



Universität
Zürich^{UZH}

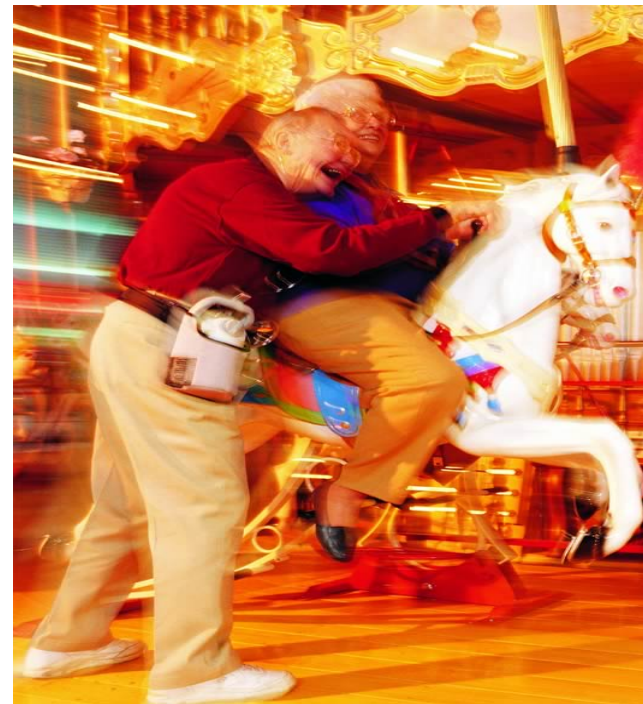
Institut für Hausarztmedizin

COPD: Nutzbringende Versorgung

Die Bedeutung des Selbstmanagement

PD Dr.med. Claudia Steurer-Stey
Fachärztin für Innere Medizin
und Pneumologie

Institut für Hausarztmedizin
der Universität Zürich
und mediX Gruppenpraxis





COPD the FACTS

Wachsendes Problem Prävalenz 4-10%

Hohe Morbidität

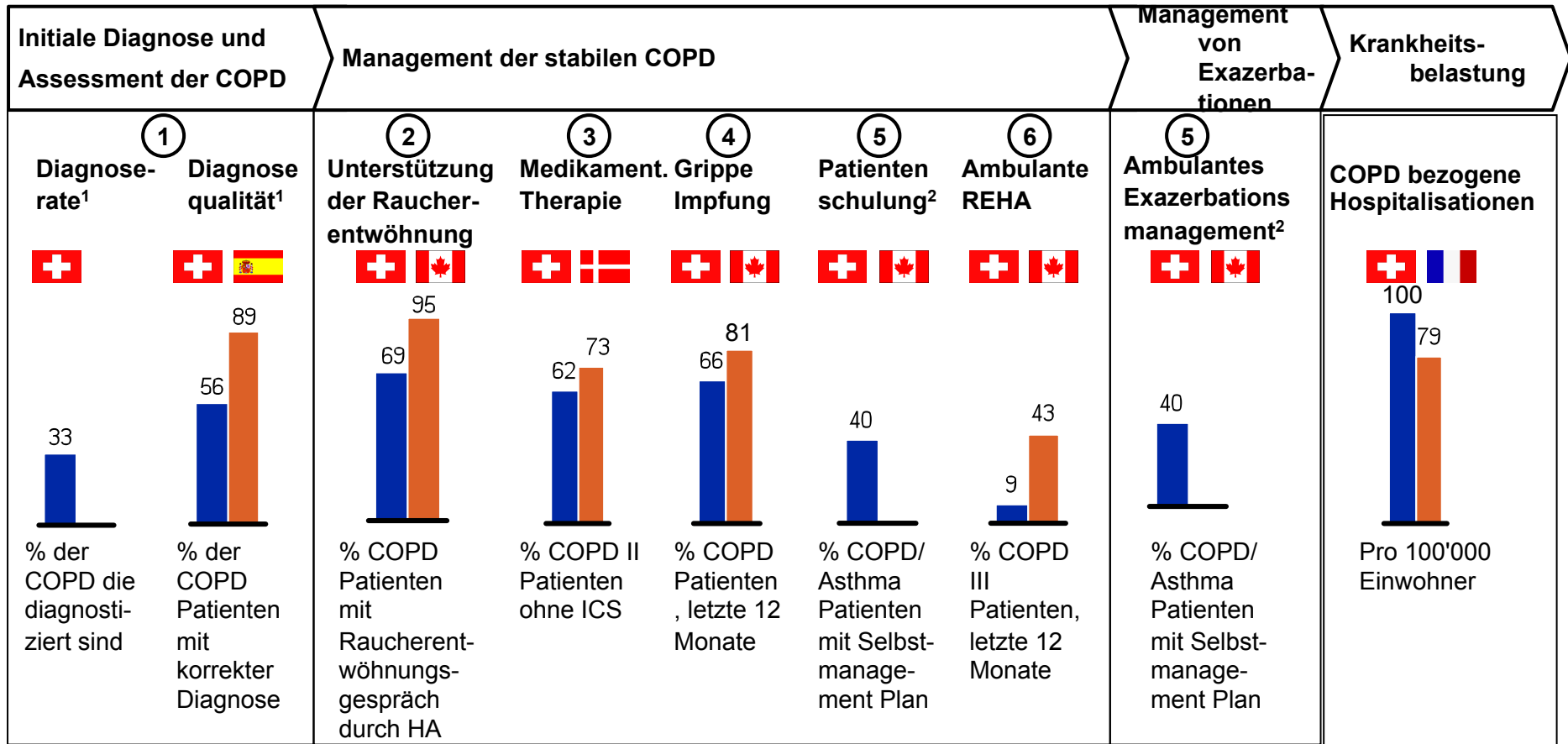
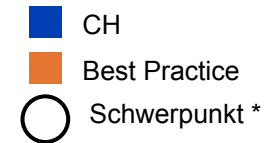
Hohe Mortalität (3.häufigste Todesursache 2020)

Hohe Konsultationsraten (>50% gestiegen)

Hoher Ressourcenverbrauch

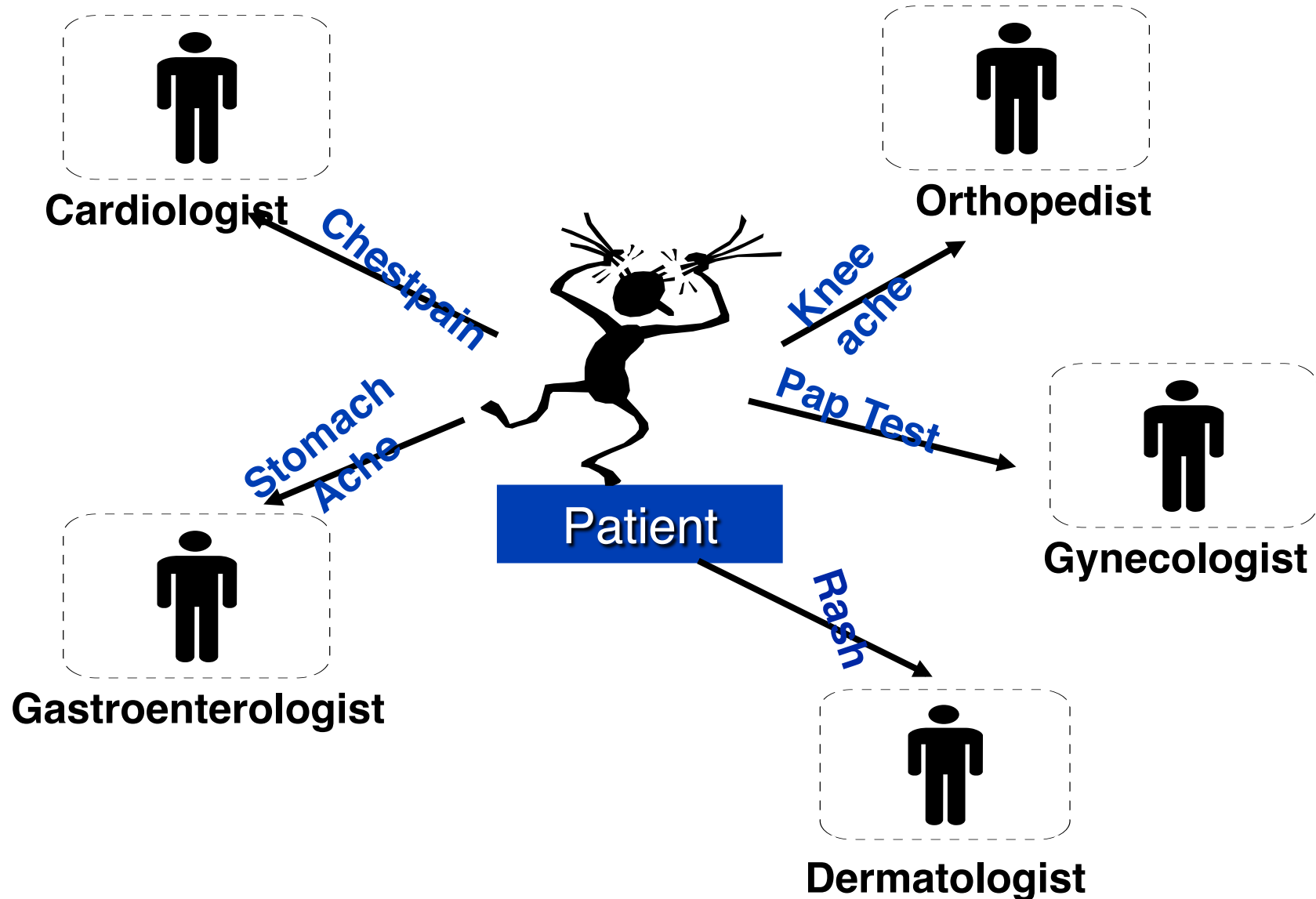
Hohes Verbesserungspotential in der Betreuung

Verbesserungspotential gegenüber „Best-Practice“



* Bestandteil von mind. 3 Richtlinien und Evidenzgrad höher \geq II oder B

Unkoordiniertes, fragmentiertes System





“HAMSTER CARE”

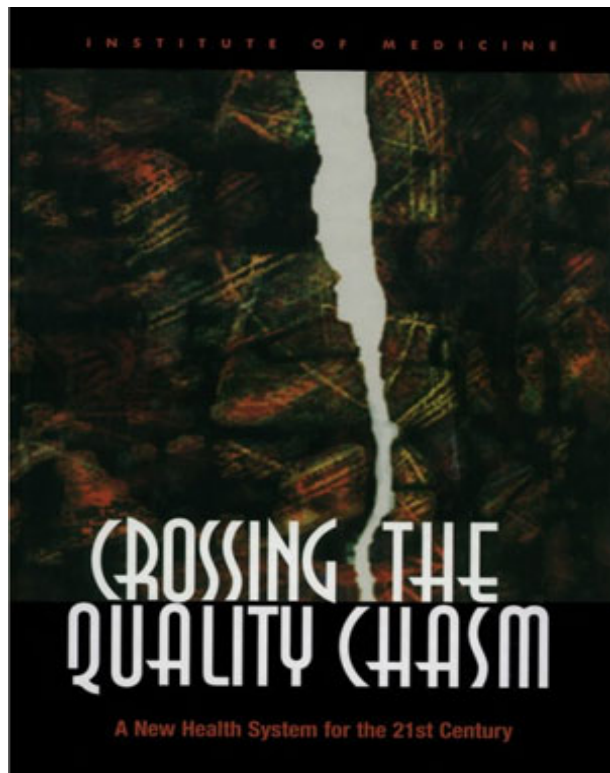
Qualität der Versorgung: Kluft zwischen IST und SOLL



Across the globe doctors are miserable because they feel like hamsters on a treadmill. They must run faster just to stand still...The result is a reduction in the quality of care and an increase in burnout among doctors.” [Morrison and Smith, BMJ 2000;321:1541

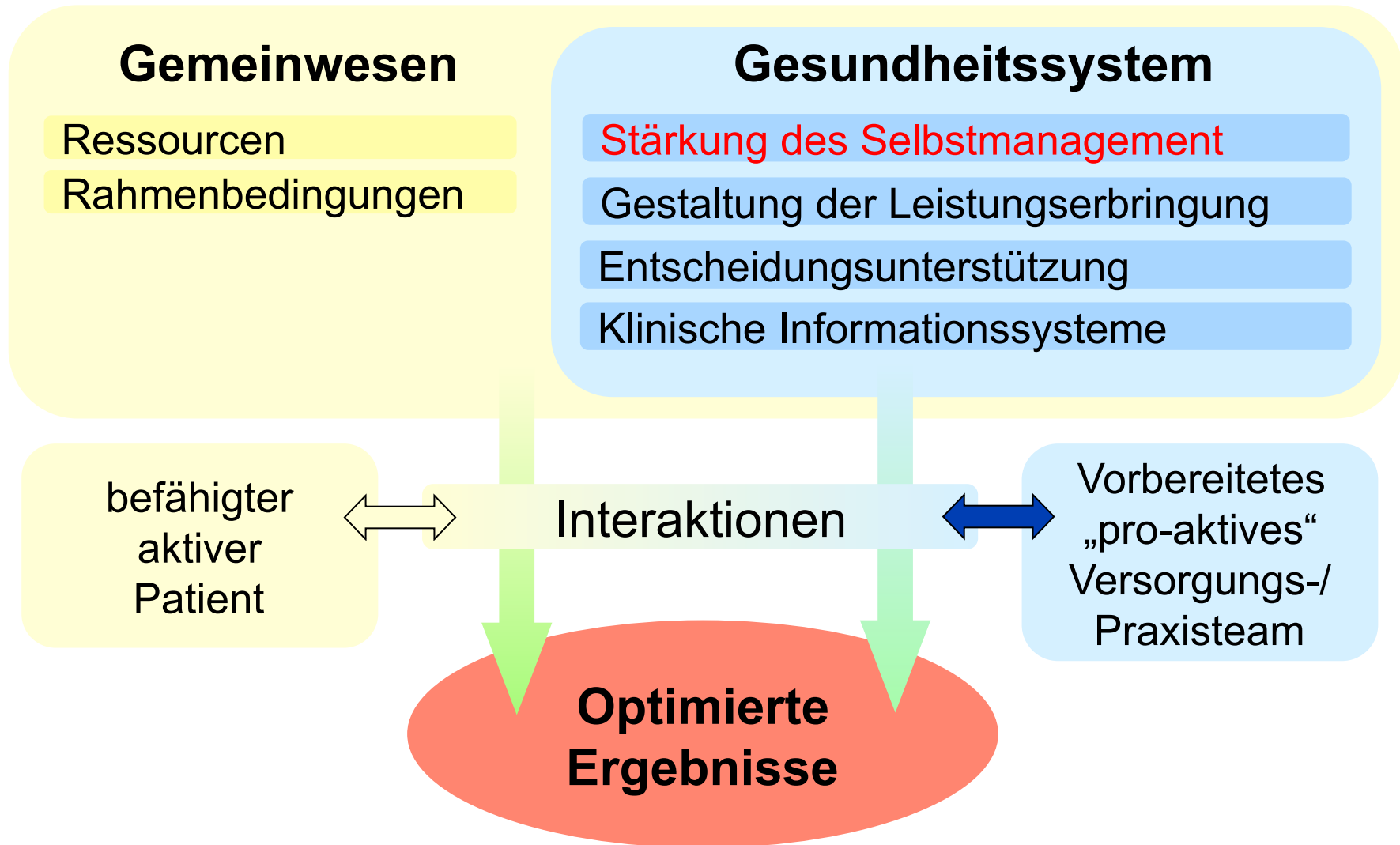


Veränderung der Rahmenbedingungen Anforderungen an Gesundheitspolitik





Das Chronic Care Modell





Unterschätztes Potential- Patienten Rolle

Unterstützung des Selbstmanagement

„The Expert Patient“

Weniger Langzeitkomplikationen

Weniger Notfälle und Hospitalisationen

Erhöhte Lebensqualität

Weniger Kosten





Metaanalyse 112 RCT

(31 Diabetes, 27 Asthma, 21 Herzinsuffizienz, 33 Depression,)

- Verbessert Versorgungsprozesse
- Verbessert klinische Endpunkte
- Positive Effekte aus Patientensicht

Tsai A.C. et al. (Metaanalyse, 112 Studien), Am J Manag Care 2005; 11:478-488

Rosemann T. et al., J Eval Clin Pract 2007; 13: 806-813

Steurer-Stey C. Care Management 2009; 4:19-22



CCM und COPD Systematic review 32 Studien(20 RCT, 5 CT, 7 before/after)

Table 1. Interventions Categorized Into the Components of the Chronic Care Model

Chronic Care Model Component	Intervention
Self-management	Education (giving information alone) and/or Behavioral support (providing tools to modify behaviors) and/or Motivational (linking specific goals for behavioral changes to clinical information)
Delivery system design	Interventions that provided “advanced access” to medical care (24 h/d, 7 d/wk) for participants and/or Implemented practice teams to coordinate preventative measures for chronic care
Decision support	Used or implemented evidence-based guidelines and/or Integrated specialty expertise (eg, referrals for management of comorbidities) and/or Identified barriers to care and/or Performed performance reviews
Clinical information system	Clinical registries (population information databases) and/or Clinical reminders and/or Provider (physicians, nurses, respiratory therapists, pharmacists, etc) feedback

Adams, S. G. et al. Arch Intern Med 2007;167:551-561.



Individual Components of the Chronic Illness Care Model for Each Study*

Table 3. Individual Components of the Chronic Illness Care Model for Each Study*

No. of Components	Self-management			Delivery System Design	Decision Support	Clinical Information Systems
	Education	Behavior	Motivation			
1						
Alone						
Farrero et al, ³⁷ 2001				X		
Jans et al, ⁴³ 2001; and No author listed, ⁵² 1997					X	
With 1 element of S-M						
Weinberger et al, ²⁰ 2002	X					
With 2 elements of S-M						
Tougaard et al, ⁴¹ 1992; van der Palen et al, ²¹ 1997; Gourley et al, ¹⁷ 1998; Brough et al, ²² 1982; Cockcroft et al, ²³ 1987; Littlejohns et al, ²⁴ 1991; Sassi-Dambrosi et al, ²⁵ 1995; Watson et al, ²⁶ 1997; Gallefoss and Bakke, ²⁸ 1999; Howard et al, ⁴⁷ 1987; Zimmerman et al, ⁴⁸ 1996; and Howland et al, ⁴² 1986	X	X				
With 3 elements of S-M						
Blake et al, ⁴⁰ 1990; Behnke et al, ³¹ 2000; Goransson et al, ⁴⁴ 2003; and Emery et al, ³² 1998	X	X	X			
2						
Steinel and Madigan, ⁴⁹ 2003				X	X	
Hermiz et al, ³³ 2002; Haggerty et al, ⁵¹ 1991; and Hernandez et al, ³⁶ 2003	X	X		X		
Monnikhof et al, ³⁵ 2003	X	X	X	X		
3						
Bourbeau et al, ³⁴ 2003; and Neff et al, ⁴⁵ 2003	X	X		X	X	
Tinkelman et al, ³ 2003	X			X	X	
4						
Rea et al, ³⁹ 2004	X	X	X	X	X	X
Barnett, ⁵⁰ 2003; and Egan et al, ³⁸ 2002	X	X		X	X	X
Poole et al, ⁴⁶ 2001	X	X	X	X	X	X

Abbreviation: S-M, self-management.

*An "X" mark indicates that the component was included in the specific study.

Adams, S. G. et al. Arch Intern Med 2007;167:551-561.



Table 5. Relative Risk of Emergency Department/Unscheduled Visits for Intervention Patients Relative to Control Patients* 42% weniger Notfallkonsultationen

Source	Component	Relative Risk (95% Confidence Interval)
Hermiz et al, ³³ 2002	Multicomponent	0.28 (0.06-1.27)
Hernandez et al, ³⁶ 2003	Multicomponent	0.44 (0.22-0.86)
Bourbeau et al, ³⁴ 2003	Multicomponent	0.64 (0.48-0.86)
Gourley et al, ¹⁷ 1998	Self-management	1.12 (0.44-2.84)

*The random-effect estimate for the multicomponent studies was as follows: relative risk (95% confidence interval), 0.58 (0.42-0.79).

Table 6. Relative Risk of Hospitalization for Intervention Patients Relative to Control Patients* 21% weniger Hospitalisationen

Source	Component	Relative Risk (95% Confidence Interval)
Hermiz et al, ³³ 2002	Multicomponent	1.27 (0.66-2.43)
Hernandez et al, ³⁶ 2003	Multicomponent	0.74 (0.45-1.21)
Bourbeau et al, ³⁴ 2003	Multicomponent	0.64 (0.45-0.91)
Rea et al, ³⁹ 2004	Multicomponent	0.81 (0.59-0.83)
Cockcroft et al, ²³ 1987	Self-management	1.14 (0.62-2.12)
Gourley et al, ¹⁷ 1998	Self-management	0.85 (0.26-2.83)
Littlejohns et al, ²⁴ 1991	Self-management	0.93 (0.46-1.87)

*The random-effect estimates were as follows: for multicomponent studies, relative risk (95% confidence interval), 0.79 (0.66-0.94); and for self-management studies, relative risk (95% confidence interval), 1.02 (0.66-1.57).



Kostenreduktion

4 RCTs

34% bis 70% weniger Kosten

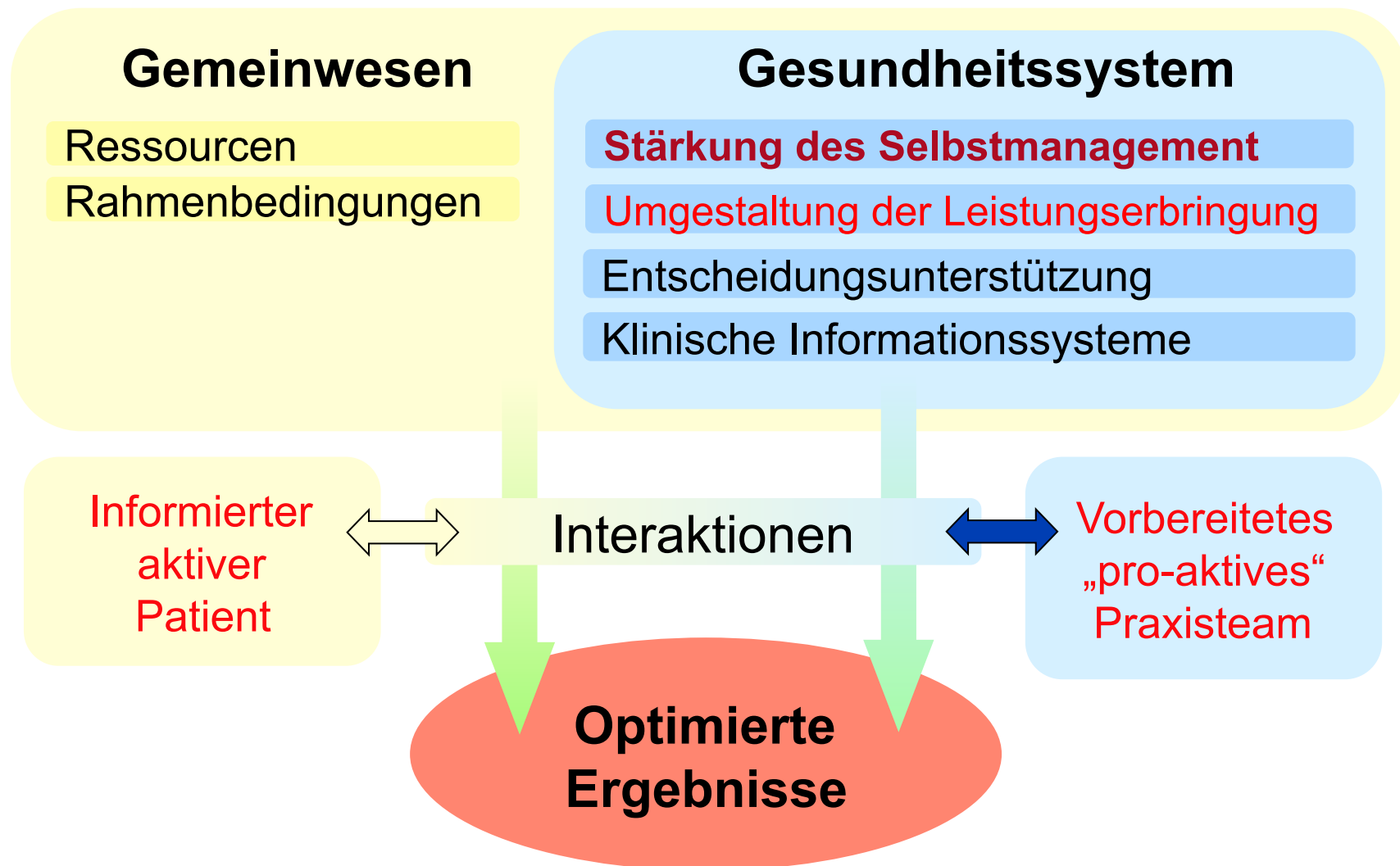
3 before/after studies

11% bis 23% weniger Kosten

Adams, S. G. et al. Arch Intern Med 2007;167:551-561.



Implementierung/Machbarkeit in der Schweiz?

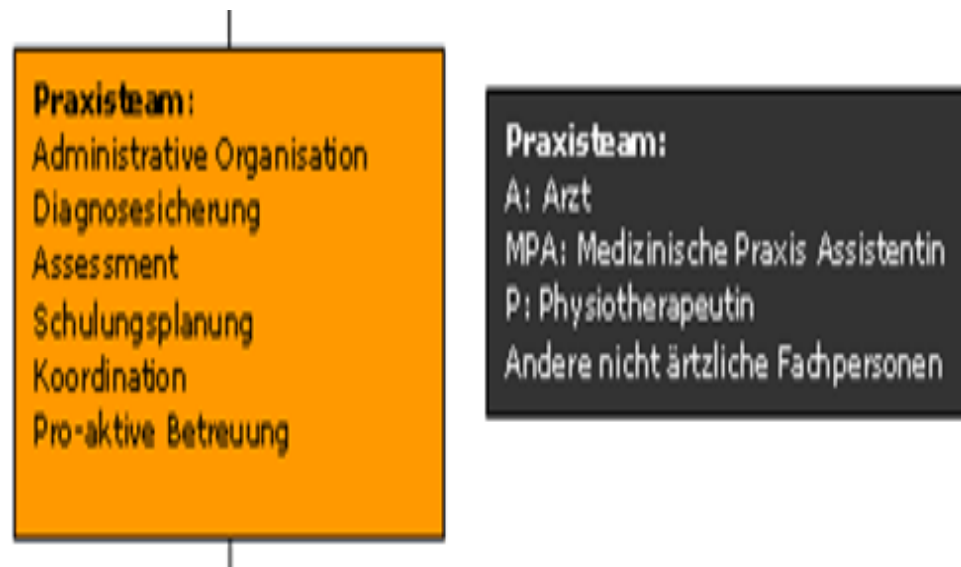




Setting: mediX Gruppenpraxis

Intervention:

„COPD Team“ mit klarer Rollenverteilung

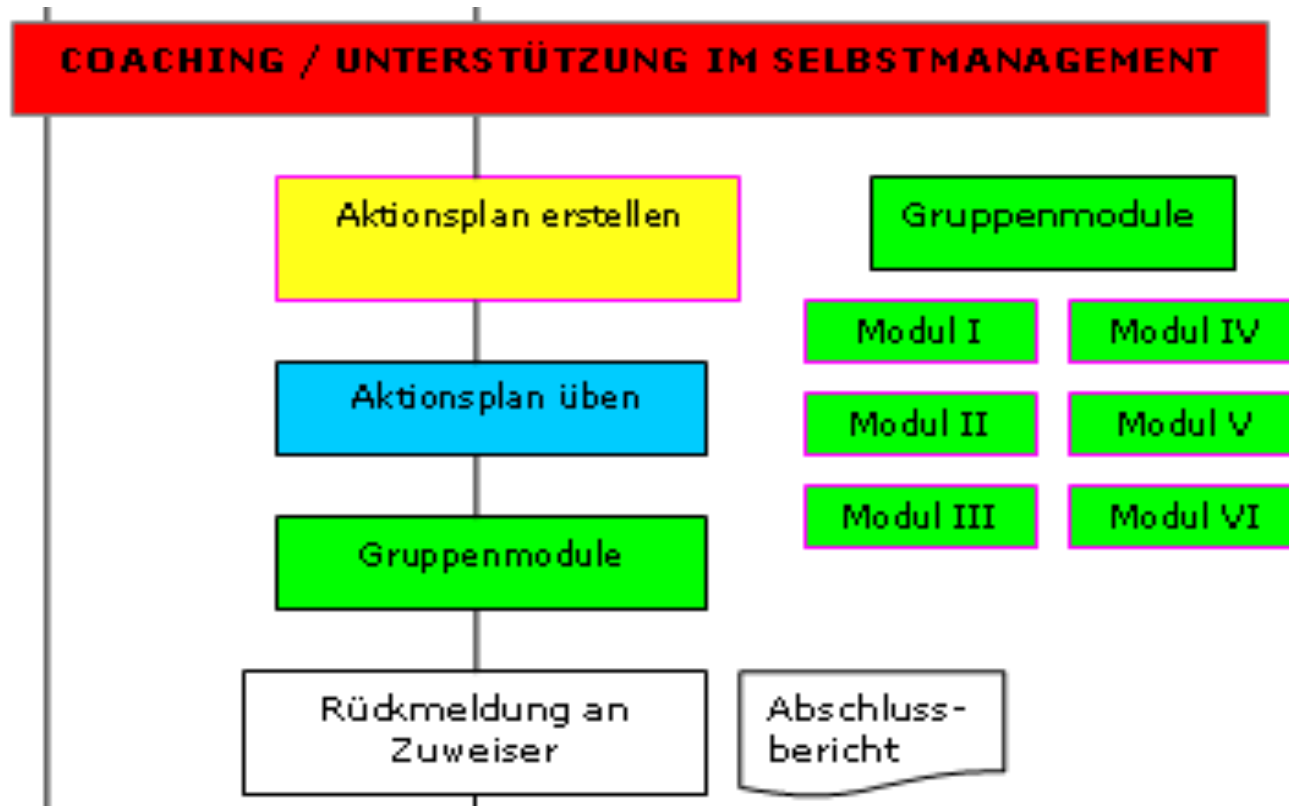


Patienten Selbstmanagement

Programm „Besser leben mit COPD“



Zentrale Rolle Patient



COPD-Selbstmanagementschulung „Living Well with COPD“ beinhaltet 6 Gruppenmodule plus 2-3 individuelle Coachings,



Modul	Beschreibung	Heute in ZH durchgeführt von	
1 COPD	<ul style="list-style-type: none"> Anatomie und Physiologie Wissen, Zuversicht Umgebungsfaktoren, Rauchstopp Gruppe, 60min 	<ul style="list-style-type: none"> Pneumologe 	Ziel des Programms <ul style="list-style-type: none"> Motivation/Zuversicht/ Problemlösung Adherence mit Behandlung verbessern Fähigkeit zum selbstverantwortlichen kompetenten Umgang mit der Erkrankung stärken „Das Richtige rechtzeitig tun“ Exazerbationsmanagement Nutzbringendes Verhalten, Fertigkeiten
2 Medikamente & Aktionsplan ¹	<ul style="list-style-type: none"> Medikamente Aktionsplan, Exazerbationsprävention und -management Inhalationstechnik 	<ul style="list-style-type: none"> Pneumologe 	
3 Atemtechnik	<ul style="list-style-type: none"> Atemtechnik, PEP-Atmung Hustentechniken Sekretmobilisation Gruppe, 60min 	<ul style="list-style-type: none"> Physiotherapeut (PRT²) 	
4 Energiesparen	<ul style="list-style-type: none"> Energiesparende Techniken Tages- und Wochenplanungen Gruppe, 60min 	<ul style="list-style-type: none"> Physiotherapeut (PRT²) 	
5 Training	<ul style="list-style-type: none"> Körperliches Training Gruppe, 60min 	<ul style="list-style-type: none"> Physiotherapeut (PRT²) 	
6 Zusammenfassung	<ul style="list-style-type: none"> Vertiefen und konkretes Umsetzen des Gelernten mit Rollenspielen Gruppe, 60min 	<ul style="list-style-type: none"> Physiotherapeut (PRT²) (Arzt) 	

1 Aktionsplan wird zuerst vorgängig zusammen mit dem Grundversorger erstellt und mit dem PRT einstudiert

2 Pulmonaler Rehabilitations Therapeut

Quelle: „Therapeutische Patientenschulung und Selbstmanagement: Ein Leitfaden für das Projekt Leben mit einer Langzeiterkrankung ‚LEILA‘ der städtischen Gesundheitsdienste der Stadt Zürich“ (2010), C. Steurer-Stey

Aktionsplan

Ich fühle mich weniger gut

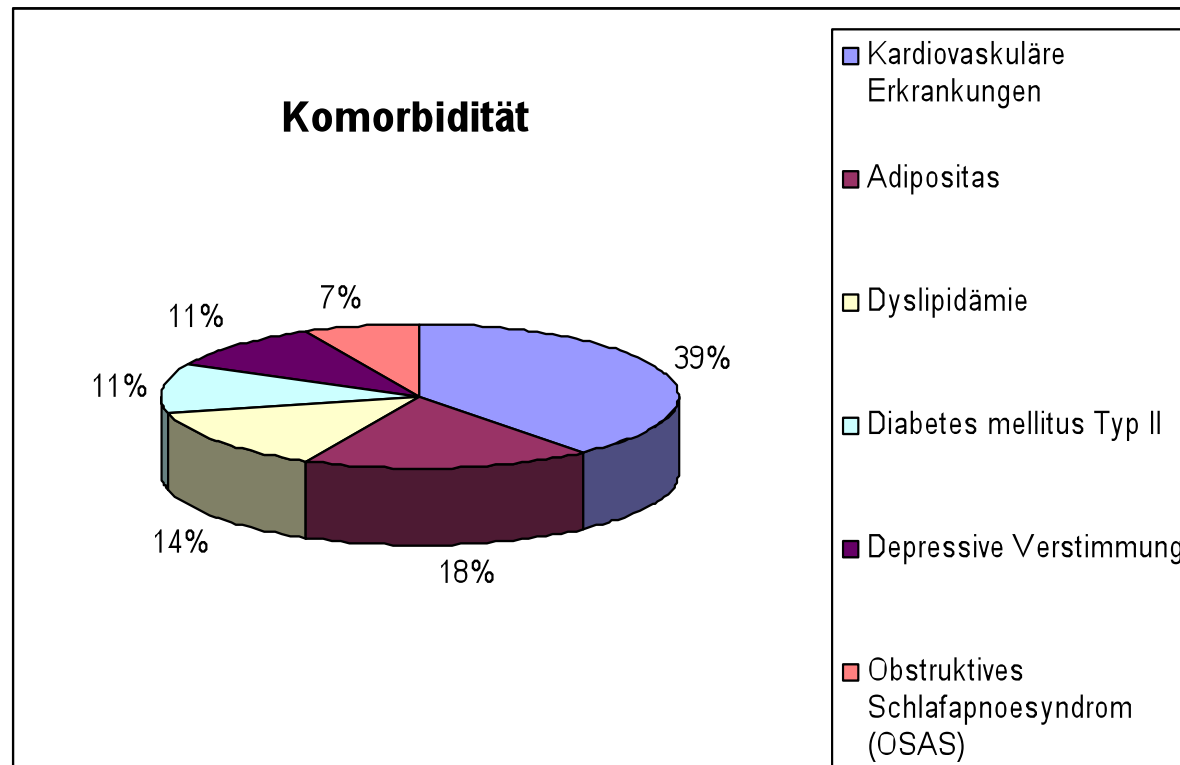
Meine Symptome:	Meine Handlungen
<ul style="list-style-type: none"> Ich habe mehr Atemnot als üblich. Ich huste und/oder habe vermehrt Auswurf. 	<ul style="list-style-type: none"> Ich wende meine Atemtechnik und Entspannungsübungen an und achte auf meine Körperhaltung. Ich nehme sofort ____ Hübe meines Bronchien erweiternden Medikaments (Bronchodilatator) _____ und wiederhole dies alle ____ Minuten, bis zu ____ Mal, wenn nötig. Ich vermeide wenn möglich die Aussetzung gegenüber Umweltfaktoren, die meine Symptome verschlechtern (Rauch, Stress, extreme Temperatur- und Klimaschwankungen).

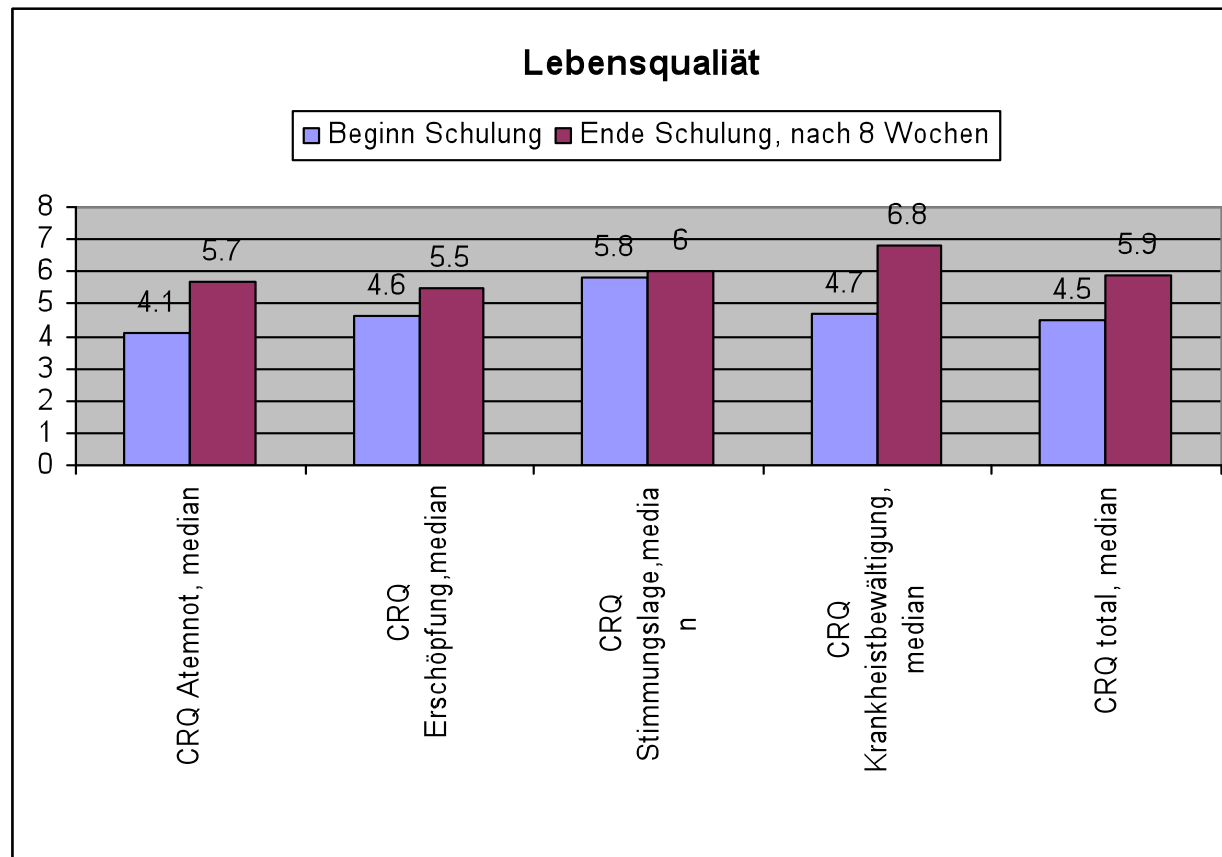
Ich fühle mich weniger gut –
mein Auswurf verändert sich

Meine Symptome:		Meine Handlungen		
<ul style="list-style-type: none"> Mein Auswurf verändert sich über den ganzen Tag (Farbe, Menge). Ich empfinde mehr Kurzatmigkeit als normal. <p>Beachten Sie, dass eine Erkältung oder Halsschmerzen diesen Symptomen vorausgehen kann.</p>		<ul style="list-style-type: none"> Ich vermeide alles, was meine Symptome verschlechtern kann. Ich wende meine Atemtechnik und Entspannungsübungen an und achte auf meine Körperhaltung. Ich plane den Tagesablauf so, dass ich weniger Kurzatmigkeit habe. Ich melde mich bei meiner Kontaktperson _____. Ich erhöhe die Dosis meines Bronchien erweiternden Medikaments (Bronchodilatator) 		
Bronchodilatator	Dosis	Anzahl Hübe/Tabletten	Häufigkeit	Anzahl Tage
<p>Ich beginne Kortison zu nehmen. Kommentar des(r) Arztes/Ärztin : _____</p>				
Kortison	Dosis	Anzahl Tabletten	Häufigkeit	Anzahl Tage
<p>Falls keine Besserung innerhalb von 3 Tagen eintritt nehme ich zusätzlich das Antibiotikum, das mir mein Arzt in Reserve verordnet hat und melde mich beim Arzt</p>				
Antibiotikum	Dosis	Anzahl Tabletten	Häufigkeit	Anzahl Tage



Alter, median (Range)	64 (43-85)
Frauen, n (%)	12 (48%)
BMI, Median (Range)	23.8 (17.9 – 53)
FEV1 in %, Median (Range)	56 (24-99)
Atemnot MRC (0-4), Median (Range)	2 (0-4)
Raucher	14 (56%)
Pack years, Median (Range)	50 (0-120)
Jahre seit Diagnosestellung, Median (Range)	6 (0-20)
Exazerbationen während der vergangenen 3 Jahre	19 (76%)
Monate seit letzter Exazerbation	3 (1-36)
Hospitalisationen (wg. Exazerbationen während den vergangenen 12 Monaten)	10 (40%)





Anmerkungen:

CRQ: 1 = extrem starke Ausprägung der Symptome; 7 = keine Symptome,

+0.5 signifikante Besserung



CCM und COPD

21 % weniger Hospitalisationen

42% weniger Notfallkonsultationen

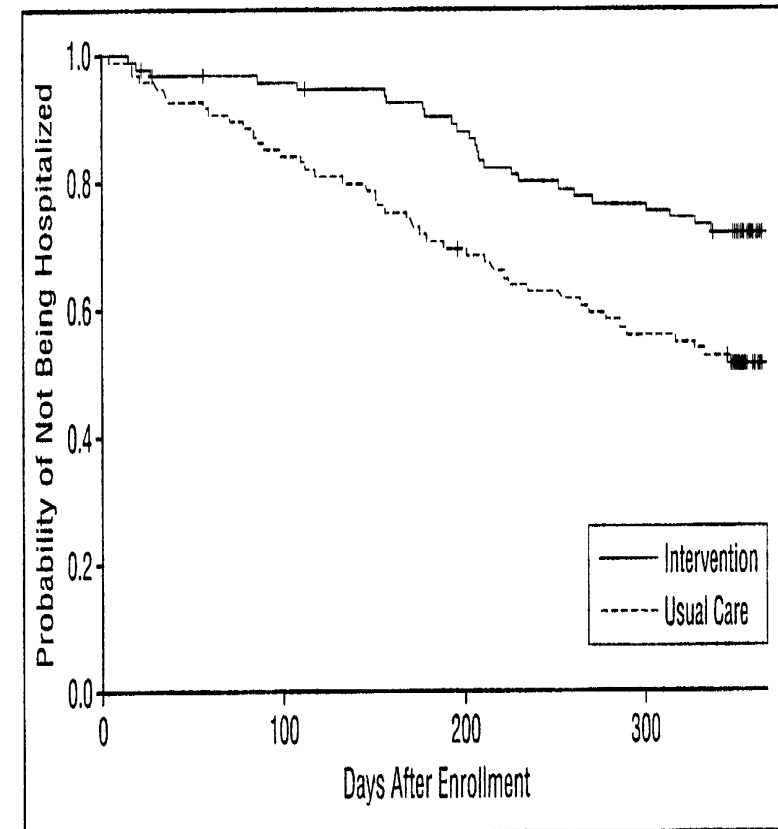
35-70% weniger Kosten

Bessere Lebensqualität

Bourbeau J. et al, Arch Intern Med
2003;163:585-591

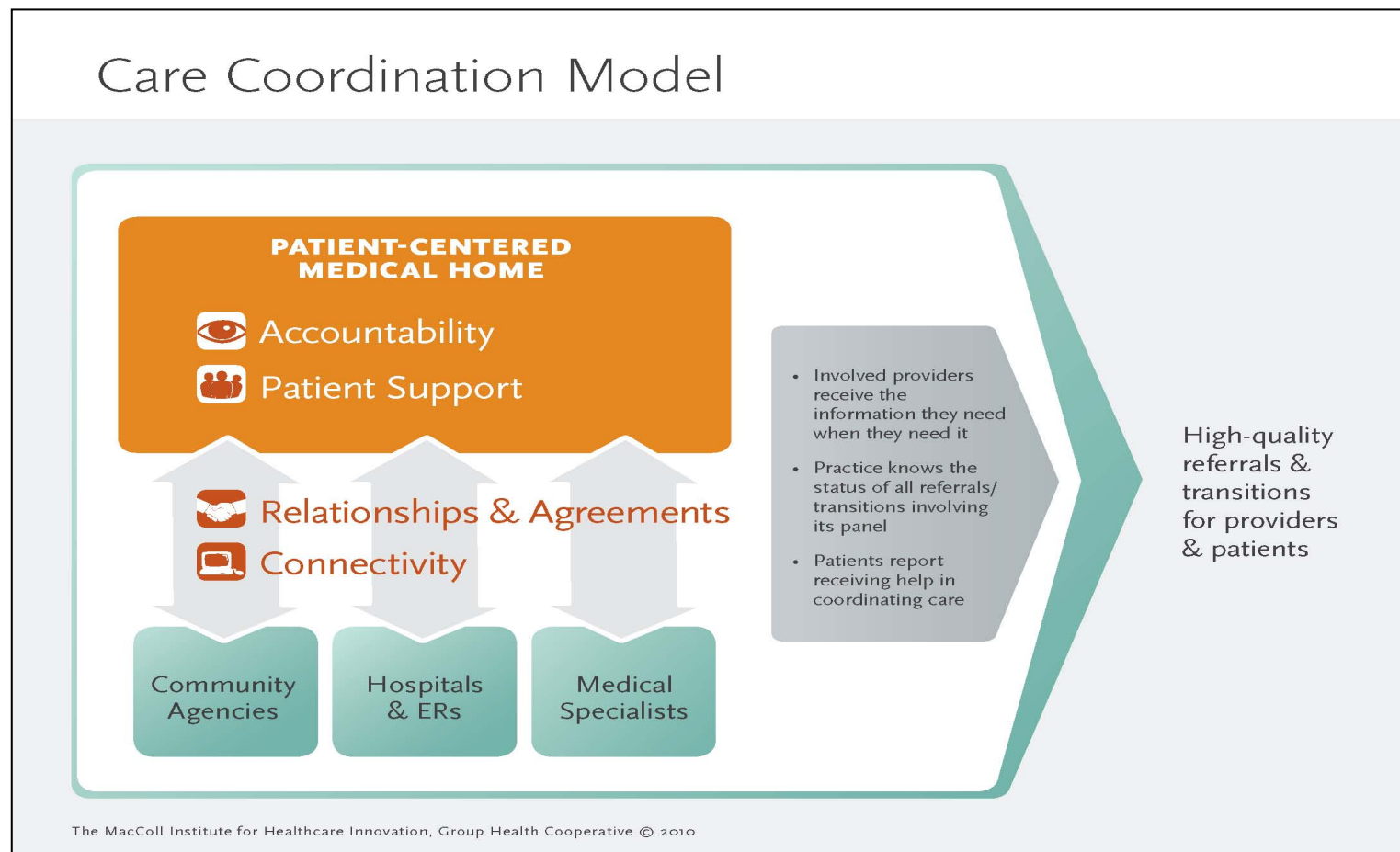
Adams S. Arch Intern Med
2007;167:551-561

Chavannes N. Prim Care Resp J 2009;
Steurer-Stey C. Care management 2010

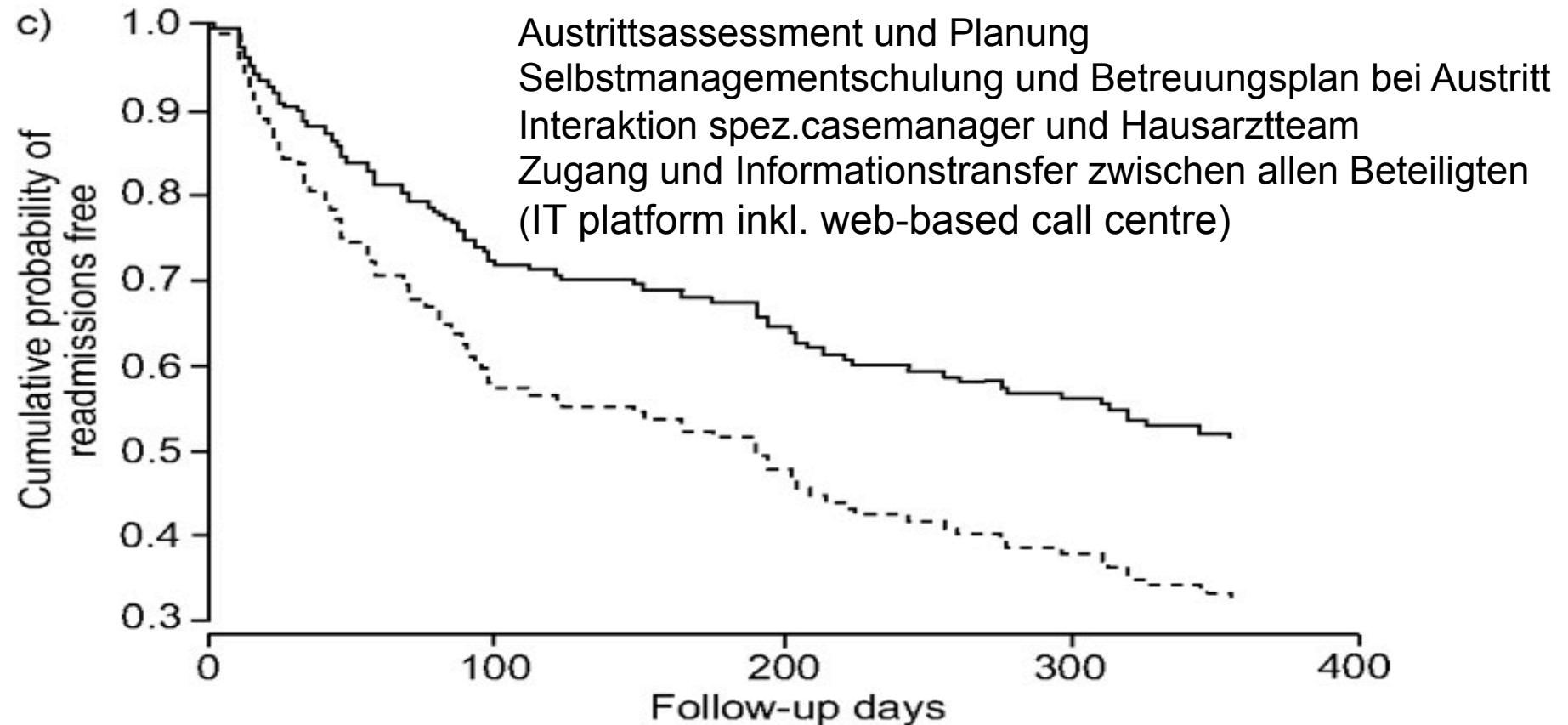




Integrierte Versorgung



Integrierte Versorgung reduziert Rehospitalisationen wegen COPD Exazerbationen



In all cases, chronic obstructive pulmonary disease patients in integrated care (—) showed a higher rate of admission-free time than usual care (- - -). **HR 0.55 (95% CI 0.34–0.87), p=0.01.**

Casas et al the CHRONIC Projekt Eur Respir J 2006;28:123-130

Patienten-Selbstmanagement zentraler Bestandteil der COPD Behandlung

Schweiz (Zürich)

- „Besser Leben mit COPD“ Initiative gestartet hospital based nun auch umgesetzt in Primary Care
- Nur wenige Patienten werden in der Schweiz spezifisch und effizient geschult

Erklärung

- Fehlannahmen/know how/Kultur
 - Nur 60% der HÄ halten die Patientenschulung bei chronischen Krankheiten für sinnvoll/nützlich³
- Strukturen/support
 - In der Schweiz gibt es keine politische Unterstützung, fehlende Einbettung in Strategie der Gesundheitspolitik,
 - Fehlende Kompetenzen, Ressourcen, ungenügende Koordination/Kooperation
- Vergütung
 - Keine Regelung der Vergütung für nicht-medizinisches Fachpersonal,
 - Kein Anreiz für HA zu Angebot und oder Überweisung in ein Programm

Kanada (Montreal)

Beschreibung

- „Living Well With COPD“ Programm „hospital based“:
- Dauert 7-8 Wochen, 7 Unterrichtsmodule, Aktionsplan für Exazerbationen und Case Manager⁴

- **Programm wird in den COPD Richtlinien empfohlen und vom Gesundheitsministerium unterstützt**

Impact

- Selbst-Management Schulung mit Aktionsplan für Exazerbation reduziert das Risiko von Hospitalisationen⁵
 - Risiko einer Hospitalisation ohne Intervention 36.3% vs. 17.2% nach Schulung und Erstellung von Aktionsplan

Take home message

Selbstmanagement-coaching mit Aktionsplan und Case Manager steigert Qualität und reduziert Kosten

2 General practitioner's adherence to the COPD GOLD guidelines. Jochmann et al., SMW 2010

3 A qualitative study of the GP's attitudes to self-management of chronic disease, Blakeman et al., 2006, BJGP

4 GOLD Guidelines für COPD

5 A Self-Management Education Program Including an Action Plan for Acute COPD Exacerbations, Sedeno et al., COPD, 2011



Universität
Zürich ^{UZH}

Institut für Hausarztmedizin

Zusammenfassung

Qualität der Versorgung



Überdenken/ Änderung der Betreuung

Patienten- zentriert und integriert

Förderung Selbstmanagement

Positives politisches Umfeld



Universität
Zürich^{UZH}

Institut für Hausarztmedizin



DANKE



Universität
Zürich^{UZH}

Institut für Hausarztmedizin

www.improvingchroniccare.org

www.hausarztmedizin.uzh.ch