



B2: VERSORGUNG VON CHRONISCH KRANKEN B2 : ASSISTANCE DE MALADES CHRONIQUES

GESUNDHEITSKOMPETENZ VON PATIENTEN MIT DIABETES MELLITUS TYP II UND DIE NUTZUNG DES GESUNDHEITSSYSTEMS IN DER SCHWEIZ

Jasmin Franzen¹, Sarah Mantwill², Roland Rapold³, Peter J. Schulz²

¹Helsana Versicherungen AG

²Institute of Communication & Health, University of Lugano

³Helsana Versicherungen AG, Gesundheitswissenschaften

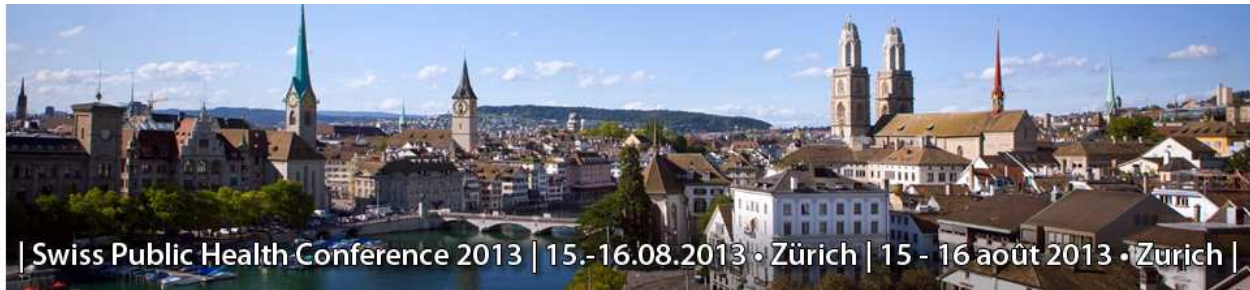
Ausgangslage: Gemäss Studien aus den Vereinigten Staaten verursachen Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz höhere Gesundheitskosten und nutzen einen ineffizienten Mix von Gesundheitsdienstleistungen. Bisher lagen keine Studien aus Europa vor, die den Einfluss der Gesundheitskompetenz auf die Nutzung des Gesundheitssystems untersuchten.

Zielsetzungen: Ziel dieser Studie war es zu untersuchen, ob ein Zusammenhang besteht zwischen der Ausprägung der Gesundheitskompetenz und der Nutzung des Gesundheitssystems in der Schweiz sowie den Behandlungskosten bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ II.

Methode: In die Studie eingeschlossen wurden Versicherte der obligatorischen Krankenpflegeversicherung eines der grössten Krankenversicherer der Schweiz, welche im Jahr 2010 und 2011 Antidiabetika bezogen hatten, zwischen 35 und 70 Jahre alt waren und nicht in einer Langzeitinstitution lebten. Die Ausprägung der Gesundheitskompetenz als unabhängige Variable wurde mittels einer Screenfrage gemessen. Als abhängige Variablen wurden die Kosten der beanspruchten Leistungen total, Leistungen ambulant und Leistungen stationär sowie die Anzahl Tage stationär und die Anzahl Arztkonsultationen ambulant untersucht. In sämtlichen multiplen Regressionsmodellen wurden die Kontrollvariablen Alter, Geschlecht, Bildung, Dauer der Diabeteserkrankung, Insulinbehandlung ja/nein sowie weitere chronische Erkrankungen ja/nein einbezogen.

Ergebnisse: Teilnehmer mit einer hohen Gesundheitskompetenz wiesen signifikant niedrigere Kosten im Bereich Leistungen total ($p = .007$) sowie Leistungen ambulant ($p = .004$) auf und nahmen signifikant weniger Arztkonsultationen ($p = .001$) in Anspruch. In der Subgruppenanalyse der Teilnehmer mit einer Basisversicherung ohne telemedizinische oder hausärztliche Steuerung waren die beobachteten Effekte noch stärker ausgeprägt.

Schlussfolgerungen: Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz benötigen mehr medizinische Betreuung und verursachen dadurch höhere Gesundheitskosten. Die Förderung der Gesundheitskompetenz bzw. Massnahmen zum professionellen Umgang mit niedriger Gesundheitskompetenz können dazu beitragen, die Qualität der Versorgung zu verbessern und die Kosten zu senken.



PHARMACIST CARE IN THE MANAGEMENT OF HYPERTENSION IN DIABETES: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF RANDOMIZED CONTROLLED TRIALS

Valérie Santschi¹, Arnaud Chiolero¹, Gilles Paradis², April L. Colosimo², Bernard Burnand¹

¹IUMSP, Lausanne

²McGill University, Montreal

Background

Cardiovascular diseases (CVD) and associated risk factors such as high blood pressure (BP) are major cause of death among patients with diabetes. Control of hypertension is noteworthy difficult to achieve in these patients. Pharmacist working alone or in collaboration with other health professionals could help improve hypertension management among patients with diabetes.

OBJECTIVE

A systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials was conducted to assess the impact of pharmacist care on hypertension among outpatients with diabetes.

METHOD

MEDLINE, EMBASE, CINAHL, and the Cochrane Central Register of Controlled Trials for randomized controlled trials evaluating the effect of pharmacist care on hypertension and major CVD risk factors among outpatients with diabetes were searched. Two reviewers independently abstracted data and classified pharmacist interventions. A meta-analysis of the mean changes of systolic and diastolic BP using random-effects models was performed.

RESULTS

We identified 15 randomized controlled trials involving a total of 9111 patients. Interventions were conducted exclusively by pharmacist in 8 studies and in collaboration with physician, nurse, dietician, or physical therapist in 7 studies. Pharmacist interventions included medication management, patient educational interventions, feedback to physicians, measurement of blood pressure or other CVD risk factors, or patient-reminder systems. Pharmacist care was associated with substantial and significant reductions compared with usual care for systolic BP [12 studies (1894 patients); -6.2 mm Hg, 95% confidence interval [CI]-7.8 to -4.6] and diastolic BP [9 studies (1496 patients); -4.5 mm Hg, 95% CI -6.2 to -2.8].

CONCLUSION

Pharmacist interventions – conducted alone or in collaboration with other health professionals – help improve hypertension management among outpatients with diabetes. Studies are needed to identify which types of pharmacist interventions are best suited to help manage hypertension in the healthcare system in Switzerland.



LE PROGRAMME CANTONAL DIABÈTE: UNE RÉPONSE DE SANTÉ PUBLIQUE AU SERVICE DES PATIENTS

Virginie Schlüter¹, Léonie Chinet¹, Isabelle Peytremann-Bridevaux², Annick Vallotton³, Isabelle Hagon-Traub¹

¹Programme cantonal Diabète

²Institut universitaire de médecine sociale et préventive

³Association vaudoise du diabète

L'OMS évoque une véritable épidémie de diabète, maladie métabolique dont la prévalence, qui continue de progresser, a quasiment décuplé en un quart de siècle. Dans le canton de Vaud, on estime qu'une personne sur 15 est concernée, dont un tiers l'ignore.

Pour faire face à ce défi épidémiologique, le canton de Vaud a développé le Programme cantonal Diabète (PcD) visant à diminuer l'impact du diabète sur la population en agissant sur la progression de l'incidence et l'amélioration de la prise en charge des personnes atteintes. Partant du modèle des maladies chroniques de Wagner, le PCD s'articule autour de 5 axes stratégiques :

1. Autogestion et soutien aux patients, visant leur autonomisation par le renforcement des compétences en santé
2. Promotion de la santé et prévention primaire et secondaire, visant à promouvoir l'activité physique et l'alimentation équilibrée.
3. Amélioration de la prise en charge, visant à systématiser les processus de prise en charge interdisciplinaire et coordonnée, suivant les recommandations de bonne pratique clinique.
4. Formation des soignants, visant à renforcer les compétences des professionnels et à valoriser la prise en charge interdisciplinaire.
5. Communication, visant à renforcer l'organisation des soins par des mesures et des outils de communication.

L'organisation du PCD est complétée par des mesures de pilotage du programme, notamment l'évaluation et la mutualisation des expériences.

Le PcD a été développé en collaboration avec les soignants et institutions, sur la base des besoins identifiés et compte une quarantaine de projets. Dans la phase actuelle de déploiement, les attentes et besoins des patients permettent d'élaborer et de prioriser les projets ainsi que de définir les résultats attendus au terme de leur réalisation. Les patients désirent principalement bénéficier d'un suivi plus global, mieux coordonné et adapté à leurs besoins médicaux et psycho-sociaux ; ils souhaitent également être mieux informés sur les offres de cours et autres prestations, ainsi que disposer d'un lieu d'information et de prise en charge pluridisciplinaire.

Ces éléments sont un levier important pour le renforcement du travail en réseau, dans l'optique de fédérer les partenaires autour d'objectifs communs plaçant les intérêts du patient au centre de la réflexion. Le rattachement du PcD à l'Association Vaudoise du Diabète lui donne la légitimité nécessaire à cet effet.



SIEBEN JAHRE CHRONIC CARE MANAGEMENT: ERFAHRUNGEN AUS SICHT EINES KRANKENVERSICHERERS

Gabriella Chiesa Tanner, Gabrielle Flury
CSS Versicherung

EINLEITUNG

Als Kostenträger im Gesundheitssystem der Schweiz tragen die Krankenversicherer Mitverantwortung für den effektiven Einsatz der knappen Ressourcen. Eine Möglichkeit, aktiv Verantwortung zu übernehmen, ist es, ein Chronic Care Management (CCM) für kranke Versicherte anzubieten. Personen mit chronischen Krankheiten werden bezüglich ihrer Krankheiten individuell geschult, begleitet und so befähigt, mehr Selbstverantwortung zu übernehmen. Das CCM unterstützt zudem eine integrierte Betreuung. Anhand von Beispielen sollen die Erfahrungen aus sieben Jahren CCM der CSS Versicherung dargestellt werden.

UMSETZUNGSMÖGLICHKEITEN

Betreuungsprogramme des CCM können entweder mit einem Hauptanbieter oder im Multi Stakeholder-Ansatz umgesetzt werden. Im ersten Fall erarbeitet ein telemedizinischer Anbieter ein Programm, setzt es um und vernetzt sich situativ mit weiteren Leistungserbringern. Beim Multi-Stakeholder-Ansatz hingegen erarbeiten von Anfang an alle Beteiligten gemeinsam das Versorgungsziel und den Weg dorthin.

ERFAHRUNGEN & DISKUSSION

Jeder Ansatz hat seine Vor- und Nachteile. Programme in Zusammenarbeit mit einem Anbieter lassen sich schnell umsetzen. Allerdings ist eine breite Vernetzung mit verschiedenen weiteren LE erschwert. Gemeinsam erarbeitete Lösungen hingegen werden von allen Beteiligten mitgetragen und es entsteht eine nachhaltig vernetzte Versorgung. Dafür dauert dieser Prozess viel länger, ist störanfälliger und bedarf einer treibenden Kraft. Fällt diese weg, droht das Projekt zu zerbrechen.

Ein CCM mit nachhaltigem Nutzen ist kurzfristig betriebswirtschaftlich nicht zu rechtfertigen. Es braucht dazu die Bereitschaft, langfristige Investitionen zu tätigen. Weiter fehlen heute Anreize für Patienten wie auch für Leistungserbringer, sich am CCM zu beteiligen. Nicht zuletzt erschweren ein gewisses Misstrauen gegenüber den Ideen der Krankenversicherer und teilweise die Angst der Leistungserbringer vor einer Einmischung die Umsetzung des CCM. Dabei sind die Rückmeldungen der betreuten Kunden sehr positiv, medizinische Parameter belegen den verbesserten Therapieerfolg und zahlreiche Studien belegen den Nutzen eines CCM. Weshalb ist die Erfolgsgeschichte noch ausgeblieben?



DISENTANGLING DIMENSION RESULTS OF THE PACIC INSTRUMENT BY USING PUBLISHED VALIDATION MODELS AND DATA FROM PATIENTS WITH DIABETES

Katia Iglesias, Bernard Burnand, Isabelle Peytremann-Bridevaux
CHUV/IUMSP

Introduction: The Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) self-administered questionnaire is a widely used tool developed to assess whether care for patients with chronic diseases perception is congruent with the Chronic Care Model (CCM). Several validation analyses using various models and statistical tools have been published so far. Their results show lack of consensus regarding the structure of this questionnaire.

Aims: To better understand the structure of the PACIC instrument. More specifically, to test all published validation models, using one single dataset and appropriate statistical tools.

Methods: A French version of the 20-items (5-point response scale) PACIC instrument was proposed to 809 eligible non-institutionalized diabetic adults residing in the canton of Vaud, who were recruited by community-based pharmacies in summer 2011. The original five dimensions model as well as published models presenting fewer dimensions or numbers of items considered, were tested. In order to both take into account the ordinal nature of the data and compare the above mentioned models, we conducted three different types of confirmatory factor analysis (CFA): 1) CFA based on polychoric correlation matrix, 2) CFA based on a likelihood estimation with a multinomial distribution for the manifest variables, and 3) CFA based on Pearson estimator of variance-covariance matrix. All models were assessed using loadings and goodness of fit measures.

Results: The analytical sample included 406 patients. Mean age was 64.4 years and 59% were men. Type 2 and Type 1 diabetes was reported by 68.5% and 18.2% of patients, respectively. Median of item responses varied between 1 and 4, and range of missing values lied between 5.7% and 12.3%. Strong floor and ceiling effects were present. Even though loadings of the tested models were relatively high, the only model showing acceptable fits was the 11-items single dimension model (RMSEA <0.08, SRMR <0.05, CFI>0.97). Variables known to be associated with PACIC dimensions were related to this unique dimension.

Conclusions: Our results showed that the model considering 11 items in a single dimension fitted best our data. A single score, in complement to the consideration of single item results might be used instead of the five dimensions usually described.