16,7
	Mit psychischen Erkrankungen	0	0	0	0	0	0
	Alte Patienten (> 70 Jahre)	0	0	0	0	0	0
	Andere	1	5,9	2	16,7	0	0
	Es gibt keine solche Patientengruppe	13	76,5	8	66,7	5	83,3
Total	17	100	12	100	6	100	
Art der Beratung	Kurze Ermutigung	15	33,3	9	33,3	6	33,3
	Abgabe von Broschüren	9	20,0	6	22,2	3	16,7
	Motivationales Interview	10	22,2	8	29,6	2	11,1
	Verweis an weiterführende Angebote	7	15,6	2	7,4	5	27,8
	Verweis an Dritte (Fachpersonen)	4	8,9	2	7,4	2	11,1
	Total	45	100	27	100	18	100
Durchführung von Follow-Up	Immer	6	35,3	4	36,4	2	33,3
	Manchmal	11	64,7	7	63,6	4	66,7
	Selten/Nie	0	0	0	0	0	0
	Total	17	100	11	100	6	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus dem Fragebogen HA Start.

Legende: Das n umfasst alle teilnehmenden Hausärzte, die den Start-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 17). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale). Bei einigen Fragen waren Mehrfachantworten möglich, sodass das n grösser als 17 wird.

Vernetzung

Vor der Interventionsphase gaben insgesamt 13 Hausärzte an, dass sie eher gut bis sehr gut mit Fachpersonen im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention (z.B. Ernährungsberater, Physiotherapeuten) vernetzt seien. Als eher schlecht vernetzt bezeichneten sich vier Hausärzte. Dabei handelt es sich ausschliesslich um Ärztinnen.⁶³

4.3.2 VORHER-NACHHER-VERGLEICH

Bevor auf den Vorher-Nachher-Vergleich für die Beratungskompetenz, den Stellenwert und die Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Vernetzung eingegangen wird, wird zunächst erläutert, wie die Hausärzte das neue Rollenverständnis umgesetzt haben.

⁶² Koutaissoff et al. (2012), S. 32.

⁶³ Diese Hausärztinnen haben ihre Praxen in der Kernstadt (3) beziehungsweise Agglomeration (1) und arbeiten in einer Zweier- (3) beziehungsweise in einer Gruppenpraxis (1).

Rollenverständnis

Nach der Umsetzung des neuen Rollenverständnisses gefragt, gaben die Hausärzte mehrheitlich an, dass die Umsetzung leicht war und die Patienten in der Regel gut auf die neue Rollenverteilung eingegangen sind. Nur vereinzelt haben sich Hausärzte diesbezüglich negativ geäußert. Unterschiede nach Vorbildung waren keine auszumachen. Zudem gaben im Unterschied zum Ausgangszeitpunkt (88% Zustimmung) nun alle Hausärzte an, dass ihre Arbeitsweise dem neuen Rollenverständnis entsprach.

D 4.13: Umsetzung des neuen Rollenverständnisses (n = 16)

		Total		Bereits Fortbildung besucht		Keine Fortbildung besucht	
		n	%	n	%	n	%
Rollenverständnis Arzt-Patient konnte leicht umgesetzt werden	Trifft zu	13	81,3	9	81,8	4	80,0
	Trifft nicht zu	3	18,8	2	18,2	1	20,0
	Total	16	100	11	100	5	100
Patienten gingen gut auf neue Rollenverteilung ein	Trifft zu	15	93,8	10	90,9	5	100
	Trifft nicht zu	1	6,3	1	9,1	0	0
	Total	16	100	11	100	5	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus dem Fragebogen HA Ende.

Legende: Das n umfasst alle an teilnehmenden Hausärzte, die sowohl Start-, wie auch End-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 16). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale). Trifft zu = Antworten in den Kategorien „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“; Trifft nicht zu = Antworten in den Kategorien „trifft eher nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“.

Beratungs- und Coachingkompetenz

Grundsätzlich hat sich die Beratungs- und Coachingkompetenz der Mehrheit der Hausärzte nach der Umsetzung der Intervention in der Praxis im Vergleich zu nach der Fortbildung nicht verändert, wie Darstellung D 4.14 zeigt.⁶⁴ Ausnahme bilden dabei ihre Einschätzung der allgemeinen Kompetenzen und des Wissens sowie die Einschätzung, wie gut sie sich auf die Patienten einlassen können. Besonders viele Hausärzte gaben an, sich im Ausloten des Veränderungspotenzials (Phase 2) sowie der Unterstützung in der Zieldefinition (Phase 3) und dem Eingehen auf die Sichtweise der Patienten verbessert zu haben. Obwohl es auch zu Verschlechterungen kam, liegt der Anteil Hausärzte, der sich verbessert hat, bei acht von elf Items über jenem Anteil Hausärzte, der sich verschlechtert hat. Verschlechterungen scheinen etwas häufiger bei Hausärzten mit Vorbildung aufzutreten. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass sich diese Hausärzte zu Beginn etwas überschätzt und im Nachgang die Einschätzung korrigiert haben, nachdem sie die Kompetenzen in der Praxis erprobt haben. Umgekehrt kann es ein Anzeichen dafür sein, dass die anfangs etwas skeptischeren Hausärzte ohne Vorbildung ihre Kompetenzen tatsächlich steigern konnten. Die Veränderungen auf den Items zur Coachingkompetenz belaufen sich in der Grössenordnung auf einen Skalenpunkt auf der vierstufigen Antwortskala (z.B. von „eher gut“ zu „eher schlecht“). Beim letzten Item (Fachkompetenz für Beratung hinsichtlich Bewegung) kam es in einem Fall zu einer Verschlechterung von zwei Skalenpunkten.

⁶⁴ In Anhang A4 findet sich eine Darstellung, die die Werte über alle Hausärzte vor und nach der Interventionsphase wiedergibt.

D 4.14: Veränderung der Beratungs- und Coachingkompetenz (n = 16)

		Total		Bereits Fortbildung besucht		Keine Fortbildung besucht	
		n	%	n	%	n	%
Einschätzung der Kompetenzen und des Wissens zu Gesprächsführung, Coaching und Beratung	Verbessert	6	37,5	3	27,3	3	60,0
	Nicht verändert	5	31,3	4	36,4	1	20,0
	Verschlechtert	5	31,3	4	36,4	1	20,0
	Total	16	100	11	100	5	100
Hausarzt kann ansprechen und sensibilisieren (Phase 1)	Verbessert	4	25,0	1	9,1	3	60,0
	Nicht verändert	10	62,5	8	72,7	2	40,0
	Verschlechtert	2	12,5	2	18,2	0	0
	Total	16	100	11	100	5	100
Hausarzt kann Veränderungspotential ausloten (Phase 2)	Verbessert	8	50,0	5	45,5	3	60,0
	Nicht verändert	8	50,0	6	54,5	2	40,0
	Verschlechtert	0	0	0	0	0	0
	Total	16	100	11	100	5	100
Hausarzt kann Zweifel ausräumen (Phase 2)	Verbessert	3	18,8	1	9,1	2	40,0
	Nicht verändert	12	75,0	9	81,8	3	60,0
	Verschlechtert	1	6,3	1	9,1	0	0
	Total	16	100	11	100	5	100
Hausarzt kann bei Zieldefinition unterstützen (Phase 3)	Verbessert	7	43,8	6	54,5	1	20,0
	Nicht verändert	9	56,3	5	45,5	4	80,0
	Verschlechtert	0	0	0	0	0	0
	Total	16	100	11	100	5	100
Hausarzt kann bei Massnahmendefinition unterstützen (Phase 3)	Verbessert	5	31,3	3	27,3	2	40,0
	Nicht verändert	9	56,3	7	63,6	2	40,0
	Verschlechtert	2	12,5	1	9,1	1	20,0
	Total	16	100	11	100	5	100
Hausarzt kann Patient bei Verhaltensänderung begleiten (Phase 4)	Verbessert	4	25,0	3	27,3	1	20,0
	Nicht verändert	12	75,0	8	72,7	4	80,0
	Verschlechtert	0	0	0	0	0	0
	Total	16	100	11	100	5	100
Hausarzt kann Motivation stärken	Verbessert	4	25,0	3	27,3	1	20,0
	Nicht verändert	9	56,3	6	54,5	3	60,0
	Verschlechtert	3	18,8	2	18,2	1	20,0
	Total	16	100	11	100	5	100
Hausarzt kann sich auf Sichtweise der Patienten einlassen und auf sie eingehen	Verbessert	7	43,8	5	45,5	2	40,0
	Nicht verändert	4	25,0	3	27,3	1	20,0
	Verschlechtert	5	31,3	3	27,3	2	40,0
	Total	16	100	11	100	5	100
Hausarzt kann wichtige Elemente der Gesprächsführung anwenden	Verbessert	5	31,3	4	36,4	1	20,0
	Nicht verändert	10	62,5	6	54,5	4	80,0
	Verschlechtert	1	6,3	1	9,1	0	0
	Total	16	100	11	100	5	100
Hausarzt hat ausreichend fachliche Kenntnisse für Beratung hinsichtlich eines gesünderen Verhaltens	Verbessert	2	12,5	1	9,1	1	20,0
	Nicht verändert	8	50,0	5	45,5	3	60,0
	Verschlechtert	6	37,5	5	45,5	1	20,0
	Total	16	100	11	100	5	100
Hausarzt hat ausreichend fachliche Kenntnisse für Beratung hinsichtlich mehr Bewegung	Verbessert	3	18,8	2	18,2	1	20,0
	Nicht verändert	10	62,5	7	63,6	3	60,0
	Verschlechtert	3	18,8	2	18,2	1	20,0
	Total	16	100	11	100	5	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus den Fragebogen HA Start und HA Ende.

Legende: Das n umfasst alle teilnehmenden Hausärzte, die sowohl Start-, wie auch End-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 16). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale). Verbessert = Verbesserung um mindestens eine Antwortkategorie auf dem entsprechenden Item; Nicht verändert = Gleicher Wert auf Antwortskala, wie zum Ausgangszeitpunkt; Verschlechterung = Verschlechterung um mindestens eine Antwortkategorie auf dem entsprechenden Item.

Gesundheitsförderung und Prävention in der Praxis

Der Stellenwert der Gesundheitsförderung und Prävention in der eigenen Praxis ist auch nach Abschluss der Interventionsphase bei allen Hausärzten hoch (d.h. bei 100%).⁶⁵ Zudem räumen immer noch viele Hausärzte der Prävention und Gesundheitsförderung einen wichtigen Stellenwert in der Praxis ein (vorher und nachher: 94,1% Zustimmung). Schliesslich haben sich zwar zwei Hausärzte in Bezug auf die Einschätzung der Akzeptanz bei den Patienten verschlechtert, stimmen aber der Aussage immer noch eher zu und insgesamt liegt die Zustimmung nun bei 100 Prozent (vorher: 94,1%). Im Vergleich zu vor der Interventionsphase, sind die Hausärzte mit gut 82 Prozent nach Abschluss der Interventionsphase noch stärker davon überzeugt, dass die tariflichen Voraussetzungen für die Gesundheitsförderung und Prävention in der Praxis unzureichend sind (vorher: 64,7%). Dies kann auch damit zusammenhängen, dass sich die Bedingungen für die Abrechnung der Girasole-Leistungen im Projektverlauf aufgrund der TARMED-Anpassungen tatsächlich verschlechtert haben.⁶⁶

D 4.15: Veränderung von Stellenwert und Akzeptanz (n = 16)

		Total		Bereits Fortbildung besucht		Keine Fortbildung besucht	
		n	%	n	%	n	%
Prävention und Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis sind wichtig	Verbessert	0	0	0	0	0	0
	Nicht verändert	16	100	11	100	5	100
	Verschlechtert	0	0	0	0	0	0
	Total	16	100	11	100	5	100
Prävention und Gesundheitsförderung haben in der eigenen Sprechstunde einen wichtigen Stellenwert	Verbessert	2	12,5	2	18,2	0	0
	Nicht verändert	14	87,5	9	81,8	5	100
	Verschlechtert	0	0	0	0	0	0
	Total	16	100	11	100	5	100
Patienten begrüßen es, wenn sie auf ihr Gesundheitsverhalten angesprochen werden	Verbessert	5	31,3	2	18,2	3	60,0
	Nicht verändert	9	56,3	7	63,6	2	40,0
	Verschlechtert	2	12,5	2	18,2	0	0
	Total	16	100	11	100	5	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus den Fragebogen HA Start und HA Ende.

Legende: Das n umfasst alle teilnehmenden Hausärzte, die sowohl Start-, wie auch End-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 16). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale). Verbessert = Verbesserung um mindestens eine Antwortkategorie auf dem entsprechenden Item; Nicht verändert = Gleicher Wert auf Antwortskala, wie zum Ausgangszeitpunkt; Verschlechtert = Verschlechterung um mindestens eine Antwortkategorie auf dem entsprechenden Item.

Nach Abschluss der Interventionsphase liegt der Durchschnitt der Anzahl Patienten, die pro Woche von den Hausärzten bezüglich Gesundheitsförderung und Prävention angesprochen wurden, bei 11,6. Das sind rund vier Patienten mehr pro Woche, die angesprochen werden als vor der Umsetzung der Intervention (7,2 Patienten). Die Angaben reichen dabei von 3 bis 40 Patienten (vorher: 3–15 Patienten). Im Schnitt gaben die Hausärzte nach Abschluss der Interventionsphase an, in diese Konsultation 11,6 Minuten investiert zu haben. Damit lag die Dauer leicht unter dem Wert von vor der Umsetzung der Intervention in der Praxis (vorher: 12,1 Minuten). Die Angaben schwanken hier zwischen 5 und 30 Minuten (vorher: 2–30 Minuten). Allerdings zeigt sich, dass wenn es sich

⁶⁵ In Anhang A4 findet sich eine weitere Darstellung, die die Werte über alle Hausärzte vor und nach der Interventionsphase wiedergibt.

⁶⁶ Dazu gehören einerseits die Abrechnungslimitationen für diverse Tarife, darunter auch die Tarife 00.0510, 00.0515, 00.0516 und 00.0520, sowie andererseits die Einschränkungen bei der Abrechnung von Leistungen in Abwesenheit des Patienten.

dabei um ein motivationales Interview handelt (d.h. eine Konsultation mit dem Interventionsansatz von Girasole), die Zeitdauer im Schnitt bei rund 16 Minuten pro Patient liegt (vgl. Abschnitt 5.3.1). Somit ist das Coaching etwas zeitintensiver als grundsätzliche Beratungen hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention (z.B. kurze Ermutigung). Dies ist vergleichbar mit dem Programm Gesundheitscoaching, bei welchem die Beratungsdauer über alle vier Schritte des Coachings bei ungefähr 15 Minuten lag.⁶⁷ Im Vergleich dazu liegt die Dauer einer Konsultation im Programm PAPRICA bei fünf Minuten.⁶⁸

Bei der Art der angesprochenen Patienten hat sich im Vergleich zu vor der Interventionsphase nur wenig verändert. Dasselbe gilt für die Patientengruppen, die in der Regel nicht angesprochen wurden. Neu ist, dass auch Patienten mit psychischen Erkrankungen von einem Hausarzt als solche Gruppe erwähnt wurden. Zudem wurde bei der Kategorie „Andere“ angegeben, dass Patienten mit unzureichenden psychosozialen Ressourcen nicht angesprochen wurden. Die Gründe sind ähnlich wie vor der Interventionsphase (Unangemessenheit und fehlende Wirksamkeit). Bei der Art der Beratung haben sich grössere Verschiebungen gegeben. So war nun das motivationale Interview häufiger vertreten und die meistgenannte Art. Eine Entwicklung, die nicht weiter erstaunt, da diese Form von Beratung ja den Kern des Interventionsansatzes von Girasole darstellt. Zudem gab nach Abschluss der Interventionsphase die Mehrheit der Hausärzte an, ein Follow-up durchzuführen.

D 4.16: Veränderung der Umsetzung in der Praxis (n = 17)

		Vorher		Nachher	
		n	%	n	%
Art der angesprochenen Patienten	Bisherige Patienten	9	21,4	13	26,0
	Neue Patienten	6	14,3	7	14,0
	Mit Risikofaktoren für eine NCD	11	26,2	14	28,0
	Frauen	5	11,9	6	12,0
	Männer	5	11,9	6	12,0
	Alle gleichermassen	6	14,3	4	8,0
	Total	42	100	50	100
Patientengruppen, die nicht angesprochen werden	Mit schweren chron. Erkrankungen	3	17,6	3	16,7
	Mit psychischen Erkrankungen	0	0	1	5,6
	Alte Patienten (> 70 Jahre)	0	0	0	0
	Andere	1	5,9	1	5,6
	Es gibt keine solche Patientengruppe	13	76,5	13	72,2
Total	17	100	18	100	
Art der Beratung	Kurze Ermutigung	15	33,3	11	25,0
	Abgabe von Broschüren	9	20,0	5	11,4
	Motivationales Interview	10	22,2	16	36,4
	Verweis an weiterführende Angebote	7	15,6	9	20,5
	Verweis an Dritte (Fachpersonen)	4	8,9	3	6,8
	Total	45	100	44	100
Durchführung von Follow-Up	Immer	6	35,3	12	70,6
	Manchmal	11	64,7	5	29,4
	Selten/Nie	0	0	0	0
	Total	17	100	17	100

⁶⁷ Grüninger et al. (2012), Kapitel 7, S. 19.

⁶⁸ Koutaissoff et al. (2012), S. 26.

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus den Fragebogen HA Start und HA Ende.

Legende: Das n umfasst alle teilnehmenden Hausärzte, die den Start- (n = 17) beziehungsweise den End-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 17). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale). Bei einigen Fragen waren Mehrfachantworten möglich, sodass das n grösser als 17 wird.

Vernetzung

Bezüglich der Vernetzung gaben nach der Interventionsphase noch drei Hausärzte an, sich schlecht vernetzt zu fühlen (vorher: 4). Es handelt sich dabei in zwei Fällen um die gleichen, wie zu Beginn sowie um einen neuen Hausarzt. Das heisst, ein Hausarzt hat sich diesbezüglich verschlechtert, zwei verbessert und zwei sind gleichgeblieben.

Zusammenfassung der Wirkungen

Insgesamt zeigt sich, dass die Beratungs- und Coachingkompetenz nach Abschluss der Interventionsphase mehrheitlich gleich oder etwas besser bewertet wurde. Hausärzte mit Vorkenntnissen korrigierten ihre Kompetenzen nach der Interventionsphase allerdings häufiger nach unten. Auch der Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Art, wie diese in den Praxen umgesetzt werden, hat sich nach der Interventionsphase nicht wesentlich verändert: Der Stellenwert ist weiterhin hoch. Die Zunahme der Beratung mittels motivationalem Interview zeigt, dass die Hausärzte das Coaching auch tatsächlich umgesetzt haben. Wie genau diese Umsetzung aussah, ist Teilbericht I der Evaluation zu entnehmen.

Nachfolgend werden die Resultate aus den Datenerhebungen der Patienten beschrieben.

5.1 REICHWEITE UND AKZEPTANZ

Die 17 Hausärzte haben insgesamt 181 Patienten rekrutiert. Im Schnitt sind dies pro Hausarzt knapp 11 Patienten. Allerdings schwankte die Zahl der Teilnehmenden pro Praxis zwischen 2 und 42 Patienten. Vier Hausärzte haben zusammen mehr als die Hälfte der Patienten rekrutiert. Die Zahl der rekrutierten Patienten lag damit deutlich tiefer als im Programm Gesundheitscoaching, in welchem die 20 teilnehmenden Hausärzte in derselben Zeit 1'000 Patienten rekrutiert haben.⁶⁹ Mögliche Gründe dafür können sein, dass die Fortbildung im Gesundheitscoaching auf zwei Präsenzkurse aufgeteilt war. Der zweite Präsenzkurs fand drei bis sechs Monate nach Start der Interventionsphase statt. So konnten Schwierigkeiten bei der Rekrutierung zu einem frühen Zeitpunkt diskutiert werden. Im Pilotprojekt Girasole fand lediglich ein Präsenzkurs vor der Umsetzung der Intervention in der Praxis statt, allerdings hatten die Austauschtreffen die Funktion, die Hausärzte bei allfälligen Schwierigkeiten zu unterstützen. Ein anderer möglicher Grund für die grossen Unterschiede könnte die Tatsache sein, dass die Programmleitung des Gesundheitscoachings regelmässige Praxisbesuche bei den Hausärzten durchgeführt und diese bei der individuellen Planung der Intervention in der Praxis unterstützen konnte. Eine solch unmittelbare Beratung durch die Projektleitung gab es bei Girasole nicht.

Während die Zahl der rekrutierten Patienten im Vergleich mit dem Gesundheitscoaching bei Girasole tiefer lag, war die Erfolgsquote (d.h. der Anteil Finisher pro Praxis) bei Girasole höher (vgl. Abschnitt 3.5.1). Die Erfolgsquote lag durchschnittlich bei gut 55 Prozent. Auch hier schwankt der Anteil stark: zwei Praxen konnten keine Patienten bis zum Abschluss des Gesundheitsprojekts begleiten, während zwei Praxen eine Erfolgsquote von über 90 Prozent aufwiesen. Die hohe Erfolgsquote im Vergleich zum Programm Gesundheitscoaching könnte auch darauf hinweisen, dass die Hausärzte insbesondere Patienten rekrutiert haben, die bereits eine hohe Ausgangsmotivation hatten. Diese Annahme deckt sich mit den erhobenen Daten zur Motivation der Teilnehmenden (vgl. Abschnitt 5.3.1). Weil aber die Ausgangsmotivation vergleichbar mit dem Programm Gesundheitscoaching ist, kann sie nicht als Erklärung für die Unterschiede in der Erfolgsquote der beiden Projekte herangezogen werden. Die Initiative für die Teilnahme am Coaching ging wie auch beim Programm PAPRICA in der Mehrheit der Fälle vom Hausarzt aus (68,8%).⁷⁰ Gut 31 Prozent der Hausärzte gaben an, dass die Initiative selten beziehungsweise manchmal auch von den Patienten ausging.⁷¹

⁶⁹ Aufgrund der tiefen Rekrutierungsquote wurde entschieden, die Rekrutierungsphase von 6 auf 12 Monate zu verlängern. Die Verlängerung hat allerdings nicht zur erhofften Steigerung in der Rekrutierung geführt.

⁷⁰ Koutaissoff et al. (2012), S. 34.

⁷¹ Diese Daten stammen aus dem End-Fragebogen der Hausärzte.

D 5.1: Teilnehmende Patienten pro Praxis (n = 181)

	Rekrutierte Patienten		Davon Finisher (Erfolg)	
	n	%	n	%
Praxis A	2	1,1	0	0
Praxis B	42	23,2	26	61,9
Praxis C	3	1,7	2	66,7
Praxis D	21	11,6	20	95,2
Praxis E	6	3,3	2	33,3
Praxis F	18	9,9	7	38,9
Praxis H	2	1,1	1	50,0
Praxis I	17	9,4	3	17,6
Praxis J	6	3,3	2	33,3
Praxis K	7	3,9	5	71,4
Praxis L	11	6,1	10	90,9
Praxis N	14	7,7	11	78,6
Praxis O	9	5,0	4	44,4
Praxis P	5	2,8	0	0
Praxis Q	7	3,9	1	14,3
Praxis R	7	3,9	4	57,1
Praxis T	4	2,2	2	50,0
Total	181	100	100	55,2

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus den Patientenlisten sowie dem Fragebogen P Finisher.
 Legende: Das n umfasst alle Teilnehmenden des Pilotprojekts Girasole (n = 181). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale).

Die angefragte Studienpopulation umfasste gleichviele Frauen wie Männer. Im Vergleich zur gesamten Tessiner Bevölkerung waren Patienten der Altersgruppe zwischen 50 und 65 Jahren überproportional häufig vertreten.⁷² Damit konnten jene Patienten angesprochen werden, die die hauptsächliche Zielgruppe des Pilotprojekts darstellten. Die Hausärzte haben, entgegen der ursprünglich vorgesehenen Stichprobenpopulation, auch Personen unter 40 beziehungsweise über 75 Jahren rekrutiert haben. Der jüngste Patient war 22 Jahre alt und der älteste Patient 102 Jahre. Im Vergleich zum Programm Gesundheitscoaching waren die Patienten etwas älter. So war etwa der Anteil der über 65-Jährigen gut doppelt so hoch wie im Programm Gesundheitscoaching und auf einem ähnlichen Niveau wie im Programm PAPRICA.⁷³ Der überwiegende Anteil der angefragten Patienten hatte den Risikofaktor Übergewicht (70%) beziehungsweise Bewegungsmangel (48%). Etwas seltener vertreten waren Faktoren wie Tabak- und Alkoholkonsum sowie psychische Belastungen. Personen mit einem Bildungsabschluss auf Sekundärstufe II waren wie beim Programm Gesundheitscoaching im Vergleich zu Personen mit einem Tertiärabschluss überproportional häufig vertreten.⁷⁴ Die Sprachverteilung der angefragten Patienten entsprach mehrheitlich der Verteilung im Kanton Tessin.

⁷² Als Vergleich wurde die Regionalstatistik beziehungsweise die Bevölkerungsstatistik des Kantons Tessin vom Bundesamt für Statistik verwendet: <<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/regionalstatistik/regionale-portraits-kennzahlen/kantone/tessin.html>> und <<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung/bevoelkerung.assetdetail.3202996.html>>, Zugriff am 31. Mai 2018.

⁷³ Grüniger et al. (2012), Kapitel 5, S.13 sowie Koutaissoff et al. (2012), S. 26.

⁷⁴ Grüniger et al. (2012), Kapitel 5, S. 15.

D 5.2: Soziodemografische Merkmale aller angefragten Patienten (n = 206)

		Total		Vergleich Tessin	
		n	%	n	%
Geschlecht	Weiblich	98	48,3	181'498	51,2
	Männlich	105	51,7	172'877	48,8
	Total	203	100	354'375	100
Alter	18 bis 50 Jahre	65	33,9	148'546	50,1
	51 bis 64 Jahre	72	37,5	70'011	23,6
	65 Jahre oder älter	55	28,6	78'030	26,3
	Total	192	100	296'587	100
Risikofaktoren	Übergewicht	134	70,9		
	Bluthochdruck	64	33,9		
	Diabetes	21	11,1		
	Hypercholesterinämie	74	39,2		
	Risikohaftes Bauchumfang	80	42,3		
	Psychische Belastung	33	17,5		
	Alkoholkonsum	22	11,6		
	Tabakkonsum	50	26,5		
	Bewegungsmangel	92	48,7		
	Stress	63	33,3		
	Unausgewogene Ernährung	67	35,4		
	Andere Faktoren	10	5,3		
Total	189	100			
Höchster Bildungsabschluss	Obligatorische Schule	40	22,1	67'063	24,8
	Sekundarstufe II	104	57,5	119'253	44,1
	Tertiärstufe	37	20,4	91'671	33,9
	Total	181	100	270'416	103
Muttersprache	Deutsch	14	7,2	37'918	10,7
	Französisch	9	4,6	18'073	5,1
	Italienisch	161	82,6	314'685	88,8
	Andere	11	5,6	12'758	3,6
	Total	195	100	354'375	108

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Angaben in den Patientenlisten. Für den Vergleich wurde die Regionalstatistik beziehungsweise die Bevölkerungsstatistik des Kantons Tessin vom Bundesamt für Statistik (BFS) verwendet.

Legende: Das n umfasst grundsätzlich alle Personen, die für die Teilnahme angesprochen wurden (n = 206). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale). Grau=für den Vergleich dieser Merkmale liegen keine Daten vor.

Der Vergleich zwischen der Gruppe der Nichtteilnehmenden und der Gruppe der Abbrecher und Finisher zeigt auf, dass tendenziell mehr Männer als Frauen eine Teilnahme abgelehnt haben, dass aber der Finisher-Anteil bei den Männern höher als bei den Frauen war. Ebenfalls sagten eher jüngere Patienten ab. Bezüglich der Risikofaktoren ist auffallend, dass etwas weniger Abbrecher an den Risikofaktoren Bluthochdruck (8% tiefer), psychische Belastung (6% tiefer), Alkoholkonsum (6% tiefer), Tabakkonsum (5,5% tiefer) und Stress (9,7% tiefer) leiden. Ansonsten sind die Werte relativ ähnlich (Unterschiede kleiner als 5,5%). Patienten mit einem tertiären Bildungsabschluss waren tendenziell häufiger bei den Finishern als bei den Abbrechern. Die Unterschiede sind allerdings statistisch nicht signifikant.

D 5.3: Gruppenvergleich hinsichtlich soziodemografischer Merkmale (n = 206)

		Nichtteilnehmer (n = 25)		Abbrecher (n = 81)		Finisher (n = 100)	
		n	%	n	%	n	%
Geschlecht	Weiblich	9	40,9	46	56,8	43	43,0
	Männlich	13	59,1	35	43,2	57	57,0
	Total	22	10,8	81	39,9	100	49,3
Alter	18 bis 50 Jahre	7	53,8	29	36,3	29	29,3
	51 bis 64 Jahre	3	23,1	29	36,3	40	40,4
	65 Jahre oder älter	3	23,1	22	27,5	30	30,3
	Total	13	6,8	80	41,7	99	51,6
Risikofaktoren	Übergewicht	6	54,5	56	69,1	72	74,2
	Bluthochdruck	1	9,1	25	30,9	38	39,2
	Diabetes	2	18,2	10	12,3	9	9,3
	Hypercholesterinämie	3	27,3	31	38,3	40	41,2
	Risikohaftes Bauchumfang	6	54,5	34	42,0	40	41,2
	Psychische Belastung	1	9,1	12	14,8	20	20,6
	Alkoholkonsum	1	9,1	7	8,6	14	14,4
	Tabakkonsum	5	45,5	18	22,2	27	27,8
	Bewegungsmangel	4	36,4	38	46,9	50	51,5
	Stress	3	27,3	23	28,4	37	38,1
	Unausgewogene Ernährung	2	18,2	30	37,0	35	36,1
	Andere Faktoren	0	0	3	3,7	7	7,2
	Total	11	5,8	81	42,9	97	51,3
Höchster Bildungsabschluss	Obligatorische Schule	1	9,1	16	21,9	23	23,7
	Sekundarstufe II	4	36,4	46	63,0	54	55,7
	Tertiärstufe	6	54,5	11	15,1	20	20,6
	Total	11	6,1	73	40,3	97	53,6
Muttersprache	Deutsch	0	0	8	9,9	6	6,0
	Französisch	0	0	5	6,2	4	4,0
	Italienisch	13	92,9	62	76,5	86	86,0
	Andere	1	7,1	6	7,4	4	4,0
	Total	14	7,2	81	41,5	100	51,3

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Angaben in den Patientenlisten. Für den Vergleich wurden Daten aus der Regionalstatistik sowie der Statistik der ständigen Wohnbevölkerung des Bundesamts für Statistik (BFS) aus dem Jahr 2016 verwendet.

Legende: Das n umfasst grundsätzlich alle Personen, die für die Teilnahme angesprochen wurden (n = 206). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale). Die Gruppenunterschiede zwischen Abbrechern und Finishern sind nicht signifikant.

Gründe für Nichtteilnahme oder Abbruch

Die Hausärzte haben in der Patientenliste die Gründe für die Nichtteilnehmenden (n = 25) beziehungsweise den Abbruch (n = 81) festgehalten. Insgesamt liegen 52 Angaben zu Gründen vor, wobei fünf davon nicht entziffert werden konnten. Zu den häufigsten Gründen für die *Nichtteilnahme* gehörten, dass der Zeitpunkt ungeeignet sei, die Patienten keine Zeit hätten, dass sie andere Prioritäten hätten, dass die Patienten selbstständig Gesundheitsprojekte durchführten, dass das eigene Gesundheitsverhalten bereits gut sei sowie dass die Motivation nicht ausreichend sei. Bei den Gründen für einen Abbruch des Projekts hatten die Hausärzte mehrheitlich notiert, dass die Patienten nicht mehr in der Sprechstunde erschienen sind. Ebenfalls relativ häufig als Abbruchgründe notiert wurde der schlechte Gesundheitszustand sowie die fehlende Zeit der Patienten. Ein Patient ist während des Projekts unerwartet verstorben und einem Patienten waren die Kosten zu hoch.

Verhaltensabsicht

Die sechs Abbrecher wurden zudem im Abbrecher-Fragebogen nach ihrer Verhaltensabsicht gefragt. Von fünf der sechs Abbrechern mit Abbrecher-Fragebogen liegen dazu Angaben vor. Während drei der Abbrecher vorhaben, ihr Verhalten zu einem späteren Zeitpunkt zu ändern, gaben zwei Abbrecher an, keinen Bedarf für eine Verhaltensänderung zu haben.

5.2 ZUFRIEDENHEIT UND NUTZEN

Von den teilnehmenden Patienten haben grundsätzlich alle angegeben, dass sie es gut fanden, dass der Hausarzt sie auf ihr Gesundheitsverhalten angesprochen hat.⁷⁵ In der Darstellung D 5.4 ist zudem die Beurteilung der Zufriedenheit mit bestimmten Aspekten vor und nach Abschluss der Intervention (d.h. des Coachings durch den Hausarzt) aufgeführt. Grundsätzlich zeigt sich bei den Finishern eine hohe Zufriedenheit mit der Umsetzung der Intervention durch den Hausarzt, sowohl vor als auch nach der Intervention. Die Abbrecher waren zwar vorher auch überall sehr zufrieden, äusserten sich aber im Nachgang sehr kritisch.⁷⁶ Allerdings ist unklar, inwiefern diese Resultate für die Gruppe der Abbrecher repräsentativ sind, da nur für sechs Abbrecher Antworten vorliegen. Zwei Finisher waren vorher wie nachher skeptisch, ob das Coaching in das Angebot der Hausarztpraxis gehört.⁷⁷

D 5.4: Zufriedenheit mit Umsetzung und Ansatz allgemein (n = 181)

		Vorher				Nachher			
		Abbrecher		Finisher		Abbrecher		Finisher	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Mein Arzt ist im Gespräch auf meine Vorstellungen und Erfahrungen eingegangen.	Trifft zu	43	100	90	100	0	0	93	97.9
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	6	100	2	2.1
	Total	43	100	90	100	6	100	95	100
Mein Arzt hat sich für die Beratung genug Zeit genommen.	Trifft zu	43	100	90	100	1	16.7	96	98.0
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	5	83.3	2	2.0
	Total	43	100	90	100	6	100	98	100
Ich finde es gut, dass mein Arzt mich unterstützt, wenn ich etwas für meine Gesundheit tun will.	Trifft zu	44	100	90	100	0	0	97	99.0
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	6	100	1	1.0
	Total	44	100	90	100	6	100	98	100
Ich finde es wichtig, dass man mit dem Projekt Girasole selber etwas für die Gesundheit tun kann.	Trifft zu	44	100	90	100	0	0	97	98.0
	Trifft nicht zu	0	0	0	0	6	100	2	2.0
	Total	44	100	90	100	6	100	99	100
Ich finde, dass das Projekt Girasole in das Angebot einer Arztpraxis gehört.	Trifft zu	44	100	88	97.8	0	0	96	98.0
	Trifft nicht zu	0	0	2	2.2	6	100	2	2.0
	Total	44	100	90	100	6	100	98	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus den Fragebogen P Start und P Ende.

Legende: Das n umfasst hier alle Patienten, die sich zur Teilnahme bereit erklärt haben (n = 181). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten. Trifft zu = Antworten in den Kategorien „trifft

⁷⁵ Es liegen Angaben für 132 der 181 teilnehmenden Patienten vor. Davon haben alle Teilnehmenden das entsprechende Item im Start-Fragebogen mit „trifft völlig zu“ oder „trifft eher zu“ beantwortet.

⁷⁶ Das Item „Mein Arzt hat mich ausreichend über Girasole informiert“ wurde nur bei den Abbrechern abgefragt.

⁷⁷ Die Patienten wurden gefragt, ob das „Projekt Girasole“ in das Angebot gehört und nicht das „Coaching“ oder der „Interventionsansatz“, weil der SPVS in den Kommunikationsmaterialien, mit denen die Hausärzte ihre Patienten auf das Angebot aufmerksam gemacht haben, immer vom „progetto Girasole“ gesprochen hat. Gemeint ist damit aber natürlich spezifisch die Intervention, die der Hausarzt mit den Patienten durchführt.

völlig zu“ und „trifft eher zu“; Trifft nicht zu = Antworten in den Kategorien „trifft eher nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“.

Gewisse Items zur Zufriedenheit wurden nur bei der Nachher-Messung (d.h. bei Abbrechern und Finishern) erhoben (vgl. Darstellung D 5.5). Insgesamt zeigt sich das gleiche Bild, wie bei den bereits beschriebenen Items: die sechs Abbrecher äussern sich durchwegs eher unzufrieden, während die Finisher sehr zufrieden waren.

D 5.5: Zufriedenheit mit Umsetzungsaspekten nach der Intervention (n = 181)

		Nachher			
		Abbrecher		Finisher	
		n	%	n	%
Mein Arzt hat mich ausreichend über das Projekt Girasole informiert.	Trifft zu	0	0	97	98,0
	Trifft nicht zu	6	100	2	2,0
	Total	6	100	99	100
Mein Arzt hat mir in den Gesprächen geholfen, meine Zweifel in Bezug auf eine Veränderung meines Gesundheitsverhaltens auszuräumen.	Trifft zu	0	0	97	98,0
	Trifft nicht zu	6	100	2	2,0
	Total	6	100	99	100
Wenn ich künftig etwas an meinem Gesundheitsverhalten ändern möchte, dann würde ich meinen Arzt um Unterstützung bitten.	Trifft zu	0	0	94	95,9
	Trifft nicht zu	6	100	4	4,1
	Total	6	100	98	100
Ich bin insgesamt mit dem Projekt Girasole zufrieden.	Trifft zu	1	16,7	96	98,0
	Trifft nicht zu	5	83,3	2	2,0
	Total	6	100	98	100
Mein Arzt hat mich bei der Formulierung meiner Ziele für mein Gesundheitsprojekt unterstützt.	Trifft zu			95	97,9
	Trifft nicht zu			2	2,1
	Total			97	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten der Fragebogen P Abbrecher und P Finisher.

Legende: Das n umfasst hier alle Patienten, die sich zur Teilnahme bereit erklärt haben (n = 181). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten. Das letzte Item wurde nur bei den Finishern erfragt, da gewisse Abbrecher gar nie bis zur Zielformulierung gekommen sind. Trifft zu = Antworten in den Kategorien „trifft völlig zu“ und „trifft eher zu“; Trifft nicht zu = Antworten in den Kategorien „trifft gar nicht zu“ und „trifft eher nicht zu“.

Vergleicht man die Zufriedenheit der Finisher nach Stand der Zielerreichung, so zeigt sich, dass die Finisher, welche im Finisher-Fragebogen angegeben haben ihre Ziele erreicht zu haben, mit dem eigenen Gesundheitsprojekt mehrheitlich zufrieden waren. Unzufrieden sind eher Finisher, die angegeben haben ihre Ziele nicht oder nur teilweise erreicht zu haben.

D 5.6: Zufriedenheit Finisher mit dem Gesundheitsprojekt (n = 100)

		Total		Ziele erreicht		Ziele nicht erreicht	
		n	%	n	%	n	%
Wie zufrieden bin ich mit meinem Gesundheitsprojekt?	Zufrieden	78	86,7	59	96,7	19	65,5
	Weder zufrieden noch unzufrieden	6	6,7	1	1,6	5	17,2
	Unzufrieden	6	6,7	1	1,6	5	17,2
	Total	90	100	61	67,8	29	32,2

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus dem Arbeitsblatt 3 (Zufriedenheit mit Gesundheitsprojekt) sowie dem Finisher-Fragebogen (Zielerreichung).

Legende: Das n umfasst hier alle Finisher (n = 100). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten. Zufrieden = Werte von 1 bis 4 auf der Skala; Weder zufrieden noch unzufrieden = Wert 5 auf der Skala; Unzufrieden = Werte von 6 bis 10 auf der Skala; Ziele erreicht = Antworten in den Kategorien „trifft völlig zu“ und „trifft eher zu“; Ziele nicht erreicht = Antworten in den Kategorien „trifft gar nicht zu“ und „trifft eher nicht zu“.

Die Finisher gaben in der überwiegenden Mehrheit an, dass sich ihr Wohlbefinden durch die Intervention verbessert hat, die Besprechungen mit dem Hausarzt insgesamt nützlich waren und sie dank der Intervention mehr Verantwortung für ihre eigene Gesundheit übernehmen konnten. Von den sechs Abbrechern, die den Abbrecher-Fragebogen ausgefüllt haben, gab die Hälfte an, dass sich auch ihr Wohlbefinden verbessert hat und die Besprechungen nützlich waren. Allerdings sahen sich nur zwei der sechs Abbrecher befähigt, mehr Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen.

D 5.7: Einschätzung Nutzen von Girasole (n = 181)

		Abbrecher		Finisher	
		n	%	n	%
Mein Wohlbefinden hat sich durch meine Teilnahme am Projekt Girasole verbessert.	Trifft zu	3	50,0	74	76,3
	Trifft nicht zu	3	50,0	23	23,7
	Total	6	100	97	100
Durch das Projekt Girasole ist es mir gelungen, mehr Verantwortung für meine eigene Gesundheit zu übernehmen.	Trifft zu	2	33,3	85	85,0
	Trifft nicht zu	4	66,7	15	15,0
	Total	6	100	100	100
Die Besprechung/en mit meinem Arzt war/en insgesamt nützlich für mich.	Trifft zu	3	50,0	96	98,0
	Trifft nicht zu	3	50,0	2	2,0
	Total	6	100	98	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus den Fragebogen P Abbrecher und P Finisher.

Legende: Das n umfasst alle teilnehmenden Patienten (n = 181). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten. Trifft zu = Antworten in den Kategorien „trifft völlig zu“ und „trifft eher zu“; Trifft nicht zu = Antworten in den Kategorien „trifft gar nicht zu“ und „trifft eher nicht zu“.

5.3 WIRKSAMKEIT

In den nachfolgenden Abschnitten wird ausgeführt, wie sich die Ausgangslage der teilnehmenden Patienten darstellt, um im Anschluss Gesundheitszustand und -verhalten vor und nach der Intervention zu vergleichen.

5.3.1 AUSGANGSLAGE

Zunächst wird aufgezeigt, wie die Patienten hinsichtlich Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Motivation in das Projekt gestartet sind. Dazu werden die Daten von allen Patienten benutzt, die sich zur Teilnahme bereit erklärt haben (n = 181). Je nach

Datenverfügbarkeit, werden die Angaben mit dem Tessin spezifisch⁷⁸ oder mit der italienischen Schweiz generell⁷⁹ verglichen. Wo es sich anbietet, wird zudem mit dem Programm Gesundheitscoaching verglichen.⁸⁰

Die Abbrecher beurteilten zu Beginn ihren Gesundheitszustand besser und fühlten sich seltener gesundheitlich eingeschränkt als die Finisher. Die Unterschiede zwischen Abbrechern und Finishern sind beim allgemeinen Gesundheitszustand auf dem 95-Prozent-Niveau signifikant. Das heisst die Abbrecher fühlten sich gegenüber den Finishern signifikant öfter gut bis sehr gut.⁸¹ Diese Resultate könnten auf eine tatsächlich bessere Verfassung der Abbrecher oder aber auf eine geringere Sensibilisierung hindeuten. Im Vergleich mit der Tessiner Bevölkerung ist der allgemeine Gesundheitszustand der Patienten im Pilotprojekt Girasole deutlich schlechter. Das erstaunt allerdings nicht, da dieser Teil der Bevölkerung explizit Ziel der Intervention war. Im Vergleich zum Projekt Gesundheitscoaching haben die Patienten des Pilotprojekts Girasole den allgemeinen Gesundheitszustand etwas schlechter beurteilt (60% gegenüber 48,5%).

Ungefähr die Hälfte der Patienten gab *gesundheitliche Einschränkungen* an. Die Einschränkungen waren am häufigsten körperlicher oder aber körperlicher und psychischer Natur. Auch hier lag der Anteil im Vergleich zum Kanton Tessin deutlich über dem allgemeinen Durchschnitt.

In Bezug auf den *Body-Mass-Index (BMI)* waren im Pilotprojekt Girasole die stark Übergewichtigen ($BMI \geq 30$) deutlich übervertreten. Auch im Vergleich mit dem Programm Gesundheitscoaching war der Anteil übergewichtiger Patienten ($25 \leq BMI < 30$) und stark übergewichtiger Patienten ($BMI \geq 30$) rund 10 Prozent höher. Dies liegt wohl unter anderem daran, dass Girasole einen Fokus auf die körperliche Aktivität legte und dadurch Personen mit Übergewicht eine wichtige Zielpopulation des Projekts waren. Die Unterschiede zwischen Abbrechern und Finishern waren nicht signifikant.

⁷⁸ Osservatorio svizzero della salute (Obsan) (2014): La salute nel Cantone Ticino. Risultati dell'Indagine sulla salute in Svizzera 2012, Neuchâtel.

⁷⁹ <<http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/index.html>>, Zugriff am 29. Mai 2018.

⁸⁰ Grüninger et al. (2012).

⁸¹ Die Variablen „Allgemeiner Gesundheitszustand“ und „Gesundheitliche Einschränkung“ wurden für den Chi-Quadrat-Test in bivariate Variablen umcodiert (d.h. gut bis sehr gut vs. mittelmässig bis schlecht und eingeschränkt vs. nicht eingeschränkt).

D 5.8: Allgemeiner Gesundheitszustand: Physische Gesundheit (n = 181)

		Total		Abbrecher		Finisher		Vergleich Tessin
		n	%	n	%	n	%	%
Allgemeiner Gesundheitszustand	Gut bis sehr gut	65	48,5	28	63,6	37	41,1	74,0
	Mittelmässig	65	48,5	15	34,1	50	55,6	
	Schlecht	4	3,0	1	2,3	3	3,3	
	Total	134	100	44	32,8	90	67,2	
Gesundheitlich eingeschränkt	Ja	63	50,4	18	42,9	45	54,2	21,9
	Nein	62	49,6	24	57,1	38	45,8	
	Total	125	49,6	42	33,6	83	66,4	
Body-Mass-Index	Untergewicht (BMI < 18,5)	2	1,5	0	0	2	2,2	59,2
	Normalgewicht (18,5 ≤ BMI < 25)	20	15,152	10	23,3	10	11,2	
	Übergewicht (25 ≤ BMI < 30)	52	39,394	15	34,9	37	41,6	31,1
	Adipositas (BMI ≥ 30)	58	43,939	18	41,9	40	44,9	9,7
	Total	132	100	43	33	89	67	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus dem Fragebogen P Start. Für den Vergleich wurden die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) aus dem Jahr 2012 für den Kanton Tessin verwendet.

Legende: Das n umfasst alle teilnehmenden Patienten (n = 181). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten. Für die Prozentangabe bei der gesundheitlichen Einschränkung allgemein, wurde ein n von 43 (Abbrecher) beziehungsweise 88 (Finisher) verwendet. Das Total bezieht sich auf die Antworten zur Art der Einschränkung. Bei dieser Frage gab es sehr viele fehlende Werte, deswegen ist das n so tief. Gesundheitlich eingeschränkt = Antworten in den Kategorien „stark eingeschränkt“ und „eingeschränkt, aber nicht stark“; Blau eingefärbte Zellen markieren signifikante Gruppenunterschiede (Signifikanzniveau: mind. 95%).

Die *psychische Belastung* wurde von den Abbrechern und Finishern gleich beurteilt. Allerdings gab es deutlich mehr Finisher, die eine tiefe Belastung aufwiesen. Der Unterschied zwischen Abbrechern und Finishern war lediglich für das *Kontrollniveau* statistisch signifikant (95-Prozent-Signifikanzniveau). Das heisst die Finisher hatten signifikant häufiger ein tiefes Kontrollniveau als die Abbrecher. Im Vergleich mit der italienischsprachigen Bevölkerung wiesen die Teilnehmenden des Pilotprojekts Girasole damit öfter eine hohe psychische Belastung auf und schätzen die Kontrolle über ihr Leben öfter tiefer ein. Im Programm Gesundheitscoaching wurden ebenfalls drei der vier Items zum Kontrollniveau abgefragt. Dabei zeigt sich, dass die Patienten im Pilotprojekt Girasole eher weniger Kontrolle über ihr Leben hatten und schlechter mit Belastungen umgehen konnten als die Patienten im Vergleichsprojekt.⁸²

D 5.9: Allgemeiner Gesundheitszustand: Psychische Gesundheit (n = 181)

		Total		Abbrecher		Finisher		Vergleich italienische Schweiz
		n	%	n	%	n	%	%
Psychische Belastung	Niedrig	11	8,8	4	10,0	7	8,2	74,6
	Mittel	33	26,4	10	25,0	23	27,1	17,5
	Hoch	81	64,8	26	65,0	55	64,7	7,8
	Total	125	100	40	32	85	68	99,9
Kontrollniveau eigenes Leben	Hoch	26	20,2	9	21,4	17	19,5	32,4
	Mittel	33	25,6	16	38,1	17	19,5	35,9
	Tief	70	54,3	17	40,5	53	60,9	31,7
	Total	129	100	42	33	87	67	100

⁸² Die Items waren aber im Projekt Gesundheitscoaching umgekehrt (d.h. positiv) formuliert.

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus dem Fragebogen P Start. Für den Vergleich wurden die SGB-Daten aus dem Jahr 2012 für italienische Schweiz verwendet.

Legende: Das n umfasst alle teilnehmenden Patienten (n = 181). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten. Psychische Belastung: Dieser Index wurde aus vier Items gebildet und entspricht dem Mental-Health-Index 5 (MHI-5). Er kann Werte von 0 bis 100 annehmen. Hoch = $0 \leq \text{MHI-5} \leq 52$; Mittel = $53 \leq \text{MHI-5} \leq 72$; Tief = $73 \leq \text{MHI-5} \leq 100$. Kontrollniveau (KN): Dieser Index besteht aus vier Items und kann Werte zwischen 4 und 16 annehmen.⁸³ Tiefes Kontrollniveau = $4 \leq \text{KN} < 12$; Mittleres Kontrollniveau = $12 \leq \text{KN} < 15$; Hohes Kontrollniveau = $15 \leq \text{KN} < 17$. Blau eingefärbte Zellen markieren signifikante Gruppenunterschiede (Signifikanzniveau: mind. 95%).

Im Vergleich zur Population der italienischen Schweiz gaben die für eine Teilnahme angefragten Patienten häufiger an, in Bezug auf die *körperliche Aktivität* teilaktiv beziehungsweise inaktiv zu sein und einen geringeren *Gemüse- und Fruchtekonsum* zu haben. Der Vergleich zwischen Abbrechern und Finishern zeigt auf, dass die Abbrecher sich häufiger als aktiv bezeichneten und dass sie häufiger angaben sich gesünder zu ernähren als die Finisher. Das könnte darauf hindeuten, dass die Abbrecher auch eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens als weniger wichtig erachteten. Die Unterschiede sind allerdings nicht signifikant. Vergleicht man die Daten mit dem Programm Gesundheitscoaching, so zeigt sich, dass die Teilnehmenden des Pilotprojekts Girasole körperlich deutlich weniger aktiv waren: Gut 40 Prozent der Teilnehmenden des Pilotprojekts Girasole bewegten sich nie so intensiv, dass sie ins Schwitzen kamen. Im Programm Gesundheitscoaching lag dieser Wert bei 30 Prozent. Bei den weniger intensiven Bewegungsformen jedoch lag der Anteil der Inaktiven in beiden Projekten mit etwa 5 Prozent auf einem ähnlichen Niveau. Auch bei der Ernährung schnitten die Patienten des Pilotprojekts Girasole schlechter ab als die Patienten im Programm Gesundheitscoaching. Nur etwas mehr als die Hälfte gab an, sich möglichst gesund zu ernähren. Im Programm Gesundheitscoaching waren es fast 70 Prozent. Der tägliche Gemüse- und Fruchtekonsum der Teilnehmenden im Pilotprojekt Girasole lag zudem 20 Prozent (für Gemüse) beziehungsweise 30 Prozent (für Früchte) tiefer als im Programm Gesundheitscoaching. Das könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Hausärzte im Pilotprojekt Girasole bewusst Patienten ausgewählt haben, die im Bereich Ernährung und Bewegung problematische Verhaltensweisen zeigten. Diese Bereiche standen ja im Zentrum des Pilotprojekts. Die rekrutierten Patienten entsprachen damit nicht nur altersmässig (vgl. weiter oben), sondern auch hinsichtlich der Risikofaktoren den anvisierten Zielgruppen des Pilotprojekts. Ein weiterer Grund könnte allerdings auch sein, dass diese Werte in der Bevölkerung der italienischen Schweiz generell tiefer liegen als in der deutschen Schweiz.

⁸³ Die Codierung der beiden Variablen wurde analog der SGB-Auswertung gemacht (vgl. <<http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/docs/do-d-14.02-ESS-04.pdf>>, Zugriff am 4. Juli 2018).

D 5.10: Gesundheitsverhalten: Körperliche Aktivität und Ernährung (n = 181)

		Total		Abbrecher		Finisher		Vergleich italienische Schweiz	
		n	%	n	%	n	%	%	
Körperliche Aktivität	Aktiv	67	50,0	25	56,8	42	46,7	60,9	
	Teilaktiv	28	20,9	8	18,2	20	22,2	17,9	
	Inaktiv	39	29,1	11	25,0	28	31,1	21,2	
	Total	134	100	44	33	90	67	100	
Sitzen (h pro Tag)	Maximal 4h	46	39,7	14	36,8	32	41,0		
	Zwischen 4 und 8h	55	47,4	20	52,6	35	44,9		
	Mehr als 8h	15	12,9	4	10,5	11	14,1		
	Total	116	100	38	33	78	67		
Gemüse- und Gemüsesaftkonsum	Täglich	39	29,5	19	44,2	20	22,5	55,5	
	5 bis 6 Tage pro Woche	29	22,0	8	18,6	21	23,6	14,5	
	1 bis 4 Tag(e) pro Woche	47	35,6	12	27,9	35	39,3	28,4	
	Seltener	15	11,4	3	7,0	12	13,5	0,8*	
	Nie	2	1,5	1	2,3	1	1,1	0,8*	
	Total	132	100	43	33	89	67	100	
Füchte- und Fruchtsaftkonsum	Täglich	36	27,5	17	39,5	19	21,6	58,0	
	5 bis 6 Tage pro Woche	26	19,8	5	11,6	21	23,9	9,6	
	1 bis 4 Tag(e) pro Woche	34	26,0	14	32,6	20	22,7	29,1	
	Seltener	30	22,9	5	11,6	25	28,4	1,8*	
	Nie	5	3,8	2	4,7	3	3,4	1,4*	
	Total	131	100	43	33	88	67	100	
Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine spezielle Diät eingehalten?	Ja	26	19,5	9	20,5	17	19,1		
	Nein	107	80,5	35	79,5	72	80,9		
	Total	133	100	44	33	89	67		
Ich ernähre mich möglichst gesund, das heisst abwechslungsreich und fettarm.	Trifft zu	76	56,7	29	65,9	47	52,2		
	Trifft nicht zu	58	43,3	15	34,1	43	47,8		
	Total	134	100	44	33	90	67		
In der Regel esse ich die Hauptmahlzeit zusammen mit anderen Personen (Familie, Partner, Freunde).	Trifft zu	97	74,0	33	76,7	64	72,7		
	Trifft nicht zu	34	26,0	10	23,3	24	27,3		
	Total	131	100	43	33	88	67		

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus dem Fragebogen P Start. Für den Vergleich wurden die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) aus dem Jahr 2012 für die italienische Schweiz verwendet.

Legende: Das n umfasst alle teilnehmenden Patienten (n = 181). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten. Aktiv = mindestens 150 Minuten/Woche mässige körperliche Aktivität oder mindestens 2 Mal/Woche intensive körperliche Aktivität; Teilaktiv = 30 bis 149 Minuten/Woche mässige körperliche Aktivität oder mindestens 1 Mal/Woche intensive körperliche Aktivität; Inaktiv = weniger als 30 Minuten/Woche mässige körperliche Aktivität und weniger als 1 Mal/Woche intensive körperliche Aktivität. Trifft zu = Antworten in den Kategorien „trifft völlig zu“ und „trifft eher zu“; Trifft nicht zu = Antworten in den Kategorien „trifft gar nicht zu“ und „trifft eher nicht zu“. *: Ungenügende Anzahl Beobachtungen (< 30). Der Stern gibt eine eingeschränkte statistische Zuverlässigkeit oder eine fehlende statistische Zuverlässigkeit an.

Im Vergleich zur italienischen Schweiz tranken die teilnehmenden Patienten häufiger *Alkohol*. Allerdings waren unter den Teilnehmenden des Pilotprojekts *Girasole* weniger *Raucher*. Diejenigen Personen, die rauchten, waren aber häufiger stärkere Raucher als die Vergleichspopulation. Im Vergleich zu den Finishern hatten die Abbrecher einen tendenziell risikoreicheren Alkoholkonsum und waren häufiger Raucher (obwohl sie sich ja tendenziell generell etwas gesünder einstufen, vgl. Darstellung D 5.8). Die Unterschiede zwischen Abbrechern und Finishern sind nicht signifikant. Im Vergleich zum Programm Gesundheitscoaching lag der Anteil der Personen, der nie oder maximal einmal pro Monat Alkohol trinkt, mit 40 Prozent deutlich tiefer als im Programm Gesundheitscoaching, in dem der Anteil bei 70 Prozent lag. Da die Antwortkategorien nicht identisch waren,

kann der Anteil aber nicht direkt verglichen werden.⁸⁴ Bezüglich des Rauchens waren aber die Teilnehmenden des Pilotprojekts Girasole häufiger Nichtraucher als diejenigen im Programm Gesundheitscoaching.

D 5.11: Gesundheitsverhalten: Alkohol und Tabak (n = 181)

		Total		Abbrecher		Finisher		Vergleich italienische Schweiz
		n	%	n	%	n	%	%
Gewohnheitsmässiger Alkoholkonsum	Täglich	42	31,3	14	31,8	28	31,1	23
	3 bis 6 Mal pro Woche	10	7,5	5	11,4	5	5,6	8,1
	1 bis 2 Mal pro Woche	25	18,7	10	22,7	15	16,7	24,5
	Weniger als 1 Mal pro Woche	36	26,9	9	20,5	27	30,0	21,3
	Abstinenter	21	15,7	6	13,6	15	16,7	23,1
Total		134	100	44	33	90	67	100
Risiko Alkoholkonsum	Eher risikoreich	19	15,7	10	24,4	9	11,3	6,8
	Eher risikoarm	81	66,9	25	61,0	56	70,0	71,1
	abstinenter	21	17,4	6	14,6	15	18,8	22,2
	Total	121	100	41	34	80	66	100
Raucherstatus	Raucher	36	27,5	16	38,1	20	22,5	34,0
	Ehemaliger Raucher	37	28,2	9	21,4	28	31,5	27,8
	Nichtraucher	58	44,3	17	40,5	41	46,1	38,2
	Total	131	100	42	32	89	68	100
Tabakkonsum	20 Zigaretten und mehr pro Tag	17	42,5	7	38,9	10	45,5	26,2
	10 bis 19 Zigaretten pro Tag	18	45,0	7	38,9	11	50,0	29,2
	1 bis 9 Zigarette(n) pro Tag	5	12,5	4	22,2	1	4,5	35,5
	Weniger als 1 Zigarette pro Tag	0	0	0	0	0	0	9,1
	Total	40	100	18	45	22	55	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus dem Fragebogen P Start. Für den Vergleich wurden die Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) aus dem Jahr 2012 für den Kanton Tessin verwendet.

Legende: Das n umfasst alle teilnehmenden Patienten (n = 181). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten. Eher risikoreich = mehr als zwei Gläser (Frauen) beziehungsweise vier Gläser (Männer) am Tag; Eher risikoarm = ein Glas (Frauen) beziehungsweise maximal zwei Gläser (Männer) am Tag; Abstinenter = null Gläser am Tag.

In Bezug auf die Gesundheitskompetenz gaben die Abbrecher tendenziell häufiger an, dass es einfach ist, sich eine eigene Meinung zu Alltagsgewohnheiten zu bilden und die gesundheitsrelevanten Lebensverhältnisse zu beeinflussen als die Finisher. Dies könnte darauf hindeuten, dass besonders Leute mit geringer internaler Kontrollüberzeugung von einem Gesundheitscoaching profitieren könnten. Die Unterschiede sind allerdings statistisch nicht signifikant.

⁸⁴ Im Projekt Gesundheitscoaching zählten auch jene, die einmal pro Woche Alkohol trinken, zu den 70 Prozent. Diese sind im Pilotprojekt Girasole in der Kategorie mit jenen, die zweimal pro Woche Alkohol trinken. Würde man diesen Anteil zu den 40 Prozent dazu rechnen, läge der Anteil immer noch knapp 10 Prozent unter jenem im Projekt Gesundheitscoaching.

D 5.12: Gesundheitsverhalten: Gesundheitskompetenz (n = 181)

		Total		Abbrecher		Finisher		Vergleich italienische Schweiz	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Ich mache mir Gedanken zu meinem Gesundheitsverhalten.	Trifft zu	74	55,2	23	52,3	51	56,7		
	Trifft nicht zu	60	44,8	21	47,7	39	43,3		
	Total	134	100	44	33	90	67		
Für mich ist es wichtig zu wissen, dass ich selber eine Veränderung erreichen kann.	Trifft zu	125	95,4	41	95,3	84	95,5		
	Trifft nicht zu	6	4,6	2	4,7	4	4,5		
	Total	131	100	43	33	88	67		
Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	Einfach	103	79,8	37	88,1	66	75,9	174	85,3
	Schwierig	26	20,2	5	11,9	21	24,1	30	14,7
	Total	129	100	42	33	87	67	204	100
Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach, Ihre Lebensverhältnisse zu beeinflussen, die Auswirkungen auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden haben?	Einfach	58	45,3	23	56,1	35	40,2	163	79,1
	Schwierig	70	54,7	18	43,9	52	59,8	43	20,9
	Total	128	100	41	32	87	68	206	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus dem Fragebogen P Start. Für den Vergleich wurden die Daten der „Erhebung Gesundheitskompetenz“ des Bundesamts für Gesundheit (BAG) aus dem Jahr 2015 für die italienische Schweiz verwendet.

Legende: Das n umfasst alle teilnehmenden Patienten (n = 181). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten. Ein Vergleich ist nur für die zwei letzten Items möglich. Trifft zu = Antworten in den Kategorien „trifft völlig zu“ und „trifft eher zu“; Trifft nicht zu = Antworten in den Kategorien „trifft gar nicht zu“ und „trifft eher nicht zu“; Einfach = Antworten in den Kategorien „sehr einfach“ und „ziemlich einfach“; Schwierig = Antworten in den Kategorien „ziemlich schwierig“ und „sehr schwierig“.

Die *Wichtigkeit einer Veränderung* und die *Bereitschaft* dazu waren sowohl bei Abbrechern wie bei Finishern mit über 70 Prozent relativ hoch. Die *Zuversicht*, eine Veränderung schaffen zu können, lag allerdings in beiden Gruppen niedriger. Dies deckt sich mit den Erfahrungen im Programm Gesundheitscoaching.⁸⁵ Dies zeigt, dass sich die Abbrecher und Finisher zu Beginn nicht durch eine andere Motivation ausgezeichnet haben. Die Unterschiede zwischen Abbrechern und Finishern sind statistisch nicht signifikant.

D 5.13: Motivation (n = 181)

	Total		Abbrecher		Finisher	
	n	%	n	%	n	%
Hohe Wichtigkeit	127	77,0	51	73,9	76	79,2
Hohe Zuversicht	74	44,8	31	44,9	43	44,8
Hohe Bereitschaft	116	70,7	48	70,6	68	70,8

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus dem Arbeitsblatt 1.

Legende: Das n umfasst alle teilnehmenden Patienten (n = 181). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten. Anteil Personen, die Wichtigkeit, Zuversicht und Bereitschaft als hoch einschätzen (Skalenwerte von 8–10).

Erwartungsgemäss haben sich die Patienten am häufigsten *Ziele in den Verhaltensbereichen* gesetzt, die im Zentrum des Pilotprojekts Girasole standen: Bewegung, Ernährung und Gewicht. Allerdings waren Bewegung und Gewicht auch im Gesundheitscoaching, die meistgenannten Kategorien. Ernährung wurde im Pilotprojekt Girasole aber häufiger

⁸⁵ Grüninger et al. (2012), Kapitel 7, S. 4.

als Ziel definiert. Auch die übrigen Kategorien hatten höhere Werte als beim Gesundheitscoaching.⁸⁶ Der Chi-Quadrat-Test ergab, dass die Finisher signifikant öfter Bewegung als Verhalten gewählt hatten als die Abbrecher (95%-Signifikanzniveau).⁸⁷

D 5.14: Ziele nach Verhaltenskategorie (n = 309)

	Total Ziele		Ziele bei Abbrechern		Ziele bei Finishern	
	n	%	n	%	n	%
Tabak	20	6.5	8	6.7	12	6.3
Alkohol	9	2.9	3	2.5	6	3.2
Gewicht	84	27.3	34	28.3	50	26.5
Stress und Belastungen	13	4.2	4	3.3	9	4.8
Bewegung	111	36.0	41	34.2	70	37.0
Ernährung	71	23.1	30	25.0	41	21.7
Andere	1	0.3	0	0	1	0.5
Total	308	100	120	100	189	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus dem Arbeitsblatt 2.

Legende: Das n umfasst das Total der von den teilnehmenden Patienten genannten Ziele und zwar einmal insgesamt, einmal für die Abbrecher und einmal für die Finisher. Die Zahl der Ziele ist höher als die Zahl der Patienten, da mehrere Ziele gewählt werden konnten. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten. Blau eingefärbte Zellen markieren signifikante Gruppenunterschiede (Signifikanzniveau: mind. 95%).

Über alle Praxen und Patienten hinweg dauerte eine Konsultation im Pilotprojekt Girasole durchschnittlich 16,3 Minuten, und es fanden im Schnitt 3,6 Konsultationen statt. Die durchschnittliche Dauer der Konsultation pro Praxis bewegte sich zwischen 10 und 35 Minuten. Konsultationen dauern wie im Programm Gesundheitscoaching nur ganz selten länger als 30 Minuten (2,3% der Fälle).⁸⁸ Bei den Finishern wurden im Schnitt 4,3 Konsultationen durchgeführt (mit einer Spanne von 2–8 Konsultationen), und bei den Abbrechern 2,5 Konsultationen (mit einer Spanne von 1–7 Konsultationen).

⁸⁶ Grüninger et al. (2012), Kapitel 7, S. 7f.

⁸⁷ Für den Verhaltensbereich Alkohol muss hier der Exakte Test nach Fisher durchgeführt werden, da es Zellen mit weniger als fünf Beobachtungen hat. Aber auch hier sind die Unterschiede nicht signifikant.

⁸⁸ Grüninger et al. (2012), Kapitel 7, S. 19.

D 5.15: Anzahl Konsultationen und durchschnittliche Dauer nach Praxis

	Durchschnittliche Konsultationsdauer	Durchschnittliche Anzahl Konsultationen
	Minuten	Anzahl
Praxis A	35,0	1
Praxis B	16,4	4
Praxis C	11,9	2
Praxis D	17,8	6
Praxis E	13,9	3
Praxis F	11,7	3
Praxis H	19,5	3
Praxis I	19,1	2
Praxis J	18,7	4
Praxis K	21,9	3
Praxis L	13,4	3
Praxis N	12,7	4
Praxis O	17,0	3
Praxis P	25,8	2
Praxis Q	18,0	4
Praxis R	10,5	3
Praxis T	11,9	3
<i>Mittelwert insgesamt</i>	<i>16,3</i>	<i>3,6</i>

Quelle: Darstellung Interface aus Basis der Daten aus der Patientenliste.

Legende: Für die durchschnittliche Konsultationsdauer sind die Mittelwerte aller Patienten pro Praxis abgebildet. Für den Mittelwert insgesamt (unterste Zeile) wurde der Mittelwert über alle Patienten verwendet. Die Zahl der Patienten pro Praxis variiert (vgl. weiter oben).

5.3.2 VORHER-NACHHER-VERGLEICH

In diesem Abschnitt wird aufgezeigt, inwiefern die Patienten ihre Ziele erreicht haben und wie sich ihr Gesundheitszustand sowie ihr Verhalten im Vergleich zum Ausgangszeitpunkt verändert haben. Wie in Abschnitt 3.3 erwähnt, können im Hinblick auf die Wirkungen bei den Patienten, basierend auf den vorliegenden Daten, allerdings nur beschränkt Aussagen gemacht werden. Die Gründe dafür sind erstens das Fehlen einer Kontrollgruppe, die notwendig wäre, um zu prüfen, ob allfällige Veränderungen tatsächlich aufgrund der Intervention zustande gekommen sind⁸⁹, zweitens die geringe Zahl der rekrutierten Patienten und die tiefe Rücklaufquote bei den Abbrechern, drittens die Nutzung von mehrheitlich subjektiven Einschätzungen der Patienten für die Wirkungsmessung und viertens die Tatsache, dass die Mehrheit der Patienten lediglich von vier der 17 Hausärzte rekrutiert worden sind. Dies sollte bei der Interpretation der nachfolgenden Daten berücksichtigt werden.

Für den Vorher-Nachher-Vergleich wurden alle Patienten einbezogen, die sowohl einen Start- wie auch einen Finisher-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 90). Auf einen Vergleich

⁸⁹ Gemäss dem sogenannten Hawthorne-Effekt kann etwa das Bewusstsein der Teilnahme an einer Intervention bereits zu Verhaltensveränderungen führen. Das kann in der Folge zu einer falschen Einschätzung der Wirksamkeit einer Intervention führen. Zudem ist es auch möglich, dass nur besonders motivierte Patienten an der Intervention teilgenommen haben; siehe McCambridge, Jim; Witton, John; Elbourne, Diana R. (2014): Systematic Review of the Hawthorne effect: New concepts are needed to study research participation effects., in: Journal of Clinical Epidemiology 67 (3), S. 267-277.

zwischen Abbrechern und Finishern wird verzichtet, da die Fallzahlen für die Abbrecher mit zwei Messungen sehr gering sind ($n = 4$).

Wie eingangs erwähnt, hat sich die Projektleitung des Pilotprojekts Girasole als Ziel gesetzt, dass sich jeder sechste Patient aufgrund der Intervention in Bezug auf seine Gesundheitssituation verbessert. Um die Zielerreichung beurteilen zu können, wurde die Wirksamkeit der Intervention wie folgt definiert: Die Intervention wird dann als wirksam hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens und -zustands erachtet, wenn sich mehr Patienten bezüglich der entsprechenden Items verbessert als verschlechtert haben. Zusätzlich sollten die Verbesserungen nicht nur häufiger als die Verschlechterungen sein, sie sollten insbesondere auch öfter relevant sein als die Verschlechterungen. Als relevant wurden eindeutige Verbesserungen oder Verschlechterungen bezeichnet, beispielsweise beim BMI von übergewichtig zu normalgewichtig. Wie diese relevanten Veränderungen für die einzelnen Variablen definiert worden sind, wird nachfolgend jeweils im Detail ausgeführt. Selbstverständlich muss dabei beachtet werden, dass sich die Patienten im Falle eines Erfolgs nicht in allen untersuchten Gesundheitsbereichen verbessert haben, da sie sich vorgängig für spezifische Bereiche entscheiden mussten.

Zielerreichung und Aufrechthaltung

Mehr als zwei Drittel der Finisher gaben an, die im eigenen Gesundheitsprojekt gesetzten Ziele erreicht zu haben. Zudem ist die überwiegende Mehrheit der Patienten überzeugt, das Verhalten auch längerfristig aufrechterhalten zu können. Schliesslich scheint die Intervention die Mehrheit der Finisher motiviert zu haben, zukünftig weitere Gesundheitsprojekte umzusetzen. Hier wäre es interessant, Ende 2018 eine Nachbefragung bei den Finishern zu machen, um zu erfahren, wie nachhaltig die Verhaltensänderung war.

D 5.16: Zielerreichung und Aufrechterhaltung (n = 100)

		Finisher (n = 100)	
		n	%
Ich habe meine Ziele, die ich gesetzt hatte, erreicht.	Trifft zu	69	69,7
	Trifft nicht zu	30	30,3
	Total	99	100
Ich bin zuversichtlich, dass ich mein erreichtes Verhalten in den nächsten 6 Monaten aufrechterhalten kann.	Trifft zu	92	92,9
	Trifft nicht zu	7	7,1
	Total	99	100
Ich bin zuversichtlich, dass ich mein erreichtes Verhalten auch längerfristig aufrechterhalten kann.	Trifft zu	89	89,9
	Trifft nicht zu	10	10,1
	Total	99	100
Ich werde auch in Zukunft eigene Projekte zur Veränderung meines Gesundheitsverhaltens durchführen (alleine/mit fachlicher Unterstützung).	Trifft zu	90	90,9
	Trifft nicht zu	9	9,1
	Total	99	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus dem Fragebogen P Finisher.

Legende: Das n umfasst alle Finisher ($n = 100$). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten. Trifft zu = Angaben in den Kategorien „trifft völlig zu“ und „trifft eher zu“; Trifft nicht zu = Angaben in den Kategorien „trifft eher nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“.

Gesundheitszustand

Der *allgemeine Gesundheitszustand* ist bei knapp zwei Dritteln der Patienten gemäss Selbsteinschätzung unverändert geblieben. Immerhin bei mehr als einem Viertel hat sich der Gesundheitszustand verbessert. Verschlechterungen gab es nur in 8 Prozent der Fälle.

Der Umfang der Veränderungen liegt bei maximal zwei Skalenpunkten auf der fünfstufigen Skala, wobei es bei den Verbesserungen zu Veränderungen von ein bis zwei Skalenpunkten kam und bei den Verschlechterungen zu Veränderungen um einen Punkt. Die Höhe der Verbesserungen wie der Verschlechterungen ist damit gering, und bei keinem Patienten hat sich der Zustand von schlecht zu gut beziehungsweise von gut zu schlecht verändert.

Fazit: Mehrheitlich blieb der Gesundheitszustand unverändert. Verbesserungen sind deutlich häufiger als Verschlechterungen. Die Veränderungen sind insgesamt aber wenig relevant (d.h. keine Veränderung der Kategorie).

Auch bei den *gesundheitlichen Einschränkungen* kam es in der Mehrheit der Fälle zu keiner Veränderung. 18 Prozent der Patienten haben sich verbessert. 11 Prozent haben sich verschlechtert. Die Veränderungen belaufen sich bei Verbesserungen und Verschlechterungen auf jeweils maximal einen Punkt auf der dreistufigen Antwortskala. Insgesamt fühlten sich elf Patienten, die sich vorher eingeschränkt gefühlt hatten, nach der Intervention nicht mehr eingeschränkt. Demgegenüber fühlten sich sieben Patienten eingeschränkt, die vor der Intervention angaben, sich nicht eingeschränkt zu fühlen.

Fazit: Mehrheitlich kam es zu keinen Veränderungen. Verbesserungen sind etwas häufiger als Verschlechterungen. Die Verbesserungen und Verschlechterungen sind in knapp 80 Prozent der Fälle als relevant zu bezeichnen (d.h. von eingeschränkt zu nicht eingeschränkt oder umgekehrt). Es kam etwas häufiger zu relevanten Verbesserungen (11 gegenüber 7) als zu relevanten Verschlechterungen. Es ist allerdings unklar, was die Ursache ist.

Der *BMI* hat sich bei mehr als der Hälfte der Patienten verbessert (d.h. bei Übergewichtigen hat das Gewicht abgenommen und bei Untergewichtigen zugenommen). Allerdings kam es auch bei einem Drittel zu einer Verschlechterung. Im Schnitt waren die Veränderungen mit 1,3 Punkten (Verbesserungen) beziehungsweise 0,9 Punkten (Verschlechterung) eher klein. Es gab jedoch auch Patienten mit relevanten Verbesserungen: So sind nach der Intervention sechs Patienten nicht mehr stark übergewichtig (adipös), sondern nur noch übergewichtig. Jeweils ein Patient hat sich von übergewichtig zu normalgewichtig beziehungsweise von adipös zu normalgewichtig verändert.⁹⁰ Die deutlichste Verbesserung betrug 9,8 Punkte (von 0,17 bis -9,8). Der Blick auf die gewählten Ziele bestätigt, dass es sich bei den Personen, die sich verbessert haben, vor allem um Patienten handelt, die sich Ziele in den Bereichen Gewicht, Ernährung und Bewegung gesetzt haben.⁹¹ Bei den Patienten, die sich verschlechtert haben, haben sich lediglich zwei Personen von übergewichtig zu stark übergewichtig verändert. Die maximale Verschlechterung betrug 5,5 Punkte (von -0,76 bis 5,51).

Fazit: Die Mehrheit der Patienten hat sich verbessert und es gab mehr Verbesserungen als Verschlechterungen. Zudem kam es häufiger zu relevanten Verbesserungen als zu relevanten Verschlechterungen (8 gegenüber 2).

⁹⁰ Inwiefern eine solch grosse Veränderung (d.h. von adipös zu normalgewichtig) im Zeitraum der Intervention plausibel ist, ist fraglich.

⁹¹ Im Anhang A5 finden sich die Anteile für Verbesserung und Verschlechterung über alle Ziele und Verhaltensweisen hinweg.

D 5.17: Physische Gesundheit (n = 90)

		Finisher (n = 90)	
		n	%
Allgemeiner Gesundheitszustand	Verbessert	25	28,4
	Nicht verändert	56	63,6
	Verschlechtert	7	8,0
	Total	88	100
Gesundheitliche Einschränkungen	Verbessert	14	18,4
	Nicht verändert	53	69,7
	Verschlechtert	9	11,8
	Total	76	100
BMI	Verbessert	46	52,3
	Nicht verändert	12	13,6
	Verschlechtert	30	34,1
	Total	88	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus den Fragebogen P Start und P Finisher.

Legende: Das n umfasst alle Finisher, die sowohl Start- wie auch End-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 90). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten. Allgemeiner Gesundheitszustand und gesundheitliche Einschränkungen: Verbessert = mindestens eine Antwortkategorie besser; Nicht verändert = gleiche Antwortkategorie wie bei Start; Verschlechtert = mindestens eine Antwortkategorie verschlechtert. BMI: Verbessert = Abnahme im Vergleich zu Start (aber nur, wenn bei Start nicht untergewichtig); Nicht verändert = BMI vorher und nachher identisch; Verschlechtert = Zunahme im Vergleich zu Start (aber nur, wenn bei Start nicht untergewichtig).

Bei der überwiegenden Mehrheit der Finisher hat sich die Selbsteinschätzung der psychischen Belastung im Vergleich zu derjenigen vor der Intervention verbessert, obwohl nur sehr wenige Patienten explizit an ihrer psychischen Gesundheit arbeiten wollten (d.h. Ziele im Bereich Stress und Belastungen festgelegt haben). Von jenen, die persönliche Ziele im Bereich Stress und Belastungen definiert haben, haben sich sechs Patienten verbessert und zwei verschlechtert. Insgesamt gab es lediglich bei gut 11 Prozent Verschlechterungen. Die Veränderungen bewegen sich auf dem Index (Werte von 0–100) zwischen 4 und 80 Punkten. Die Verbesserungen sowie die Verschlechterungen fanden im Schnitt im Umfang von 30 Index-Punkten statt: Bei den Verbesserungen zeigt sich, dass 28 Patienten, die die psychische Belastung vorher hoch eingeschätzt haben, diese nach der Intervention tief einschätzen. 14 Patienten haben sich von einer hohen zu einer mittleren Belastung verbessert und sechs von einer mittleren zu einer tiefen. Nur bei neun Patienten waren die Verbesserungen zu klein, als dass sie zu einer Veränderung in der Kategorie auf dem MHI-5-Index (von tief zu mittel/hoch bzw. von mittel zu hoch) geführt hätten. Bei den Verschlechterungen haben zehn Patienten die Belastung nach der Intervention als hoch eingeschätzt, die sie vorher als mittel empfunden haben. Lediglich vier Patienten haben sich von einer tiefen zu einer hohen Belastung verschlechtert. Bei zwei Patienten kam es zu einer Veränderung von einer tiefen zu einer mittleren Belastung. Bei zwei Patienten sind die Verschlechterungen zu gering als dass sie zu einer Veränderung in der Kategorie geführt hätten.

Fazit: Bei drei Vierteln der Patienten hat sich die psychische Belastung verbessert und es kam deutlich öfter zu Verbesserungen als zu Verschlechterungen. Die Verbesserungen waren demnach in mehr als 80 Prozent der Fälle relevant. Allerdings waren auch die Verschlechterungen in der überwiegenden Mehrheit relevant. Insgesamt liegt die Zahl

der relevanten Verbesserungen aber deutlich über den relevanten Verschlechterungen (42 gegenüber 16).

Beinahe die Hälfte der Finisher konnte sich hinsichtlich des *Kontrollniveaus* über das eigene Leben verbessern. Auch hier ist das ein erstaunlicher Wert, da sich lediglich neun Finisher explizit Ziele in diesem Verhaltensbereich gesetzt haben. Bei einem knappen Drittel hat es aber auch eine Verschlechterung gegeben. Bei gut 20 Prozent gab es keine Änderung. Im Schnitt bewegen sich die Veränderungen bei zweieinhalb (Verschlechterungen) beziehungsweise drei Punkten (Verbesserungen) auf dem Index. Jeweils sechs Patienten, die das Kontrollniveau vorher als tief empfunden haben, schätzten dieses nach der Intervention als hoch beziehungsweise als mittel ein. Bei fünf weiteren Patienten hat sich das Kontrollniveau von mittel zu hoch verbessert. Bei 23 Patienten waren die Verbesserungen zu klein als dass sie zu einer Veränderung in der Kategorie geführt hätten. Insgesamt kam es so bei den Verbesserungen in 17 der 40 Fälle (ca. 40%) zu einer relevanten Veränderung. Als relevant wird eine Verbesserung hier bezeichnet, wenn die Veränderungen auf dem Indexwert zu einer Veränderung in der Kategorie des Kontrollniveaus führen (z.B. von tiefer Kontrolle zu hoher Kontrolle). Bei den Verschlechterungen kam es in der Hälfte der Fälle zu einer relevanten Veränderung: Sieben Patienten haben sich von einem hohen zu einem mittleren Kontrollniveau verschlechtert, zwei von einem hohen zu einem tiefen und drei von einem mittleren zu einem tiefen. Bei zwölf Patienten waren die Verschlechterungen zu klein als dass sie zu einer Veränderung in der Kategorie geführt hätten. Von jenen Patienten, die sich explizit Ziele im Bereich psychische Gesundheit (d.h. Stress und Belastungen) gesetzt haben, haben sich sechs verbessert und zwei verschlechtert. Die Veränderungen reichen dabei von einem Punkt bis acht Punkte auf dem Index (Werte von 4–16) für Verschlechterungen und von einem Punkt bis zehn Punkte für Verbesserungen.

Fazit: Knapp die Hälfte der Patienten hat sich bezüglich des Kontrollniveaus verbessert. Zudem lag der Anteil Verbesserungen deutlich über dem Anteil Verschlechterungen. Schliesslich kam es auch öfter zu relevanten Verbesserungen als zu relevanten Verschlechterungen (17 gegenüber 12 Patienten).

Die Resultate hinsichtlich der Veränderungen der psychischen Gesundheit decken sich mit den Erfahrungen im Programm Gesundheitscoaching: Nur sehr wenige Patienten hatten sich Ziele im Bereich Stress und Belastungen gesetzt. Dennoch haben sich auch im Programm Gesundheitscoaching nach dem Coaching 26 Prozent weniger Patienten bezüglich des Bereichs Stress im roten Bereich (d.h. ungünstig für Gesundheit) verortet. Die persönliche Begleitung durch den Hausarzt scheint sich also unabhängig vom gewählten Verhaltensbereich positiv auf die psychische Gesundheit auszuwirken. Ein Befund, der auch von der Evaluation des Projekts Pas à Pas gestärkt wird.⁹²

⁹² Locicero et al. (2018), S. 34.

D 5.18: Psychische Gesundheit (n = 90)

		Finisher (n = 90)	
		n	%
Psychische Belastung	Verbessert	57	74,0
	Nicht verändert	2	2,6
	Verschlechtert	18	23,4
	Total	77	100
Kontrollniveau eigenes Leben	Verbessert	40	48,2
	Nicht verändert	19	22,9
	Verschlechtert	24	28,9
	Total	83	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus den Fragebogen P Start und P Finisher.

Legende: Das n umfasst alle Finisher, die sowohl Start-, wie auch End-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 90). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten. Psychische Gesundheit (MHI-5) und Kontrollniveau: Verbessert = Zunahme auf dem Indexwert von Start zu Ende; Nicht verändert = keine Veränderung auf dem Indexwert; Verschlechtert = Abnahme auf dem Indexwert von Start zu Ende.

Gesundheitsverhalten

34 Prozent der Finisher haben gemäss Selbsteinschätzung ihr *Aktivitätsniveau* im Vergleich zum Ausgangspunkt verbessern können. In der Mehrheit der Fälle (d.h. 17 Patienten) handelt es sich um Patienten, die sich von inaktiv zu teilaktiv (6) beziehungsweise aktiv (11) verbessert haben. Das ist insofern ein erstaunlicher Befund als es sich dabei um jene Gruppe Patienten handelte, bei denen eine Veränderung schwieriger zu bewirken ist als bei Patienten, die bereits ein gewisses Aktivitätsniveau aufweisen. Gleichzeitig handelt es sich aus Sicht der öffentlichen Gesundheit um eine zentrale Zielgruppe.⁹³ Verschlechtert haben sich nur sehr wenige Patienten und nur in einem Fall kam es zu einer Verschlechterung von aktiv zu inaktiv. Bei der Mehrheit ist es zu keiner Veränderung gekommen. Von jenen Patienten, die sich explizit Ziele im Bereich Bewegung gesetzt haben, haben sich 23 verbessert und 2 verschlechtert. Bei 40 ist es zu keiner Veränderung gekommen. Bei jenen, die sich Ziele im Bereich Ernährung gesetzt haben, sind die Anteile ungefähr ähnlich, wobei sich etwas mehr Patienten verbessern konnten. Fast ausschliesslich Verbesserungen gab es bei jenen Personen, die sich Ziele im Bereich Gewicht gesetzt haben. Dort kam es nur in einem Fall zu einer Verschlechterung. Vier Verbesserungen und eine Verschlechterung gab es bei Personen mit Zielen im Bereich Tabak. Ausschliesslich verbessert haben sich Personen mit Zielen im Bereich Alkohol und Stress.

Fazit: Mehr als ein Drittel konnte sich verbessern und der Anteil Verbesserungen ist deutlich höher als der Anteil Verschlechterungen. Zudem kam es auch deutlich öfter zu relevanten Verbesserungen (d.h. von inaktiv zu [teil-]aktiv, n = 17) als zu relevanten Verschlechterungen (d.h. von aktiv zu inaktiv, n = 1).

Während der Dauer der Intervention konnten mehr als die Hälfte der Finisher die Sitzdauer reduzieren. Bei gut einem Drittel kam es zu keiner Veränderung. 14 Prozent haben sich verschlechtert. Patienten, die explizit Ziele im Bereich Bewegung definiert haben,

⁹³ Lee, I-Min; Shiroma, Eric J.; Lobelo, Felipe; Puska, Pekka; Blair, Steven N.; Katzmarzyk, Peter T. (2012): Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide. An analysis of burden of disease and life expectancy, in: The Lancet 280(9838), p. 219–229.

haben sich in 28 Fällen verbessert, in 7 verschlechtert und sind in 18 Fällen punkto Sitzdauer auf dem gleichen Niveau geblieben. Die Veränderungen bewegen sich bei den Verbesserungen sowie bei den Verschlechterungen zwischen 30 Minuten und 5 Stunden. Im Schnitt betragen die Veränderungen ungefähr zwei Stunden.

Beim *Gemüse- und Fruchtekonsum* kam es mit je rund 40 Prozent gleich häufig zu einer Verbesserung wie zu keiner Veränderung. Verschlechtert haben sich in beiden Fällen ungefähr 20 Prozent der Patienten. Patienten, die explizit Ziele im Bereich Ernährung definiert haben, haben sich beim Gemüsekonsum in 18 Fällen verbessert, in vier verschlechtert und in 15 Fällen nicht verändert. Beim Fruchtekonsum waren es 17 Verbesserungen und 9 Verschlechterungen. In 11 Fällen gab es keine Veränderung. Patienten mit Zielen im Bereich Bewegung sind beim Gemüse- und Fruchtekonsum öfter auf dem gleichen Niveau geblieben verglichen mit Patienten mit Zielen im Bereich Ernährung und haben sich häufiger (Gemüsekonsum) beziehungsweise weniger häufig (Fruchtekonsum) verschlechtert. Bei Patienten mit Zielen im Bereich Gewicht bewegen sich die Veränderungen etwa im selben Umfang wie für Patienten mit Zielen im Bereich Ernährung, wobei sie sich beim Fruchtekonsum etwas weniger häufig verschlechtert und beim Gemüsekonsum etwas häufiger verschlechtert haben. Bei Verbesserungen kommt es im Schnitt zu einer Verbesserung um zwei Skalenwerte (Gemüse) beziehungsweise zweieinhalb Skalenwerte (Früchte) auf der neunstufigen Antwortskala.⁹⁴ Bei den Verschlechterungen bewegt sich der Unterschied für Gemüse und Früchte bei ungefähr zweieinhalb Skalenwerten. Grosse Verbesserungen (d.h. mindestens drei Mal öfter pro Woche wird Gemüse/werden Früchte konsumiert) kommen beim Gemüse-, wie beim Fruchtekonsum weniger oft vor als grosse Verschlechterungen und zwar in 25 Prozent gegenüber 42 Prozent (Gemüse) beziehungsweise in 33 Prozent gegenüber 41 Prozent der Fälle (Früchte). Absolut betrachte sind aber relevante Verbesserungen beim Fruchtekonsum häufiger als relevante Verschlechterungen und beim Gemüsekonsum sind sie gleich häufig. Zudem kommen sowohl beim Gemüse- wie beim Fruchtekonsum relevante Verbesserungen bei mindestens jedem fünften Patienten, der sich verbessert hat, vor. Der Anteil Patienten mit häufigem Gemüsekonsum (d.h. mindestens fünfmal pro Woche) ist nach der Intervention etwa gleich hoch wie vorher (50% nachher und 51% vorher). Beim Fruchtekonsum gibt es nach der Intervention etwas mehr Patienten, die häufig Früchte essen (54% nachher und 48% vorher).

Fazit: Mehr als ein Drittel konnte sich hinsichtlich des Gemüse- und Fruchtekonsums verbessern und der Anteil Verbesserungen ist in beiden Fällen deutlich höher als der Anteil Verschlechterungen. Beim Fruchtekonsum kam es zudem häufiger zu relevanten Verbesserungen als zu relevanten Verschlechterungen (11 gegenüber 7). Beim Gemüsekonsum kam es allerdings gleich oft zu relevanten Verbesserungen, wie zu relevanten Verschlechterungen (n = 8).

⁹⁴ Es wurde nach der Häufigkeit des Gemüse- und Fruchtekonsums gefragt und die Skala reicht von „nie“ bis zu „täglich“.

D 5.19: Körperliche Aktivität und Ernährung (n = 90)

		Finisher (n = 90)	
		Total	
		n	%
Körperliche Aktivität	Verbessert	31	34,4
	Nicht verändert	55	61,1
	Verschlechtert	4	4,4
	Total	90	100
Sitzen (h pro Tag)	Verbessert	38	54,3
	Nicht verändert	22	31,4
	Verschlechtert	10	14,3
	Total	70	100
Gemüse- und Gemüsesaftkonsum	Verbessert	32	38,1
	Nicht verändert	33	39,3
	Verschlechtert	19	22,6
	Total	84	100
Füchte- und Fruchtsaftkonsum	Verbessert	33	38,8
	Nicht verändert	35	41,2
	Verschlechtert	17	20,0
	Total	85	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus den Fragebogen P Start und P Finisher.

Legende: Das n umfasst alle Finisher, die sowohl Start-, wie auch End-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 90). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten. Körperliche Aktivität: Verbessert = von inaktiv zu aktiv/teilaktiv beziehungsweise von teilaktiv zu aktiv; Nicht verändert = keine Veränderung beim Aktivitätsniveau; Verschlechtert = von aktiv zu teilaktiv/inaktiv beziehungsweise von teilaktiv zu inaktiv. Sitzen: Verbessert = Abnahme der Sitzdauer; Nicht verändert = Sitzdauer identisch wie zum Startzeitpunkt; Verschlechtert = Zunahme der Sitzdauer. Ernährung (Gemüse/Früchte): Verbessert = mindestens einen Punkt höher auf der Antwortskala; Nicht verändert = keine Veränderung zum Startzeitpunkt auf der Skala; Verschlechtert = mindestens einen Punkt verschlechtert auf der Antwortskala.

Bei der Häufigkeit des *Alkoholkonsums* (gewohnheitsmässiger Alkoholkonsum) ergab sich bei 23 Prozent der Patienten eine Verbesserung und bei 13 Prozent eine Verschlechterung. Mehrheitlich kam es aber zu keinen Veränderungen. Das hat insbesondere damit zu tun, dass sich nur sehr wenige Patienten ein Ziel im Bereich Alkohol gesetzt haben (n = 6 für Finisher). Bei der Häufigkeit des Alkoholkonsums beliefen sich die Veränderungen im Schnitt um eineinhalb Antwortkategorien auf der achtstufigen Antwortskala (Spannweite: 1–3 Punkte auf Skala bei Verschlechterungen und 1–4 bei Verbesserungen).⁹⁵ Grosse Verbesserungen (d.h. mindestens drei Skaleneinheiten Verschiebung) sind etwas häufiger (n = 4) als grosse Verschlechterungen (n = 1). Relevante Veränderungen sind somit eher selten (19% bei den Verbesserungen gegenüber 8% bei den Verschlechterungen). Hinsichtlich der Menge des Alkoholkonsums (Risiko Alkoholkonsum) konnten sich 10 Prozent der Patienten verbessern: Drei Personen sind abstinent geworden und die übrigen Patienten haben sich von eher risikoreich zu eher risikoarm bewegt. 4 Prozent haben sich verschlechtert, dabei ist es nur ein Patient in den risikoreichen Bereich gerutscht. Bei der überwiegenden Mehrheit kam es auch hier zu keiner Veränderung. Von sechs Patienten, die sich explizit Ziele im Bereich Alkohol gesetzt haben, hat sich bezüglich der Häufigkeit und der Menge des Alkoholkonsums einer verbessert. In fünf Fällen kam es zu keiner Veränderung. Das zeigt einerseits, dass es zwar nicht zu vielen

⁹⁵ Die Skala reicht von „nie“ bis hin zu „dreimal täglich“.

Verbesserungen kam, aber auch nicht zu Verschlechterungen. Andererseits lässt sich daraus schliessen, dass die Verbesserungen hauptsächlich bei Patienten stattgefunden haben, die sich Ziele in anderen Verhaltensbereichen gesetzt haben.

Fazit: Bezüglich Häufigkeit des Alkoholkonsums hat sich jeder fünfte Patient verbessert, betreffend die Menge jeder zehnte. Insgesamt sind es mehr Verbesserungen als Verschlechterungen. Zudem gab es auch häufiger relative Verbesserungen im Vergleich zu Verschlechterungen: vier gegenüber einer für die Häufigkeit und acht gegenüber einer für die Menge.

Im Vergleich zum Anfang sind sechs der 90 Finisher, die beide Fragebögen ausgefüllt haben, während des Pilotprojekts Girasole zu *Nichtrauchern* geworden (d.h. im Start-Fragebogen haben sie Raucher angegeben und im End-Fragebogen Nichtraucher). Es haben sich auch Veränderungen hinsichtlich der Menge des Tabakkonsums gegeben. Drei Finisher rauchen weniger Zigaretten als am Anfang des Projekts. Allerdings rauchen auch zwei Finisher mehr. Die Veränderungen belaufen sich hier im Schnitt auf sieben Zigaretten (Verbesserung) beziehungsweise siebeneinhalb Zigaretten (Verschlechterung). Für die Menge liegen aber nur für 8 der 20 Raucher Daten vor. Patienten, die sich explizit Ziele im Bereich Tabak gesetzt haben und für welche Daten vorliegen, haben sich beim Rauchstatus in drei Fällen verbessert und in Bezug auf die Menge (d.h. Anzahl Zigaretten) in einem Fall. Verschlechterungen hat es bei diesen Patienten keine gegeben. Das heisst drei Personen haben mit dem Rauchen aufgehört, obwohl sie sich dies nicht explizit als Ziel gesetzt hatten (vgl. Darstellung D 5.20).

D 5.20: Alkohol und Tabak (n = 90)

		Finisher (n = 90)	
		n	%
Gewohnheitsmässiger Alkoholkonsum	Verbessert	21	23,3
	Nicht verändert	57	63,3
	Verschlechtert	12	13,3
	Total	90	100
Risiko Alkoholkonsum	Verbessert	8	10,7
	Nicht verändert	64	85,3
	Verschlechtert	3	4,0
	Total	75	100
Raucherstatus	Verbessert	6	6,7
	Nicht verändert	84	93,3
	Verschlechtert	0	0
	Total	90	100
Tabakkonsum	Verbessert	3	37,5
	Nicht verändert	3	37,5
	Verschlechtert	2	25,0
	Total	8	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus den Fragebogen P Start und P Finisher.

Legende: Das n umfasst alle Finisher, die sowohl Start-, wie auch End-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 90). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten. Alkoholhäufigkeit: Verbessert = mindestens eine Antwortkategorie besser (d.h. weniger häufig); Nicht verändert = gleiche Antwortkategorie wie zu Beginn gewählt; Verschlechtert = mindestens eine Antwortkategorie schlechter (d.h. häufiger). Risiko Alkoholkonsum: Verbessert = von risikoreich zu risikoarm/abstinent beziehungsweise von risikoarm zu abstinent; Nicht verändert = gleiches Risiko wie zum Ausgangszeitpunkt; Verschlechtert = von abstinent/risikoarm zu risikoreich beziehungsweise von abstinent zu risikoarm. Raucherstatus: Verbessert = Nichtraucher geworden; Nicht verändert = Rauchstatus wie zu Beginn (d.h. Raucher oder Nichtraucher); Verschlechtert = Raucher geworden. Tabakkonsum: Verbessert = mindestens eine Zigarette weniger als zum Startzeitpunkt; Nicht verändert = gleiche Menge Zigaretten wie zum Startzeitpunkt; Verschlechtert = mindestens eine Zigarette mehr als zum Startzeitpunkt.

Gesundheitskompetenz

Die Mehrheit der Finisher stimmte der Aussage, sich *Gedanken* zum eigenen Gesundheitsverhalten zu machen, nach der Intervention nicht stärker zu. Die Zustimmung hat bei gut einem Drittel der Finisher abgenommen. Die Verschlechterungen sowie auch die Verbesserungen belaufen sich dabei allerdings nur auf einen Skalenpunkt (1,3 bzw. 1) auf der vierstufigen Antwortskala. Bei den Verbesserungen sind es drei Patienten, die der Aussage neu zustimmen. Bei den Verschlechterungen sind es hingegen 24, die die Aussage nach der Intervention ablehnen, obwohl sie ihr zum Startzeitpunkt zugestimmt haben. Für dieses erste Item ist es somit zu mehr relevanten Verschlechterungen (75%) als Verbesserungen (43%) gekommen.⁹⁶

Fast gleich viele Finisher finden es wichtiger beziehungsweise weniger wichtig zu wissen, dass sie selbst eine Veränderung erreichen können. Erneut blieb die Beurteilung bei knapp der Hälfte unverändert. Die Veränderungen sind in der Höhe identisch mit der Zustimmung zur ersten Aussage (Gedanken zum Gesundheitsverhalten), das heisst bei

⁹⁶ Als relevant wird eine Veränderung hier bezeichnet, wenn es von einer Zustimmung zu einer Ablehnung beziehungsweise von einer Ablehnung zu einer Zustimmung kam.

ungefähr einem Skalenpunkt. Insgesamt stimmen nach der Intervention drei Patienten der Aussage zu, die sie vor der Intervention abgelehnt haben (Verbesserung) und vier lehnen sie nach der Intervention ab, die vorher zugestimmt haben (Verschlechterungen). Beim zweiten Item halten sich die relevanten Verbesserungen und Verschlechterungen demnach ungefähr die Waage (14% gegenüber 21%).⁹⁷

Die Beurteilung des Einflusses von Alltagsgewohnheiten auf die eigene Gesundheit wurde von knapp 30 Prozent der Finisher nach der Intervention als einfacher beurteilt als vorher. Bei knapp 17 Prozent gab es eine Verschlechterung. Die Veränderungen sind für die Verbesserungen und Verschlechterungen identisch und liegen wiederum bei einem Skalenpunkt. Insgesamt erachteten 15 Patienten diese Beurteilung als einfacher, die vor der Intervention noch angeben, diese schwierig zu finden. Lediglich sechs Patienten, die die Beurteilung vor der Intervention einfach fanden, gaben nach der Intervention an, die Beurteilung schwierig zu finden. Für dieses dritte Item sind die Verbesserungen also nicht nur häufiger, sie sind auch öfter relevant (63% gegenüber 43%).⁹⁸

Schliesslich fanden etwa gleich viele Finisher die Beeinflussung der gesundheitsrelevanten Lebensverhältnisse schwieriger beziehungsweise einfacher als zum Ausgangszeitpunkt. Bei einer Mehrheit hat sich dieses Gefühl nicht verändert. Die Veränderungen liegen wiederum bei ungefähr einem Skalenpunkt, sind aber für die Verbesserungen leicht höher (1,2). Insgesamt erachteten 14 Patienten diese Beeinflussung nach der Intervention als einfach, die dies vor der Intervention als schwierig beurteilten. Demgegenüber erachteten zehn Patienten, die die Beeinflussung vorher als einfach beurteilten, diese nach der Intervention als schwierig. Auch hier liegt der Anteil der relevanten Verbesserungen über den relevanten Verschlechterungen (88% gegenüber 56%).⁹⁹

Fazit: Insgesamt waren hier die Verbesserungen nicht sehr häufig. Zudem ist der Anteil Verschlechterungen beim ersten und letzten Item höher als der Anteil Verbesserungen. Dennoch hat sich bei drei vier Items ungefähr jeder fünfte Patient verbessert. Die Zahl der relevanten Verbesserungen liegt für die Items 3 und vier über der Zahl der relevanten Verschlechterungen (15 gegenüber 6 bzw. 14 gegenüber 10). Beim zweiten Item sind sie etwa gleich häufig und beim ersten Item kommt es deutlich häufiger zu relevanten Verschlechterungen als Verbesserungen. Insgesamt sind die Resultate also sehr gemischt.

⁹⁷ Relevante Veränderungen wurden hier identisch definiert, wie für das erste Item (vgl. Fussnote 92).

⁹⁸ Als relevant wird eine Veränderung hier bezeichnet, wenn es von einer Veränderung von schwierig zu einfach beziehungsweise von einfach zu schwierig auf der Antwortskala kam.

⁹⁹ Relevante Veränderungen wurden hier identisch definiert, wie für das erste Item (vgl. Fussnote 94).

D 5.21: Gesundheitskompetenz (n = 90)

		Finisher (n = 90)	
		n	%
Ich mache mir Gedanken zu meinem Gesundheitsverhalten.	Verbessert	7	8,0
	Nicht verändert	48	55,2
	Verschlechtert	32	36,8
	Total	87	100
Für mich ist es wichtig zu wissen, dass ich selber eine Veränderung erreichen kann.	Verbessert	21	25,6
	Nicht verändert	42	51,2
	Verschlechtert	19	23,2
	Total	82	100
Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	Verbessert	24	28,6
	Nicht verändert	46	54,8
	Verschlechtert	14	16,7
	Total	84	100
Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach, Ihre Lebensverhältnisse zu beeinflussen, die Auswirkungen auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden haben?	Verbessert	16	18,8
	Nicht verändert	51	60,0
	Verschlechtert	18	21,2
	Total	85	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus den Fragebogen P Start und P Finisher.

Legende: Das n umfasst alle Finisher, die sowohl Start- wie auch End-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 90). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten. Verbessert = mindestens eine Antwortkategorie besser; Nicht verändert = gleiche Antwortkategorie wie zum Startzeitpunkt; Verschlechtert = mindestens eine Antwortkategorie schlechter.

Zusammenfassung bezüglich der Wirkungen

Die dargelegten Daten scheinen dafür zu sprechen, dass das Ziel, bei mindestens jedem sechsten Patienten durch das Coaching eine gesundheitliche Verbesserung zu bewirken, erreicht wurde (vgl. Abschnitt 1.2.2): Für praktisch alle abgefragten Gesundheitsverhaltensweisen sowie das gesundheitliche Befinden und die Gesundheitskompetenz, hat sich die Gesundheit bei mindestens jedem sechsten Patienten, in einigen Fällen (z.B. BMI) sogar bei jedem zweiten Patienten verbessert.¹⁰⁰ Zudem liegt auch der Anteil Verbesserungen in fast allen Fällen über dem Anteil Verschlechterungen (vgl. Darstellung D 5.22).¹⁰¹ Besonders hohe Verbesserungsraten sind im Bereich der körperlichen Aktivität (inkl. Reduktion der Sitzdauer), der psychischen Gesundheit sowie der Ernährung auszumachen. Der Anteil der relevanten Verbesserungen an der gesamten Anzahl Verbesserungen schwankt zwischen den einzelnen Themen stark. Allerdings liegen sie für fünf Themen bei über 50 Prozent (Gesundheitliche Einschränkung, Psychische Belastung, Körperliche Aktivität, sowie die zwei letzten Items der Gesundheitskompetenz). Insgesamt kommt es aber auch bei praktisch allen Themen häufiger zu relevanten Verbesserungen als zu relevanten Verschlechterungen.¹⁰² Schliesslich fällt auf, dass sich die Patienten auch in Bereichen verbessern, wo sie sich keine expliziten Ziele gesetzt haben. So

¹⁰⁰ Ausnahme bildet ein Item für die Gesundheitskompetenz (sich Gedanken zum Gesundheitsverhalten machen), die Alkoholmenge (risikoreicher Alkoholkonsum) sowie der Raucherstatus.

¹⁰¹ Ausnahme sind hier zwei Aspekte der Gesundheitskompetenz (sich Gedanken über das eigene Gesundheitsverhalten machen sowie Einfachheit der Beeinflussung der Lebensverhältnisse).

¹⁰² Ausnahme ist das erste Item der Gesundheitskompetenz. Zudem sind relevante Verbesserungen und Verschlechterungen beim Gemüsekonsum und dem zweiten Item der Gesundheitskompetenz etwa gleich häufig.

mit scheint sich das Coaching nicht nur auf direkt anvisierte Gesundheitsbereiche auszuwirken, sondern auch die Gesundheit insgesamt zu verbessern. Ein Befund, der auch durch die Ergebnisse des Programms Gesundheitscoaching gestützt wird.¹⁰³ Zudem haben die Patienten im Fragebogen mehrheitlich bestätigt, dass sich die Intervention positiv auf ihr Wohlbefinden ausgewirkt hat, der Dialog mit dem Hausarzt ihnen genützt hat und dass sie dank der Intervention mehr Verantwortung für die eigene Gesundheit übernehmen konnten. Obwohl die Wirkungsmessung auf Basis von Selbstauskunft erfolgt ist und keine Kontrollgruppe zum Einsatz kam, erscheinen die Resultate insbesondere für die Verhaltensbereiche mit grossen Veränderungen im Lichte der bisherigen Forschungserkenntnisse zum *Motivational Interviewing* in der Hausarztpraxis plausibel. So finden etwa Orrow et al. 2012¹⁰⁴ einen positiven Effekt auf die körperliche Aktivität. Dass sich viele Patienten hinsichtlich der psychischen Gesundheit (Belastung und Kontrollniveau) verändert haben, könnte am positiven Effekt einer Verhaltensänderung auf die psychische Gesundheit liegen. So weisen etwa Arkowitz et al. 2010¹⁰⁵ darauf hin, dass zunehmende körperliche Aktivitäten depressive Symptome verringern können. Allerdings könnte sich das Coaching auch direkt auf die psychische Gesundheit auswirken und durch den patientenzentrierten und partnerschaftlichen Ansatz begründet sein.

¹⁰³ Grüninger et al. (2012), Kapitel 7, S. 10.

¹⁰⁴ Orrow, Gillian; Kinmonth, Ann-Louise; Sanderson, Simon; Sutton, Stephen (2012): Effectiveness of physical activity promotion based in primary care. Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials, in: BMJ 344: e1389.

¹⁰⁵ Arkowitz, Hal; Westra, Henny A.; Miller, William R.; Rollnick, Stephan (2010): Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen. Beltz Verlag, Weinheim/Basel.

D 5.22: Anteil Verbesserungen zu Verschlechterungen (n = 90)

	Veränderungsquotient	
	Total n	Veränderungsquotient bei Patienten mit Zielen im entsprechenden Bereich Total n
<i>Gesundheitszustand</i>		
Allgemeiner Gesundheitszustand	3.6	
Gesundheitliche Einschränkungen	1.6	
BMI	1.5	2.3
Psychische Belastung	3.2	3.0
Kontrollniveau eigenes Leben	1.7	5.0
<i>Gesundheitsverhalten</i>		
Körperliche Aktivität	7.8	13.0
Sitzen (h pro Tag)	3.8	4.1
Gemüse- und Gemüsesaftkonsum	1.7	3.4
Früchte- und Fruchtsaftkonsum	1.9	2.3
Gewohnheitsmäßiger Alkoholkonsum	1.8	nur Verbesserungen (n = 1)
Risiko Alkoholkonsum	2.7	nur Verbesserungen (n = 1)
Raucherstatus	nur Verbesserungen (n = 6)	nur Verbesserungen (n = 3)
Tabakkonsum	1.5	nur Verbesserungen (n = 1)
<i>Gesundheitskompetenz</i>		
Ich mache mir Gedanken zu meinem Gesundheitsverhalten.	0.2	
Für mich ist es wichtig zu wissen, dass ich selber eine Veränderung erreichen kann.	1.1	
Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	1.7	
Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach, Ihre Lebensverhältnisse zu beeinflussen, die Auswirkungen auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden haben?	0.9	

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus den Fragebogen P Start und P Finisher.

Legende: Das n umfasst alle Finisher, die sowohl Start-, wie auch End-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 90). Der Veränderungsquotient stellt den Anteil Verbesserungen zum Anteil Verschlechterungen dar. Ein Veränderungsquotient von > 1 zeigt an, dass es mehr Verbesserungen als Verschlechterungen gab. Folgende Ziele wurden für die Berechnung des Veränderungsquotienten der jeweiligen Verhaltensbereiche berücksichtigt: BMI = Ziele in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Gewicht; Psychische Belastung = Ziele im Bereich Stress; Kontrollniveau = Ziele im Bereich Stress; Körperliche Aktivität = Ziele in den Bereichen Bewegung und Gewicht; Sitzen = Ziele in den Bereichen Bewegung und Gewicht; Gemüse- und Gemüsesaftkonsum = Ziele in den Bereichen Ernährung und Gewicht; Früchte- und Fruchtsaftkonsum = Ziele in den Bereichen Ernährung und Gewicht; Gewohnheitsmäßiger sowie risikoreicher Alkoholkonsum = Ziele im Bereich Alkohol; Raucherstatus sowie Tabakkonsum = Ziele im Bereich Tabak. Nur Verbesserungen = es kam entweder zu Verbesserungen oder zu keiner Veränderung, nicht aber zu einer Verschlechterung.

5.3.3 ERFOLGSFAKTOREN

Die Finisher wurden gefragt, wie wichtig gewisse Faktoren für eine erfolgreiche Zielerreichung sind. Die Darstellung D 5.23 zeigt auf, welche Faktoren als besonders wichtig erachtet werden.

Zentral scheinen insbesondere der Austausch und die Coaching-Kompetenzen des Hausarztes zu sein. Daneben erachten die Finisher aber auch die gemeinsame Herangehensweise als auch die eigene Motivation und Überzeugung als wichtige Erfolgsfaktoren. Etwas weniger wichtig war die Unterstützung durch das eigene Umfeld. Jeweils ungefähr

die Hälfte der Finisher erachtete die Unterstützung durch weitere Fachpersonen beziehungsweise organisierte Freizeitaktivitäten als Erfolgsfaktor.

D 5.23: Erfolgsfaktoren (n = 100)

		Finisher (n = 100)	
		n	%
Rückmeldungen durch meinen Arzt	Wichtig	97	97,0
	Unwichtig	3	3,0
	Total	100	100
Einfühlungsvermögen meines Arztes	Wichtig	99	99,0
	Unwichtig	1	1,0
	Total	100	100
Gemeinsame Erarbeitung eines Gesundheitsprojekts	Wichtig	94	95,9
	Unwichtig	4	4,1
	Total	98	100
Unterstützung durch mein Umfeld (Familie/Freunde)	Wichtig	73	74,5
	Unwichtig	25	25,5
	Total	98	100
Unterstützung durch Fachpersonen (z.B. Physiotherapeut, Ernährungsberater)	Wichtig	46	48,9
	Unwichtig	48	51,1
	Total	94	100
Mitgliedschaft/Teilnahme in einem Verein/an einem Kurs (z.B. Turnverein)	Wichtig	41	46,1
	Unwichtig	48	53,9
	Total	89	100
Meine eigene Überzeugung, dass ich es schaffen kann	Wichtig	93	94,9
	Unwichtig	5	5,1
	Total	98	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus Fragebogen P Finisher.

Legende: Das n umfasst alle Finisher (n = 100). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten. Wichtig = Antworten in den beiden Kategorien „sehr wichtig“ und „eher wichtig“; Unwichtig = Antworten in den beiden Kategorien „unwichtig“ und „eher unwichtig“.

ANHANG

A I ARBEITSBLÄTTER I BIS 3

DA I: Arbeitsblatt I



www.coaching-salute.ch

Un programma del Collegio svizzero di medicina di base CMB

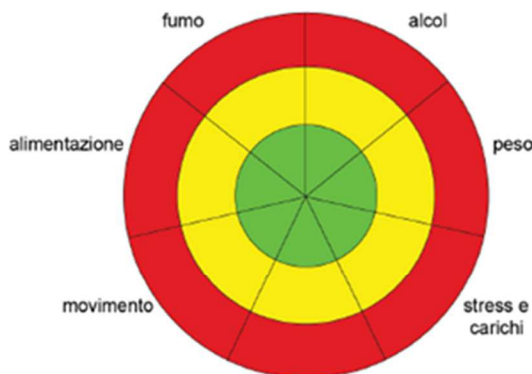
Foglio di lavoro 1
Autovalutazione: dove mi trovo?

Nome:

Data:

1. Il mio comportamento attuale per quanto riguarda la salute

*Verde: vantaggioso per la sua salute - Giallo: ha ancora possibilità di miglioramento
Rosso: svantaggioso per la sua salute*



.....

2. La mia motivazione attuale

a. Quanto è importante per me il cambiamento? (fare qualcosa io stesso per la mia salute)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 0 = per nulla importante 10 = molto importante

b. Quanto sono fiducioso di potercela fare?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 0 = per nulla 10 = molto fiducioso

c. Quanto sono pronto a intraprendere ora un cambiamento?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 0 = per nulla pronto 10 = molto pronto

Osservazioni



© Collegio di medicina di base, gesundheitscoaching@kollegium.ch, Landhausweg 26, 3007 Berna

DA 2: Arbeitsblatt 2

GESUNDHEITS COACHING Un programma del Collegio svizzero di medicina di base CMB www.coaching-salute.ch Nome

Foglio di lavoro 2: Il mio progetto sulla salute

Su che cosa posso basarmi? Il mio tema Che cosa voglio e dove vado?

<p>Le mie esperienze precedenti</p>	<p>Il mio obiettivo</p>
<p>Ostacoli</p>	<p>I miei passi verso quest'obiettivo (misure)</p>
<p>I miei punti forti e le fonti di sostegno</p>	<p>Le mie esperienze fatte con il mio progetto</p>
<p>Bisogno di informazioni & annotazioni</p>	<p>Prossimo colloquio e che cosa faccio fino a lì</p>

DA 3: Arbeitsblatt 3



www.coaching-salute.ch

Un programma del Collegio svizzero di medicina di base CMB

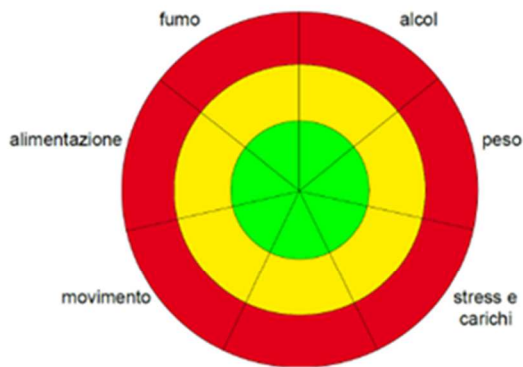
Foglio di lavoro 3
Concludendo: dove mi trovo attualmente?

Nome:

Data:

1. Il mio comportamento per quanto riguarda la salute, dopo il mio progetto sulla salute

Verde: vantaggioso per la sua salute - Giallo: ha ancora possibilità di miglioramento - Rosso: svantaggioso per la sua salute



.....

2. Se osservo il mio progetto sulla salute:

- a. quanto ho raggiunto:
- b. ciò che è cambiato:
- c. quanto ci guadagno:
- d. ciò che voglio continuare a fare:

3. Quanto sono soddisfatto del mio progetto sulla salute?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 0 = per nulla soddisfatto 10 = molto soddisfatto

© Collegio di medicina di base, gesundheitscoaching@kollegium.ch, Landhausweg 26, 3007 Berna

A2 PATIENTENFRAGEBOGEN

A2.1 START-FRAGEBOGEN

DA 4: Start-Fragebogen Seite I



Repubblica e Cantone Ticino
Dipartimento della sanità e della socialità

P.F. APPLICARE ID-PAZIENTE

QUESTIONARIO PER PAZIENTI PROGETTO GIRASOLE "AVVIO"

La ringraziamo di partecipare a questo sondaggio, necessario alla valutazione del progetto Girasole. Il sondaggio è condotto da Interface Politikstudien Forschung Beratung di Lucerna su incarico dell'Ufficio federale della sanità pubblica. I suoi dati saranno trattati in modo assolutamente anonimo. La compilazione del questionario richiede circa 10 minuti.

Istruzioni per la compilazione del questionario:

- Per favore compili il questionario direttamente nello studio medico.
- In seguito infili il questionario nella busta annessa, si assicuri che sia chiusa e la consegni all'assistente medico o al medico.
- Nel caso dovesse compilare il questionario solo in un secondo tempo, la preghiamo di inserirlo nella busta preindirizzata e preaffrancata, e di spedirla tramite la Posta svizzera.

Per domande può rivolgersi all'assistente medico, al suo medico o al responsabile del progetto Girasole del Servizio promozione e valutazione sanitaria, tel. 091 814 30 49.

1. Stato di salute generale: Come va in generale la sua salute?				
<input type="checkbox"/> Molto bene	<input type="checkbox"/> Bene	<input type="checkbox"/> Discretamente	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Molto male <input type="checkbox"/> Non lo so
2. Limitazioni inerenti la salute				
2.1 Da almeno 6 mesi, in che misura è limitato/a per un problema di salute nelle attività che le persone svolgono abitualmente? Direbbe di essere ...				
<input type="checkbox"/> gravemente limitato/a	<input type="checkbox"/> limitato/a ma non gravemente	<input type="checkbox"/> non limitato/a affatto	<input type="checkbox"/> non lo so → procedere p.f. alla domanda 3	
2.2 Nel caso si senta (gravemente) limitato/a: Secondo lei si tratta di un problema di salute fisico o psichico?				
<input type="checkbox"/> Fisico	<input type="checkbox"/> Psichico	<input type="checkbox"/> Tutte due	<input type="checkbox"/> Né fisico né psichico	<input type="checkbox"/> Non lo so
3. Valutazione personale: In che misura si ritrova nelle seguenti affermazioni?				
	Per nulla	Poco	Abbastanza	Completamente
3.1 Ho delle preoccupazioni in merito ai miei comportamenti inerenti la salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Per me è importante sapere che posso raggiungere un cambiamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Peso & altezza: Quanto è alto/a rispettivamente quanto pesa?				
4.1 La mia statura cm (senza scarpe)			
4.2 Il mio peso kg (con vestiti leggeri o senza vestiti)			

QUESTIONARIO PER PAZIENTI PROGETTO GIRASOLE - AVVIO * 1

DA 5: Start-Fragebogen Seite 2



P. F. APPLICARE ID-PAZIENTE

QUESTIONARIO PER PAZIENTI PROGETTO GIRASOLE "AVVIO"

La ringraziamo di partecipare a questo sondaggio, necessario alla valutazione del progetto Girasole. Il sondaggio è condotto da Interface Politikstudien Forschung Beratung di Lucerna su incarico dell'Ufficio federale della sanità pubblica. I suoi dati saranno trattati in modo assolutamente anonimo. La compilazione del questionario richiede circa 10 minuti.

Istruzioni per la compilazione del questionario:

- Per favore compili il questionario direttamente nello studio medico.
- In seguito infili il questionario nella busta annessa, si assicuri che sia chiusa e la consegni all'assistente medico o al medico.
- Nel caso dovesse compilare il questionario solo in un secondo tempo, la preghiamo di inserirlo nella busta preindirizzata e preaffrancata, e di spedirla tramite la Posta svizzera.

Per domande può rivolgersi all'assistente medico, al suo medico o al responsabile del progetto Girasole del Servizio promozione e valutazione sanitaria, tel. 091 814 30 49.

1. Stato di salute generale: Come va in generale la sua salute?

Molto bene Bene Discretamente Male Molto male Non lo so

2. Limitazioni inerenti la salute

2.1 Da almeno 6 mesi, in che misura è limitato/a per un problema di salute nelle attività che le persone svolgono abitualmente? Direbbe di essere ...

gravemente limitato/a limitato/a ma non gravemente non limitato/a affatto non lo so
→ procedere p.f. alla domanda 3

2.2 Nel caso si senta (gravemente) limitato/a: Secondo lei si tratta di un problema di salute fisico o psichico?

Fisico Psichico Tutt'e due Né fisico né psichico Non lo so

3. Valutazione personale: In che misura si ritrova nelle seguenti affermazioni?

	Per nulla	Poco	Abbastanza	Completamente
3.1 Ho delle preoccupazioni in merito ai miei comportamenti inerenti la salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Per me è importante sapere che posso raggiungere un cambiamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Peso & altezza: Quanto è alto/a rispettivamente quanto pesa?

4.1 La mia statura cm (senza scarpe)
4.2 Il mio peso kg (con vestiti leggeri o senza vestiti)

QUESTIONARIO PER PAZIENTI PROGETTO GIRASOLE , AVVIO * 1

DA 6: Start-Fragebogen Seite 3

5. Salute: Come si è sentito/a nelle ultime 4 settimane ...	Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
5.1 molto nervoso/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 così giù di morale che niente avrebbe potuto tirarla su?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 calmo/a e sereno/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 scoraggiato/a e depresso/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5 felice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Valutazione personale: In una scala da molto facile a molto difficile: quanto è facile a suo avviso ...	Molto facile	Piuttosto facile	Piuttosto difficile	Molto difficile
6.1 valutare quali abitudini quotidiane sono in relazione con la sua salute? (Indicazione: abitudini nel consumo di alcolici e alimenti, movimento, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 influenzare le sue condizioni di vita che influiscono sulla sua salute e sul suo benessere? (Indicazione: abitudini nel consumo di alcolici e alimenti, movimento, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Fumo: Che rapporto ha con il tabacco?	
7.1 Lei fuma, anche occasionalmente?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
7.2 Ha mai fumato regolarmente per un periodo superiore a 6 mesi?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No → procedere p.f. alla domanda 8
7.3 Per fumatori/fumatrici: Quante sigarette fuma in media al giorno?	<input type="checkbox"/> _____ Sigarette <input type="checkbox"/> Meno di una sigaretta al giorno

8. Alcol: Che rapporto ha con l'alcol?	
8.1 Qual è il suo consumo complessivo di alcol, cioè di birra, vino, liquori, aperitivi, acquaviti? Ne beve più volte al giorno o con quale frequenza?	<input type="checkbox"/> 3 volte o più al giorno <input type="checkbox"/> 2 volte al giorno (durante il pasto) <input type="checkbox"/> 1 volta al giorno <input type="checkbox"/> Più volte alla settimana
	<input type="checkbox"/> 1 o 2 volte alla settimana <input type="checkbox"/> 1-3 volte al mese <input type="checkbox"/> Meno di 1 volta al mese <input type="checkbox"/> Mai (astemio) → procedere p.f. alla domanda 9
8.2 Quanti bicchieri consuma circa (cfr. riquadro qui accanto) in un giorno, in cui beve alcol?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5 e più

9. Stress e carichi: Pensando a se stesso/a, è d'accordo con le frasi seguenti?	è vera	è abbastanza vera	non è tanto vera	non è assolutamente vera
Questa affermazione ...				
9.1 Ho alcuni problemi che non riesco a risolvere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 Talvolta mi sento sbalottato/a di qua e di là.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3 Ho l'impressione di avere poco controllo su ciò che mi capita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4 Mi sento spesso sommerso/a dai problemi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Alimentazione: cosa può dire in merito alla sua alimentazione?	
10.1 Negli ultimi 12 mesi ha seguito una dieta particolare?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non lo so

A2.2 ABBRECHER-FRAGEBOGEN

DA 7: Abbrecher-Fragebogen Seite 1



P.F. APPLICARE ID-PAZIENTE

QUESTIONARIO PER PAZIENTI PROGETTO GIRASOLE
"CONCLUSIONE ANTICIPATA"

La ringraziamo nuovamente di partecipare anche a questo sondaggio necessario alla valutazione del progetto Girasole. Il sondaggio è condotto da Interface Politikstudien Forschung Beratung di Lucerna su incarico dell'Ufficio federale della sanità pubblica. I suoi dati saranno trattati in modo assolutamente anonimo. La compilazione richiede circa 5 minuti.

Istruzioni per la compilazione del questionario:

- Per favore compili il questionario direttamente nello studio medico.
- In seguito infili il questionario nella busta annessa, si assicuri che sia chiusa e la consegni all'assistente medico o al medico.
- Nel caso dovesse compilare il questionario solo in un secondo tempo, la preghiamo di inserirlo nella busta preindirizzata e preaffrancata, e di spedirla tramite la Posta svizzera.

Per domande può rivolgersi all'assistente medico, al suo medico o al responsabile del progetto Girasole del Servizio promozione e valutazione sanitaria, tel. 091 814 30 49.

1. Stato di salute generale: Come va in generale la sua salute?					
<input type="checkbox"/> Molto bene	<input type="checkbox"/> Bene	<input type="checkbox"/> Discretamente	<input type="checkbox"/> Male	<input type="checkbox"/> Molto male	<input type="checkbox"/> Non lo so
2. Limitazioni inerenti la salute					
2.1 Da almeno 6 mesi, in che misura è limitato/a per un problema di salute nelle attività che le persone svolgono abitualmente? Direbbe di essere ...					
<input type="checkbox"/> gravemente limitato/a	<input type="checkbox"/> limitato/a ma non gravemente	<input type="checkbox"/> non limitato/a affatto	<input type="checkbox"/> non lo so		
→ procedere p.f. alla domanda 3					
2.2 Nel caso si senta (gravemente) limitato/a: Secondo lei si tratta di un problema di salute fisico o psichico?					
<input type="checkbox"/> Fisico	<input type="checkbox"/> Psichico	<input type="checkbox"/> Tutt'e due	<input type="checkbox"/> Né fisico né psichico	<input type="checkbox"/> Non lo so	
3. Valutazione personale: In che misura si ritrova nelle seguenti affermazioni?					
	Per nulla	Poco	Abbastanza	Completamente	
3.1 Ho delle preoccupazioni in merito ai miei comportamenti inerenti la salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.2 Per me è importante sapere che posso raggiungere un cambiamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Salute: Come si è sentito/a nelle ultime 4 settimane ...					
	Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
4.1 molto nervoso/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 così giù di morale che niente avrebbe potuto tirarla su?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 calmo/a e sereno/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 scoraggiato/a e depresso/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 felice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONARIO PER PAZIENTI PROGETTO GIRASOLE "CONCLUSIONE ANTICIPATA" 1

DA 8: Abbrecher-Fragebogen Seite 2

5. Valutazione personale: In una scala da molto facile a molto difficile: quanto è facile a suo avviso ...	Molto facile	Piuttosto facile	Piuttosto difficile	Molto difficile
5.1 valutare quali abitudini quotidiane sono in relazione con la sua salute? (Indicazione: abitudini nel consumo di alcolici e alimenti, movimento, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 influenzare le sue condizioni di vita che influiscono sulla sua salute e sul suo benessere? (Indicazione: abitudini nel consumo di alcolici e alimenti, movimento, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Valutazione del progetto Girasole: Come giudica il progetto? Questa affermazione mi concerne ...	completamente	abbastanza	poco	per niente
6.1 Il mio medico mi ha informato in modo sufficiente sul progetto Girasole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 Nel colloquio il mio medico ha discusso delle mie rappresentazioni ed esperienze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3 Durante il colloquio il mio medico mi ha aiutato a chiarire i dubbi sul cambiamento dei miei comportamenti inerenti la salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4 Il mio medico ha dedicato tempo sufficiente alla consultazione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5 Ritengo positivo che il mio medico mi sostenga quando voglio fare qualcosa per la mia salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6 Se in futuro volessi cambiare qualcosa dei miei comportamenti inerenti la salute, chiederei sostegno al mio medico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7 Ritengo importante che con il progetto Girasole si possa fare personalmente qualcosa per la propria salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8 Ritengo che il progetto Girasole debba fare parte della normale offerta di uno studio medico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.9 Nel complesso sono contento del progetto Girasole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Utilità e Raggiungimento degli obiettivi: Cosa le ha portato il progetto Girasole e quali risultati ha raggiunto?	Completamente	Abbastanza	Poco	Per niente
7.1 Con la partecipazione al progetto Girasole è migliorato il mio stato di benessere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 Grazie al progetto Girasole sono riuscito ad assumere maggiori responsabilità per la mia salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 Il/Il colloquio con il mio medico sono/è stato/è complessivamente utile/è per me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Motivo dell'interruzione: Per quale motivo intende interrompere il progetto Girasole?	<input type="checkbox"/> Mi manca il tempo. <input type="checkbox"/> Mi sento poco sostenuto/a.			
	<input type="checkbox"/> Mi manca la motivazione. <input type="checkbox"/> Non credo mi serva a qualcosa.			
	<input type="checkbox"/> E' troppo complicato per me. <input type="checkbox"/> Per un altro motivo, vale a dire.....			
	<input type="checkbox"/> Durante la consultazione non mi sento a mio agio.			
9. Propositi: Ha intenzione di proseguire in un secondo momento (da solo o con una assistenza professionale) e di cambiare il suo comportamento inerente la salute? (per favore segni solo la voce che fa al caso suo)	<input type="checkbox"/> Sì, ho intenzione di cambiare il mio comportamento inerente la salute nei prossimi 6 mesi.			
	<input type="checkbox"/> Sì, ho intenzione di cambiare il mio comportamento inerente la salute nei prossimi 30 giorni.			
	<input type="checkbox"/> Sì, ho già personalmente iniziato a cambiare il mio comportamento inerente la salute.			
	<input type="checkbox"/> No, non ho intenzione di cambiare il mio comportamento inerente la salute.			
	<input type="checkbox"/> No, non ho bisogno di cambiare il mio comportamento inerente la salute (facevo attenzione al mio comportamento inerente la salute già prima).			
10. Richieste di modifica/Osservazioni: Cosa si dovrebbe migliorare nel progetto Girasole?				

Grazie mille per la sua collaborazione!

A2.3 FINISHER-FRAGEBOGEN

DA 9: Finisher-Fragebogen Seite I



P.F. APPLICARE ID-PAZIENTE

QUESTIONARIO PER PAZIENTI PROGETTO GIRASOLE
"CONCLUSIONE"

La ringraziamo nuovamente per la sua partecipazione al sondaggio per pazienti ai fini della realizzazione e riuscita del progetto Girasole. Il sondaggio è condotto da Interface Politikstudien Forschung Beratung di Lucerna su incarico dell'Ufficio federale della sanità pubblica. I suoi dati saranno trattati in modo assolutamente anonimo. La compilazione del questionario richiede circa 10 minuti.

Istruzioni per la compilazione del questionario:

- Per favore compili il questionario direttamente nello studio medico.
- In seguito infili il questionario nella busta annessa, si assicuri che sia chiusa e la consegni all'assistente medico o al medico.
- Nel caso dovesse compilare il questionario solo in un secondo tempo, la preghiamo di inserirlo nella busta preindirizzata e preaffrancata, e di spedirla tramite la Posta svizzera.

Per domande può rivolgersi all'assistente medico, al suo medico o al responsabile del progetto Girasole del Servizio promozione e valutazione sanitaria, tel. 091 814 30 49.

1. Stato di salute generale: Come va in generale la sua salute?

 Molto bene Bene Discretamente Male Molto male Non lo so

2. Limitazioni inerenti la salute

2.1 Da almeno 6 mesi, in che misura è limitato/a per un problema di salute nelle attività che le persone svolgono abitualmente? Direbbe di essere ...

 gravemente limitato/a limitato/a ma non gravemente non limitato/a affatto non lo so
 → procedere p.f. alla domanda 3

2.2 Nel caso si senta (gravemente) limitato/a: Secondo lei si tratta di un problema di salute fisico o psichico?

 Fisico Psichico Tutt'e due Né fisico né psichico Non lo so

3. Valutazione personale: In che misura si ritrova nelle seguenti affermazioni? Questa affermazione mi concerne ...

	per nulla	poco	abbastanza	completamente
3.1 Ho delle preoccupazioni in merito ai miei comportamenti inerenti la salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Per me è importante sapere che posso raggiungere un cambiamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Peso: Quanto pesa?

4.1 Il mio peso kg (con vestiti leggeri o senza vestiti)

QUESTIONARIO PER PAZIENTI PROGETTO GIRASOLE "CONCLUSIONE" I

DA 10: Finisher-Fragebogen Seite 2

5. Salute: Come si è sentito/a nelle ultime 4 settimane ...	Sempre	Spesso	Qualche volta	Raramente	Mai
5.1 molto nervoso/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2 così giù di morale che niente avrebbe potuto tirarla su?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3 calmo/a e sereno/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.4 scoraggiato/a e depresso/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.5 felice?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Valutazione personale: In una scala da molto facile a molto difficile: quanto è facile a suo avviso ...	Molto facile	Piuttosto facile	Piuttosto difficile	Molto difficile
6.1 valutare quali abitudini quotidiane sono in relazione con la sua salute? (Indicazione: abitudini nel consumo di alcolici e alimenti, movimento, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2 influenzare le sue condizioni di vita che influiscono sulla sua salute e sul suo benessere? (Indicazione: abitudini nel consumo di alcolici e alimenti, movimento, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Fumo: Che rapporto ha con il tabacco?	
7.1 Lei fuma, anche occasionalmente?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
7.2 Ha smesso di fumare durante il progetto Girasole?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No → procedere p.f. alla domanda 8
7.3 Per fumatore/fumatrice: Quante sigarette fuma in media al giorno?	<input type="checkbox"/> Sigarette <input type="checkbox"/> Meno di una sigaretta al giorno

8. Alcol: Che rapporto ha con l'alcol?	
8.1 Qual è il suo consumo complessivo di alcol, cioè di birra, vino, liquori, aperitivi, acquaviti? Ne beve più volte al giorno o con quale frequenza?	<input type="checkbox"/> 3 volte o più al giorno <input type="checkbox"/> 2 volte al giorno (durante il pasto) <input type="checkbox"/> 1 volta al giorno <input type="checkbox"/> Più volte alla settimana
	<input type="checkbox"/> 1 o 2 volte alla settimana <input type="checkbox"/> 1-3 volte al mese <input type="checkbox"/> Meno di 1 volta al mese <input type="checkbox"/> Mai (astemio) → procedere p.f. alla domanda 9
8.2 Quanti bicchieri consuma circa (cfr. riquadro qui accanto) in un giorno, in cui beve alcol?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5 e più

9. Stress e carichi: Pensando a se stesso/a, è d'accordo con le frasi seguenti?	è vera	è abbastanza vera	non è tanto vera	non è assolutamente vera
Questa affermazione ...				
9.1 Ho alcuni problemi che non riesco a risolvere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 Talvolta mi sento sbalottato/a di qua e di là.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3 Ho l'impressione di avere poco controllo su ciò che mi capita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4 Mi sento spesso sommerso/a dai problemi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Alimentazione: cosa può dire in merito alla sua alimentazione?	
10.1 Negli ultimi 12 mesi ha seguito una dieta particolare?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non lo so

DA II: Finisher-Fragebogen Seite 3

<i>Continuazione Alimentazione: Per quanto mi concerne, questa affermazione ...</i>		vale pie- namente	vale abba- stanza	vale poco	non vale per nulla
10.2	La mia alimentazione è più sana possibile, vale a dire variata e povera di grassi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.3	Di regola il pasto principale lo assumo assieme ad altre persone (famiglia, partner, amici).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abitualmente, quanti giorni alla settimana circa ...					
10.4	mangia verdure o insalata, escluse le patate, o beve succhi di verdura?	<input type="checkbox"/> __giorno(i) alla settimana (da 1 a 7 giorni) <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Mai			
10.5	mangia frutta o beve succhi di frutta, in media?	<input type="checkbox"/> __giorno(i) alla settimana (da 1 a 7 giorni) <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Mai			
11. Attività fisica: Cosa può dire in merito alla sua condizione fisica?					
11.1	Durante i suoi svaghi, esercita almeno una volta alla settimana un'attività fisica che la fa sudare, p. es. correre, andare in bicicletta, ecc.?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No → procedere p.f. alla domanda 11.4			
11.2	In media quanti giorni alla settimana?	__giorno(i) alla settimana (da 1 a 7 giorni)			
11.3	In media, per quanto tempo svolge questa attività per ognuno di questi giorni?	__ ore __ minuti			
11.4	La prossima domanda riguarda forme di movimento meno intensive, vale a dire attività fisiche che le fanno venire almeno un po' il fiato grosso, ma che non fanno necessariamente sudare (per. es. fare una marcia rapida, svolgere lavori di giardinaggio). Quanti giorni alla settimana svolge tali attività fisiche?	<input type="checkbox"/> __giorno(i) alla settimana (da 1 a 7 giorni) <input type="checkbox"/> Mai → procedere p.f. alla domanda 11.6 <input type="checkbox"/> Non lo so → procedere p.f. alla domanda 11.6			
11.5	In media, per quanto tempo svolge questa attività per ognuno di questi giorni?	__ ore __ minuti			
11.6	Fa ginnastica, fitness o sport?	<input type="checkbox"/> Sì		<input type="checkbox"/> No	
11.7	Per quanto tempo sta seduto(a) complessivamente durante un giorno lavorativo normale (da lunedì a venerdì)?	__ ore __ minuti al giorno			
12. Utilità e Raggiungimento degli obiettivi: Cosa le ha portato il progetto Girasole e quali risultati ha raggiunto? Questa affermazione mi concerne ...					
12.1	Ho raggiunto gli obiettivi che mi ero prefissato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.2	Con la partecipazione al progetto Girasole è migliorato il mio stato di benessere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.3	Grazie al progetto Girasole sono riuscito ad assumere maggiori responsabilità per la mia salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.4	I/Il colloquio con il mio medico sono/è stato/i complessivamente utili/e per me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.5	Sono fiducioso di poter mantenere nei prossimi 6 mesi i comportamenti raggiunti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.6	Sono fiducioso di poter mantenere a lungo termine i comportamenti raggiunti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.7	Anche in futuro formulerò dei progetti per cambiare il mio comportamento inerente la salute (da solo o con una assistenza professionale).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DA 12: Finisher-Fragebogen Seite 4

13. Valutazione del progetto Girasole: Come giudica il progetto? Questa affermazione mi concerne ...	completamente	abbastanza	poco	per niente
13.1 Il mio medico mi ha informato in modo sufficiente sul progetto Girasole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.2 Nel colloquio il mio medico ha discusso delle mie rappresentazioni ed esperienze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.3 Durante il colloquio il mio medico mi ha aiutato a chiarire i dubbi sul cambiamento dei miei comportamenti inerenti la salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.4 Il mio medico ha dedicato tempo sufficiente alla consultazione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.5 Il mio medico mi ha sostenuto nella formulazione dei miei obiettivi per il mio progetto di salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.6 Ritengo positivo che il mio medico mi sostenga quando voglio fare qualcosa per la mia salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.7 Se in futuro volessi cambiare qualcosa dei miei comportamenti inerenti la salute, chiederei sostegno al mio medico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.8 Ritengo importante che con il progetto Girasole si possa fare personalmente qualcosa per la propria salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.9 Ritengo che il progetto Girasole debba fare parte della normale offerta di uno studio medico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.10 Nel complesso sono contento del progetto Girasole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Fattori di successo: Quanto sono stati importanti i seguenti fattori per raggiungere gli obiettivi prefissati?	Importante	Piuttosto importante	Piuttosto insignificante	Insignificante
14.1 Le opinioni del mio medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2 La sensibilità del mio medico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.3 L'elaborazione in comune del progetto di salute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4 Il sostegno da parte della mia cerchia personale (famiglia/amici)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.5 Il sostegno da parte di altri professionisti (p.es. fisioterapista, dietista)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.6 L'appartenenza/partecipazione ad una società/ad un corso (p.es. società di ginnastica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.7 La mia convinzione di potercela fare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.8 Altri: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Richieste di modifica/Osservazioni: Cosa si dovrebbe migliorare nel progetto Girasole?

16. Ulteriore sondaggio: Il suo aiuto contribuisce in modo importante al miglioramento del progetto Girasole. Tra qualche tempo potremo farle pervenire, tramite il suo medico, un ultimo questionario? Ovviamente sarà sempre libero di compilarlo o meno.

Sì, nessun problema No, meglio di no

Grazie mille per la sua collaborazione!

A3 ÄRZTEFRAGEBOGEN

A3.1 FRAGEBOGEN NACH FORTBILDUNG

DA 13: Fragebogen nach Fortbildung Seite 1



Repubblica e Cantone Ticino
Dipartimento della sanità e della socialità

Codice del medico : _____ (Il codice è indicato all'interno del Box Girasole)

QUESTIONARIO GIRASOLE PER MEDICI (PRE INTERVENTO)

La ringraziamo per la sua partecipazione al sondaggio sull'implementazione e sull'impatto del progetto ticinese Girasole. Il sondaggio è condotto da "Interface Politikstudien Forschung Beratung" di Lucerna su incarico dell'Ufficio federale della sanità pubblica. I dati saranno analizzati in modo completamente anonimo da Interface.

Istruzioni per compilare il questionario:

- La compilazione del questionario richiederà circa 10 minuti.
- La preghiamo di compilare il questionario immediatamente dopo la formazione "Coaching salute e Paprica".
- Inserisca il questionario nella busta allegata, si assicuri di chiuderla e la consegni al team di valutazione Interface.

Nel caso dovesse compilare il questionario solo in un secondo tempo, la preghiamo di inserirlo nella busta preindirizzata e preaffrancata, e di spedire la busta entro il 30 settembre tramite la Posta.

In caso di domande può rivolgersi ai responsabili di Interface Politikstudien Forschung Beratung, tel. 041 226 61 81; hanimann@interface-politikstudien.ch (Anina Hanimann).

1. Domande concernenti l'attuazione del corso di formazione				
Trovo questa affermazione ...	per niente corretta	piuttosto non corretta	piuttosto del tutto corretta	del tutto corretta
Gli obiettivi della formazione erano chiari.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La struttura e il metodo didattico della formazione erano buoni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C'era abbastanza tempo a disposizione per i temi trattati.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I temi trattati erano pertinenti rispetto alle attività quotidiane di uno studio medico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le conoscenze tecniche dei docenti erano buone.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho avuto sufficienti occasioni per partecipare attivamente alla formazione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il materiale scritto consegnato era utile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Domande concernenti i benefici della formazione				
Trovo questa affermazione ...	per niente corretta	piuttosto non corretta	piuttosto del tutto corretta	del tutto corretta
La formazione mi ha aiutato a riflettere sulle mie esperienze nell'ambito della consulenza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lo scambio di esperienze con gli altri partecipanti era utile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La formazione mi ha motivato a mettere in atto il progetto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grazie alla formazione ho ben chiaro quali sono i diversi ruoli nell'ambito del coaching del paziente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per me è chiaro come potrò integrare il mio (nuovo) ruolo di coach nelle mie attività di consulenza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il progetto promuove l'iniziativa dei pazienti stessi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONARIO GIRASOLE PER MEDICI (PRE INTERVENTO) 1

DA 14: Fragebogen nach Fortbildung Seite 2

Continuazione: Domande concernenti i benefici della formazione				
Trovo questa affermazione ...	per niente corretta	piuttosto non corretta	piuttosto corretta	del tutto corretta
Il contesto della consultazione medica è appropriato per un progetto del genere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Considerato l'investimento in termini di tempo, valeva la pena fare questa formazione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complessivamente le mie capacità nell'ambito della comunicazione, della consulenza e del coaching sono migliorate grazie a questa formazione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Domande sulle sue conoscenze preliminari (più risposte sono possibili)	
Ho frequentato una/delle formazioni/ continua/e nell'ambito della comunicazione con i pazienti già prima di questa formazione (p. es. interviste motivazionali, coaching, interventi brevi).	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
In futuro frequenterò (ulteriori) formazioni sul tema della consulenza e della comunicazione.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
Ho già esperienza nell'ambito della consulenza e della comunicazione per via della mia pratica professionale quotidiana.	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

4. Domanda sulle sue conoscenze/competenze											
Come valuta le sue competenze e le sue conoscenze nell'ambito della comunicazione, della consulenza e del coaching?											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Molto scadenti											Molto buone

5. Domande sulla sua competenza in ambito di consulenza e coaching				
Trovo questa affermazione ...	per niente corretta	piuttosto non corretta	piuttosto corretta	del tutto corretta
Sono in grado di discutere bene con i pazienti in merito al comportamento inerente la salute e di sensibilizzarli sull'argomento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riesco bene, in collaborazione con i pazienti, ad esplorare potenziali di cambiamento in vista di un miglioramento del comportamento inerente la salute, e riesco bene a proporre idee per azioni concrete.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riesco a sciogliere bene nei pazienti dubbi in merito al cambiamento del loro comportamento inerente la salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono in grado di sostenere i pazienti nel definire obiettivi concreti per un progetto di salute personale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono in grado di elaborare e concordare con i pazienti i passi concreti per raggiungere i loro obiettivi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono in grado di condurre i pazienti nella pianificazione e realizzazione di un cambiamento di comportamento concreto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riesco a rinforzare bene la motivazione dei pazienti a rimanere concentrati sui loro obiettivi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nel dialogo con i pazienti riesco bene ad immedesimarmi nella loro prospettiva e ad aderire alle loro idee e esperienze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sono in grado di applicare elementi importanti della comunicazione (tecniche di interrogazione, ascolto attivo, sintesi, comunicazione non verbale).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho conoscenze professionali sufficienti per poter consigliare i pazienti in diversi ambiti riguardo un comportamento più sano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho conoscenze professionali sufficienti nell'ambito dell'attività fisica per poter consigliare i pazienti riguardo un incremento del movimento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONARIO GIRASOLE PER MEDICI (PRE INTERVENTO) 2

DA 15: Fragebogen nach Fortbildung Seite 3

6. Domande concernenti l'importanza della promozione della salute e della prevenzione nello studio medico				
Trovo questa affermazione ...	per niente corretta	piuttosto non corretta	piuttosto corretta	del tutto corretta
La prevenzione e la promozione della salute sono importanti nell'attività di un medico di famiglia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La prevenzione e la promozione della salute hanno un posto importante durante la mia consultazione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I pazienti apprezzano quando gli parlo in merito al loro comportamento inerente la salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il mio modo di lavorare è già in linea con la nuova concezione dei ruoli di medico e paziente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Domande concernenti le condizioni tariffarie				
Le condizioni tariffarie per attività di prevenzione e promozione della salute durante le mie consulenze sono ...				
<input type="checkbox"/> sufficienti	<input type="checkbox"/> piuttosto insufficienti	<input type="checkbox"/> del tutto insufficienti		
8. Domande concernenti il lavoro in rete al di fuori dello studio medico				
Come definirebbe il suo grado di collaborazione in rete con specialisti nel settore della promozione della salute e della prevenzione che possono sostenerla al di fuori del suo studio medico (p. es. fisioterapisti, nutrizionisti, centri contro il fumo)?				
<input type="checkbox"/> Molto buono	<input type="checkbox"/> Piuttosto buono	<input type="checkbox"/> Piuttosto scadente	<input type="checkbox"/> Scadente	
9. Domande concernenti la promozione della salute e la prevenzione nel suo studio medico				
Con quanti pazienti circa ha affrontato l'argomento promozione della salute e prevenzione durante l'ultima settimana?	Con circa pazienti			
Quanto tempo investe circa con ognuno di questi pazienti durante una consultazione?	Circa minuti			
Con quali pazienti di solito affronta l'argomento promozione della salute e prevenzione? (Sono possibili più risposte)	<input type="checkbox"/> Con pazienti già conosciuti <input type="checkbox"/> Con pazienti nuovi <input type="checkbox"/> Con pazienti che presentano fattori di rischio per malattie non trasmissibili <input type="checkbox"/> Con donne <input type="checkbox"/> Con uomini <input type="checkbox"/> Con tutti i pazienti allo stesso modo			
In quale modo consiglia il paziente di solito? (Sono possibili più risposte)	<input type="checkbox"/> Incoraggiandolo brevemente <input type="checkbox"/> Consegnando delle brochures <input type="checkbox"/> Consigliandolo tramite l'intervista motivazionale <input type="checkbox"/> Suggestendo ulteriori proposte rilevanti <input type="checkbox"/> Inviandolo ad un terzo (specialista) <input type="checkbox"/> Altro:.....			
Quando ha consigliato un/a paziente riguardo il tema promozione della salute, le capita di chiedere, durante la consulenza successiva, come il/la paziente si è comportato/a in seguito ai consigli dati precedentemente?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> A volte <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Mai			
Esistono pazienti con cui per principio non affronta l'argomento promozione della salute e prevenzione? (Sono possibili più risposte)	<input type="checkbox"/> Con pazienti con una malattia cronica grave <input type="checkbox"/> Con pazienti con una malattia psichica <input type="checkbox"/> Con pazienti anziani (>70anni) <input type="checkbox"/> Altri:..... <input type="checkbox"/> Non esiste un tale gruppo di pazienti			
Nel caso esistano pazienti con cui per principio non affronta l'argomento promozione della salute e prevenzione: Quali sono i motivi? (Sono possibili più risposte)	<input type="checkbox"/> Non ho tempo. <input type="checkbox"/> Lo ritengo inopportuno. <input type="checkbox"/> Di solito me ne dimentico. <input type="checkbox"/> Non credo che sia di aiuto. <input type="checkbox"/> Altro:.....			

QUESTIONARIO GIRASOLE PER MEDICI (PRE INTERVENTO) 3

DA 16: Fragebogen nach Fortbildung Seite 4

10. Domande sulla sua persona	
Sesso:	<input type="checkbox"/> Femminile <input type="checkbox"/> Maschile
Età:	<input type="checkbox"/> 35 anni o meno <input type="checkbox"/> 36 a 55 anni <input type="checkbox"/> 56 anni o più
Ha potuto rilevare su se stesso fattori di rischio per malattie non trasmissibili?	
<input type="checkbox"/> Sì, cioè..... <input type="checkbox"/> No	
11. Domande concernenti la collocazione del suo studio medico	
In quale circolo medico è situato il suo studio?	
<input type="checkbox"/> Bellinzona <input type="checkbox"/> Tre Valli <input type="checkbox"/> Locarno <input type="checkbox"/> Lugano <input type="checkbox"/> Mendrisio	
Il suo studio medico è situato in una città, in un'agglomerazione o in campagna?	
<input type="checkbox"/> Città <input type="checkbox"/> Agglomerazione <input type="checkbox"/> Campagna	
12. Domande concernenti il suo studio medico	
In che tipo di studio lavora?	
<input type="checkbox"/> Studio medico individuale <input type="checkbox"/> Studio medico con un altro collega <input type="checkbox"/> Studio medico di gruppo	
Quante percentuali d'impiego per posizioni non mediche sono a disposizione nel suo studio?	
_____ %	
Quanti pazienti all'incirca visitano il suo studio in un anno?	
circa _____ pazienti	
A quanto stima all'incirca la percentuale di pazienti nelle categorie di età seguenti ? (stima approssimativa)	
Percentuale < 18 anni _____ % Percentuale 18 – 64 anni _____ % Percentuale > 64 anni _____ %	
13. Commenti/Suggerimenti	
Ha altri commenti riguardo la formazione o il progetto in generale?	

Grazie mille per la sua preziosa collaborazione!

A3.2 FRAGEBOGEN NACH INTERVENTION

DA 17: Fragebogen nach Intervention Seite 1

Politikstudien Forschung Beratung

Seidenhofstrasse 12

CH-6003 Luzern

Tel +41 (0)41 226 04 26

www.interface-politikstudien.ch



Codice del medico : _____ (Il codice è indicato all'interno del Box Girasole)

QUESTIONARIO GIRASOLE PER MEDICI (POST-INTERVENTO)

La ringraziamo di nuovo per la sua partecipazione al sondaggio sull'implementazione e sull'impatto del progetto ticinese Girasole. Alcune domande potrebbero sembrarle familiari, visto che erano già presenti nel questionario precedente. Questo secondo sondaggio è importante il confronto pre-post sondaggio. La preghiamo quindi di rispondere a tutte le domande. Il sondaggio è condotto da "Interface Politikstudien Forschung Beratung" di Lucerna su incarico dell'Ufficio federale della sanità pubblica. I dati saranno analizzati in modo completamente anonimo da Interface. Istruzioni per compilare il questionario:

- La compilazione del questionario richiederà 5-10 minuti.
- La preghiamo di compilare il questionario al termine della fase di intervento (31.03.2018), entro il 15 aprile al più tardi.
- Non dimentichi di incollare sul questionario il codice del suo studio (vedi sopra).
- In seguito inserisca il questionario nella busta e la collochi nel Box Girasole.

In caso di domande può rivolgersi ai responsabili di Interface Politikstudien Forschung Beratung, tel. 041 226 61 81; hanimann@interface-politikstudien.ch (Anina Hanimann).

1. Domande sull'esperienza con il progetto Girasole nel suo studio medico

Trovo questa affermazione ...	per niente corretta	piuttosto non corretta	piuttosto del tutto corretta	corretta
Il contesto della consultazione medica è appropriato per un progetto del genere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E' stato possibile realizzare il progetto nel tempo previsto della mia attività di consultazione.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho potuto mettere in pratica facilmente la nuova concezione dei ruoli medico-paziente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I pazienti hanno risposto bene alla nuova concezione dei ruoli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il progetto promuove l'iniziativa dei pazienti stessi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continuerò ad applicare il coaching nel mio studio medico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complessivamente le mie capacità nell'ambito della comunicazione, della consulenza e del coaching sono migliorate grazie alla fase di intervento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un'ulteriore formazione è necessaria per permettermi di poter realizzare il progetto nello studio medico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ho ricevuto sufficiente supporto dai responsabili del progetto per la realizzazione nello studio medico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTIONARIO GIRASOLE PER MEDICI (POST-INTERVENTO) 1

DA 19: Fragebogen nach Intervention Seite 3

INTERFACE	
6. Domande concernenti le condizioni tariffarie	
Le condizioni tariffarie per attività di prevenzione e promozione della salute durante le mie consulenze sono ...	
<input type="checkbox"/> sufficienti <input type="checkbox"/> piuttosto insufficienti <input type="checkbox"/> del tutto insufficienti	
7. Domande sulla divisione del lavoro all'interno dello studio medico	
Ha coinvolto il/la suo/a assistente di studio medico nella realizzazione del coaching?	
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Se sì: Quali compiti ha assunto il/la suo/a assistente di studio medico?	<input type="checkbox"/> Compiti amministrativi <input type="checkbox"/> Compiti esecutivi nell'ambito del coaching <input type="checkbox"/> Altri, cioè:
Se no: Perché non ha coinvolto il/la suo/a assistente di studio medico?	<input type="checkbox"/> Non ho un/un'assistente di studio medico <input type="checkbox"/> L'assistente di studio medico ha poco tempo <input type="checkbox"/> Il tempo necessario da parte dell'assistente di studio medico non può essere conteggiato <input type="checkbox"/> L'assistente di studio medico non è adatto/a a questo compito <input type="checkbox"/> L'assistente di studio medico deve prima essere formato a questo scopo <input type="checkbox"/> Altro, cioè:
8. Domande concernenti il lavoro in rete al di fuori dello studio medico	
Come definirebbe il suo grado di collaborazione in rete con specialisti nel settore della promozione della salute e della prevenzione che possono sostenerla al di fuori del suo studio medico (p. es. fisioterapisti, nutrizionisti, centri contro il fumo)?	
<input type="checkbox"/> Molto buono <input type="checkbox"/> Piuttosto buono <input type="checkbox"/> Piuttosto scadente <input type="checkbox"/> Scadente	
9. Domande concernenti la promozione della salute e la prevenzione nel suo studio medico	
Con quanti pazienti circa ha affrontato l'argomento promozione della salute e prevenzione durante l'ultima settimana?	Con circa pazienti
Quanto tempo investe circa con ognuno di questi pazienti durante una consultazione?	Circa minuti
Con quali pazienti di solito affronta l'argomento promozione della salute e prevenzione? (Sono possibili più risposte)	<input type="checkbox"/> Con pazienti già conosciuti <input type="checkbox"/> Con pazienti nuovi <input type="checkbox"/> Con pazienti che presentano fattori di rischio per malattie non trasmissibili <input type="checkbox"/> Con donne <input type="checkbox"/> Con uomini <input type="checkbox"/> Con tutti i pazienti allo stesso modo
In quale modo consiglia il paziente di solito? (Sono possibili più risposte)	<input type="checkbox"/> Incoraggiandolo brevemente <input type="checkbox"/> Consegnando delle brochures <input type="checkbox"/> Consigliandolo tramite l'intervista motivazionale <input type="checkbox"/> Suggestendo ulteriori proposte rilevanti <input type="checkbox"/> Inviandolo ad un terzo (specialista) <input type="checkbox"/> Altro:.....
Quando ha consigliato un/a paziente riguardo il tema promozione della salute, le capita di chiedere, durante la consulenza successiva, come il/la paziente si è comportato/a in seguito ai consigli dati precedentemente?	<input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> A volte <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Mai
Esistono pazienti con cui per principio non affronta l'argomento promozione della salute e prevenzione? (Sono possibili più risposte)	<input type="checkbox"/> Con pazienti con una malattia cronica grave <input type="checkbox"/> Con pazienti con una malattia psichica <input type="checkbox"/> Con pazienti anziani (>70anni) <input type="checkbox"/> Altri:..... <input type="checkbox"/> Non esiste un tale gruppo di pazienti.
Nel caso esistano pazienti con cui per principio non affronta l'argomento promozione della salute e prevenzione: Quali sono i motivi? (Sono possibili più risposte)	<input type="checkbox"/> Non ho tempo. <input type="checkbox"/> Lo ritengo inopportuno. <input type="checkbox"/> Di solito me ne dimentico. <input type="checkbox"/> Non credo che sia di aiuto. <input type="checkbox"/> Altro:.....
QUESTIONARIO GIRASOLE PER MEDICI (POST-INTERVENTO) 3	

DA 20: Fragebogen nach Intervention Seite 4

INTERFACE				
10. Domande sugli strumenti del progetto Girasole				
Quanto spesso ha usato rispettivamente distribuito o appeso i seguenti strumenti del progetto Girasole?	mai	raramente	spesso	sempre
Foglio di lavoro 1, <i>Autovalutazione: dove mi trovo?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foglio di lavoro 2, <i>Il mio progetto sulla salute</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foglio di lavoro 3, <i>Concludendo: dove mi trovo attualmente?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le "Proposte di attività fisica per adulti"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flyer "Prendersi cura di sé è... più facile di quel che sembra!"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La locandina "Prendersi cura di sé è..."	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quanto ha trovato utili i seguenti strumenti del progetto Girasole?	per niente utili	poco utili	abbastanza utili	molto utili
Foglio di lavoro 1, <i>Autovalutazione: dove mi trovo?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foglio di lavoro 2, <i>Il mio progetto sulla salute</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foglio di lavoro 3, <i>Concludendo: dove mi trovo attualmente?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le "Proposte di attività fisica per adulti"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flyer "Prendersi cura di sé è... più facile di quel che sembra!"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La locandina "Prendersi cura di sé è..."	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Come valuta le seguenti affermazioni?	per niente corretta	piuttosto non corretta	piuttosto corretta	del tutto corretta
Le "Proposte di attività fisica per adulti" mi hanno facilitato nell'accompagnamento del paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il flyer "Prendersi cura di sé è... più facile di quel che sembra!" e/o la locandina mi hanno facilitato nell'avvio del coaching del paziente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Da chi è partita l'iniziativa per iniziare un coaching nel suo studio medico (reclutamento)?				
<input type="checkbox"/> L'iniziativa è sempre partita da me come medico.				
<input type="checkbox"/> L'iniziativa è partita sporadicamente dal/dalla paziente (per esempio come reazione ad un flyer/poster).				
<input type="checkbox"/> L'iniziativa è partita spesso dal/dalla paziente (per esempio come reazione ad un flyer/poster).				
<input type="checkbox"/> Altro, cioè:				
<hr/>				
11. Domande sulla valutazione (focus group, questionari ecc.) del progetto Girasole				
Quale influenza ha avuto la procedura di valutazione (lettera d'informazione ai pazienti, questionari, liste pazienti, codici ecc.) sul reclutamento dei/delle pazienti nel Girasole?				
<input type="checkbox"/> influenza positiva <input type="checkbox"/> nessuna influenza <input type="checkbox"/> influenza negativa				
In generale, quanto hanno pesato le procedure di valutazione sul carico amministrativo del suo studio (medico e assistenti di studio)?				
<input type="checkbox"/> Molto <input type="checkbox"/> Abbastanza <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Per niente				
Come valuta il rapporto costi-benefici della valutazione?				
<input type="checkbox"/> positivo <input type="checkbox"/> piuttosto positivo <input type="checkbox"/> piuttosto negativo <input type="checkbox"/> negativo				
<hr/>				
12. E' cambiato qualcosa nel suo comportamento inerente la salute grazie alla sua partecipazione al progetto Girasole?				
<input type="checkbox"/> Sì, cioè				
<input type="checkbox"/> No, non ho bisogno di cambiare il mio comportamento inerente la salute (facevo attenzione al mio comportamento inerente la salute già prima).				
<input type="checkbox"/> No				
<hr/>				
13. Ha altri commenti?				
<hr/>				

Grazie mille per la sua preziosa collaborazione!

DA 21: Beratungskompetenz vorher – nachher

		Vorher		Nachher	
		n	%	n	%
Einschätzung der Kompetenzen und des Wissens zu Gesprächsführung, Coaching und Beratung	Hoch	8	47.1	7	41.2
	Mittel	8	47.1	10	58.8
	Tief	1	5.9	0	0
	Total	17	100	17	100
Hausarzt kann ansprechen und sensibilisieren (Phase 1)	Trifft zu	16	94.1	16	100
	Trifft nicht zu	1	5.9	0	0
	Total	17	100	16	100
Hausarzt kann Veränderungspotential ausloten (Phase 2)	Trifft zu	14	82.4	16	100
	Trifft nicht zu	3	17.6	0	0
	Total	17	100	16	100
Hausarzt kann Zweifel ausräumen (Phase 2)	Trifft zu	15	88.2	15	93.8
	Trifft nicht zu	2	11.8	1	6.3
	Total	17	100	16	100
Hausarzt kann bei Zieldefinition unterstützen (Phase 3)	Trifft zu	15	88.2	16	100
	Trifft nicht zu	2	11.8	0	0
	Total	17	100	16	100
Hausarzt kann bei Massnahmendefinition unterstützen (Phase 3)	Trifft zu	14	82.4	14	87.5
	Trifft nicht zu	3	17.6	2	12.5
	Total	17	100	16	100
Hausarzt kann Patienten bei Verhaltensänderung begleiten (Phase 4)	Trifft zu	14	82.4	15	93.8
	Trifft nicht zu	3	17.6	1	6.3
	Total	17	100	16	100
Hausarzt kann Motivation stärken	Trifft zu	14	82.4	15	93.8
	Trifft nicht zu	3	17.6	1	6.3
	Total	17	100	16	100
Hausarzt kann sich auf Sichtweise der Patienten einlassen und auf sie eingehen	Trifft zu	15	88.2	15	93.8
	Trifft nicht zu	2	11.8	1	6.3
	Total	17	100	16	100
Hausarzt kann wichtige Elemente der Gesprächsführung anwenden	Trifft zu	14	82.4	16	100
	Trifft nicht zu	3	17.6	0	0
	Total	17	100	16	100
Hausarzt hat ausreichend fachliche Kenntnisse für Beratung hinsichtlich eines gesünderen Verhaltens	Trifft zu	17	100	15	93.8
	Trifft nicht zu	0	0	1	6.3
	Total	17	100	16	100
Hausarzt hat ausreichend fachliche Kenntnisse für Beratung hinsichtlich mehr Bewegung	Trifft zu	17	100	14	87.5
	Trifft nicht zu	0	0	2	12.5
	Total	17	100	16	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus den Fragebogen HA Start und HA Ende.

Legende: Das n umfasst alle teilnehmenden Hausärzte, die den Start- beziehungsweise den End-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 17). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale). Hoch = Skalenwerte von 7–10; Mittel = Skalenwerte von 4–6; Tief = Skalenwerte von 0–3; Trifft zu = Antworten in den Kategorien „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“; Trifft nicht zu = Antworten in den Kategorien „trifft eher nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“.

**DA 22: Stellenwert und Akzeptanz Gesundheitsförderung und Prävention
vorher – nachher**

		Vorher		Nachher	
		n	%	n	%
Prävention und Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis sind wichtig	Trifft zu	17	100	17	100
	Trifft nicht zu	0	0	0	0
	Total	17	100	17	100
Prävention und Gesundheitsförderung haben in der eigenen Sprechstunde einen wichtigen Stellenwert	Trifft zu	16	94.1	16	94.1
	Trifft nicht zu	1	5.9	1	5.9
	Total	17	100	17	100
Patienten begrüßen es, wenn sie auf ihr Gesundheitsverhalten angesprochen werden	Trifft zu	16	94.1	17	100
	Trifft nicht zu	1	5.9	0	0
	Total	17	100	17	100
Einschätzung der tariflichen Bedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention	Ausreichend	6	35.3	3	17.6
	Nicht ausreichend	11	64.7	14	82.4
	Total	17	100	17	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus den Fragebogen HA Start und HA Ende.

Legende: Das n umfasst alle teilnehmenden Hausärzte, die den Start- beziehungsweise den End-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 17). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale). Trifft zu = Antworten in den Kategorien „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“; Trifft nicht zu = Antworten in den Kategorien „trifft eher nicht zu“ und „trifft gar nicht zu“.

A5

WEITERE DARSTELLUNG PATIENTEN

DA 23: Anteil Veränderungen nach gesteckten Zielen (n = 90)

		Ziel Tabak		Ziel Alkohol		Ziel Gewicht		Ziel Stress		Ziel Bewegung		Ziel Ernährung	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Allgemeiner Gesundheitszustand	Verbessert	1	10,0	3	50,0	11	24,4	4	57,1	17	26,6	9	24,3
	Nicht verändert	8	80,0	3	50,0	29	64,4	3	42,9	43	67,2	24	64,9
	Verschlechtert	1	10,0	0	0	5	11,1	0	0	4	6,3	4	10,8
	Total	10	100	6	100	45	100	7	100	64	100	37	100
Gesundheitliche Einschränkungen	Verbessert	2	25,0	1	16,7	7	18,9	1	20,0	8	13,8	7	21,2
	Nicht verändert	5	62,5	5	83,3	25	67,6	3	60,0	44	75,9	20	60,6
	Verschlechtert	1	12,5	0	0	5	13,5	1	20,0	6	10,3	6	18,2
	Total	8	100	6	100	37	100	5	100	58	100	33	100
BMI	Verbessert	4	40,0	2	50,0	30	66,7	3	37,5	36	56,3	25	65,8
	Nicht verändert	2	20,0	1	25,0	4	8,9	1	12,5	10	15,6	2	5,3
	Verschlechtert	4	40,0	1	25,0	11	24,4	4	50,0	18	28,1	11	28,9
	Total	10	100	4	100	45	100	8	100	64	100	38	100
Psychische Belastung	Verbessert	6	66,7	4	100	28	73,7	6	75,0	40	72,7	25	73,5
	Nicht verändert	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1,8	0	0
	Verschlechtert	3	33,3	0	0	10	26,3	2	25,0	14	25,5	9	26,5
	Total	9	100	4	100	38	100	8	100	55	100	34	100
Kontrollniveau eigenes Leben	Verbessert	3	33,3	3	50,0	20	47,6	5	62,5	26	42,6	17	45,9
	Nicht verändert	1	11,1	2	33,3	10	23,8	2	25,0	17	27,9	10	27,0
	Verschlechtert	5	55,6	1	16,7	12	28,6	1	12,5	18	29,5	10	27,0
	Total	9	100	6	100	42	100	8	100	61	100	37	100
Körperliche Aktivität	Verbessert	4	40,0	2	33,3	16	34,8	4	50,0	23	35,4	15	39,5
	Nicht verändert	5	50,0	4	66,7	29	63,0	4	50,0	40	61,5	22	57,9
	Verschlechtert	1	10,0	0	0	1	2,2	0	0	2	3,1	1	2,6
	Total	10	100	6	100	46	100	8	100	65	100	38	100
Sitzen (h pro Tag)	Verbessert	5	71,4	3	50,0	21	56,8	1	16,7	28	52,8	16	53,3
	Nicht verändert	1	14,3	3	50,0	11	29,7	3	50,0	18	34,0	12	40,0
	Verschlechtert	1	14,3	0	0	5	13,5	2	33,3	7	13,2	2	6,7
	Total	7	100	6	100	37	100	6	100	53	100	30	100
Gemüse- und Gemüsesaftkonsum	Verbessert	4	40,0	2	33,3	19	44,2	2	28,6	21	34,4	18	48,6
	Nicht verändert	4	40,0	2	33,3	17	39,5	3	42,9	29	47,5	15	40,5
	Verschlechtert	2	20,0	2	33,3	7	16,3	2	28,6	11	18,0	4	10,8
	Total	10	100	6	100	43	100	7	100	61	100	37	100
Früchte- und Fruchtsaftkonsum	Verbessert	4	44,4	2	33,3	22	48,9	3	42,9	24	38,1	17	45,9
	Nicht verändert	4	44,4	3	50,0	15	33,3	2	28,6	27	42,9	11	29,7
	Verschlechtert	1	11,1	1	16,7	8	17,8	2	28,6	12	19,0	9	24,3
	Total	9	100	6	100	45	100	7	100	63	100	37	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus den Fragebogen P Start und P Finisher sowie aus dem Arbeitsblatt 2 (gewählte Verhaltensziele).

Legende: Das n umfasst alle Finisher, die den Start- und den End-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 90). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale). Verbessert = mindestens eine Antwortkategorie/Punkt besser; Nicht verändert = gleiche Antwortkategorie/Punktzahl wie zum Startzeitpunkt; Verschlechtert = mindestens eine Antwortkategorie/Punkt schlechter.

DA 24: Fortsetzung Darstellung DA 23(n = 90)

		Ziel Tabak		Ziel Alkohol		Ziel Gewicht		Ziel Stress		Ziel Bewegung		Ziel Ernährung	
		Total n	%	Total n	%	Total n	%	Total n	%	Total n	%	Total n	%
Gewohnheitsmäßiger Alkoholkonsum	Verbessert	3	30,0	1	16,7	9	19,6	2	25,0	14	21,5	10	26,3
	Nicht verändert	4	40,0	5	83,3	31	67,4	6	75,0	43	66,2	22	57,9
	Verschlechtert	3	30,0	0	0	6	13,0	0	0	8	12,3	6	15,8
	Total	10	100	6	100	46	100	8	100	65	100	38	100
Risiko Alkoholkonsum	Verbessert	3	33,3	1	16,7	2	5,6	1	12,5	6	10,7	3	9,7
	Nicht verändert	5	55,6	5	83,3	33	91,7	7	87,5	48	85,7	27	87,1
	Verschlechtert	1	11,1	0	0	1	2,8	0	0	2	3,6	1	3,2
	Total	9	100	6	100	36	100	8	100	56	100	31	100
Raucherstatus	Verbessert	3	30,0	0	0	1	2,2	0	0	3	4,6	1	2,6
	Nicht verändert	7	70,0	6	100	45	97,8	8	100	62	95,4	37	97,4
	Verschlechtert	0	0	0	0	0	0,0	0	0	0	0	0	0
	Total	10	100	6	100	46	100,0	8	100	65	100	38	100
Tabakkonsum	Verbessert	1	100	1	50,0	0	0	1	100	2	40,0	0	0
	Nicht verändert	0	0	1	50,0	1	100	0	0	2	40,0	1	50,0
	Verschlechtert	0	0	0	0	0	0	0	0	1	20,0	1	50,0
	Total	1	100	2	100	1	100	1	100	5	100,0	2	100
Ich mache mir Gedanken zu meinem Gesundheitsverhalten.	Verbessert	2	20,0	0	0	3	6,8	1	12,5	4	6,5	3	8,3
	Nicht verändert	5	50,0	5	83,3	28	63,6	2	25,0	35	56,5	21	58,3
	Verschlechtert	3	30,0	1	16,7	13	29,5	5	62,5	23	37,1	12	33,3
	Total	10	100	6	100	44	100	8	100	62	100	36	100
Für mich ist es wichtig zu wissen, dass ich selber eine Veränderung erreichen kann.	Verbessert	1	11,1	2	33,3	16	38,1	0	0	19	32,2	12	32,4
	Nicht verändert	5	55,6	3	50,0	18	42,9	6	75,0	28	47,5	17	45,9
	Verschlechtert	3	33,3	1	16,7	8	19,0	2	25,0	12	20,3	8	21,6
	Total	9	100	6	100	42	100	8	100	59	100	37	100
Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen?	Verbessert	3	30,0	2	33,3	15	34,9	1	14,3	17	27,0	11	30,6
	Nicht verändert	5	50,0	1	16,7	22	51,2	5	71,4	37	58,7	21	58,3
	Verschlechtert	2	20,0	3	50,0	6	14,0	1	14,3	9	14,3	4	11,1
	Total	10	100	6	100	43	100	7	100	63	100	36	100
Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach, Ihre Lebens-verhältnisse zu beeinflussen, die Auswirkungen auf Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden haben?	Verbessert	0	0	1	16,7	8	18,6	0	0	12	19,0	7	18,9
	Nicht verändert	6	60,0	2	33,3	30	69,8	7	100	39	61,9	26	70,3
	Verschlechtert	4	40,0	3	50,0	5	11,6	0	0	12	19,0	4	10,8
	Total	10	100	6	100	43	100	7	100	63	100	37	100

Quelle: Darstellung Interface auf Basis der Daten aus den Fragebogen P Start und P Finisher sowie aus dem Arbeitsblatt 2 (gewählte Verhaltensziele).

Legende: Das n umfasst alle Finisher, die den Start- und den End-Fragebogen ausgefüllt haben (n = 90). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl gültiger Antworten (d.h. auf die in der Darstellung ausgewiesenen Totale). Verbessert = mindestens eine Antwortkategorie/Punkt besser; Nicht verändert = gleiche Antwortkategorie/Punktzahl wie zum Startzeitpunkt; Verschlechtert = mindestens eine Antwortkategorie/Punkt schlechter.